

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT FREY TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MÃN CÓ DẪN ỐNG TỤY TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long*, Nguyễn Mạnh Khiêm*, Phạm Hồng Nam*, Ngô Minh Hiếu*, Đặng Trần Ngọc Thanh**, Nguyễn Minh Châu**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy mãn có dẫn ống tụy được chỉ định phẫu thuật Frey khi phương pháp điều trị nội khoa và thủ thuật thất bại. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 22 trường hợp (TH) đã phẫu thuật Frey trong điều trị viêm tụy mãn với ống tụy dẫn tại khoa ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 01/2018 - 08/2021. Mô tả đặc điểm bệnh lý của viêm tụy mãn có dẫn ống tụy và nhận xét kết quả sớm của phẫu thuật Frey trong điều trị. **Kết quả:** Trong 22 TH đã phẫu thuật Frey: 17 nam (77,3%) và 5 nữ (22,7%), tuổi trung bình $53,27 \pm 14,18$, Đa số thuộc nhóm gây chiếm 59,1%, BMI trung bình là $18,49 \pm 4,15$. Triệu chứng lâm sàng: đau bụng (77,3%) với điểm VAS trước mổ trung bình $6,09 \pm 3,64$ điểm, vàng da (22,7%), rối loạn đại tiện (68,2%). Đường huyết trước mổ trung bình $146,59 \pm 45,28$ mg/dl. Thời gian mổ trung bình $139,09 \pm 18,23$ phút. Có 3 TH tai biến trong mổ (13,6%), 3 TH biến chứng sau mổ (13,6%). Điểm VAS sau mổ 3 tháng trung bình $1,5 \pm 1,51$ điểm; Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình điểm VAS trước và sau mổ (Phép kiểm t = 7,21; p < 0,001). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình BMI, đường huyết trước và sau mổ (Phép kiểm t; p < 0,001). **Kết luận:** Viêm tụy mãn thường gặp ở nam nhiều hơn nữ. Phẫu thuật Frey có hiệu quả giảm đau trên 95,5% số bệnh nhân, cải thiện chất lượng sống sau mổ của bệnh nhân và ít tai biến.

Từ khóa: Viêm tụy mạn, sỏi tụy, phẫu thuật Frey.

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF FREY'S SURGERY FOR CHRONIC PANCREATITIS WITH DILATED PANCREATIC DUCT AT THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Background: Chronic pancreatitis with dilated pancreatic duct is indicated for Frey's surgery when medical and other methods fail. **Materials and methods:** Retrospective study of 22 cases (TH) who underwent Frey's surgery for chronic pancreatitis with dilated pancreatic duct at the General Surgery Department - Nguyen Tri Phuong Hospital from January 2018 - August 2021. Describe pathological

characteristics of chronic pancreatitis with dilated pancreatic duct and review early results of Frey's surgery in treatment. **Results:** In 22 patients who underwent Frey's surgery: 17 men (77.3%) and 5 women (22.7%), mean age 53.27 ± 14.18 . Most of them were in the underweight group, accounting for 59.1%, the mean BMI was 18.49 ± 4.15 . Clinical symptoms: abdominal pain (77.3%) and the mean preoperative VAS score of 6.09 ± 3.64 points, jaundice (22.7%), bowel disorders (68.2%). The mean preoperative blood glucose was 146.59 ± 45.28 mg/dl. The mean operative time was 139.09 ± 18.23 minutes. There were 3 cases of complications during surgery (13.6%), 3 cases of complications after surgery (13.6%). The mean VAS score 3 months after surgery was 1.5 ± 1.51 points; There is a statistically significant difference in the mean value of VAS score before and after surgery (T test = 7.21; p < 0.001). There was a statistically significant difference in mean BMI, blood sugar before and after surgery (t-test; p < 0.001). **Conclusion:** Chronic pancreatitis is more common in males. Frey's surgery is effective in reducing pain in 95.5% of patients, improving the patient's quality of life after surgery and having fewer complications.

Keywords: Chronic pancreatitis, pancreatic stones, Frey's surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý viêm tụy mãn đặc trưng bởi sự tổn thương tụy không hồi phục, biểu hiện bởi xơ hóa mô tụy và sự phá hủy mô tụy nội tiết lẫn ngoại tiết đưa đến làm giảm hoặc mất chức năng của tụy [1].

Có nhiều phương pháp điều trị viêm tụy mãn có hay không có nguyên nhân như điều trị nội khoa bằng Somatostatin, Octreotid, lấy sỏi qua cắt cơ vòng Oddi... Khi các phương pháp điều trị nội khoa và thủ thuật thất bại thì có các phương pháp phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng, cắt phần xa đuôi tụy, phẫu thuật Puestow Gillesby, Partington - Rochelle và Lempke, cắt khối tá tụy... [2].

Năm 1987, Frey đã mô tả phẫu thuật điều trị viêm tụy mãn do sỏi tụy lấy được các tổ chức xơ hóa vùng đầu tụy, mở ống tụy chính dọc theo thân, đuôi tụy. Sau đó nối đầu, thân đuôi tụy với quai hồng tràng chữ Y. So với các phương pháp phẫu thuật trên thì phẫu thuật Frey dễ làm, hiệu quả và ít tai biến. Do vậy, chúng tôi bước đầu áp dụng phẫu thuật Frey trong điều trị viêm tụy mãn với ống tụy dẫn tại khoa ngoại Tổng Hợp

*Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

**Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2022

Ngày duyệt bài: 29/4/2022

bệnh viện Nguyễn Tri Phương với mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý viêm tụy mãn có dẫn ống tụy và nhận xét kết quả sớm của phẫu thuật Frey trong điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi > 15
- Bệnh nhân viêm tụy mãn có dẫn ống tụy và được phẫu thuật Frey.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân viêm tụy mãn phẫu thuật theo phương pháp khác.

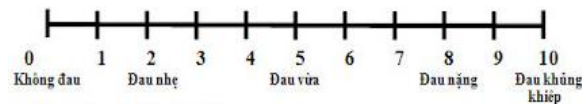
Thời gian – địa điểm thực hiện: Tháng 01/2018 đến tháng 08/2021 - khoa ngoại Tổng Hợp bệnh viện Nguyễn Tri Phương

2.3. Phương pháp tiến hành: Hồi cứu qua hồ sơ cũ của các đối tượng nghiên cứu các bệnh nhân đã phẫu thuật Frey trong điều trị viêm tụy mãn với ống tụy dẫn tại khoa ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 01/2018 - 08/2021.

2.4. Định nghĩa các biến số

Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, đau bụng, vàng da, thói quen (hút thuốc lá, uống rượu), tiền căn đái tháo đường.

Đặc điểm cận lâm sàng: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính. Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, phương pháp mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, mức độ đau trước và sau mổ 3 tháng theo thang điểm cường độ đau dạng nhìn (Visual Analog Scale- VAS), rối loạn đại tiện, đường huyết, dinh dưỡng.



2.5. Vấn đề y đức. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức theo giấy chứng nhận số 1303/NTP-CDT ngày 27/10/2021 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

- **Giới:** Trong 22 bệnh nhân viêm tụy mãn được phẫu thuật theo Frey có 17 nam (77,3%) và 5 nữ (22,7%).

- **Tuổi:** Thấp nhất 29 tuổi, cao nhất 73 tuổi, trung bình 53,27 ± 14,18 tuổi

- Thói quen sinh hoạt

Bảng 1. Thói quen sinh hoạt

Thói quen	Số bệnh nhân (n = 22)	Tỷ lệ (%)
-----------	-----------------------	-----------

Hút thuốc	12	40,9
Uống rượu	14	63,6
Hút thuốc + Uống rượu	8	31,8

3.2. Triệu chứng lâm sàng

- **Tổng trạng bệnh nhân.** Có 4 bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân/béo phì (18,2%), 5 bệnh nhân thuộc nhóm thể trạng bình thường (22,7%) tại thời điểm trước mổ. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm gầy 59,1%. BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là 18,49 ± 4,15, thấp nhất là 13,8 và cao nhất là 26,3.

- **Đau bụng.** Có 17 bệnh nhân nhập viện vì đau bụng (77,3%) vùng thượng vị.

- **Vàng da.** Có 5 bệnh nhân vàng da (22,7%).

- **Rối loạn đại tiện.** Có 15 bệnh nhân rối loạn đại tiện (68,2%) như đi cầu phân sống, phân không thành khuôn còn thức ăn, có hạt mỡ.

- Đái tháo đường

Bảng 2. Tiền căn đái tháo đường

	Số bệnh nhân (n = 22)	Tỷ lệ (%)
Không	13	59,1
Có	9	40,9
Tổng cộng	22	100

Đường huyết trước mổ: thấp nhất 80 mg/dl, cao nhất 225mg/dl, trung bình 146,59 ± 45,28mg/dl

3.3. Các phương pháp chẩn đoán

- **Siêu âm**

Bảng 3. Kết quả siêu âm bụng

Hình ảnh	Số bệnh nhân (n=14)	Tỷ lệ (%)
Dẫn ống tụy, không sỏi	3	21,4
Dẫn ống tụy + sỏi tụy	11	78,6
Tổng cộng	14	100

- **Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng**

Bảng 4. Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Hình ảnh	Số bệnh nhân (n=22)	Tỷ lệ (%)
Sỏi đầu tụy	8	36,4
Sỏi thân tụy	3	13,6
Sỏi đầu + thân tụy	7	31,8
Sỏi đuôi tụy	1	4,5
Sỏi thân + đuôi tụy	1	4,5
Sỏi rải rác khắp tụy	1	4,5
Không sỏi, dẫn ống tụy	1	4,5
Tổng cộng	22	100

3.4. Kết quả điều trị phẫu thuật

- **Các phương pháp phẫu thuật**

Bảng 5. Các phương pháp phẫu thuật

Hình ảnh	Số bệnh nhân (n = 22)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật Frey	21	95,5

Phẫu thuật Frey + Cắt đuôi tụy	1	4,5
Tổng cộng	22	100

- **Thời gian mổ.** Thời gian mổ thấp nhất 110 phút, cao nhất 180 phút, trung bình $139,09 \pm 18,23$ phút

- **Tai biến trong mổ.** Có 3 trường hợp tai biến trong mổ (13,6%) trong đó 1 trường hợp rách cực dưới lách, 1 trường hợp thủng tá tràng, 1 trường hợp rách tĩnh mạch cửa.

- **Biến chứng sớm.** Có 2 trường hợp biến chứng sau mổ (9,2%) trong đó 1 trường hợp rò tụy, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ.

- **Thời gian nằm viện.** Thời gian nằm viện ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 11 ngày, trung bình $9,23 \pm 1,02$ ngày

3.5. So sánh trước và sau mổ

- Đánh giá đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS trước mổ: thấp nhất 0 điểm, cao nhất 10 điểm, trung bình $6,09 \pm 3,64$ điểm

Bảng 6. Điểm VAS trước mổ

	Số bệnh nhân (n = 22)	Tỷ lệ (%)
0 điểm	5	22,7
5 điểm	2	9,2
6 điểm	1	4,5
7 điểm	3	13,6
8 điểm	4	18,1
9 điểm	5	22,7
10 điểm	2	9,2
Tổng cộng	22	100

Điểm VAS sau mổ 3 tháng: thấp nhất 0 điểm, cao nhất 6 điểm, trung bình $1,5 \pm 1,51$ điểm

Bảng 7. Điểm VAS sau mổ 3 tháng

	Số bệnh nhân (n = 22)	Tỷ lệ (%)
0 điểm	6	22,7
1 điểm	7	31,8
2 điểm	5	27,3
3 điểm	2	9,2
4 điểm	1	4,5
6 điểm	1	4,5
Tổng cộng	22	100

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình điểm VAS trước và sau mổ (Phép kiểm t = 7,21; p < 0,001)

- **Tổng trạng bệnh nhân sau 3 tháng.** Có 5 bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân/ béo phì (22,7%), 13 bệnh nhân thuộc nhóm thể trạng bình thường (68,4%), tại thời điểm tái khám 3 tháng sau mổ. Còn 4 bệnh nhân thuộc nhóm gầy chiếm 18,2%.

BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là $21,11 \pm 2,85$, thấp nhất là 16,9 và cao nhất là 27,1.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình BMI trước và sau mổ (Phép kiểm t; p < 0,001)

- **Rối loạn đại tiện sau 3 tháng.** Có 4 bệnh nhân còn rối loạn đại tiện (22,7%) tại thời điểm tái khám 3 tháng sau mổ.

- Đường huyết sau mổ

Đường huyết sau mổ: thấp nhất 94 mg/dl, cao nhất 170 mg/dl, trung bình $132,23 \pm 23,86$ mg/dl

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình đường huyết trước và sau mổ (Phép kiểm t; p < 0,001)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nghiên cứu

- **Giới.** Trong nghiên cứu chúng tôi có 17 nam và 5 nữ, tỷ số nam/ nữ là 3,4. Giống như một số nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy bệnh thường gặp ở nam hơn nữ [1], [2]

- **Tuổi.** Trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất 29 tuổi, cao nhất 73 tuổi, trung bình $53,27 \pm 14,18$ tuổi. Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn tác giả Lê Xuân Sơn, tuổi mắc bệnh trung bình là $46,3 \pm 10,3$ tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi, lớn nhất là 70 tuổi [7], theo Ibiziki và cộng sự thì tuổi trung bình là 45,3 tuổi [6].

- **Thói quen.** Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho rằng hút thuốc và uống rượu là nguyên nhân viêm tụy mãn [1], [3], [6]. Nghiên cứu của Trần Hiếu Học có 53,4% bệnh nhân có nghiện rượu với lượng rượu uống trung bình là 400ml ngày [4]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hút thuốc là 40,9%, uống rượu là 63,6%, vừa hút thuốc vừa uống rượu là 31,8%.

- **Tiền căn đái tháo đường.** Chúng tôi có 9 bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường (40,9%), chúng tôi bệnh nhân đã suy tụy trước mổ, sau mổ theo dõi bệnh nhân sau mổ 3 tháng thì số bệnh nhân đường huyết ổn định < 130 mg/dl là 19 bệnh nhân (86,4%). Theo nghiên cứu của Lê Xuân Sơn có 28/60 bệnh nhân có đái tháo đường chiếm 43,8% và 54/60 bệnh nhân chiếm 84% suy tụy ngoại tiết trước mổ [7]. Đái tháo đường là biểu hiện của tình trạng suy tụy nội tiết. Nghiên cứu của Trần Hiếu Học có tỷ lệ tăng đường máu của nhóm bệnh nhân là 51,7% [4].

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tụy mãn

- **Đau bụng.** Đau bụng là triệu chứng xuất hiện sớm và thường gặp nhất, đau tái phát nhiều lần ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Trước đây, có nhiều ý kiến về cơ chế đau trong viêm tụy mãn là do tắc nghẽn ống tụy, do thần kinh,

do khối viêm chèn ép. Do vậy, nên có rất nhiều phương pháp điều trị đau trong viêm tụy mãn như : điều trị nội khoa, thủ thuật, cắt đốt thần kinh giao cảm... Gần đây, nhiều tác giả đồng thuận đau là do bí tắc ống dẫn tụy, nên điều trị viêm tụy mãn là phẫu thuật giải quyết tắc nghẽn [2], [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân (77,3%) có triệu chứng đau bụng. Điểm VAS trước mổ: thấp nhất 0 điểm, cao nhất 10 điểm, trung bình $8,23 \pm 1,12$ điểm. Theo Phạm Hoàng Hà nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân viêm tụy mạn, điểm đau trung bình của nhóm bệnh nhân là 6,1 điểm [2]. Ibiziki và cộng sự thấy điểm đau trung bình là 8,1 điểm [6].

- **Vàng da.** Vàng da trong viêm tụy mãn là do khối viêm vùng đầu tụy chèn ép vào đường mật hoặc tổ chức xơ hóa của ống tụy bị xơ hóa gây hẹp đường mật, hoặc kèm theo sỏi kẹt Oddi hay sỏi ống mật chủ [7]. Nghiên cứu của Trần Hiếu Học có 20,7% bệnh nhân bị vàng da, trong đó có 4 bệnh nhân vàng da là biểu hiện đầu tiên của bệnh [4]. Lê Văn Cường thông báo 4/21 bệnh nhân (19%) có vàng mắt vàng da [1]. Chúng tôi có 22,7% bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng da do sỏi ống mật chủ và do khối viêm đầu tụy chèn ép vào đường mật.

- **Đi tiêu phân sống.** Biểu hiện của triệu chứng rối loạn đại tiện trong bệnh lý viêm tụy mãn là tiêu phân sống: đại tiện nhiều lần trong ngày, phân lỏng nhớt, bóng mỡ, hoặc còn mẩu thức ăn chưa tiêu hóa hết. Dấu hiệu này đặc biệt xuất hiện nhiều hơn khi bệnh nhân có những bữa ăn thịnh soạn như sau liên hoan hoặc ăn nhiều dầu mỡ. Đây là một triệu chứng gián tiếp của dấu hiệu suy tụy ngoại tiết, do tụy không sản xuất đủ các men để tiêu hóa protein và lipid [1]. Tuy nhiên, để chẩn đoán bệnh nhân có thật sự suy tụy ngoại tiết hay không chúng ta cần làm thêm các xét nghiệm trực tiếp hay gián tiếp đánh giá chức năng tụy. Trần Hiếu Học trong nghiên cứu của mình cũng thấy 52,7% trường hợp có phân nát không thành khuôn, phân sống, phân bóng mỡ xảy ra thành từng đợt, một số bệnh nhân bị tiêu phân lỏng [4]. Chúng tôi có 15 bệnh nhân (chiếm 68,2%) có rối loạn đi cầu, đi phân còn thức ăn chưa tiêu hóa, lẫn hạt mỡ nhất là khi ăn nhiều chất béo.

3. Cận lâm sàng

- **Siêu âm.** Siêu âm chẩn đoán sỏi tụy có độ nhạy từ 70-95%, độ đặc hiệu là 70 - 90% [1], [4]. Trong viêm tụy mạn, siêu âm thấy đầu tụy to hơn bình thường, độ cản âm tăng không đồng nhất do xơ hóa nhu mô tụy và bờ tụy không đều, tắc nghẽn xơ hóa gây dẫn ống tụy. Do đó, siêu

âm có thể phát hiện dẫn, sỏi ống tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân được làm siêu âm trong đó có 11 trường hợp thấy sỏi tụy chiếm tỷ lệ 78,6%.

- **Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.** Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có độ chính xác cao, khắc phục hạn chế của siêu âm do xương sườn và khí trong đường tiêu hóa. Dấu hiệu của viêm tụy mạn trên cắt lớp vi tính là:

- Thay đổi kích thước và đường viền tụy: giai đoạn đầu tụy bình thường, giai đoạn muộn tụy to, lan tỏa hay khu trú. Tụy teo nhỏ biểu hiện mức độ nặng và muộn.

- Sỏi tụy: chụp cắt lớp vi tính là biện pháp tốt nhất phát hiện sỏi tụy với kích thước sỏi từ 1mm, giá trị cao hơn chụp bụng không chuẩn bị và siêu âm. Sỏi ống tụy thường thấy rõ, rải rác dọc ống tụy hay khu trú từng phần tụy, đa số tập trung đầu và thân tụy (81,8%).

- Dẫn ống tụy: kích thước ống tụy > 5mm, có thể thấy được trong hơn 70% trường hợp [1], [4].

- Hình ảnh tổn thương các tạng lân cận: dẫn đường mật và hẹp tá tràng là những biểu hiện thường thấy trong viêm tụy mạn. Đường mật giãn đôi khi còn kèm theo cả sỏi đường mật, sỏi túi mật.

4. Kết quả điều trị phẫu thuật

- **Phương pháp phẫu thuật.** Một số tác giả khác khi sỏi ở đầu tụy có thể cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị [6], hay sỏi ở đuôi tụy thực hiện phẫu thuật Duval hoặc sỏi rải rác khắp tụy có thể làm phẫu thuật Puestow-Gillesby. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi do vị trí sỏi ở tụy và các cơ quan khác chúng tôi có 17 trường hợp phẫu thuật Frey đơn thuần (95,5%), 1 trường hợp phẫu thuật Frey kèm cắt đuôi tụy (4,5%). Mỗi phương pháp phẫu thuật có chỉ định tùy thuộc vào bản chất tổn thương tại tụy, khả năng phẫu thuật viên. Chúng tôi chọn Frey bởi vì Frey lấy được tổ chức xơ hóa vùng đầu tụy đồng thời giải áp và dẫn lưu ống tụy dễ dàng bằng miệng nối tụy ruột.

- **Thời gian phẫu thuật.** Thời gian mổ trong nghiên cứu trung bình $139,09 \pm 18,23$ phút, ngắn nhất là 110 phút, lâu nhất là 180 phút. Nghiên cứu của Trần Hiếu Học với phẫu thuật mở ống tụy lấy sỏi, nối tụy ruột có thời gian mổ trung bình là 108 phút (dao động từ 80 đến 165 phút). Nghiên cứu của Ibiziki và cộng sự cho kết quả thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật Frey là 289 ± 89 phút [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số chỉ làm Frey đơn thuần và không có vết mổ cũ nên thời gian mổ của chúng tôi có ngắn hơn một số tác giả khác.

- **Tai biến trong mổ.** Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp tai biến chiếm 13,6% trong đó 1 trường hợp rách bao lách, 1 trường hợp thủng tá tràng do đột điện, 1 trường hợp rách tĩnh mạch cửa. Cả 3 trường hợp này chúng tôi khâu bảo tồn. Tác giả Phạm Hoàng Hà gặp phải tai biến xoắn quai hồng tràng nối với tụy và cũng lưu ý là phải kiểm tra quai ruột một cách hệ thống trước khi làm miệng nối [2].

- **Thời gian nằm viện.** Thời gian nằm viện trung bình $9,23 \pm 1,02$ ngày, ngắn nhất là 7 ngày lâu nhất là 11 ngày. Nghiên cứu của Trần

Hiếu Học cho kết quả thời gian nằm viện trung bình là 12,5 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 32 ngày [4]. Nghiên cứu của Lê Văn Cường có thời gian nằm viện trung bình là 9,6 ngày [5].

- **Biến chứng sớm.** Trong nghiên cứu có 3 trường hợp biến chứng sớm chiếm 9,2% trong đó 1 trường hợp rò tụy, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Hiếu Học có 13,8% bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ, bao gồm chảy máu tiêu hóa (5,2%), viêm tụy cấp (5,2%), nhiễm trùng vết mổ (3,4%) [4].

Bảng 8. So sánh tỷ lệ kết quả phẫu thuật giữa các nghiên cứu

Tác giả	n	Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	Tỷ lệ tai biến (%)	Tỷ lệ biến chứng (%)
Chúng tôi	22	Frey	$139,09 \pm 18,23$	13,6	9,2
Ibiziki và cs. [6]	22	Frey	289 ± 89	9	-
Ibiziki và cs. [6]	20	Beger	325 ± 77	20	-
Lê Văn Cường [5]	21	Puestow-Gillesby	125,4	-	-
Lê Xuân Sơn [7]	62	Frey - Beger	269 ± 52	9,6	6,4
P.H.T.Chí và cs. [8]	53	Partington-Rochelle	192,6	9,4	3,8

- **Chất lượng cuộc sống sau mổ**

Mức độ giảm đau. Trong quá trình theo dõi bệnh nhân sau 3 tháng, chúng tôi có 22,7% bệnh nhân hết đau bụng hoàn toàn, 77,3% bệnh nhân đỡ đau bụng, có 1 bệnh nhân (4,5%) đau như trước mổ hoặc không có bệnh nhân nào đau hơn trước mổ. Như vậy, phẫu thuật Frey có hiệu quả giảm đau trên 95,5% số bệnh nhân. Điểm đau VAS khi khám lại trung bình là $1,5 \pm 1,51$ điểm, mức độ giảm điểm VAS trung bình là 4,7 điểm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình điểm VAS trước và sau mổ (Phép kiểm t; $p = 0,025 < 0,05$). Cơ chế đau trong viêm tụy mạn tụy dựa vào 2 nguyên nhân chính là tăng áp lực trong ống tụy và viêm nhiễm quanh các dây thần kinh. Phẫu thuật Frey có ưu điểm vừa dẫn lưu được ống tụy, giải quyết được các biến chứng chèn ép nên hiệu quả giảm đau cao. Nghiên cứu của Lê Văn Cường cũng có kết quả hết đau ở 64,7% số bệnh nhân, 35,2% số bệnh nhân đỡ đau [5]. Ibiziki và cộng sự theo dõi nhóm bệnh nhân sau mổ viêm tụy mạn thấy sau phẫu thuật Frey thì điểm đau VAS trung bình là 1,6 điểm [6].

Tình trạng dinh dưỡng. Với bệnh nhân viêm tụy mạn, đau bụng sau ăn là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân không dám ăn nhiều, ngoài ra, chức năng tụy kém cũng khiến cho việc hấp thụ thức ăn không tốt dẫn đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân kém hơn. Vì là bệnh mạn tính nên thường bệnh nhân đến viện sau một thời gian dài có biểu hiện của

bệnh, do đó, chỉ số BMI của nhóm bệnh nhân có tới 59,1% nằm trong nhóm gầy. Vấn đề sút cân cũng nằm trong bệnh cảnh chung của bệnh lý viêm tụy mãn, các tác giả trong và ngoài nước khi nghiên cứu bệnh lý viêm tụy mãn cũng có kết quả tương tự. Nghiên cứu của Trần Hiếu Học có 87,9% bệnh nhân có sút cân [4], chỉ số BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là $17,3 \pm 2,2$, thấp nhất là 11,2 và cao nhất là 20,8.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng các bệnh nhân tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật Frey, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận số bệnh nhân thuộc nhóm gầy giảm còn 18,2%, có 5 bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân/ béo phì (22,7%), 13 bệnh nhân thuộc nhóm thể trạng bình thường (68,4%). BMI trung bình của nhóm bệnh nhân sau 3 tháng là $21,11 \pm 2,85$, thấp nhất là 16,9 và cao nhất là 27,1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình BMI trước và sau mổ (Phép kiểm t; $p < 0,001$). Như vậy đa số tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân sau mổ được cải thiện rõ rệt.

Rối loạn đại tiện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng rối loạn đại tiện giảm từ 68,2% còn 22,7% (4/22 trường hợp) tại thời điểm tái khám 3 tháng sau mổ.

Đường huyết sau mổ. Đường huyết 3 tháng sau mổ thấp nhất 94 mg/dl, cao nhất 170 mg/dl, trung bình $132,23 \pm 23,86$ mg/dl. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình đường huyết trước và sau mổ (Phép kiểm t; $p < 0,001$).

Trong nghiên cứu này, sau thời gian theo dõi 3 tháng trong 9 bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường thì sau mổ có 6 bệnh nhân đường huyết trở về bình thường, điều này chứng tỏ khi giải quyết hết tắc nghẽn thì mô tụy hết bị phá hủy và xơ hóa thì chức năng nội tiết của tụy được phục hồi.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy mãn.

- Bệnh thường gặp ở nam nhiều hơn nữ, có liên quan với hút thuốc và uống rượu.
- Đau bụng là triệu chứng thường gặp (77,3%), ăn kém, đi cầu phân sống.
- Có liên quan với đái tháo đường.
- Chẩn đoán qua siêu âm và chụp cắt lớp, sỏi thường gặp ở vùng đầu và thân tụy.

5.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

- Thời gian mổ trung bình 139,09 ± 18,23 phút.
- Tỷ lệ tai biến trong mổ (13,6%), tỷ lệ biến chứng sau mổ là (13,6%).
- Chất lượng cuộc sống được cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Quyết (2006), Bệnh lý viêm tụy
2. Phạm Hoàng Hà (2012), "Nghiên cứu điều trị viêm tụy mạn sỏi tụy bằng phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger", Luận án tiến sĩ y học-Trường đại học Y Hà Nội
3. Hoàng Trọng Thăng Trần Văn Huy (2000), "Nhận xét về bệnh nguyên và một số đặc điểm của viêm tụy mạn ở bệnh viện trung ương Huế", Nội Khoa-Chuyên đề tiêu hóa. 1, tr. 17-21.
4. Trần Hiếu Học (2006), "Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và phẫu thuật mở ống tụy lấy sỏi kèm nối tụy ruột trong bệnh lý sỏi tụy", Luận án tiến sĩ y học-Đại học Y Hà Nội
5. Lê Văn Cường (2001), "Đánh giá kết quả phẫu thuật Puestow-Gillesby trong điều trị viêm tụy mạn", Ngoại khoa. 45(5), tr. 27-35
6. Bloechle C Izbicki J.R (1995), "Duodenum preserving resection of the head of pancreas in chronic pancreatitis", Annals of Surgery. 221, tr. 350-358
7. Lê Xuân Sơn (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp Frey và Beger trong điều trị viêm tụy mạn", Luận văn thạc sĩ y học-Trường đại học Y Hà Nội
8. Phạm Hữu Thiên Chí, Đoàn Tiên Mỹ, Phan Minh Trí và cs. (2018) "Kết quả sớm phẫu thuật Partington-Rochelle trong điều trị sỏi tụy", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(5):209-215

KẾT QUẢ BƠM XI MĂNG CÓ BÓNG QUA DA ĐIỀU TRỊ XEP THÂN ĐỐT SỐNG NGỰC, THẮT LƯNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH

Đoàn Anh Tuấn*, Ngô Văn Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm xi măng sinh học có bóng cho các bệnh nhân xẹp đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa Đông Anh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên 72 bệnh nhân (97 thân đốt sống) bị lún xẹp do loãng xương được tiến hành bơm xi măng có bóng tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Đông Anh từ tháng 11/2020-11/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 72,86±8,20 (60-93), chủ yếu 70-79 tuổi (59,72%). Tỷ lệ nữ/ nam: 3,2/1, 100% loãng xương với T score ≤ -2,5. Đau do loãng xương đơn thuần 13,89%, có yếu tố chấn thương chiếm 86,11%. 100% bệnh nhân giảm đau ở ngày đầu tiên sau bơm. Điểm VAS trước mổ là 7,72±1,17, sau mổ 1 ngày là 2,67±0,67 và sau 3 tháng là 1,36 ± 0,71. Sau 3 tháng, phân loại kết quả điều trị theo tiêu chuẩn MacNab: 64/72BN (88,89%)

đạt kết quả tốt và khá, 8/72BN (11,11%) đạt trung bình, không có BN đạt kết quả kém. Góc Cobb trước khi tiến hành bơm xi măng là 17,36± 8,45^o và sau khi tiến hành bơm xi măng có bóng là 11,23±6,62^o. Biến chứng tràn xi măng trong mổ gồm có tỷ lệ bệnh nhân tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống là 9/97 (9,27%) và tràn vào đĩa đệm là 5/97 (5,15%). **Kết luận:** Phương pháp bơm xi măng sinh học có bóng tạo hình thân đốt sống là một phương pháp can thiệp tối thiểu, an toàn có hiệu quả cao trong việc giảm đau ở bệnh nhân bị xẹp đốt sống do loãng xương

Từ khóa: Bơm xi măng, xẹp đốt sống, loãng xương

SUMMARY

RESULT OF BALLOONKYPHOPLASTY IN THE TREATMENT OF THORACO-LUMBAR VERTEBRAE COMPRESSION PATIENTS DUE TO OSTEOPOROSIS AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL

Objective: This article aims to evaluate the outcomes of restoring the body height of the thoraco-lumbar vertebrae compression patients due to osteoporosis in those undergoing balloon kyphoplasty at Dong Anh general hospital. **Subjects and Methods:** This is a descriptive study of 72 patients (97 vertebral bodies) with thoraco-lumbar vertebrae

*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Tuấn

Email: drtuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2022

Ngày duyệt bài: 12/4/2022

compression due to osteoporosis prospectively who were treated with balloon kyphoplasty at Orthopedics Department, Dong Anh general hospital between November 2020 and November 2021. **Results:** Mean age: 72.86 ± 8.20 (60-93), mainly 70-79 years old (59.72%). Female/male: 3.2/1, 100% osteoporosis with T score ≤ -2.5 . Pain due to osteoporosis alone 13.89%, with trauma factor accounted for 86.11%. 100% of patients experience pain relief on the first day after the procedure. The average VAS score decreased significantly from 7.72 ± 1.17 before surgery to 1.36 ± 0.71 after 24 hours and 1.36 ± 0.71 after 3 months. After 3 months, according to modified MacNab criteria, the excellent and good results in 64/72 patients (88.89%), moderate results in 8/72 patients (11.11%), no patients have poor results. Average Cobb angle before balloon kyphoplasty is 17.36 ± 8.450 and after procedure is 11.23 ± 6.620 . The syndroms is surgery were the percentage of patients who were lateral fistula 9/97 (9,27%) and disc leakage 5/97 (5,15%).c **Conclusions:** Balloonkyphoplasty is safe and minimally invasive procedure that provides a good methods for pain relief in patients with vertebral body compression fracture caused by osteoporosis.

Keywords: Cement injection, vertebrae compression, osteoporosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự gia tăng tuổi thọ của con người thì xẹp đốt sống do loãng xương ngày càng có xu hướng gia tăng. Theo tổ chức chống loãng xương thế giới, với khoảng 100 triệu người loãng xương trên toàn thế giới, có khoảng 3 triệu người xẹp đốt sống và hơn 1/3 số đó diễn biến thành đau mạn tính. Xẹp đốt sống xảy ra ở 25% phụ nữ trên 50 tuổi và 40% bệnh nhân từ 80-85 tuổi. Đây là một gánh nặng cho toàn xã hội cả về y tế và kinh tế. Tại Mỹ: 700.000-1.000.000 người/năm xẹp đốt sống do loãng xương. Tại Châu Âu ở tuổi 75-79, tỷ lệ xẹp đốt sống do loãng xương mỗi năm là 13,6/1000 người đối với nam và 29,3/1000 người đối với nữ. Chi phí điều trị tại Mỹ khoảng 17,9 tỷ USD, ở Anh là 1,7 tỷ bảng Anh [1].

Khi đốt sống bị lún xẹp do loãng xương, mỗi khi vận động, gây đau đớn cho người bệnh. Việc điều trị bằng thuốc hoặc nằm bất động dài ngày gây ra nhiều hậu quả như loãng xương gia tăng, viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét...Phương pháp phẫu thuật cố định cột sống bằng nẹp vít là một cuộc mổ lớn, mất máu nhiều, nguy cơ nhiễm trùng và nguy cơ xảy ra các tai biến khá cao mà hiệu quả không được như mong đợi đối với các trường hợp loãng xương [2].

Kỹ thuật bơm xi măng qua da tạo hình thân đốt sống được tiến hành lần đầu tiên tại Pháp do giáo sư H. Deramond vào năm 1984. Năm 1990, bác sĩ chấn thương chỉnh hình Mark Reiley lần

đầu tiên đưa ra ý tưởng chỉnh hình đốt sống bị xẹp bằng bơm xi măng có bóng (Kyphoplasty). Tạo hình thân đốt sống qua da bằng bơm xi măng có bóng là phương pháp điều trị mới cho bệnh nhân bị xẹp đốt sống. Một lượng xi măng sinh học được bơm vào thân đốt sống qua kim chuyên dụng sau khi đốt sống xẹp được bóng nâng lên. Xi măng sinh học giúp làm bền vững thân đốt sống và giảm đau cho bệnh nhân [3].

Khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện đa khoa Đông Anh đã triển khai kỹ thuật bơm xi măng có bóng tạo hình đốt sống qua da cho các bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương từ tháng 6 năm 2019 với kết quả bước đầu đáng rất khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống ngực-thắt lưng bằng phương pháp bơm xi măng sinh học có bóng cho các bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 72 bệnh nhân với 97 đốt sống xẹp, tuổi từ 60-93 được chẩn đoán xẹp đốt sống ngực-thắt lưng loãng xương được tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Đông Anh từ tháng 11/2020-11/2021.

*Tiêu chuẩn lựa chọn

- Xẹp đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương (T score ≤ -2.5).

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán gãy xẹp một hay nhiều đốt sống trên X-quang qui ước thẳng, nghiêng; Cộng hưởng từ hạt nhân có hình ảnh phù tủy xương thân đốt sống.

*Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân gãy xẹp đốt sống nhưng không do loãng xương.

- Rối loạn đông, chảy máu.

- Đang có nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.

- Có chèn ép ống sống với triệu chứng tủy hay rễ.

- Các thương tổn gãy vỡ nhiều mảnh thân đốt sống (gây mất vững).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

- BN được bơm xi măng tạo hình tạo hình đốt sống có bóng dưới kiểm soát của C-arm.

- Chụp X-quang thẳng nghiêng lại để đánh giá lại góc Cobb sau khi bơm xi măng.

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau (VAS: Visual Analogue Scale) tại 3 thời điểm: trước can thiệp, sau bơm xi măng 24 giờ và sau bơm xi măng 3 tháng. Cách tính thang điểm

(VAS) gồm 10 mức độ từ 0= không đau, đến 10= đau nằm liệt giường. Trong đó, 1. Đau rất nhẹ; 2. Đau nhẹ thỉnh thoảng đau chói; 3. Đau nhưng quên khi làm việc; 4. Đau nhưng vẫn làm việc được; 5. Đau không làm việc được; 6. Đau ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày; 7. Đau ảnh hưởng đến giấc ngủ; 8. Đau hạn chế nhiều hoạt động, sinh hoạt; 9. Đau kêu rên; 10. Đau nằm liệt giường.

- Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng theo tiêu chuẩn của MacNab

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá theo MacNab

Đánh giá	MacNab
Tốt	Không đau, không hạn chế vận động, cản trở công việc
Khá	Có đau lưng hoặc đau lan chân nhưng không thường xuyên, ảnh hưởng ít tới khả năng làm việc hoặc hoạt động giải trí khác
Trung bình	Có cải thiện nhưng còn đau dữ dội từng đợt làm bệnh nhân phải rút ngắn hoặc giảm bớt công việc cũng như các hoạt động giải trí khác
Kém	Không hoặc ít cải thiện đau của bệnh nhân hoặc tăng lên sau phẫu thuật, thậm chí đòi hỏi sự can thiệp phẫu thuật khác

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi và giới: Tuổi trung bình BN nghiên cứu là 72,86±8,20, thấp nhất là 60 và cao nhất là 93 tuổi. Độ tuổi trên 70 tuổi chiếm chủ yếu: 59,72%. Tỷ lệ nữ/ nam: 3,2/1.

Số lượng đốt sống và vị trí đốt sống bị tổn thương: 52/72 BN có xẹp 1 đốt sống, 16/72 BN có xẹp 2 đốt sống, 2/72 BN có xẹp 3 đốt sống và 2/72 BN có xẹp 4 đốt sống. Các đốt sống bị tổn thương chủ yếu gặp ở vùng bản lề của cột sống đoạn ngực lưng (T12-L2) chiếm 74,23%: T12 chiếm 18/97 đốt sống, L1 chiếm 31/97 đốt sống và L2 chiếm 23/97 đốt sống.

3.2. Lượng xi măng bơm vào đốt sống. Chúng tôi tiến hành bơm xi măng cho 97 đốt sống ngực và thắt lưng bị xẹp, lượng xi măng trung bình được bơm vào thân đốt sống là 5,06±1,06. Lượng xi măng nhiều nhất được sử dụng là 7,5ml lượng xi măng nhỏ nhất được sử dụng là 2,5ml.

3.3. Lượng xi măng ngấm trong thân đốt

Bảng 3.1. Phân bố lượng xi măng ngấm

trong thân đốt sống trên hình chiếu tư thế thẳng (N=97)

Tỷ lệ ngấm xi măng	N	%
Dưới 1/3	1	1,03
Từ 1/3 – 2/3	37	38,15
Trên 2/3	59	60,82
Tổng	97	100

Nhận xét: Trong 97 đốt sống tiến hành bơm xi măng. Tỷ lệ ngấm xi măng trên 2/3 thân đốt sống chiếm 60,82%, tỷ lệ ngấm xi măng dưới 1/3 thân đốt sống chiếm tỷ lệ 1,03% và tỷ lệ ngấm xi măng từ 1/3-2/3 thân đốt sống chiếm 38,15%.

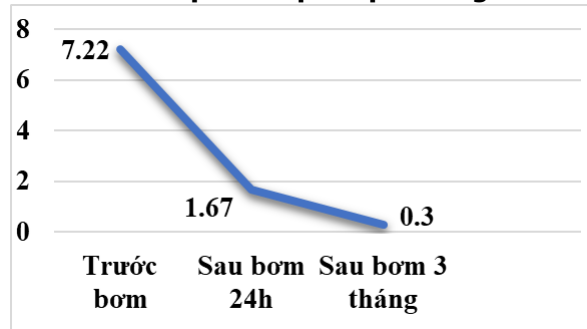
3.4. Biến chứng bơm xi măng trong mổ

Bảng 3.2. Biến chứng trong mổ

Biến chứng	N	%
Tràn qua bờ trước thân đốt sống	9	9,27
Tràn qua bờ sau đốt sống	0	0
Tràn vào lỗ liên hợp	0	0
Tràn vào đĩa đệm đốt sống	5	5,15
Tràn vào mạch máu trước thân đốt sống	4	4,12
Nhiễm trùng tại chỗ	0	0
Tử vong	0	0
Dị ứng	0	0

Nhận xét: Trong 97 đốt sống bơm xi măng có: 9,27% tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống, 5,15% tràn vào đĩa đệm và 4,12% tràn vào mạch máu trước thân đốt sống nhưng tất cả các bệnh nhân này đều không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng, dị ứng hoặc tử vong sau bơm xi măng.

3.5. Mức độ cải thiện triệu chứng đau



Biểu đồ 3.1. Mức độ cải thiện triệu chứng đau trên thang điểm VAS

Nhận xét: Mức độ giảm đau có xu hướng cải thiện theo thời gian, mức độ giảm đau nhiều nhất trong 24 giờ sau can thiệp. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê (p<0,001) giữa điểm VAS trung bình của bệnh nhân tại các thời điểm theo dõi. Trước bơm xi măng điểm VAS trung bình là 7,22±1,16; Sau bơm xi măng 24 giờ điểm VAS trung bình là 1,67±0,61; Sau bơm xi măng 3

tháng điểm VAS trung bình là $0,32 \pm 0,0,12$.

3.6. Hiệu quả chỉnh gù. Góc Cobb trước khi tiến hành bơm xi măng là $17,36 \pm 8,45^0$ và sau khi tiến hành bơm xi măng có bóng là $11,23 \pm 6,62^0$.

3.7. Phân bố bệnh nhân theo phân loại MacNab ở tháng thứ 3

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả điều trị theo phân loại của MacNab ở tháng thứ 3

Phân loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
N	40	24	8	0	72
%	55,56	33,33	11,11	0	100

Nhận xét: Theo phân loại của MacNab ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật có 64/72BN đạt kết quả tốt và khá chiếm 88,89%, 8/72BN đạt trung bình chiếm 11,11%, không có BN đạt kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lượng xi măng sử dụng và tỷ lệ ngấm xi măng trong thân đốt. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành bơm xi măng có bóng cho 72 BN với 97 thân đốt sống ngực, thắt lưng bị xẹp. Lượng xi măng trung bình bơm vào thân đốt là $5,06 \pm 1,06$ ml; Lượng xi măng nhiều nhất được sử dụng là 7,5ml lượng xi măng nhỏ nhất được sử dụng là 2,5ml. Tỷ lệ ngấm xi măng trên 2/3 thân đốt chiếm 60,82%, tỷ lệ ngấm xi măng dưới 1/3 thân đốt chiếm tỷ lệ 1,03% và tỷ lệ ngấm xi măng từ 1/3-2/3 thân đốt sống chiếm 38,15%.

Trong nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng [2] trên 62 đốt sống cho thấy lượng xi măng bơm trung bình trong thân đốt là 3,73ml, tỷ lệ ngấm xi măng trên 2/3 thân đốt chiếm 56,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng xi măng bơm vào thân đốt sống cao hơn so với các tác giả trên. Nguyên nhân do đa số đốt xẹp là cột sống thắt lưng và độ tuổi bị xẹp đốt sống chủ yếu 70-79 tuổi (59,72%), ở độ tuổi cao mật độ xương giảm mạnh nên lượng xi măng bơm vào khoang trống tạo ra sau khi bóng nong thường cao.

4.2. Hiệu quả giảm đau sau can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các BN đều được đánh giá thang điểm VAS trước, sau bơm xi măng 24 giờ và sau bơm xi măng 3 tháng. 100% BN đều giảm đau ngay sau bơm xi măng thể hiện: trước bơm xi măng điểm VAS trung bình là $7,22 \pm 1,16$, sau bơm xi măng 24 giờ điểm VAS trung bình là $1,67 \pm 0,61$ và sau bơm xi măng 3 tháng điểm VAS trung bình là $0,32 \pm 0,0,12$. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa điểm VAS trung bình của bệnh nhân tại các thời điểm theo dõi. Robinson và cs [5] nghiên

cứ trên 102BN xẹp đốt sống được bơm xi măng có bóng: điểm VAS trung bình trước bơm là $7,5 \pm 1,3$; sau bơm là $2,3 \pm 2,2$. Nghiên cứu của Hà Văn Lĩnh và cs [6] có VAS trung bình trước tiêm là $7,5 \pm 1,6$; sau bơm là $1,3 \pm 1,2$. Điều này phản ánh hiệu quả điều trị của phương pháp là rất cao trong việc giảm đau cho bệnh nhân sau bơm xi măng.

4.3. Biến chứng trong quá trình điều trị.

Trong 97 đốt sống bơm xi măng có bóng của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ 9,27% tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống, 5,15% tràn vào đĩa đệm và 4,12% tràn vào mạch máu trước thân đốt sống. Theo nghiên cứu của Taylor [7] tỷ lệ đối tượng bị rò xi măng là 9%, rò xi măng gây chèn ép tủy là 0,2%; tắc mạch phổi là 0,1%; tử vong là 0,01%. Theo tác giả Nguyễn Đình Hòa và cs [4] thì tỷ lệ biến chứng do tràn xi măng là 30,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp có biến chứng tràn xi măng đều không có biểu hiện lâm sàng. Các BN này đều trở lại làm việc và sinh hoạt bình thường. Như vậy bơm xi măng có bóng là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả.

4.3. Hiệu quả chỉnh gù. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện góc Cobb trước và sau khi bơm xi măng: góc Cobb trước khi tiến hành bơm xi măng là $17,36 \pm 8,45^0$ và sau khi tiến hành bơm xi măng có bóng là $11,23 \pm 6,62^0$. Liu và cs [8] tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 116 BN xẹp đốt sống do loãng xương. Để so sánh hiệu quả của 2 nhóm điều trị: một nhóm được điều trị bảo tồn bằng thuốc giảm đau, vật lý trị liệu và nghỉ ngơi tại giường; một nhóm được điều trị bằng bơm xi măng sinh học tạo hình đốt sống qua da có bóng. Kết quả cho thấy, tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học cải thiện chiều cao thân đốt.

4.4. Đánh giá kết quả xa sau bơm xi măng có bóng bằng thang điểm MacNab. Để đánh giá hiệu quả tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng có bóng qua da, chúng tôi sử dụng thang điểm MacNab. Kết quả của chúng tôi: có 64/72BN đạt kết quả tốt và khá chiếm 88,89%, 8/72BN đạt trung bình chiếm 11,11%, không có BN đạt kết quả kém. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Hà Văn Lĩnh và cs [6]: Tốt và khá chiếm 93%, trung bình chiếm 7%.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng áp dụng trong xẹp đốt sống do loãng xương là can thiệp ít xâm lấn có hiệu quả cao trong việc điều trị giảm đau cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương.

- 100% BN giảm đau ngay ở ngày đầu tiên sau bơm. Điểm VAS trung bình trước bơm là $7,22 \pm 1,16$; Sau bơm xi măng 24 giờ điểm VAS trung bình là $1,67 \pm 0,61$; Sau bơm xi măng 3 tháng điểm VAS trung bình là $0,32 \pm 0,0,12$, với kết quả tốt và khá chiếm 88,89%.

- Hiệu quả cải thiện góc gù vùng chấn thương của tạo hình đốt sống qua da bằng bơm xi măng có bóng là rõ rệt. Góc Cobb trước khi tiến hành bơm xi măng là $17,36 \pm 8,45^0$ và sau khi tiến hành bơm xi măng có bóng là $11,23 \pm 6,62^0$.

- Tạo hình đốt sống qua da bằng bơm xi măng có bóng là một phương pháp điều trị an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp.

Như vậy, tạo hình đốt sống qua da bằng bơm xi măng sinh học có bóng là phương pháp điều trị ít xâm lấn, hiệu quả giảm đau nhanh, cải thiện được tốt góc gù thân đốt và chức năng vận động, nâng cao được chất lượng cuộc sống cho BN, phù hợp với người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ, đây là phương pháp tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, hiệu quả cao ngăn chặn xẹp đốt sống, trượt đốt sống ở những bệnh nhân thương tổn cột sống do loãng xương hoặc do chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng J, Muheremu A, Zeng X, Liu L, Liu Y, Chen Y**, (2019). Percutaneous vertebroplasty vs

balloon kyphoplasty in the treatment of newly onset osteoporotic vertebral compression fractures. *Medicine* 98(10): e14793.

2. **Lý Văn Hoàng, Bùi Phú Ân, and Võ Văn Nho, (2010)**. Tạo hình thân sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xẹp đốt sống ở bệnh nhân loãng xương. *Y học thực hành*, 733+734, p. 289-296.
3. **Đỗ Mạnh Hùng, (2018)**. Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cemet có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. Luận văn tiến sỹ y học. Đại Học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đình Hòa, Vũ Đức Đạt, Nguyễn Hoài Thu, (2020)**. Kết quả tạo hình thân đốt sống ngực bằng bơm xi măng sinh học có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 487(1&2): 191-195.
5. **Robinson Y, Tschoke K.S, Stahel F.P, et al (2008)**. Complication and safe aspects of kyphoplasty for osteoporotic vertebral fracture: a prospective follow-up study in 102 consecutive patients. *Patient Saf Surg*, 2,2.
6. **Hà Văn Linh, Nguyễn Lê Bảo Tiên, Phan Minh Trung và cs (2021)**. Kết quả bơm xi măng qua cuống điều trị lún đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện Thanh Nhàn. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 499(1&2): 109-112.
7. **Taylor R.S, Fritzell P, Taylor R.J (2007)**. Balloon kyphoplasty in manangement of vertebral compression fracture: an updated systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J*, 16, 1085-1100.
8. **Liu Q, Cao J, Kong J.J (2019)**. Clinical effect of ballon kyphoplasty in elderly patients with multiple osteoporotic vertebral fracture. *Niger J Clin Pract*, 22, 289-292.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM

Nguyễn Nam Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sỏi tuyến nước bọt dưới hàm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 2017 – 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sỏi tuyến nước bọt dưới hàm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 2017 – 2021. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình $47,96 \pm 18,35$. Tỷ lệ Nữ / Nam = 1,12 /1. Sưng nề tại vùng tuyến dưới hàm là triệu chứng xuất hiện đầu tiên ở đa số bệnh nhân (49,0%). Thời gian khởi phát bệnh 2 đến 3 năm, trung bình 26 tháng (55,9%). Chủ yếu bệnh nhân có 1 viên sỏi (67,9%). Sỏi gặp ở bên trái nhiều hơn với 29/53 trường hợp (54,7%). Đa số các

bệnh nhân gặp sỏi nằm trong lòng ống tuyến (56,6%). Sỏi chủ yếu có kích thước lớn > 12mm chiếm 43,4%

Từ khóa: Sỏi tuyến dưới hàm, tuyến nước bọt, sỏi nước bọt, tuyến dưới hàm, sỏi ống Wharton.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES OF THE SUBMANDIBULAR SALIVARY STONE

Objective: Describes the clinical and paraclinical of the submandibular salivary stone patients in Thai Nguyen National hospital from 2017 to 2021. **Subjects and method:** Describes a cluster cases included the 53 submandibular salivary stone patients. **Results and conclusion:** Age average 47.96 ± 18.35 . The proportion of females to males is 1,12/1. Swelling in the submandibular gland was the first symptom appearing in most patients (49.0%). The time of disease onset was 2 to 3 years, average of 26 months (55.9%). Most patients had 1 stone (67.9%). Stones were more common on the left side with 29/53 cases (54.7%). Most of the patients had stones located in the lumen of the duct (56.6%). Stones are

*Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nam Hà
Email: nguyennamha@tump.edu.vn
Ngày nhận bài: 9/2/2022
Ngày phản biện khoa học: 8/3/2022
Ngày duyệt bài: 1/4/2022

mainly large in size > 12mm, accounting for 43.4%.

Keywords: Submandibular salivary gland stone, salivary gland, salivary gland stone, submandibular salivary gland, Wharton salivary gland stone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến nước bọt dưới hàm (TNBDH) là bệnh hay gặp trong bệnh lý vùng hàm mặt bao gồm: Viêm tuyến, sỏi tuyến, nang tuyến, u tuyến... nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ gây những hậu quả nghiêm trọng. Do vậy cần có chẩn đoán chính xác, để có phương pháp điều trị thích hợp.

Bệnh lý sỏi tuyến nước bọt ban đầu gây tắc nghẽn nước bọt gây ra các bệnh lý khác của tuyến và là nguyên nhân chính gây viêm nhiễm tuyến nước bọt. Bệnh thường gặp ở tuyến dưới hàm (85%), nhất là ở ống Wharton, tuyến mang tai (10%) và cũng hay gặp ở ống tuyến, tuyến dưới lưỡi và những tuyến phụ (5%). Do đó, khi người ta nói sỏi tuyến nước bọt thường là để chỉ sỏi tuyến dưới hàm.

Việc thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, cùng với việc áp dụng các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hạt nhân sẽ cho chẩn đoán chính xác hơn để có thể quyết định phương pháp điều trị đạt hiệu quả cao.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi tuyến nước bọt dưới hàm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi tuyến nước bọt dưới hàm và được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 2017 đến 2021, có đủ các tiêu chuẩn: Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, có địa chỉ liên lạc rõ ràng, đồng ý tham gia vào nghiên cứu, được chẩn đoán xác định dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng là sỏi tuyến nước bọt dưới hàm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh. Chọn toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu. Thu thập thông tin bệnh nhân theo hồ sơ bệnh án, phỏng vấn, khám lại đưa vào bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã thu thập được thông tin của 53 bệnh nhân với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như sau:

Tuổi mắc bệnh trung bình là $47,96 \pm 18,35$. Đỉnh cao mắc bệnh là nhóm 51 đến 60 tuổi

(30,2%). Tuổi thấp nhất là 11, cao nhất là 85.

Trong 53 bệnh nhân có 28 bệnh nhân nữ (chiếm 52,8%) và 25 bệnh nhân nam (47,2%). Tỷ lệ Nữ/Nam = 1,12 /1.

Triệu chứng đầu tiên thường gặp nhất là sưng nề tại vùng tuyến dưới hàm (49,0%). Dấu hiệu đau chiếm 25%. Dấu hiệu này thường khó chính xác vì đây là triệu chứng chủ quan của bệnh nhân.

Thời gian khởi phát bệnh nhìn chung hay gặp từ 2 đến 3 năm, trung bình là 26 tháng (55,9%). Bệnh nhân ít khi để bệnh diễn biến quá trên 3 năm (9,8%).

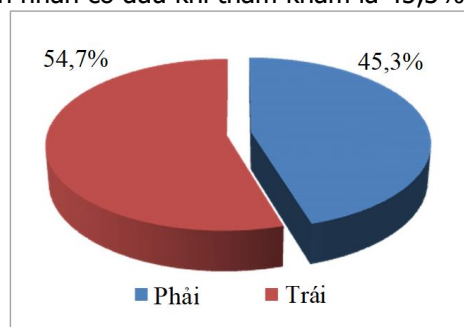
Trong nghiên cứu này chủ yếu gặp bệnh nhân có 1 viên sỏi (67,9%). Sỏi gặp ở bên trái nhiều hơn với 29/53 trường hợp (54,7 %).

Đa số các bệnh nhân gặp sỏi nằm trong lòng ống tuyến (56,6%) nhiều hơn so với sỏi nằm trong nhu mô tuyến (43,4%).

Bảng 1. Dấu hiệu lâm sàng tại chỗ

Lâm sàng	n	%
Đau	24	45,3
Sưng tại tuyến	29	54,7
Nói nuốt vướng	17	32,1
Sưng liên quan đến bữa ăn	35	66
Khô miệng	3	5,7
Ống wharton nề đỏ	30	56,6
Sàn miệng nề đỏ	29	54,7

Đa số các trường hợp đều có triệu chứng sưng nề tại tuyến (54,7%). Dấu hiệu nề đỏ miệng ống Wharton chiếm tỷ lệ cao (56,6%). Chỉ có 3 trường hợp có dấu hiệu khô miệng (5,7%). Bệnh nhân có đau khi thăm khám là 45,3%.



Biểu đồ 1. Phân bố sỏi theo vị trí tuyến

Không có trường hợp nào gặp sỏi ở cả 2 tuyến nước bọt dưới hàm. Sỏi gặp ở bên trái nhiều hơn với 29/53 trường hợp (54,7 %) so với bên phải (45,3 %).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý trên siêu âm

Các đặc điểm		n = 21	%
Vị trí	Ống tuyến	16	76,2
	Nhu mô tuyến	5	23,8
Kích thước	< 6 mm	6	28,6

	6- 12 mm	5	23,8
	> 12 mm	10	47,6
Số lượng	1	14	66,7
	> 1	7	33,3
Hạch dưới hàm/góc hàm	Có	18	85,7
	Không	3	14,3

Trong 21 trường hợp có làm siêu âm để chẩn đoán sỏi tuyến nước bọt dưới hàm chủ yếu gặp 01 viên (66,7%). Đặc biệt, có tới 18 trường hợp có hạch dưới hàm, góc hàm (85,7%).

Bảng 3. Đặc điểm bệnh lý trên CT Scanner/MRI

Các đặc điểm của sỏi tuyến		n=35	%
Vị trí	Ống tuyến	25	71,4
	Nhu mô tuyến	10	28,6
Kích thước	< 6 mm	9	25,7
	6- 12 mm	12	34,3
	>12 mm	14	40
Ranh giới	Rõ	35	100
	Không rõ	0	0
Lòng ống tuyến	Giãn	26	74,3
	Bình thường	9	25,7
Kích thước tuyến	Giãn	19	54,3
	Bình thường	16	45,7

Bảng 4. Kích thước sỏi theo vị trí

	Ống tuyến		Nhu mô tuyến		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<6 mm	9	30	3	13	12	22,7
6- 12 mm	11	36,7	8	34,8	19	35,8
>12 mm	10	33,3	12	52,2	22	41,5
Tổng	30	100	23	100	53	100

Trong nhóm sỏi nằm trong lòng ống tuyến kích thước gặp nhiều nhất là 6 - 12 mm chiếm (36,7%). Tuy nhiên trong nhóm sỏi nằm trong nhu mô tuyến thì lại gặp sỏi với kích thước to hơn, gặp 12 bệnh nhân có sỏi > 12mm chiếm 52,2 %. Gặp ít nhất là sỏi trong nhu mô tuyến với kích thước < 6mm có 3 bệnh nhân.

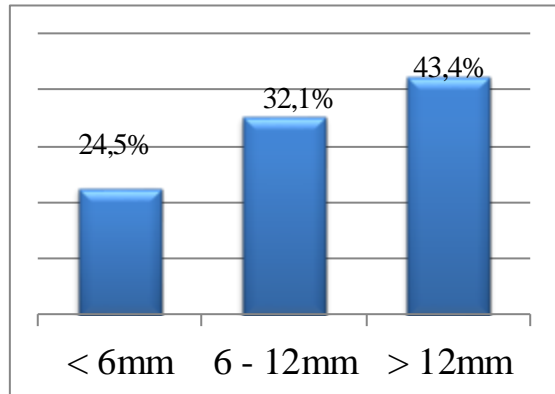
IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm gặp ở mọi lứa tuổi. Theo nghiên cứu của chúng tôi tuổi mắc bệnh trung bình là 47,96 ± 18,35. Đỉnh cao mắc bệnh là nhóm 51 đến 60 tuổi (30,2%). Tuổi thấp nhất là 11, cao nhất là 85. Năm 2011 Danquart J. Wagner N. và cộng sự nghiên cứu hồi cứu trên 91 bệnh nhân thực hiện tại Bệnh viện Hillerod cho thấy tuổi trung bình là 45, tuổi gặp từ 9 đến 74 tuổi.

Trong đó nữ gặp nhiều hơn nam với tỷ lệ nam chiếm 52,8; nữ 47,2%. Tuổi trung bình của nam là 37 trong khi nữ là 41. Như vậy về tuổi thì nam giới có tuổi trung bình thấp hơn nữ giới. Các kết quả cũng phù hợp với các tác giả khác.

Sỏi trong lòng ống tuyến thường xuất hiện ở người trẻ, trong khi sỏi nằm trong nhu mô tuyến

hay gặp ở người già. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm tuổi thường gặp sỏi trong lòng tuyến là 21- 40 (43,9%) trong khi sỏi nằm trong nhu mô tuyến lại hay gặp trong nhóm tuổi 41- 60 (48,9%). Đối với nhóm sỏi nằm trong lòng tuyến theo Zenk J. tỷ lệ này là 46,3% cao hơn nhiều so với sỏi nằm trong nhu mô tuyến chiếm có 34,3% xét trên cùng nhóm tuổi 21- 40. Tuổi trung bình bị sỏi trong lòng ống tuyến là 31, trong nhu mô tuyến là 40. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của hai nhóm này lần lượt là 29 và 37. Nghiên cứu của Matsunobu T. năm 2014 thấy tuổi trung bình mắc bệnh sỏi trong lòng ống tuyến là 25, đối với sỏi trong nhu mô tuyến là 34. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác của Bowen (2011), Walvekar, R (2008).



Biểu đồ 2. Phân bố kích thước sỏi

Sỏi chủ yếu có kích thước lớn > 12mm chiếm 43,4%, với các viên sỏi < 6mm chiếm tỷ lệ ít 24,5%. Trong nghiên cứu này lượng bệnh nhân chủ yếu tập trung trong nhóm sỏi có kích thước lớn, kích thước trung bình 6-12mm chiếm 32,1%.

Triệu chứng đầu tiên thường gặp nhất là sưng nề tại vùng tuyến dưới hàm (49,0%). Tỷ lệ này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả Sigismund, P. E. 2015 (50,3%) Antoniadis 46,4%. Theo y văn cũng ghi nhận thường gặp bệnh xuất hiện đầu tiên với sưng phồng tại tuyến.

Triệu chứng đau là triệu chứng quan trọng trong bệnh học sỏi tuyến nước bọt. Walvekar R. cho thấy rằng tỷ lệ đau tương tự nhau ở cả hai nhóm sỏi tại nhu mô tuyến và sỏi trong lòng tuyến. Trong nghiên cứu này của chúng tôi đau với vị trí sỏi trong lòng ống tuyến là 43,9% và sỏi trong nhu mô tuyến là 51,1%. Theo nghiên cứu của Sigismund P. thì tỷ lệ này ở nhóm sỏi trong lòng ống tuyến cao hơn chúng tôi. Có sự khác biệt đáng kể này do số lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa cao, mặt khác đau là triệu chứng chủ quan của bệnh nhân nên việc khai thác thông tin phần nào hạn chế.

Thời gian khởi phát bệnh nhìn chung hay gặp từ 2 đến 3 năm, trung bình là 26 tháng (55,9%). Bệnh nhân ít khi để bệnh diễn biến quá trên 3 năm (9,8%). Bệnh nhân đến viện thường đã tự uống kháng sinh ở nhà trước khi nhập viện nên thường thời gian mắc bệnh kéo dài. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Sigismund, Danquart thời gian khởi phát triệu chứng đầu tiên là 26 tháng.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy vị trí sỏi trong lòng ống được tìm thấy trên siêu âm tỷ lệ cao (76,2%). Các vị trí sỏi ở sâu hơn trong nhu mô tuyến thường không rõ ràng hoặc không thấy sỏi. Chủ yếu gặp 01 viên (66,7%). Đặc biệt, có tới 18 trường hợp có hạch dưới hàm, góc hàm (85,7%). Như vậy siêu âm là một thăm dò dễ thực hiện và cung cấp cho chúng ta những thông tin có giá trị nhằm góp phần chẩn đoán như xác định vị trí, kích thước, mật độ, ranh giới, hạch cổ, xâm lấn khối sưng nề vào mô mềm xung quanh nhằm phân biệt rõ ràng với khối u tuyến nước bọt dưới hàm. Hạn chế của siêu âm bao gồm đánh giá các sỏi nằm ở phần sâu của tuyến nước bọt dưới hàm.

Trong nghiên cứu này số bệnh nhân được chụp CT Scanner hoặc MRI là 35 trường hợp. Phát hiện lòng ống tuyến giãn rộng (74,3%), kích thước tuyến giãn rộng gặp 19 trường hợp chiếm 54,3%. Sỏi trong ống tuyến được phát hiện 25/35 trường hợp (71,4%). Juul cho rằng không nên chỉ định rộng rãi chụp CT Scanner và MRI trong bệnh lý sỏi tuyến dưới hàm do hiệu quả mang lại không cao hơn so với XQ thông thường và chi phí cao. Tuy nhiên trong các trường hợp nghi ngờ cần phân biệt chính xác với

khối u tuyến nước bọt dưới hàm việc chụp phim là cần thiết. Đặc biệt trong một số trường hợp sỏi nằm sâu trong lòng tuyến hoặc sỏi quá bé < 6 mm XQ hay siêu âm không phát hiện thấy sỏi

V. KẾT LUẬN

Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Tuổi mắc bệnh trung bình là 47,96.

Sỏi trong lòng ống tuyến thường xuất hiện ở người trẻ, trong khi sỏi nằm trong nhu mô tuyến hay gặp ở người già. Triệu chứng đầu tiên thường gặp nhất là sưng nề tại vùng tuyến dưới hàm. Ngoài ra, đau tại tuyến là triệu chứng quan trọng giúp chẩn đoán sớm sỏi tuyến nước bọt dưới hàm.

Thời gian khởi phát bệnh hay gặp từ 2 đến 3 năm, trung bình là 26 tháng.

Siêu âm là một thăm dò dễ thực hiện và cung cấp cho chúng ta những thông tin có giá trị nhằm góp phần chẩn đoán như xác định vị trí, kích thước, mật độ, ranh giới, hạch cổ, xâm lấn khối sưng nề vào mô mềm xung quanh nhằm phân biệt rõ ràng với khối u tuyến nước bọt dưới hàm.

Trong các trường hợp nghi ngờ cần phân biệt chính xác với khối u tuyến nước bọt dưới hàm việc chụp phim CT Scanner hoặc MRI tuyến nước bọt là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Văn Sơn và cộng sự (2003).** Bệnh lý tuyến nước bọt, Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 212-224.
- Hupp JR Ellis E, Tucker MR (2012).** Contemporary oral and maxillofacial surgery (5th ed.), St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier, 398, 407-409, 9780323049030.
- Walvekar R. R. et al (2008).** Sialendoscopy and associated complications: a preliminary experience, Laryngoscope, 5, 776-9.
- Matsunobu T. et al (2014).** Minimally invasive surgery of sialolithiasis using sialendoscopy, Auris Nasus Larynx, 6, 528-31.
- Zenk J. et al (2012).** Sialendoscopy in the diagnosis and treatment of sialolithiasis: a study on more than 1000 patients, Otolaryngol Head Neck Surg, 5, 858-63.
- Antoniadis D. et al (1989).** Clinical study of sialolithiasis. Findings from 100 cases, Hell Stomatol Chron, 4, 245-51.
- Sigismund P. E. et al (2015).** Nearly 3,000 salivary stones: Some clinical and epidemiologic aspects, Laryngoscope, 8, 1879-82.
- Juul M. L. Wagner N. (2014).** Objective and subjective outcome in 42 patients after treatment of sialolithiasis by transoral incision of Warthon's duct: a retrospective middle-term follow-up study, Eur Arch Otorhinolaryngol, 11, 3059-66.

KINH NGHIỆM LỰA CHỌN KỸ THUẬT THÍCH HỢP THEO ĐẶC ĐIỂM CỦA VÚ TRONG PHẪU THUẬT NAM HÓA VÒNG 1

Lương Thanh Tú*, Nguyễn Đình Minh*
 Đồng Hà Trung*, Lê Thị Nga*, Trần Tiến Lâm*

TÓM TẮT

Bài báo nhằm mục tiêu trình bày kinh nghiệm trong lựa chọn kỹ thuật cắt bỏ tuyến vú ở đối tượng giới tính sinh học là nữ mong muốn nam hoá vòng 1. Nghiên cứu cắt ngang một loạt ca bệnh trên 25 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nam hoá vòng 1 tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và hàm mặt bệnh viện E từ tháng 8/2019 tới tháng 3/ 2022. Chúng tôi thực hiện 3 kỹ thuật sau: Key Hole, Round Block và Double incision. Việc lựa chọn kỹ thuật thích hợp dựa vào đặc điểm của vú: kích thước vú, vòng ngực, mức độ sa trễ vú, vị trí quầng núm vú, độ đàn hồi da. 12 bệnh nhân (48%) được phẫu thuật bằng phương pháp Key Hole, 8 bệnh nhân (32%) với phương pháp Round Block, 5 bệnh nhân với phương pháp Double incision (20%). Biến chứng sau mổ: tụ máu sau mổ, hoại tử 1 phần núm vú, sẹo lõm, sẹo giãn. Không có trường hợp nào biến chứng nhiễm trùng, thừa da sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Để đạt được sự hài lòng của bệnh nhân với kết quả thẩm mỹ cao hơn và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn, đặc điểm vú cần được đánh giá chi tiết, đồng thời lựa chọn kỹ thuật phù hợp.

Từ khóa: Đặc điểm vú, kỹ thuật thích hợp, phẫu thuật nam hóa.

SUMMARY

EXPERIENCES IN SELECTING MASTECTOMY TECHNIQUES IN FEMALE BIOLOGICAL SEX SUBJECTS WHO VIRILIZE THEIR BREASTS

This study aims to present experiences in selecting mastectomy techniques in female biological sex subjects who wish to virilize their breasts. A cross-sectional study of a series of cases on 25 patients who underwent breast virilization surgery at the Department of Plastic and Maxillofacial Surgery at Hospital E from August 2019 to March 2022. The following 3 techniques: Key Hole, Round Block and Double incision. The selection of the appropriate technique is based on the characteristics of the breast: breast size, chest circumference, degree of breast prolapse, areola position, skin elasticity. 12 patients (48%) had surgery by Key Hole method, 8 patients (32%) with Round Block method, 5 patients with Double incision method (20%). Rate of complications after surgery: postoperative hematoma, partial

necrosis of the nipple, keloid scars, dilated scars. There were no cases of infectious complications, excess skin after surgery. All patients were satisfied with the cosmetic results. In order to achieve patient satisfaction with higher cosmetic results and lower rates of postoperative complications, breast characteristics need to be evaluated in detail, and the appropriate technique selected.

Keywords: Female biological sex, mastectomy techniques.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bản dạng giới (gender identity), hay còn được gọi là nhân dạng giới là sự nhận thức chủ quan của một người về giới của bản thân họ.[1] Bản dạng giới của một người có thể đồng nhất hoặc không đồng nhất với giới được chỉ định sau sinh dựa trên giới tính sinh học của họ.[2] Thể hiện giới thường phản ánh bản dạng giới của một người.[3][4] Khi một người có giới tính sinh học là nữ nhưng có nhận thức chủ quan về giới của mình là nam, có thể hiện giới là nam, thường những người này phải chịu đựng những khó chịu về tâm lý dai dẳng liên quan đến giới tính sinh học của họ, và có mong muốn được sống và được chấp nhận vĩnh viễn trong vai trò xã hội là giới nam. Những khó chịu về tâm lý này có thể dẫn đến rối loạn tâm thần, nặng là tâm thần phân liệt, dẫn đến suy giảm các hoạt động đời sống xã hội và nghề nghiệp. Cắt bỏ vú hai bên để nam hoá vòng một là một trong những bước quan trọng trong hoạt động xác định lại giới tính, bởi vì việc đạt được hình thể ngực nam giới tạo điều kiện thuận lợi cho việc sống đúng với vai trò giới họ đã chọn. Ở những bệnh nhân này, thủ thuật cắt bỏ vú bao gồm phẫu thuật cắt bỏ tất cả mô tuyến vú, lấy bỏ da thừa và mỡ dưới da nếu cần thiết, định vị lại phức hợp núm vú-quầng vú (NAC) thích hợp, thu nhỏ NAC về kích thước vừa đủ. Vì cấu trúc giải phẫu của vú nam khác với vú nữ, không chỉ về thể tích và hình thể mà còn về kích thước và vị trí của NAC, vì vậy các trường hợp nam hoá vòng một ở nữ phải được đánh giá và lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật thích hợp.

Mặc dù nhiều nghiên cứu đã báo cáo về các thủ thuật cắt bỏ vú liên quan đến phẫu thuật ung thư vú và nữ hóa tuyến vú ở nam giới (gynecomastia), các kỹ thuật cắt bỏ vú với mục đích nam hoá vòng một cho nữ mới chỉ được đề cập trong một số ít bài báo.

*Bệnh viện E Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thanh Tú

Email: dr.tuluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2022

Ngày duyệt bài: 11/4/2022

Lịch sử của phẫu thuật tái tạo ngực bắt đầu từ năm 1979, khi Lindsay và cộng sự mô tả việc sử dụng các phẫu thuật hình chữ C và chữ J, và tác giả Strombeck mô tả kỹ thuật sẹo chữ T ngược. Các kỹ thuật trong lịch sử được đề cập và mô tả trong tài liệu bao gồm sử dụng vật Webster, vật xoay đẩy Maillard và kỹ thuật vật cố gắng theo chiều dọc của McKissock, kỹ thuật vật cố gắng dưới của Wise, vật tạp để thành ngực có ghép tự do NAC. Tạo hình tuyến vú có sử dụng vật có cuống (cuống trên, cuống dưới, cuống ngoài) giúp bảo tồn được mạch thần kinh cho NAC, tuy nhiên phải để lại một phần tuyến, nên phần lớn các bác sĩ phẫu thuật không còn sử dụng vì khó để đạt được hình thể ngực nam như mong muốn. Trong bài báo cáo này chúng tôi đề cập tới 3 phương pháp mổ: phương pháp Webster là đường mổ hình chữ C nửa dưới quầng vú, phương pháp đường mổ vòng tròn đồng tâm là đường mổ hình tròn quanh quầng vú, phương pháp vật tạp để có ghép NAC là phương pháp cắt toàn bộ da nửa dưới quầng vú và ghép phức hợp NAC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 3 năm 2022, chúng tôi đã thực hiện 25 ca nam hoá vòng một tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và hàm mặt, bệnh viện E. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 28 (độ tuổi 24- 33 tuổi). Cân nặng của bệnh nhân từ 49 đến 67 kg. Bệnh nhân trước phẫu thuật được kiểm tra sức khỏe tổng quát bao gồm: xét nghiệm máu, hormon, siêu âm phần phụ, siêu âm tuyến vú. Siêu âm tuyến vú để đánh giá tình trạng mô tuyến vú, phát hiện và loại trừ các tổn thương liên quan tuyến vú. Tất cả các bệnh nhân đều được viết mẫu cam kết đồng ý mổ cắt tuyến vú với mục đích nam hóa vòng một.

Trước khi phẫu thuật, việc lựa chọn kỹ thuật dựa trên kích thước vú và mức độ thừa da, độ đàn hồi của da, kích thước và vị trí NAC. Một phân loại vú bốn cấp được thực hiện theo kích thước vú và da thừa.

Phân loại kích thước ngực

Kích thước cup ngực = chu vi vòng đỉnh ngực – chu vi vòng chân ngực

A cup (12-14cm): cỡ nhỏ B cup (14-16cm): cỡ trung bình

C cup (16-18cm): cỡ lớn D cup (18-20): cỡ rất lớn (cỡ đại)

Qui trình kỹ thuật. Tất cả các ca phẫu thuật nam hoá vòng 1 đều được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Bệnh nhân nằm ở tư thế ngửa.

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi bóc tách cẩn thận để bảo tồn toàn bộ lớp mỡ dưới da phía trên tuyến vú. Do đó, da có độ dày thích hợp sẽ tạo ra vẻ ngoài thành ngực thẩm mỹ mà không bị những vùng lõm, không đều.

Tất cả các bệnh nhân đã được giải thích kỹ về kỹ thuật mổ, vị trí đường sẹo sau mổ. Sau đó, phẫu thuật nam hoá vòng một được chọn dựa trên sơ đồ được trình bày trong Biểu đồ 1. Thuốc kháng sinh được dùng 1 giờ trước khi phẫu thuật và suy trì trong 7 ngày. Đường rạch bắt đầu từ vị trí ba giờ của quầng vú ở và kết thúc ở vị trí chín giờ. Trường hợp NAC quá nhỏ có thể mở rộng đường mổ sang hai bên ít nhất 1 cm để việc bóc tách được thuận lợi hơn. Trong quá trình bóc tách phức hợp NAC, một phần nhỏ mô tuyến vú dưới NAC cần được giữ lại để tránh bị lõm. Sau đó, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú. Để tạo đường viền ngực nam tính về mặt thẩm mỹ, có thể kết hợp hoặc không kết hợp hút mỡ. Phương pháp này giúp che dấu sẹo tốt, có thể thực hiện thu nhỏ quầng vú hoặc núm vú cùng 1 thì nếu cần thiết. Ống dẫn lưu được đặt trong 2 ngày sau mổ.

Trong trường hợp vú có kích thước nhỏ, ít da thừa, kỹ thuật Key hole được sử dụng.

Kỹ thuật Round Block sử dụng cho những vú có thể tích vú trung bình (cup B) có da đàn hồi không tốt và trường hợp thể tích vú lớn với da đàn hồi tốt. Đường mổ Round Block với hai đường rạch là đường tròn đồng tâm. Tâm đường tròn là núm vú, đường tròn đầu tiên được đặt vào quầng vú với đường kính mong muốn để tạo NAC mới, còn đường tròn lớn hơn được thiết kế với đường kính phù hợp, cho phép cắt bỏ một lượng da thừa vừa đủ. Sau đó, tiến hành lấy bỏ thượng bì vùng giữa 2 đường tròn, để tránh ảnh hưởng đến việc cung cấp máu cho NAC. Cắt bỏ tuyến vú dưới da được thực hiện thông qua đường rạch qua trung bì sâu nửa dưới đường tròn lớn. Cần để lại một lượng đủ mô tuyến vú bên dưới NAC. Cần bảo tồn lớp mỡ dưới da và trên tuyến vú để đảm bảo cấp máu cho NAC. Sau mổ ống dẫn lưu được đặt trong khoang bóc tách. Vòng tròn bên ngoài sau đó được làm nhỏ lại theo kiểu khâu túi. Kỹ thuật này tạo ra đường mổ khá rộng rãi để có thể thuận lợi trong việc cắt bỏ tuyến vú và cầm máu. Phương pháp cho phép thu nhỏ được quầng vú lớn và lấy bỏ da thừa. Ngoài ra, nếu cần thu nhỏ núm vú, có thể thực hiện trong một thì vì nguồn cung cấp mạch máu cho NAC của kỹ thuật này hầu hết đều đáng tin cậy.

Kỹ thuật Double incision đã được đề xuất cho những bộ ngực kích thước lớn (cup C) có nhiều

da thừa, độ đàn hồi da kém hoặc những người có bộ ngực kích thước rất lớn (cup D) (Hình 3). Đánh dấu trước phẫu thuật được bắt đầu bằng một đường rạch 1 đến 2 cm trên nếp gấp vú. Sau đó, thiết kế đường rạch da phía trên quầng vú. Trong một số trường hợp không đủ da, đường rạch phía trên có thể xuống thấp hơn ngang vị trí quầng vú. NAC được lấy rời ra như một mảnh ghép da đầy toàn bộ với đường kính từ 2 đến 3 cm. Vạt phía trên NAC được kéo xuống và khâu với đường rạch dưới. Vị trí mới của NAC được đánh dấu ở vị trí khoảng 1/3 ngoài với 2/3 giữa xương đòn dọc và cách đường khâu khoảng 1.5 - 2cm. Tuy nhiên, vị trí cuối cùng của mảnh ghép NAC có thể được điều chỉnh sau khi bệnh nhân tư thế dựng ngồi dậy trong mổ để kiểm tra vị trí NAC chính xác. Ống dẫn lưu được đặt dưới vạt da mỡ. Nhược điểm của kỹ thuật tạo vạt tạp dễ là sẹo dài, hình chiếu núm vú ở vị trí không hợp lí và mất cảm giác NAC. Ưu điểm là phẫu thuật viên dễ bóc tách và cầm máu, đồng thời cho phép thu nhỏ NAC và da dư thừa một cách triệt để.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả phẫu thuật ở bệnh nhân nam hóa vòng 1

			Cân nặng (kg)	Phương pháp mổ	Biến chứng	Trọng lượng vú Trái; Phải (gram)	Vòng chân ngực; đỉnh ngực	Độ đàn hồi da
			62	Key hole	không	88;99	80;94	Tốt
			52	Key hole	Tụ máu	100;94	76;88	Tốt
			50	Round block	không	52;52	75;83	Kém
			54	Key hole	không	122;131	75;86	Tốt
			67	Round block	Hoại tử 1 phần núm vú	283;278	70;96	Tốt
			59	Round block	không	279;233	72;88	Tốt
			52	Key hole	không	125;121	73;84	Tốt
			53	Round block	không	191;189	70;83	Tốt
			49	Key hole	không	140;136	75;83	Tốt
			62	Double incision	không	648;491	80; 103	Tốt
			65	Double incision	không	701;521	78;105	Tốt
			57	Key hole	không	105;110	72;82	Tốt
			55	Key hole	không	115;126	70;82	Tốt
			50	Key hole	không	95;110	71;85	Tốt
			49	Key hole	không	150;167	70;84	Tốt
			53	Key hole	không	140;159	69;82	Tốt
			58	Key hole	không	111;119	73;79	
			57	Round block	không	265;277	72;88	
			53	Double incision	không	298;246	76;92	kém
20	33	165	65	Round block	không	305;287	77;93	Tốt
21	27	158	58	Double incision	không	697;606	80;102	Tốt
22	29	168	58	Key hole	không	163;103	73;88	Tốt
23	28	156	54	Key hole	không	123;144	71;86	Tốt
24	24	152	55	Double incision	không	504;499	71;87	kém
25	25	154	52	Key hole	không	123;100	68;79	Tốt

25 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nam hoá vòng 1 tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và hàm mặt bệnh viện E từ tháng 8/2019 tới tháng 3/ 2022. Chúng tôi thực hiện 3 kỹ thuật sau: Key Hole, Round Block và Double incision. Việc lựa chọn kỹ thuật thích hợp dựa vào đặc điểm của vú: kích thước vú, vòng ngực, mức độ sa trễ vú, vị trí quầng núm vú, độ đàn hồi da. 12 bệnh nhân (48%) được phẫu thuật bằng phương pháp Key Hole, 8 bệnh nhân (32%) với phương pháp Round Block, 5 bệnh nhân với phương pháp Double incision (20%).

Trọng lượng cắt bỏ trung bình là 270.78g đối với vú phải và 243.89 đối với vú trái. Việc kiểm tra bệnh lý được thực hiện đối với tất cả các bệnh phẩm đã cắt và kết quả được tóm tắt trong Bảng 1. Các biến chứng gặp ở 2 bệnh nhân (8%). Các biến chứng này nhẹ có thể được xử trí không cần phẫu thuật. Biến chứng nhẹ bao gồm tụ máu 1 trường hợp (4%); và 1 trường hợp (4%) hoại tử một phần núm vú. Các khối máu tụ nhỏ đã được hút và băng ép, sau đó tự tan dần. Hoại tử một phần núm vú được điều trị bằng chăm sóc vết thương tại chỗ, sau đó 3 tháng được chỉnh sửa để 2 bên núm kích thước được cân nhau.



Hình 1. Kết quả phương pháp Key Hole



Hình 2. Kết quả phương pháp Round Block



Hình 3. Kết quả phương pháp Double incision

IV. BÀN LUẬN

Cắt bỏ vú hai bên để nam hoá vòng một là một trong những bước quan trọng trong hoạt động xác định lại giới tính, bởi vì việc đạt được hình thể ngực nam giới tạo điều kiện thuận lợi cho việc sống đúng với vai trò giới mà người đó chọn. Mục tiêu chính của phẫu thuật này là để có được khuôn ngực nam với đường sẹo tối thiểu. Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật được cho là gần tương tự như các thủ thuật cắt bỏ vú liên quan đến phẫu thuật ung thư vú và nữ hóa tuyến vú ở nam giới (gynecomastia), nhưng phẫu thuật nam hoá vòng một khó hơn cả hai phẫu thuật trên vì những người này có thể tích vú lớn hơn nhiều, cũng như mức độ thừa da nhiều hơn. Sử dụng áo nịt ngực để che dấu ngực làm giãn da, gây tăng mức độ thừa da và độ đàn hồi của da trở nên kém hơn. Mặc dù có nhiều kỹ thuật khác nhau được báo cáo [1-8], nhưng chỉ có một số ít bài báo đề xuất phương pháp phẫu thuật theo thuật toán để cắt bỏ tuyến vú nam hoá vòng 1 [5,7].

Năm 1995, Hage JJ cùng cộng sự [5] công bố phương pháp lựa chọn phẫu thuật của họ, gọi là "công thức Amsterdam" với ba phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật cắt bỏ vú dưới da bằng kỹ thuật: đường mổ đi ngang qua NAC, và đường mổ chu vi quanh quầng vú áp dụng trong những trường hợp thừa da vừa phải. Các trường hợp có vú thể tích lớn hoặc bị sa trễ nhiều được

phẫu thuật bằng cách thay đổi phương pháp này với rạch da ở bên hoặc dưới quầng, và ghép tự do phức hợp NAC. Monstrey và cộng sự [7] đã chia sẻ kinh nghiệm của họ về phẫu thuật tạo đường nét thành ngực ở những người chuyển đổi giới tính. Họ đã sử dụng năm kỹ thuật phẫu thuật để cắt bỏ vú phụ thuộc vào da, kích thước vú, mức độ sa trễ và độ đàn hồi của da như các yếu tố quyết định: đường mổ nửa dưới quầng vú, đường mổ ngang quầng vú, đường mổ hình tròn đồng tâm, đường mổ hình tròn đồng tâm mở rộng và phương pháp ghép NAC. Vào tháng 2 năm 2015, Wolter và cộng sự đề xuất bốn phương án phẫu thuật để cắt bỏ tuyến vú. Những trường hợp ngực nhỏ, da đàn hồi tốt mà không bị sa trễ được thực hiện phẫu thuật cắt tuyến vú theo đường mổ bán nguyệt kết hợp hút mỡ. Những tuyến vú mức độ nhỏ với độ đàn hồi của da từ trung bình đến kém đã được phẫu thuật bằng phương pháp vòng tròn đồng tâm.

Các trường hợp vú kích thước trung bình đến lớn, sa trễ độ II và độ đàn hồi của da từ trung bình đến kém được lựa chọn phẫu thuật tạo hình tuyến vú bảo tồn phức hợp NAC với cuống nuôi dưới. Trong những trường hợp có vú rất lớn, độ đàn hồi của da kém và sa trễ độ III tác giả lựa chọn phẫu thuật cắt bỏ vú có ghép NAC tự do.

Chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật cắt bỏ vú dưới da ở 25 bệnh nhân mong muốn nam hoá vòng 1 trong 3 năm. Dựa trên kết quả được trình bày ở đây và kinh nghiệm của chúng tôi, chúng tôi đề xuất một công thức để giúp quyết định kỹ thuật cắt bỏ tuyến vú phù hợp với từng trường hợp (Hình 1).

Trong biểu đồ này, ngực được phân loại theo kích thước ngực, mức độ thừa da và độ đàn hồi của da. Đối với những bộ ngực nhỏ (cúp A) có da thừa ít, độ đàn hồi tốt và kích thước NAC bình thường, kỹ thuật Key hole đã được thực hiện. Kỹ thuật này được Webster lần đầu tiên mô tả vào năm 1946 cho các trường hợp nữ hóa tuyến vú mức độ nhỏ. Sau đó nhiều tác giả áp dụng cho các trường hợp nam hoá vòng một ở những người chuyển giới nữ sang nam (FTM) [3-8].

Ưu điểm lớn nhất của kỹ thuật này là đường sẹo nhỏ và kín đáo. Tuy nhiên, kích thước vết mổ nhỏ khiến việc bóc tách khó hơn, không thuận lợi hơn việc cầm máu. Do độ đàn hồi của da tốt và da thừa ít, nên bệnh nhân thường hài lòng với kết quả, vì vậy hiếm khi phải chỉnh sửa. Ở những bệnh nhân có da thừa vừa phải (cúp B) hoặc vú nhỏ (cúp A) có NAC lớn, kỹ thuật với đường tròn đồng tâm được thực hiện (kỹ thuật Round Block). Kỹ thuật này được Davidson và

cộng sự mô tả lần đầu tiên cho các trường hợp nữ hóa tuyến vú vào năm 1979. và sau đó được Hage JJ áp dụng vào năm 1995 [4,5]. Ưu điểm của kỹ thuật này là lấy được da thừa. Độ đàn hồi của da cần được đánh giá cẩn thận ở những vú có da thừa vừa phải (cup C). Nếu độ đàn hồi của da không tốt, do có khả năng da co lại không đủ, nên áp dụng phương án cắt bỏ tuyến vú theo phương pháp Double incision. Trong số bệnh nhân của chúng tôi có 1 trường hợp ngực cup D nhưng dùng phương pháp Round block thay vì phương pháp Double incision như đúng chỉ định, và đây cũng là trường hợp duy nhất bị hoại tử núm vú một phần.

Đối với những bộ ngực rất lớn (cup D) với phần da thừa đáng kể và những bộ ngực có phần da thừa lớn (cup C) với độ đàn hồi kém, áp dụng kỹ thuật Double incision. Kỹ thuật bao gồm cắt bỏ vú và da cực dưới vú, phía trên quầng và ghép NAC [1,4,6,8]. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm: Cắt bỏ tuyến vú dưới da có thể thực hiện nhanh, dễ thực hiện. Phẫu trường rộng thuận lợi trong việc cầm máu và bóc tách giữa mỡ dưới da và cắt bỏ mô tuyến. NAC có thể lấy được kích thước mong muốn. Các biến chứng sau phẫu thuật có thể bao gồm tụ máu, hoại tử mảnh ghép NAC một phần hoặc toàn bộ bề mặt, seroma, sẹo giãn, sẹo phì đại hoặc sẹo lồi, và thừa da, hình thái quầng núm vú bất thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp biến chứng: sẹo lồi hoặc sẹo quá phát, sẹo giãn; các biến chứng khác chúng tôi chưa gặp.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật của chúng tôi tạo

điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn kỹ thuật phù hợp cho phẫu thuật nam hoá vòng một. Vì sự lựa chọn kỹ thuật phụ thuộc nhiều vào kích thước ngực, mức độ da thừa, độ đàn hồi của da, kích thước và vị trí NAC, tất cả các thông số này được đánh giá một cách chi tiết. Bằng cách này, có thể có được đường viền ngực thẩm mỹ cho nam giới với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sexual Orientation and Gender Expression in Social Work Practice**, edited by Deana F. Morrow and Lori Messinger (2006, ISBN 0231501862), p. 8: "Gender identity refers to an individual's personal sense of identity as masculine or feminine, or some combination thereof."
2. **Campaign, Human Rights**. "Sexual Orientation and Gender Identity Definitions".
3. **Summers, Randal W. (2016)**. Social Psychology: How Other People Influence Our Thoughts and Actions [2 volumes]. ABC-CLIO. tr. 232. ISBN 9781610695923.
4. **American Psychological Association (tháng 12 năm 2015)**. "Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People" (PDF). American Psychologist. 70 (9): 861. doi:10.1037/a0039906. PMID 26653312.
5. **Hage JJ, Bloem JJ**. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals: Amsterdam experience. Ann Plast Surg 1995;34:59-66.
6. **Takayanagi S, Nakagawa C**. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals. Aesthetic Plast Surg 2006;30:206-12; discussion 213-4.
7. **Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, et al**. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. Plast Reconstr Surg 2008;121:849-59.
8. **Namba Y, Watanabe T, Kimata Y**. Mastectomy in female-to-male transsexuals. Acta Med Okayama 2009;63:243-7.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT "FALCIFORM TECHNIQUE" QUA NỘI SOI Ổ BỤNG SỬA CHỮA TẮC ĐẦU XA DẪN LƯU SAU PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẤT - Ổ BỤNG

Nguyễn Trọng Yên*, Đặng Hoài Lâm*, Trần Quang Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của "kỹ thuật falciform" qua nội soi ổ bụng để sửa chữa biến chứng tắc đầu xa của dẫn lưu sau phẫu thuật dẫn lưu não

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Yên

Email: chuphuongnam1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2022

Ngày duyệt bài: 5/4/2022

thất - ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu 19 bệnh nhân tắc đầu xa dẫn lưu sau phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng, được phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa chữa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 12/2015 đến 1/2021. Tất cả bệnh nhân được thực hiện "kỹ thuật falciform", cố định đầu xa dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan qua nội soi. **Kết quả:** Trong số 19 BN dẫn lưu não thất - ổ bụng có tắc đầu xa, nguyên nhân gây não úng thủy thường gặp nhất là viêm não, màng não (36,8%); tiếp đến là xuất huyết dưới nhện/não thất (31,6%). Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc trung bình là

9,5±4,9 tháng. Nguyên nhân gây tắc dẫn lưu thường gặp nhất là do mạc nối lớn quấn (47,4%), do cục tắc (31,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình 32,1±14,7 phút. Thời gian theo dõi trung bình là 14,3 ± 8,7 tháng. Ngoại trừ 2 trường hợp tử vong (1 do viêm phổi, 1 do suy kiệt), không có bệnh nhân nào (0%) được phát hiện có tắc đầu xa dẫn lưu vào cuối giai đoạn nghiên cứu ở lần theo dõi gần đây nhất. **Kết luận:** Nội soi ổ bụng với việc ứng dụng kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan (falciform technique) là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong việc sửa chữa các biến chứng đầu xa của dẫn lưu não thất - ổ bụng.

Từ khóa: Nội soi ổ bụng, não úng thủy, dây chằng liềm, dẫn lưu não thất - ổ bụng (VPS).

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF "FALCIFORM TECHNIQUE" VIA LAPAROSCOPY IN REPAIRING OF DISTAL CATHETER OBSTRUCTION FOLLOWING VENTRICULOPERITONEAL SHUNT

Purpose: To evaluate the effectiveness of "falciform technique" via laparoscopy in repairing of distal catheter obstruction following ventriculoperitoneal shunt. **Materials and methods:** A retrospective study of 19 distal obstruction patients following ventriculoperitoneal shunt, underwent laparoscopic repair at 108 Military Central Hospital from December 2015 to January 2021. All of these were done using the "falciform technique," with the fixation of the distal catheter to the falciform ligament in supra-hepatic space performed laparoscopically. **Results:** In total, 19 distal obstruction patients following ventriculoperitoneal shunt patients, the most common cause of hydrocephalus was meningoencephalitis (36.8%); followed by subarachnoid/ventricular hemorrhage (31.6%). The mean time from previous ventriculoperitoneal shunt placement to obstruction was 9.5 ± 4.9 months. The most common cause of distal catheter obstruction is due to the adhesiolysis of greater omentum (47.4%), foreign bodies (31.6%). The average surgical time was 32.1±14.7 minutes. Median follow-up was 14.3 ± 8.7 months. Except for 2 patients died during the follow-up period (1 due to pneumonia, 1 due to exhaustion), none of the patients (0%) was found to have distal obstruction at the end of the study period at the most recent follow-up. **Conclusion:** Laparoscopy with the application of falciform technique is a safe and highly effective method in repairing distal catheter obstruction following ventriculoperitoneal shunt.

Key word: Laparoscopic, hydrocephalus, falciform ligament, ventriculoperitoneal shunt (VPS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng (VP Shunt) là phương pháp phẫu thuật được áp dụng phổ biến điều trị não úng thủy (hydrocephalus) do các nguyên nhân khác nhau. Tuy nhiên, theo thống kê, có tới 15% - 23% các trường hợp dẫn lưu não thất - ổ bụng ở người lớn thất bại trong

vòng 6 tháng đầu tiên, và hơn 50% thất bại ở những người có nguy cơ cao [1],[6]. Dẫn lưu não thất - ổ bụng không hoạt động sẽ gây ra tình trạng tăng áp lực nội sọ, thường cần phải can thiệp sửa chữa hoặc thay dẫn lưu mới [3].

Dẫn lưu não thất - ổ bụng không hoạt động có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, từ đầu gần của dẫn lưu (đầu trong não thất); đầu xa (đầu trong ổ bụng); do dẫn lưu bị gãy, tuột hoặc do hỏng bóng dẫn lưu (reservoir)... Theo nhiều nghiên cứu, các nguyên nhân gây tắc dẫn lưu từ đầu xa chiếm khoảng 25% đến 30% các trường hợp. Khi nghi ngờ đầu xa của dẫn lưu bị tắc, nội soi ổ bụng (laparoscopy) có thể được coi là phương pháp hữu ích trong chẩn đoán và điều trị, khắc phục được các hạn chế của phẫu thuật mở ổ bụng thông thường. Nội soi ổ bụng cho phép đánh giá chi tiết tình trạng ổ bụng, nguyên nhân gây tắc dẫn lưu và sửa chữa, phục hồi lại hoạt động của dẫn lưu [2],[4],[5]. Năm 2015, Svoboda và cộng sự đã đề xuất một kỹ thuật mới cố định đầu xa của dẫn lưu trong ổ bụng vào dây chằng liềm trên gan thông qua nội soi ổ bụng nhằm hạn chế các biến chứng liên quan đến đầu xa của dẫn lưu với tên gọi là falciform technique. Kỹ thuật này đã được một số tác giả áp dụng cho kết quả khả quan [3].

Trên cơ sở theo dõi các trường hợp được PT nội soi ổ bụng sửa chữa dẫn lưu, sử dụng kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong điều trị biến chứng tắc đầu xa dẫn lưu não thất - ổ bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 19 bệnh nhân (BN) có biến chứng ở đầu xa (đầu trong ổ bụng) dẫn lưu não thất - ổ bụng, được phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa chữa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 12/2015 đến 1/2021. Tất cả các BN trước đó đều được đặt dẫn lưu theo một quy trình thống nhất: dùng dẫn lưu áp lực trung bình, ổ bụng được mở qua đường mổ mở nhỏ (mini laparotomy) đặt ở vùng mạn sườn trái. Sau khi mổ ổ bụng, dẫn lưu được đưa thả tự do trong ổ bụng.

Các chỉ tiêu đánh giá gồm:

- Một số đặc điểm chung của BN: tuổi, giới, nguyên nhân gây não úng thủy, chỉ số BMI trung bình.
- Thời gian trung bình từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc.
- Nguyên nhân gây tắc đầu xa dẫn lưu.

- Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình.

- Kết quả xa sau phẫu thuật (kiểm tra lại ít nhất 12 tháng sau phẫu thuật).

Lựa chọn, chuẩn bị bệnh nhân

Lựa chọn các BN đã được dẫn lưu não thất ổ bụng, có các tiêu chuẩn sau gợi ý tắc đầu xa dẫn lưu:

- Lâm sàng có biểu hiện của hội chứng tăng áp lực nội sọ hoặc suy giảm tri giác, nhận thức.

- Kiểm tra bóng van, không hoặc kém đàn hồi. Chọc bóng van lấy dịch não tủy (thông thường vẫn lấy được dịch não tủy). Xét nghiệm dịch não tủy không có hiện tượng viêm não, màng não...

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não. Trên cắt lớp vi tính, có hình ảnh giãn não thất (chỉ số Evans \geq 0.3). Đầu trên dẫn lưu vẫn nằm trong não thất, không có biểu hiện tắc (do đám rối mạch mạc kẩn, do các tổ chức viêm...).

- Chụp X quang thường quy bụng, ngực. Xác định không có hiện tượng tuột, đứt dẫn lưu trên đường đi của dẫn lưu.

Kỹ thuật sửa chữa, cố định dẫn lưu

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

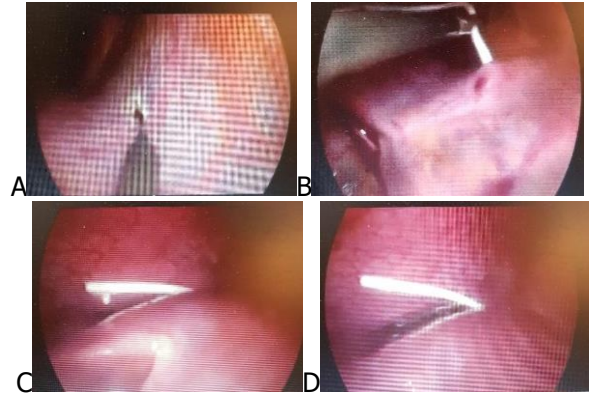
Kíp phẫu thuật gồm 1 phẫu thuật viên thân kinh và 1 phẫu thuật viên Ngoại bụng. Các bước tiến hành được thực hiện theo quy trình của Svoboda và cộng sự (2015) [3], gồm:

- Tạo các kênh thao tác cho quá trình nội soi ổ bụng theo kỹ thuật của Hasson. Thông thường có 2 kênh. Kênh làm việc thứ nhất được đặt dưới (hoặc trên) rốn với đường rạch 5mm dùng để đưa ống nội soi (thường sử dụng ống nội soi kích thước 5 mm, góc quan sát 30 độ). Kênh làm việc thứ hai được ở thành bụng giữa bên phải hoặc bên trái, được sử dụng đưa các dụng cụ làm việc: kim, kéo... Chất bơm vào trong ổ phúc mạc trước khi đưa ống nội soi và các dụng cụ là carbon dioxide (CO₂), với áp lực 10 mmHg.

- Bộc lộ đầu xa của dẫn lưu. Đánh giá và giải quyết nguyên nhân gây tắc đầu xa: ly giải chất kết dính (cục tắc) gây tắc dẫn lưu, phá các nang giả dịch não tủy (CSF pseudocysts) bao bọc quanh đầu dẫn lưu...

- Bộc lộ dây chằng liềm trên gan. Dùng đốt điện tạo một lỗ thủng (khoảng 5mm). Luồn dẫn lưu qua lỗ thủng vừa được tạo, từ trái qua phải sao cho dẫn lưu phủ lên vòm gan trong không gian dưới hoành và hướng đầu xa của dẫn lưu nằm trong rãnh đại tràng lên (hình 1).

- Sau khi kiểm tra thấy dịch não tủy lưu thông xuống ổ bụng tốt, rút các dụng cụ nội soi. Đóng các vết mổ.



Hình 1. Kỹ thuật cố định dẫn lưu qua dây chằng liềm (falciform technique)

(A) Tạo lỗ thủng qua dây chằng liềm (B) Luồn dẫn lưu qua dây chằng liềm (C) Kiểm tra lưu thông của dịch não tủy xuống đầu xa (D) Đưa đầu xa của dẫn lưu xuống rãnh đại tràng phải

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca, không đối chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm		Gía trị
Số lượng bệnh nhân		19
Tuổi: trung bình, khoảng dao động (năm)		54,5±14,2
Giới: nam/nữ		8/11 (1/1,38)
BMI trung bình (kg/m ²)		19,5±4,9
Nguyên nhân gây não úng thủy	Chấn thương	4/19 (21,1%)
	Xuất huyết dưới nhện/ não thất	6/19 (31,6%)
	U não	1/19 (5,3%)
	Viêm, lao não - màng não	7/19 (36,8%)
Không xác định		1/19 (5,3%)
Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc: trung bình, khoảng dao động (tháng)		9,5±4,9 (3 - 25)

Nhận xét: - Trong số 19 BN dẫn lưu não thất ổ bụng có tắc đầu xa, nguyên nhân gây não úng thủy thường gặp nhất là viêm, lao não - màng não (36,8%); tiếp đến là xuất huyết dưới nhện/ não thất (31,6%).

- Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc trung bình là 9,5±4,9 tháng.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Gía trị
Nguyên nhân gây tắc dẫn lưu	Do cục tắc	6/19(31,6%)
	Mạc nối quẩn	9/19(47,4%)
	Nang giả dịch	4/19(21,1%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		32,1±14,7

Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	4,2±1,8	
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	14,3±8,7	
Kết quả	Tử vong	2/19 (10,5%)
	Dẫn lưu hoạt động tốt	17/19 (89,5%)
	Dẫn lưu hoạt động không tốt	0

Nhận xét: - Nguyên nhân gây tắc dẫn lưu thường gặp nhất là do mạc nối lớn quấn (47,4%), do cục tắc (31,6%). Nang giả dịch gặp trong 21,1% các trường hợp.

- Thời gian phẫu thuật trung bình 32,1±14,7 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2±1,8 ngày.

- Sau khoảng thời gian theo dõi trung bình là 14,3±8,7 tháng có 2 trường hợp tử vong: 1 do viêm phổi, 1 do suy kiệt. Các BN còn lại (17 BN) kiểm tra dẫn lưu hoạt động tốt, chưa xuất hiện các biến chứng nào.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thất bại sau phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng thay đổi theo nhiều nghiên cứu. Theo một nghiên cứu đa trung tâm về não úng thủy ở Châu Âu (European iNPH Multicentre Study Group) được kết thúc vào năm 2012 cho thấy: với thời gian theo dõi 1 năm, tỷ lệ biến chứng đầu xa dẫn lưu là 4%, đầu gần là 4% và số lượng các ca cần phải phẫu thuật thay mới dẫn lưu hoặc sửa chữa lại khoảng 15%. Một nghiên cứu khác về não úng thủy ở người lớn được McGirt và cộng sự thực hiện tại Đại học Johns Hopkins, năm 2008 cho kết quả: với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, có tới 33% các trường hợp dẫn lưu não thất - ổ bụng cần phải phẫu thuật lại. Nghiên cứu của Khan và cộng sự (2015) trong 10 năm (từ 2001 đến 2011) với số lượng lớn (319 BN) đã cho một số kết luận đáng quan tâm: tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng khác nhau ở từng thời điểm theo dõi: 6 tháng (8,4%), 1 năm (11,0%) và 6 năm (15,4%). Các nguyên nhân phổ biến nhất của sự cố dẫn lưu là tắc dẫn lưu, nhiễm trùng dẫn lưu... Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các trường hợp não úng thủy do viêm hoặc lao não - màng não có tỷ lệ tắc dẫn lưu cao nhất (> 40%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự: trong số 19 BN dẫn lưu não thất - ổ bụng có tắc đầu xa, nguyên nhân gây não úng thủy thường gặp nhất là viêm, lao não - màng não (36,8%); tiếp đến là xuất huyết dưới nhện/ não thất (31,6%). Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc trung bình là 9,5±4,9 tháng.

Theo nhiều nghiên cứu, có khoảng 10% - 30% các trường hợp thất bại của đầu xa dẫn lưu não thất - ổ bụng do kỹ thuật đặt không đúng cách hoặc do sự dịch chuyển thứ phát của đầu xa dẫn lưu ra khỏi khoang phúc mạc. Kỹ thuật đặt dẫn lưu đường như đóng một vai trò quan trọng [1],[3], Isaacs và cộng sự (2022) đã tiến hành một nghiên cứu gồm nhiều giai đoạn từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 12 năm 2019 nhằm xác định các biện pháp làm giảm nguy cơ thất bại của phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng: vị trí đầu xa là vị trí thất bại phổ biến nhất của dẫn lưu, chiếm hơn 90% các trường hợp. Nghiên cứu đã nhấn mạnh: việc kết hợp định vị thần kinh (navigation) ứng dụng khi đặt đầu trên dẫn lưu vào não thất, ứng dụng nội soi ổ bụng hỗ trợ khi đặt đầu dưới dẫn lưu vào trong ổ bụng với chiến lược ngăn ngừa nhiễm trùng dẫn lưu hợp lý là những yếu tố có giá trị làm giảm tỷ lệ thất bại, cải thiện chất lượng kết quả của dẫn lưu (ShOut-QI) ở BN não úng thủy người lớn [1].

Phẫu thuật mở bụng nhỏ kinh điển đòi hỏi phải đóng đường vào phúc mạc xung quanh ống dẫn lưu, có thể gây thắt dẫn lưu (nếu buộc quá chặt) hoặc dịch chuyển ống dẫn lưu thứ phát vào mô dưới da (nếu cố định không tốt). Trong phẫu thuật mở ổ bụng nhỏ kinh điển, việc quan sát ổ bụng nói chung không được tốt. Bên cạnh đó, đối với các BN béo phì và các BN bị dính do phẫu thuật bụng trước đó, việc đặt đầu xa vào ổ phúc mạc gặp thêm nhiều khó khăn. Năm 1993, Basauri và cộng sự lần đầu tiên đã đề xuất kỹ thuật nội soi ổ bụng thay cho kỹ thuật mở ổ bụng nhỏ kinh điển hỗ trợ cho phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng [5]. Nhiều nghiên cứu hồi cứu sau này đã cho thấy những ưu việt của kỹ thuật nội soi ổ bụng so với kỹ thuật mở ổ bụng nhỏ như: rút ngắn thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện... và đặc biệt là giảm đáng kể tỷ lệ các biến chứng liên quan đến đầu xa của dẫn lưu [3],[6]. Schucht và cộng sự (2015) thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên trên 120 BN, chia làm 2 nhóm: nhóm đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng có dùng nội soi ổ bụng hỗ trợ và nhóm mở ổ bụng nhỏ thông thường, mỗi nhóm gồm 60 BN. Kết quả cho thấy, thời gian phẫu thuật và nằm viện của hai nhóm là tương đương nhau. Tỷ lệ biến chứng chung của cả 2 nhóm không có sự khác biệt (15% ở nhóm dùng nội soi ổ bụng hỗ trợ so với 18,3% ở nhóm mở bụng nhỏ, $p = 0.404$). Tuy nhiên, nhóm dùng nội soi hỗ trợ sau thời gian theo dõi 12 tháng không gặp biến chứng của đầu xa dẫn lưu, trong khi nhóm mở ổ

bụng tỷ lệ biến chứng đầu xa gặp 8% ($p = 0,029$) [2]. Các nghiên cứu cho thấy những ưu điểm của nội soi hỗ trợ phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng, bao gồm: 1) Thành ổ bụng chỉ bị chọc thủng chứ không phải rạch nên hạn chế các nguy cơ thất dẫn lưu khi cố định vào các lớp của thành bụng; 2) Hạn chế sự hình thành túi dưới da mà dẫn lưu có thể trượt, di chuyển vào; 3) Chủ động đưa đầu ống dẫn lưu vào vị trí mong muốn trong khoang phúc mạc thông qua sự quan sát trực tiếp qua camera, khiến cho việc đặt nhằm vị trí hầu như không thể xảy ra; 4) Kiểm soát trực tiếp sự hiện diện của dòng chảy dịch não tủy qua ống dẫn lưu trong ổ bụng [2],[6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: thông qua nội soi ổ bụng không những xác định chính xác có hay không tắc đầu xa của dẫn lưu, mà còn xác định được nguyên nhân gây tắc. Trong nghiên cứu, nguyên nhân gây tắc dẫn lưu thường gặp nhất là do mạc nối lớn quấn (47,4%), tiếp đến là do các cục tổ chức (viêm, lắng đọng fibrin...) gây tắc (31,6%). Nang giả dịch gặp trong 21,1% các trường hợp.

Năm 2015, Svoboda và cộng sự đã đề xuất một kỹ thuật mới cố định đầu xa của dẫn lưu trong ổ bụng trong phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng có nội soi hỗ trợ. Dẫn lưu được neo ở phía sau thùy phải của gan qua một lỗ nhỏ được tạo ra ở vị trí phía sau của dây chằng liềm với đầu dẫn lưu nằm ở vị trí cao hơn trong rãnh đại tràng bên phải. Kỹ thuật này được phổ biến với tên gọi falciform technique [3]. Theo các tác giả, kỹ thuật này ngăn không cho đầu ống dẫn lưu không bị dính vào mạc nối hoặc ruột và cho phép dẫn lưu dịch não tủy vào khoang dưới gan. Bên cạnh đó, việc luồn dẫn lưu qua dây chằng liềm tạo ra một sự cố định tự nhiên tránh được việc gặp hoặc thất dẫn lưu tại chỗ. Tuy nhiên, các nghiên cứu này cũng đề nghị nên đưa các chẩn đoán hình ảnh tiếp theo vào nghiên cứu để xác nhận sự ổn định lâu dài của vị trí dẫn lưu được tiến hành kỹ thuật này. Một số tác giả sau này như Hijrat và cộng sự (2017), Mullens (2021)... khi phát triển kỹ thuật đã khuyến cáo phần dẫn lưu trong ổ bụng không nên để quá dài, thường khoảng 25 - 30 cm, làm sao để đầu dẫn lưu ở mép thấp nhất bên phải của gan. Việc rút ngắn phần dẫn lưu trong ổ bụng một phần có tác dụng làm giảm sức cản dòng chảy qua hệ thống dẫn lưu có thể là một yếu tố quan trọng trong kỹ thuật này [4]. Kết quả cho thấy: với thời gian theo dõi trung bình là 329 ngày, không có trường hợp nào tắc đầu xa dẫn lưu [3]. Nghiên cứu của Isaacs và cộng sự (2022) đã xác định:

việc sử dụng nội soi ổ bụng hỗ trợ kết hợp với kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan làm giảm đáng kể tỷ lệ thất bại của đầu xa ($p < 0,001$). Ngoài ra, các trường hợp dẫn lưu được đặt trên gan có tỷ lệ thất bại chung thấp hơn (tỷ lệ thất bại trong 2 năm là 16%, so với các trường hợp dẫn lưu để tự do trong khoang phúc mạc là 42%; $p < 0,001$) [1]. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả khả quan tương tự. Trong khoảng thời gian theo dõi trung bình là $14,3 \pm 8,7$ tháng, ngoại trừ 2 trường hợp tử vong (1 do viêm phổi, 1 do suy kiệt), không có bệnh nhân nào được phát hiện có tắc đầu xa dẫn lưu vào cuối giai đoạn nghiên cứu ở lần theo dõi gần nhất.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu thu được từ 19 bệnh nhân dẫn lưu não thất - ổ bụng có biến chứng ở đầu xa (đầu trong ổ bụng), được phẫu thuật sửa chữa cho thấy: Nội soi ổ bụng với việc ứng dụng kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan (falciform technique) là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong việc sửa chữa các biến chứng đầu xa.

Hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu mới tập trung vào việc ứng dụng kỹ thuật này trong sửa chữa đầu xa dẫn lưu, số lượng bệnh nhân còn chưa được nhiều. Hướng nghiên cứu trong thời gian tới sẽ áp dụng phương pháp này trong phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng một cách thường quy để đánh giá hiệu quả một cách đầy đủ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Isaacs AM, Ball CG, Sader N, Muram S, Israel DB, Urbaneja G, Dronyk J, Holubkov J,** and Hamilton MG (2022). Reducing the risks of proximal and distal shunt failure in adult hydrocephalus: a shunt outcomes quality improvement study. *J Neurosurg* 136:877-886.
2. **Schucht P, Banz V, Trochsler M, Samuel I, Krähenbühl AK, Reinert M, Jürgen Beck et al (2015).** Laparoscopically assisted ventriculoperitoneal shunt placement: a prospective randomized controlled trial. *J Neurosurg* 122:1058-1067.
3. **Svoboda SM, Park H, Naff N, Dorai Z, Williams MA and Youssef Y (2015).** Preventing Distal Catheter Obstruction in Laparoscopic Ventriculoperitoneal Shunt Placement in Adults: The "Falciform Technique". *Journal of laparoendoscopic and advanced surgical technique*. Volume 25, Number 8.
4. **Hijrat KA, Shi X, Soufiany I et al. (2017).** Laparoscopic Fixation of Distal Catheter of the Ventriculoperitoneal shunt with Falciform Ligament in Supra-Hepatic Space by Modified Falciform Technique. *Biomedical Letters* Volume 3 | Issue

- 1|Pages 40-44.
5. **Basauri L, Selman JM, Lizana C (1993).** Peritoneal catheter insertion using laparoscopic guidance. *Pediatr Neurosurg.* 19:109-110.
6. **Naftel RP, Argo JL, Shannon CN, et al. (2011).** Laparoscopic versus open insertion of the peritoneal catheter in ventriculoperitoneal shunt placement: review of 810 consecutive cases. *J Neurosurg.* 115(1):151-158.
7. **Ferreira FL, Costa VFJ, Moreira FR, et al. (2021).** Abdominal Complications Related to Ventriculoperitoneal Shunt Placement: A Comprehensive Review of Literature. *Cureus* 13(2): e13230. DOI 10.7759/cureus.13230.
8. **Fernanda OC, Antonio RB, Luciano G, José FS (2014).** Laparoscopic assisted ventriculoperitoneal shunt revisions as an option for pediatric patients with previous intraabdominal complications. *Arq Neuropsiquiatr* 72(4):307-311.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG NHIỄM FLUOR RĂNG Ở TRẺ EM VIỆT NAM NĂM 2019

Nguyễn Thị Hồng Minh*, Trần Cao Bính*, Nguyễn Thị Phương Trà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em Việt Nam, từ đó làm cơ sở hoạch định chiến lược dự phòng sâu răng cho cộng đồng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu được thực hiện trên 8053 trẻ em từ 6 – 17 tuổi trong cả nước. Tình trạng nhiễm Fluor ở trẻ em được xác định theo tiêu chuẩn Dean. Mức độ nhiễm Fluor được đánh giá theo ba phương pháp: đánh giá theo tiêu chuẩn Dean ở răng cửa giữa bên phải hàm trên (răng 11), đánh giá chỉ số nhiễm Fluor cộng đồng (chỉ số CFI) và chỉ số Dean ở răng có chỉ số nặng nhất. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ trẻ em không bị nhiễm Fluor trên 90% ở các nhóm tuổi và ở gần hết các vùng trên toàn quốc.

Từ khóa: Tiêu chuẩn Dean, nhiễm Fluor răng

SUMMARY

RESEARCH ON FLUOROSIS CONCENTRATION IN DRINKING WATER RESOURCES IN VIETNAM 2019

Objective: To investigate the Fluoride concentration in drinking water resources in Vietnam 2019, to make strategy of caries prevention for community. **Subjects and methods:** Research and analysis on 731 samples of drinking water taken from localities representing 7 geographical regions in the country. Edible water samples analyzed for Fluor concentration by selective electrode method with Fluor. **Result and conclusion:** The Fluoride concentration of all drinking water samples were low (below 0.30 ppm).

Key words: Dean's criteria, Fluorosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giá trị dự phòng sâu răng của Fluor đã được đề cập đến từ rất lâu trong y văn và được chứng

minh dựa trên kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới. Các tác dụng chính của Fluor trong dự phòng sâu răng chủ yếu là khả năng tái khoáng hóa men răng, cản trở hình thành mảng bám răng cũng như ức chế vi khuẩn gây sâu răng... Chính nhờ có tác dụng này mà Fluor đang được sử dụng ngày càng phổ biến hơn để dự phòng sâu răng [1].

Fluor là một thành phần tự nhiên trong các loại thức ăn của con người và có mặt trong nước uống ở các mức độ khác nhau. Vì thực phẩm ăn vào rất đa dạng nên người ta chủ yếu đánh giá mức độ Fluor theo độ tập trung của ion này trong các mẫu nước ăn. Việc sử dụng Fluor để phòng ngừa sâu răng đã được áp dụng ở một số nước trên thế giới từ hơn 6 thập kỷ qua và đã mang lại hiệu quả to lớn trong việc hạ thấp tỷ lệ sâu răng và giảm chỉ số DMFT[2]. Tác dụng phụ duy nhất của Fluor trên cơ thể là tình trạng nhiễm Fluor răng nếu cá thể bị phơi nhiễm với Fluor với nồng độ quá cao trong thời gian dài. Biểu hiện của tình trạng này là tổn thương trên men răng ở trẻ em. Đây cũng là tiêu chí cần khảo sát khi áp dụng Fluor để dự phòng sâu răng cho cộng đồng.

Để có cơ sở cho việc hoạch định các chính sách dự phòng sâu răng cho cộng đồng Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: 14 tỉnh thành đại diện cho 7 vùng địa lý của Việt Nam, bao gồm: vùng núi phía bắc, vùng đồng bằng sông Hồng, vùng duyên hải bắc trung bộ, vùng duyên hải nam trung bộ, vùng cao nguyên trung bộ, vùng đồng nam bộ và

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: minhnguyenrhm1812@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/3/2022

Ngày phản biện: 20/3/2022

Ngày duyệt bài: 11/4/2022

vùng đồng bằng sông Cửu Long.

- Thời gian nghiên cứu: 2019.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

+Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ 6 -17 tuổi, trẻ và bố mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

+Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ đang mắc các bệnh cấp tính, bố mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu, không hợp tác trong khi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Trong nghiên cứu này thì các vùng đã chọn mẫu được lựa chọn dựa vào các khu vực địa lý bao phủ cả nước. Việt Nam được phân làm bảy vùng dựa vào vị trí và các đặc điểm địa lý.

Từ 7 vùng này chọn ra 14 tỉnh. Riêng Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh được chọn có chủ ý, còn tất cả các tỉnh khác được chọn ngẫu nhiên từ danh sách các tỉnh trong từng vùng. Ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, mỗi nơi chọn 02 quận/huyện từ các danh sách không phân tầng của tất cả các quận/huyện. Còn 12 tỉnh còn lại, các huyện/thị được phân thành các vùng thành thị và nông thôn. Ở nơi nào có thể thì mỗi tỉnh lại chọn ra một quận/ thị (thành thị) và một huyện (nông thôn) (14 huyện/ thị). Tất cả có 28 quận/ huyện được chọn ngẫu nhiên từ 14 tỉnh thành. Ở mỗi cấp lựa chọn thì xác suất lựa chọn cân xứng với số lượng dân số.

Trong mỗi quận/huyện được chọn, lập danh sách tất cả các trường. Mỗi quận/huyện sẽ chọn ngẫu nhiên 03 nhóm trường (mỗi cụm gồm 1 trường tiểu học, 1 trường THCS, 1 trường THPT).

Tổng số có 56 nhóm trường được chọn.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Mẫu nghiên cứu chọn theo phương pháp ngẫu nhiên, phân tầng nhiều giai đoạn. Mỗi nhóm bao gồm các trường được chọn ngẫu nhiên ở các các quận/huyện. Mỗi nhóm lại bao gồm 4 nhóm tuổi từ 6 đến 17 tuổi, và các đối tượng nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên từ các lớp trong trường tiểu học, trung học cơ sở, và phổ thông trung học.

Nhóm 1 (6-8 tuổi): lớp 1,2,3 (trường tiểu học).

Nhóm 2 (9-11 tuổi): lớp 4,5 (trường tiểu học) và lớp 6 (trường trung học cơ sở).

Nhóm 3 (12-14 tuổi): lớp 7,8,9 (trường trung học cơ sở).

Nhóm 4 (15-17 tuổi): lớp 10,11,12 (trường phổ thông trung học).

Cỡ mẫu được tính theo công thức nghiên cứu mô tả cắt ngang là 7168 trẻ em.

Thực tế nghiên cứu đã khám cho 8043 trẻ em, đảm bảo lớn hơn cỡ mẫu đã tính.

2.2.3. Các bước tiến hành

2.2.3.1. Chuẩn bị nghiên cứu

❖Liên hệ cơ sở thực hiện nghiên cứu:

- Liên hệ với Ủy ban Nhân dân và cơ quan y tế của các tỉnh/ thành, huyện/ quận và xã/ phường đã được chọn và đề nghị cử cán bộ phối hợp nghiên cứu.

- Lập danh sách học sinh và chọn ngẫu nhiên theo cỡ mẫu và gửi phiếu xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu của phụ huynh.

❖Tập huấn cho cán bộ nghiên cứu

Chỉ sử dụng những người khám đã được tập huấn và định chuẩn.

❖Chuẩn bị dụng cụ, công cụ khám răng

- Chuẩn bị dụng cụ: bộ khay khám răng

- Nguồn sáng: đèn sợi quang học có kèm theo gương khám

- Áp dụng các biện pháp vô khuẩn theo đúng qui trình

2.2.3.2. Quy trình thực hiện khám lâm sàng

- Khám bằng dụng cụ chuyên khoa dưới ánh sáng đèn sợi quang học

- Người khám là các Bác sĩ Răng Hàm Mặt của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh đã được tập huấn định chuẩn

- Trẻ em được khám tư thế nằm trên bàn thấp và được đánh giá tình trạng nhiễm Fluor răng theo tiêu chí của Dean [3]:

- Khám 4 răng: 12 - 22

- Khám trên răng ướm, nếu bề mặt răng có mảng bám thì có thể dùng gạc để lau sạch bề mặt

- Tiêu chí Dean: mã số 0 đến mã số 5

• Mã số 0: Bề mặt răng bình thường

• Mã số 1: Nghi ngờ nhiễm fluor răng: Trên bề mặt răng có một vài vết nhỏ hoặc đốm nhỏ. Mã số này được ghi trong trường hợp nếu không xác định được rõ là răng bị nhiễm fluor mức độ rất nhẹ, mà cũng không xác định được rằng đó là bình thường.

• Mã số 2: Nhiễm fluor răng rất nhẹ: Răng bị nhiễm Fluor. Có các đốm trắng, hình ảnh mù tuyết, các đường trắng, nhưng tổng số men bị nhiễm dưới 25%

• Mã số 3: Nhiễm fluor răng nhẹ: Răng có nhiều đốm trắng hơn hoặc các đường trắng đục và các vùng trắng phấn. Tổng diện tích men răng bị nhiễm fluor từ 25% đến ≤ 50%

• Mã số 4: Nhiễm fluor răng trung bình: Toàn bộ bề mặt răng bị nhiễm màu trắng phấn, có thể có màu nâu, một vài hố và vết mẻ ở các rìa cắn

• Mã số 5: Nhiễm fluor răng nặng: Bề mặt men răng bị nhiễm fluor nặng, có các hố, thiếu sản men răng, nhiễm màu nâu, phần men nguyên vẹn còn lại thì có màu trắng phấn.

2.2.4 Xử lý và phân tích số liệu

- Các phiếu khám được kiểm tra trong ngày, điều chỉnh các sai sót (nếu có) ngay cuối buổi khám.

- Mức độ nhiễm Fluor cộng đồng được tính theo công thức tính chỉ số nhiễm fluor cộng đồng (Community Fluorosis Index: CFI):

$$CFI = (0,5 N_{độ 1} + 1 N_{độ 2} + 3 N_{độ 3} + 3 N_{độ 4} + 4 N_{độ 5}) / N_{tổng số}$$

- (Trong đó: $N_{độ 1}$: số người độ 1; $N_{độ 2}$: số

người độ 2; $N_{độ 3}$: số người độ 3; $N_{độ 4}$: số người độ 4; $N_{độ 5}$: số người độ 5; $N_{tổng số}$: Tổng số người được khảo sát).

- Phân loại CFI: 0-0,4 là âm tính; 0,4-0,6 là giới hạn; 0,6-1,0 nhẹ; 1,0-2,0 trung bình; 2,0-3,0 nặng; 3,0-4,0 rất nặng.

- Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ trẻ em nhiễm Fluor ở R11 theo tuổi

Nhóm tuổi	% Nhiễm Fluor R11					
	Không	Nghi ngờ	Rất nhẹ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
6-8	92,2	4,0	2,7	0,7	0,3	0,1
9-11	90,9	4,9	3,4	0,6	0,1	0,2
12-14	89,5	5,6	3,6	1,0	0,3	0,1
15-17	93,3	3,4	2,0	0,6	0,4	0,3

Bảng 3.2. Tỷ lệ trẻ em bị nhiễm Fluor ở răng 11 theo vùng địa lý

Vùng	% Nhiễm Fluor R11					
	Không	Nghi ngờ	Rất nhẹ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Núi phía bắc	95,8	2,9	0,9	0,4	0	0,1
Đồng bằng Sông Hồng	87,6	5,3	5,3	1,1	0,3	0,4
Duyên hải Bắc Trung Bộ	89,9	6,1	2,5	1,0	0,4	0,1
Duyên hải Nam Trung Bộ	95,8	1,1	1,4	0,5	0,8	0,5
Cao nguyên Trung Bộ	94,6	3,7	1,2	0,5	0	0
Đồng Nam Bộ	89,8	4,8	4,5	0,6	0,2	0
Đồng bằng Sông Cửu Long	86,5	7,6	4,7	0,8	0,3	0,1

Bảng 3.3. Tỷ lệ trẻ nhiễm Fluor theo chỉ số nặng nhất

Nhóm tuổi	% Mức độ					
	Không	Nghi ngờ	Rất nhẹ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
6-8	91,6	4,2	2,8	0,9	0,3	0,1
9-11	89,6	5,8	3,7	0,7	0,2	0,2
12-14	88,0	6,1	4,4	1,1	0,3	0,2
15-17	92,4	4,0	2,2	0,7	0,5	0,4

Bảng 3.4. Tỷ lệ trẻ em có mức độ nhiễm Fluor dựa vào chỉ số nặng nhất theo vùng địa lý

Vùng	Nhóm tuổi	% Mức độ					
		Không	Nghi ngờ	Rất nhẹ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Núi phía Bắc	6-8	95,5	4,5	0	0	0	0
	9-11	93,7	4,5	1,0	0,7	0	0
	12-14	94,4	2,8	2,1	0,7	0	0
	15-17	97,2	2,4	0	0	0	0,3
Đồng bằng Sông Hồng	6-8	84,6	5,8	7,2	1,4	0,5	0,5
	9-11	88,9	5,9	4,9	0	0	0,3
	12-14	82,5	7,7	7,4	1,8	0,4	0,4
	15-17	89,2	4,2	3,8	1,7	0,7	0,3
Duyên hải Bắc Trung Bộ	6-8	94,6	4,0	0,4	0,4	0	0,4
	9-11	89,2	6,6	3,5	0,3	0,3	0
	12-14	81,6	8,7	6,2	2,4	1,0	0
	15-17	90,6	6,9	1,4	0,7	0,3	0
Duyên hải Nam Trung Bộ	6-8	96,4	0,9	1,4	0,5	0,9	0
	9-11	96,5	0,7	1,7	0,7	0	0,3
	12-14	95,1	1,7	2,8	0	0,3	0
	15-17	92,7	2,1	1,4	0,7	1,7	1,4
	6-8	96,7	1,9	0,9	0,5	0	0

Cao nguyên Trung Bộ	9-11	93,4	4,2	1,7	0,7	0	0
	12-14	90,2	5,6	2,8	1,4	0	0
	15-17	96,5	2,4	0,7	0	0	0,3
Đông Nam Bộ	6-8	91,1	4,3	3,5	1,2	0	0
	9-11	83,6	6,8	8,2	1,1	0,4	0
	12-14	86,4	6,8	5,0	0,7	0,4	0,7
Đồng bằng sông Cửu Long	15-17	93,2	2,5	3,6	0,7	0	0
	6-8	83,3	8,1	5,9	2,3	0,5	0
	9-11	81,8	11,6	4,6	1,4	0,4	0,4
	12-14	85,6	9,5	4,6	0,4	0	0
	15-17	87,5	7,1	4,3	0,7	0,4	0

Bảng 3.5. Chỉ số nhiễm Fluor cộng đồng

Nhóm tuổi	Chỉ số CFI
6-8	0,08
9-11	0,09
12-14	0,11
15-17	0,08

Bảng 3.6. Chỉ số nhiễm Fluor cộng đồng theo vùng địa lý

Vùng	Nhóm tuổi	CFI
Núi phía Bắc	6-8	0,02
	9-11	0,05
	12-14	0,05
	15-17	0,03
Đồng bằng Sông Hồng	6-8	0,16
	9-11	0,09
	12-14	0,27
	15-17	0,13
	6-8	0,05
	9-11	0,08
Duyên hải Bắc Trung Bộ	12-14	0,19
	15-17	0,07
	6-8	0,05
Duyên hải Nam Trung Bộ	9-11	0,05
	12-14	0,05
	15-17	0,16
Cao nguyên Trung Bộ	6-8	0,03
	9-11	0,05
	12-14	0,08
	15-17	0,03
Đông Nam Bộ	6-8	0,08
	9-11	0,15
	12-14	0,14
	15-17	0,06
Đồng bằng Sông Cửu Long	6-8	0,16
	9-11	0,16
	12-14	0,10
	15-17	0,10

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ em có mức độ nhiễm Fluor (tiêu chuẩn Dean) dựa vào chỉ số nặng nhất theo vùng địa lý rất thấp ở trẻ em, đặc biệt ở các lứa tuổi then chốt 6, 12 và 15 tuổi, tỷ lệ cao nhất là 0,16.

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm Fluor răng là tác động không mong

muốn duy nhất do sử dụng Fluor trong nha khoa dự phòng gây ra. Tuy nhiên, nhiễm Fluor răng cũng có thể xảy ra một cách tự nhiên ở nhiều khu vực trên thế giới nơi nước uống chứa Fluor ở hàm lượng cao. Chính vì vậy, nghiên cứu về tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em là một việc làm rất cần thiết trước khi áp dụng bất kỳ một phương pháp bổ sung Fluor để dự phòng sâu răng cho cộng đồng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tiêu chí đánh giá tình trạng nhiễm Fluor răng là chỉ số của Dean. Chỉ số nhiễm Fluor của Dean được tiến hành đánh giá trên 4 răng của giữa hàm trên (12,11,21 và 22) và quan sát trên răng ướm. Có 5 mã số được ghi nhận theo các mức độ nhiễm Fluor răng.

Kết quả nghiên cứu về tình trạng nhiễm Fluor ở trẻ em Việt Nam được trình bày từ bảng 3.1 đến 3.6. Mức độ nhiễm Fluor được đánh giá theo ba phương pháp khác nhau, bao gồm: đánh giá theo tiêu chuẩn Dean ở răng cửa giữa bên phải hàm trên (răng 11), đánh giá chỉ số nhiễm Fluor cộng đồng (chỉ số CFI) và chỉ số Dean ở răng có chỉ số nặng nhất.

Tỷ lệ trẻ không nhiễm Fluor trên 90% ở các nhóm tuổi và ở gần hết các vùng trên toàn quốc. Các trẻ em khác thường chỉ ghi nhận ở mức nghi ngờ và mức rất nhẹ, một số rất ít được đánh giá nhiễm Fluor ở mức độ trung bình đến mức độ nặng được ghi nhận ở các vùng đồng bằng Sông Hồng, Duyên hải Bắc Trung Bộ, Duyên hải Nam Trung Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long. Mức độ nhiễm Fluor ở các nhóm tuổi cũng tương tự nhau.

Kết quả này thấp hơn kết quả về tình trạng nhiễm Fluor răng của trẻ em trong một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Maglynert M. trên học sinh từ 6-14 tuổi ở Venezuela và nghiên cứu của Maria Atbenecht [4,5]. Trên học sinh từ 6- 13 tuổi tại Bulgaria. Tình trạng này có thể là do độ tập trung Fluor trong các nguồn nước ăn ở Việt nam hiện rất thấp (chủ yếu dưới 0,30 ppm) và việc sử dụng các sản phẩm có chứa Fluor như viên uống Fluor hay gel Fluor còn rất hạn chế tại Việt Nam [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ và mức độ nhiễm Fluor răng ở trẻ em Việt Nam là rất thấp, thể hiện mức độ phơi nhiễm với Fluor thấp. Đây có thể là nguyên nhân làm tình trạng sâu răng ở trẻ em Việt Nam vẫn ở mức cao. Kết quả này có thể làm cơ sở cho việc xây dựng chiến lược sử dụng Fluor cho dự phòng sâu răng cho trẻ em và cộng đồng Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IPCS (2002), Fluorides, Geneva, WHO,** International Program on Chemical Safety.
2. **Petersen PE, Lennon MA (2004),** Effective use of Fluorides for the preventive of dental caries in

the 21st century: The WHO approach. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32:319-321.

3. **World Health Organisation,** Oral Health surveys (basic methods) 5th Edition, Geneva: WHO, 2013.
4. **Maglyner M., Fatima R.S et al (2007),** Dental caries and fluorosis in children consuming water with different fluoride concentrations in Maiquetia, Vargas State, Venezuela, Invest Clin, 2007 Mar; 48(1):5-19.
5. **Maria Atbenecht., Edit Maros (2004),** Dental fluorosis in children in Bár and Dunaszekcsó in the 6-18 age group, Orv Hetil. 2004 Feb 1; 145(5): 229-32.
6. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải,** "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc", Nhà xuất bản Y học, 2002.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HÀN KÍN ỐNG TỦY RĂNG BẰNG MÁY LÈN NHIỆT EQ-EV

Đàm Thu Trang*, Lê Thị Hoà*

TÓM TẮT

Kỹ thuật lèn dọc là một cải tiến để gia tăng sự khít sát trong hàn ống tủy. Hiện nay trên thị trường, máy lèn nhiệt EQ-EV đang được các hãng giới thiệu và được nhiều phòng khám chuyển sang sử dụng. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả hàn kín ống tủy răng bằng máy lèn nhiệt EQ – EV. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Qua khảo sát kết quả trám bít ống tủy 30 răng bằng máy lèn nhiệt EQ- EV cho thấy: Tương quan giữa khối lượng trám và ống tủy trên phim XQuang : 90% trám đủ; tỷ lệ trám thừa: 6,7%; trám thiếu: 3,3%. Tương quan giữa cement với chóp răng cho thấy tỷ lệ trào cement ở vùng chóp răng: 10%; thiếu là 3,3%. Tương quan giữa GP và chóp răng cho thấy tỷ lệ GP vừa đến chóp răng 90%; tỷ lệ quá chóp 3,3%; thiếu ở 1/3 chóp là 6,7%. Tính đồng nhất của vật liệu trám bằng phương pháp lèn cao 93,3%. Sự thích nghi bề mặt ống tủy với phương pháp lèn nhiệt đoạn 1/3 cổ: 100%; đoạn 1/3 trung: 96,7%; đoạn 1/3 chóp 96,7%.

Từ khóa: Hàn ống tủy, phương pháp lèn nhiệt, máy lèn nhiệt EQ - EV

SUMMARY

ASSESSMENT EFFECTIVE FILLING ROOT CANAL BY EQ EV THERMAL MACHINE

The vertical compaction technique is an improvement to increase the fit in root canal fillings. Currently, on the market, the EQ-EV heat compactor is being introduced by the manufacturer and being used by many clinics. **Objective:** Evaluation of the

effectiveness of sealing the root canals with the EQ - EV heat compactor **Methods:** A Non-controlled case study was conducted. **Results and conclusion:** Through surveying the results of filling the canals of 30 teeth with the EQ-EV heat compactor, it shows that: there is the correlation between the volume of fillings and canals on X-ray film: 90% full - filling; excess filling rate: 6.7%; missing fillings: 3.3%. The correlation between cementum and tooth apex shows that the rate of cement reflux in the apical region: is 10%; missing is 3.3%. The correlation between GP and apex shows that the ratio of GP is moderate to the apex of 90%; rate over apex 3.3%; Missing in the apical 1/3 is 6.7%. The homogeneity of the filling material by compaction is high 93.3%. The adaptation of the root canal surface to the first third of the neck: 100%; middle third: 96.7%; apical 1/3 segment 96.7%.

Keywords: Root canal filling, heat compaction method, EQ - EV heat compactor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tủy có vai trò quan trọng trong việc bảo tồn răng, phục hồi lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ có bệnh nhân. Hiệu quả điều trị phục thuộc vào nhiều yếu tố trong đó kết quả của "hàn kín ống tủy theo 3 chiều trong không gian" là một trong những yếu tố góp phần thành công của ca điều trị. Kỹ thuật lèn dọc là một cải tiến để gia tăng sự khít sát trong hàn ống tủy. Hiện nay trên thị trường, máy lèn nhiệt EQ- EV đang được các hãng giới thiệu và được nhiều phòng khám chuyển sang sử dụng. Đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hàn kín ống tủy răng bằng máy lèn nhiệt EQ – EV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can

*Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Thu Trang

Email: damthu trang@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 1/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/3/2022

Ngày duyệt bài: 8/4/2022

thiệt không đổi chứng

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có răng được chỉ định điều trị tủy gồm: Bệnh lý tủy răng, bệnh lý vùng quanh cuống răng, răng điều trị tủy lại.

2.3. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu 30, chọn mẫu thuận tiện

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Răng có chỉ định điều trị nội nha
- + Răng đóng kín chóp
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Răng có tổn thương quanh răng lung lay độ 3,4
- + Răng chưa đóng kín chóp
- + Bệnh nhân không đồng ý tham gia
- + Bệnh nhân bỏ dở điều trị

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: Cỡ mẫu 30, chọn mẫu thuận tiện

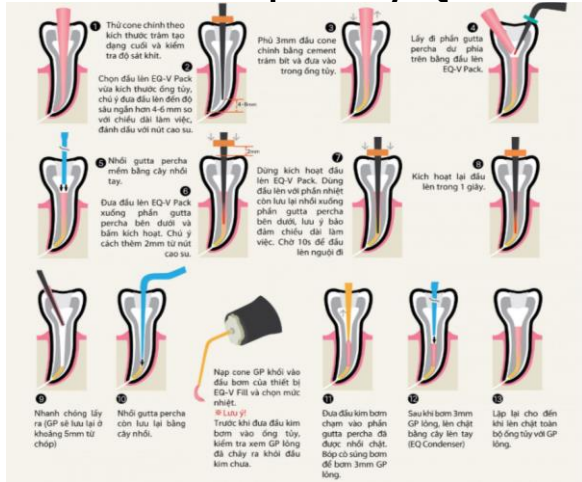
- Địa điểm: Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

2.5. Thu thập số liệu:

- Thu thập thông tin trước điều trị: Chẩn đoán, chụp phim XQuang đánh giá tình trạng ống tủy và vùng chóp răng

- Điều trị tủy: Thực hiện điều trị tủy thường quy, trám bít ống tủy bằng máy lên nhiệt EQ-EV

Các bước lên nhiệt với máy EQ –EV:



- Đánh giá ngay sau khi điều trị tủy: XQuang kiểm tra sự hiện diện của chất trám bít ống tủy, độ đồng nhất, trào chất trám bít

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê y học

Tương quan giữa khối lượng trám và ống tủy, tương quan giữa cement và chóp răng, tính đồng nhất của vật liệu, thích nghi bề mặt, xâm nhập của vật liệu vào ống tủy phụ, tương quan giữa guttapercha và chóp răng

2.7. Vấn đề y đức: Nghiên cứu được thực hiện thông qua sự chấp thuận của hội đồng đạo

đức của trường Đại học Y dược Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Tương quan giữa khối lượng trám và ống tủy trên phim XQuang

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trám đủ	27	90
Trám thừa	2	6,7
Trám thiếu	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Đánh giá tương quan giữa khối lượng trám và ống tủy trên phim XQuang cho thấy trong số 30 răng được trám bằng máy lên nhiệt EQ-EV có 90% trám đủ; tỷ lệ trám thừa: 6,7%; trám thiếu: 3,3%.

Bảng 3. Tương quan giữa cement với chóp răng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trào cement	3	10
Không trào cement	26	86,7
Thiếu ở vùng chóp	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Tương quan giữa cement với chóp răng cho thấy tỷ lệ trào cement ở vùng chóp răng: 10%; thiếu là 3,3%.

Bảng 4. Tương quan giữa GP(Guttapercha) và chóp răng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
GP quá chóp răng	1	3,3
GP vừa đến chóp răng	27	90
GP thiếu ở chóp răng	2	6,7
Tổng	30	100

Nhận xét: Tương quan giữa GP và chóp răng cho thấy tỷ lệ GP vừa đến chóp răng 90%; tỷ lệ quá chóp 3,3%; thiếu ở 1/3 chóp là 6,7%

Bảng 5. Tính đồng nhất của vật liệu trám bằng bằng máy lên nhiệt EQ-EV

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đồng nhất	28	93,3
Không đồng nhất	2	6,7
Tổng	30	100

Nhận xét: Tính đồng nhất của vật liệu trám bằng phương pháp lên cao 93,3%

Bảng 6. Sự thích nghi bề mặt ống tủy của GP khi dùng máy lên nhiệt EQ-EV

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Khít sát ở ống tủy đoạn 1/3 cổ	Có Không	30 0	100 0
Khít sát ở ống tủy đoạn 1/3 trung	Có Không	29 1	96,7 3,3
Khít sát ở ống tủy đoạn 1/3 chóp	Có Không	29 1	96,7 3,3
Tổng	30	100	

Nhận xét: Sự thích nghi bề mặt ống tủy với

phương pháp lèn nhiệt đoạn 1/3 cổ: 100%; đoạn 1/3 trung: 96,7%; đoạn 1/3 chóp 96,7%.

Bảng 7. Sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ bằng máy lèn nhiệt EQ-EV

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ	2	6,7
Không có sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ	28	93,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Đánh giá sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ bằng máy lèn nhiệt EQ-EV cho thấy sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ là 6,7%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 30 răng có chỉ định điều trị tủy, những răng này được trám bít ống tủy bằng lèn nhiệt với máy lèn nhiệt EQ- EV, kết quả sau trám cho thấy:

Tương quan giữa khối lượng trám và ống tủy trên phim XQuang có 90% trám đủ; tỷ lệ trám thừa: 6,7%; trám thiếu: 3,3%. Đây là tỷ lệ cao so với các nghiên cứu của tác giả Hoa Anh Đào năm 2018 khi sử dụng máy lèn nhiệt Touch'n Heat: 69,3% trám đủ; 28,2% trám thiếu; 2,6% trám thừa[1]. Kết quả này cũng tốt hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Vân năm 2001 sử dụng máy Touch'NHeat- Obtura II : 85,9% trám đủ 5,93% trám thiếu ; 8,15 trám thừa[4]. Có được sự cải thiện kết quả trên theo chúng tôi là do sự cải tiến của máy lèn nhiệt so với những dòng sản phẩm trên. Máy EQ- EV là sản phẩm của hãng Meta Biomer sử dụng lèn nhiệt với bước sóng liên tục, đoạn 1/3 chóp GP chính được cắt khoảng 2mm đưa vào ống tủy sử dụng đầu cắt GP sau đó gia tăng nhiệt làm chảy lỏng phần GP, kết hợp với lèn dọc để tạo kín khít ở 1/3 chóp, đoạn trên GP được đặt trong súng bơm, GP nóng chảy và bơm vào ống tủy kết hợp với lèn dọc.

Tương quan giữa cement với chóp răng cho thấy tỷ lệ trào cement ở vùng chóp răng: 10%; Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Hoa Anh Đào năm 2018: 8,89% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp trào cement đều là những răng viêm quanh cuống có hình ảnh tiêu chóp chân răng và tiêu xương quanh chóp (phân loại 3 của Weine trên XQuang). Chúng tôi giả thiết rằng sau khi cắt GP ở 1/3, việc tiến hành lèn dọc GP ấm có thể đẩy một phần cement ra ngoài chóp ở những răng có chóp mở.

Tương quan giữa GP và chóp răng cho thấy tỷ lệ GP vừa đến chóp răng 90%; tỷ lệ quá chóp

3,3%; thiếu ở 1/3 chóp là 6,7%. Với GP chính chúng tôi cắt ngắn 2mm so với chiều dài làm việc thực để bù cho phần vật liệu bị đẩy xuống do tác dụng của lèn nhiệt. Chúng tôi có 1 răng bị GP quá chóp là răng có chóp mở do viêm quanh chóp. Trám thiếu ở ca của chúng tôi được giải thích là lỗi kỹ thuật của nha sỹ: Sau khi cắt GP, chúng tôi để thời gian lâu hơn dự kiến phần GP sau cắt đã nguội nên việc lèn nhiệt kém hiệu quả dẫn đến thiếu GP ở đoạn chóp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ đồng nhất GP bằng phương pháp lèn cao 93,3%, đây là một kết quả khả quan, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu trên máy Touch'n Heat của tác giả Hoa Ngọc Lan (2018): 82,1%[2]. Tỷ lệ đồng nhất của GP trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Trịnh Thái Hà, Trương Thị Hiếu Hạnh năm 2013 cho thấy tỷ lệ không đồng nhất của vật liệu trám 10,3% với máy lèn nhiệt Obtura II[2].

Sự thích nghi bề mặt ống tủy với phương pháp lèn nhiệt đoạn 1/3 cổ: 100%; đoạn 1/3 trung: 96,7%; đoạn 1/3 chóp 96,7%, như vậy phương pháp lèn nhiệt giúp GP kín khít thành ống tủy, kết quả này tốt hơn nghiên cứu trên máy Touch'n Heat: Tỷ lệ không khít sát thành ống tủy 7,7%[1]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Nhi năm 2020 khoảng trống khi trám bít ống tủy bằng phương pháp lèn dọc có tỷ lệ thấp nhất[3]. Sự xuất hiện khoảng trống có thể do nhiều nguyên nhân: Thành ống tủy còn ướt, để thời gian quá lâu trước khi nhồi GP, nhồi GP không đủ lực, ống tủy chưa thuôn,..

Đánh giá sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ bằng máy lèn nhiệt EQ-EV cho thấy sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ là 6,7%. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự xâm nhập chất trám vào ống tủy phụ: sự hiện diện của ống tủy phụ, khả năng làm sạch của ống tủy phụ, nhiệt độ nóng chảy GP, lèn nhiệt,. Sự bít kín ống tủy phụ giúp tránh rò rỉ từ vùng quanh cuống răng tới chất trám trong ống tủy.

Phương pháp lèn nhiệt giúp trám bít ống tủy theo 3 chiều trong không gian, gia tăng sự kín khít của vật liệu trám trong ống tủy. Đây là kỹ thuật có thể thực hiện thường quy ở phòng khám giúp cải thiện chất lượng điều trị nội nha. Trong khi thực hiện kỹ thuật này chúng tôi rút ra một số lưu ý khi điều trị như sau:

Ở những răng có phần chóp bình thường GP giữ nguyên chiều dài làm việc, chỉ cắt GP ở những răng có chóp mở: viêm quanh chóp có tiêu chóp răng những ca này nên thực hiện rút

ngắn chiều dài làm việc 2mm, tránh lèn mạnh.

Ngay sau khi cắt GP ở 1/3 chóp nên tiến hành lèn nhiệt ngay để tránh GP nguội sẽ làm giảm hiệu quả lèn.

Ống tủy và dụng cụ lèn được làm khô để tránh thất thoát nhiệt trong quá trình lèn.

Kiểm tra pin của máy trước khi tiến hành thủ thuật để có hiệu quả gia tăng nhiệt độ tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Tương quan giữa khối lượng trám và ống tủy trên phim XQuang: 90% trám đủ; tỷ lệ trám thừa: 6,7%; trám thiếu: 3,3%.

Tương quan giữa cement với chóp răng cho thấy tỷ lệ trào cement ở vùng chóp răng: 10%; thiếu là 3,3%.

Tương quan giữa GP và chóp răng cho thấy tỷ lệ GP vừa đến chóp răng 90%; tỷ lệ quá chóp 3,3%; thiếu ở 1/3 chóp là 6,7%

Tính đồng nhất của vật liệu trám bằng phương pháp lèn cao 93,3%

Sự thích nghi bề mặt ống tủy với phương pháp lèn nhiệt đoạn 1/3 cổ: 100%; đoạn 1/3 trung: 96,7%; đoạn 1/3 chóp 96,7%.

Đánh giá sự xâm nhập của chất trám vào ống tủy phụ là 6,7%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoa Anh Đào, Nguyễn Thị Thu Nhung**(2018), "Đánh giá kết quả điều trị tủy bằng phương pháp lèn dọc sử dụng máy lèn nhiệt Touch'n Heat", Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, tập 8(5), tr. 7-13.
2. **Trịnh Thái Hà, Trương Thị Hiếu Hạnh**(2013), "Sự khít sát của khối vật liệu theo các vị trí thành ống tủy được trám bít bằng hệ thống Obtura II", Tạp chí nghiên cứu Y học, tập 85(5), tr. 17-23.
3. **Nguyễn Thị Quỳnh Nhi**(2020), Nghiên cứu Invitro sự khít kín vùng chóp răng giữa 3 phương pháp trám bít ống tủy, Luận văn thạc sỹ Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Lê Hồng Vân**(2001), Nhận xét kết quả điều trị tủy bằng phương pháp lèn nhiệt ba chiều với kỹ thuật lèn tay và lèn máy Touch'NHeat- Obtura II, Luận án tiến sỹ chuyên ngành Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG VÀ SỨC KHỎE CỦA CÔNG NHÂN SẢN XUẤT TẤM LỢP AMIĂNG-XI MĂNG TẠI CÔNG TY CỔ PHẦN ĐẦU TƯ, XÂY LẮP VÀ VẬT LIỆU XÂY DỰNG ĐÔNG ANH, HÀ NỘI, NĂM 2021

Trịnh Hữu Chí*, Lê Thị Hằng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu: "Thực trạng môi trường lao động và sức khỏe của công nhân sản xuất tấm lợp amiăng – xi măng tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh, Hà Nội, năm 2021" được thực hiện từ tháng 7/2021 đến tháng 2/2022, bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích định lượng và định tính, khảo sát thực trạng môi trường lao động và sức khỏe của 428 công nhân tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng môi trường lao động tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh, Hà Nội năm 2021; (2) Mô tả sức khỏe của công nhân tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh, Hà Nội năm 2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Mọi trường lao động có 3/5 mẫu bụi hô hấp và 8/14 mẫu ồn chung vượt quá tiêu chuẩn cho phép. Không có mẫu bụi amiăng và bụi toàn phần nào vượt quá tiêu

chuẩn cho phép. Về thực trạng sức khỏe của công nhân: Trong số 144 công nhân thuộc nhóm nguy cơ cao có 20 trường hợp có rối loạn chức năng thông khí chiếm 13,89%. Tỷ lệ biến đổi chức năng thông khí tăng dần theo nhóm tuổi. Kết quả khám sức khỏe cho thấy các bệnh lý viêm xoang mũi họng, thanh quản mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (71,03%), thứ hai là các bệnh răng hàm mặt (56,78%), thứ 3 là các bệnh về mắt (55,14%). Không có trường hợp nào được chẩn đoán ung thư và bệnh nghề nghiệp. Đa số công nhân có sức khỏe loại II và loại III (chiếm 90,42%). Phân loại sức khỏe có sự khác biệt về giới và nhóm tuổi. Nghiên cứu đã chỉ ra, lãnh đạo Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh cần quan tâm cũng như thực hiện các phương án cải thiện chất lượng môi trường, điều kiện làm việc của công nhân cũng như sức khỏe của công nhân.

Từ khóa: Môi trường lao động, sức khỏe công nhân, amiăng

SUMMARY

WORKING ENVIRONMENT AND HEALTH OF WORKERS AT ASBESTOS-CEMENT CORRUGATED SHEET PRODUCTION DONG ANH INVESTMENT CONSTRUCTION AND MATERIALS JOINT STOCK COMPANY, HA NOI IN 2021

*Trường ĐH Y Dược, ĐH Quốc gia HN

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hằng

Email: hang.ump@vnu.edu.com

Ngày nhận bài: 10/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2022

Ngày duyệt bài: 12/4/2022

Research: "Working environment and health of workers at asbestos – cement corrugated sheet production Dong Anh Investment Construction and materials Joint Stock Company, Ha Noi in 2021" was performed in July 2021 to February 2022 and aimed at: (1) Describe the actual situation of the working environment at Dong Anh investment construction and building materials joint stock company; (2) Describe the health of asbestos cement workers at Dong Anh investment construction and building materials joint stock company in 2021. The study was conducted on 428 subjects with the following results: About the working environment, 3/5 respirable dust samples and 8/14 locations have beyond the standard. None of areas had concentrations of total dust and asbestos dust that exceed the standard. About the health of asbestos cement workers: Among 144 employees in the high-risk group, there were 20 cases diagnosed with restrictive ventilatory defect accounting for 13,89%. The rate of ventilatory dysfunction increases gradually with age groups and there is a difference between the occupational age groups. The highest in the group of workers with working age from 5-10 years, the lowest in the group of workers with over 20 years of experience. The results of physical examination showed that chronic upper respiratory disease accounted for the highest rate (71,03%), the second was dental diseases (56,78%), the third was other diseases ophthalmic disease (55,14%). No cases of lung cancer and mesothelioma have been diagnosed. Health type II and type III accounted for the majority (90,42%). Health classification has differences in gender and age groups. Our research recommends that Leaders of Dong Anh investment construction and building materials joint stock company need to pay more attention and implement practical solutions to improve environmental quality and working conditions as well as the health of their workers.

Keyword: Working environment, worker health, asbestos.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amiăng (Asbestos) là một tập hợp gồm sáu loại sợi khoáng tự nhiên chia thành hai loại bao gồm: amiăng Serpentine (amiăng trắng hay Chrysotile) và amiăng Amphibole (amiăng nâu, amiăng xanh, Anthophyllite, Tremolite và Actinolite). Sợi amiăng có nhiều tính chất vượt trội nên đã được phát hiện và ứng dụng trong các hoạt động sản xuất của con người trong hàng ngàn năm qua. Tuy vậy, hiện nay trên thế giới chỉ còn sợi amiăng trắng được phép sử dụng ở một số quốc gia do có nhiều bằng chứng về tác hại của sợi amiăng khác đối với sức khỏe con người[2]. Mặc dù vậy, có nhiều nghiên cứu trên thế giới chưa phát hiện ra các tác động nghiêm trọng của amiăng trắng lên sức khỏe con người[1]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu ở những công nhân và người dân có tiền sử phơi nhiễm với amiăng đã được thực hiện. Tuy nhiên, các bằng chứng về mối liên quan giữa amiăng và các

bệnh ung thư phổi và ung thư trung biểu mô là chưa rõ ràng[4].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng môi trường lao động và sức khỏe của công nhân sản xuất tấm lợp amiăng – xi măng tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh, Hà Nội, năm 2021" với mục tiêu:

- *Mô tả thực trạng môi trường lao động tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh, Hà Nội năm 2021.*

- *Mô tả sức khỏe của công nhân tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh, Hà Nội năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ công nhân có hợp đồng lao động, đang làm việc tại các cơ sở sản xuất amiăng – xi măng của Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các công nhân được chia thành 3 nhóm theo mức độ nguy cơ tiếp xúc với amiăng: Nhóm I (nguy cơ tiếp xúc thấp), nhóm II (nguy cơ tiếp xúc trung bình), nhóm III (nguy cơ tiếp xúc cao).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022 tại 4 cơ sở của Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ công nhân tại các cơ sở sản xuất tấm lợp của công ty.

Nghiên cứu của chúng tôi chọn được 428 công nhân của Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh tại 4 cơ sở chi nhánh: Đông Anh, Hưng Yên, Hòa Bình và Đoàn Hùng.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được làm sạch, nhập vào máy tính với phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm Stata phiên bản 16.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu, nội dung nghiên cứu của đề tài hoàn toàn không ảnh hưởng đến sức khỏe của đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin được thu thập chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu, không tiết lộ thông tin cá nhân, bệnh tật của đối tượng tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành khảo sát sức khỏe trên 428 công nhân của Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh tại 4 cơ sở, năm 2021, kết quả như sau:

3.1. Thực trạng môi trường lao động tại các cơ sở sản xuất tấm lợp amiăng – xi măng của Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh

Bảng 3.1. Nồng độ bụi tại một số vị trí quan trắc

TT	Tiêu chuẩn cho phép (QCVN 02: 2019/BYT)	TWA ≤ 8,0	TWA ≤ 4,0	TWA ≤ 0,1
	Vị trí quan trắc	Bụi toàn phần (mg/m ³)	Bụi hô hấp (mg/m ³)	Bụi amiăng Serpentine (sợi/ml)
1	CN cầu bao amiăng vào băng tải	0,7	0,4	0,06
2	K/v máy nghiền amiăng	1,0		0,07
3	Tổ cơ khí - K/v hàn điện	0,6		
4	K/v máy nghiền thải	0,6		
5	K/v xả Amiăng vào máy trộn nguyên liệu	0,7	0,5	0,06
Dây chuyền 1				
6	K/v máy trộn nguyên liệu	1,0	0,6	0,04
7	K/v máy xeo cán	1,1		0,01
8	K/v máy cắt tấm, tạo sóng	0,8		0,01
9	K/v máy dỡ tấm	0,7		
Dây chuyền 2				
10	K/v máy trộn nguyên liệu	0,8		0,03
11	K/v máy xeo cán	0,7	0,5	
12	K/v máy cắt tấm, tạo sóng	0,8		
13	K/v nắn khuôn - dỡ tấm	0,7		KPH
14	K/v bãi sản phẩm	0,6	0,4	
Tổng số		14	05	08

Kết quả đo nồng độ bụi tại một số khu vực cho thấy, không có khu vực nào có nồng độ bụi amiăng Serpentine (amiăng trắng) và bụi toàn phần vượt quá tiêu chuẩn cho phép. Có 7/8 mẫu đo phát hiện bụi amiăng, nồng độ sợi amiăng trung bình là 0.0325 ± 0.028 sợi/ml. Nồng độ lớn nhất là 0,07 sợi/ml. Nồng độ này thấp hơn nồng độ sợi amiăng trung bình trong các nghiên cứu trước đó[3, 6]. Điều này có thể được giải thích do chỉ đạo của Chính phủ, Bộ Xây dựng, Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh đã tích cực nghiên cứu đầu tư công nghệ, lắp đặt hệ thống nghiền, trộn amiăng trong chu trình kín có cyclone thu và xử lý bụi. Có 3/5 mẫu bụi hô hấp tại các khu vực có nồng độ bụi hô hấp vượt tiêu chuẩn cho phép (0,5-0,6 mg/m³).

Bảng 3.2. Tổng hợp kết quả quan trắc môi trường lao động

Yếu tố quan trắc	Tổng mẫu	Mẫu đạt	Mẫu không đạt
Vi khí hậu			
Nhiệt độ	14	14	0
Độ ẩm	14	14	0
Tốc độ gió	14	14	0

Bức xạ nhiệt	04	04	0
Ánh sáng	13	13	0
Ồn			
Ồn chung	14	06	08
Ồn dài tần	09	09	0
Bụi			
Bụi toàn phần	14	14	0
Bụi hô hấp	05	02	03
Nồng độ bụi sợi Amiăng	08	08	0
Tổng số	109	98	11

Tất cả các mẫu đo vi khí hậu (nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió, bức xạ nhiệt) tại công ty đều đạt tiêu chuẩn cho phép. Tỷ lệ các mẫu đo tại các cơ sở sản xuất tập lớp AC trên cả nước vượt tiêu chuẩn cho phép là 10,7%[5] và 20,3% ở các cơ sở sản xuất vật liệu xây dựng ngành Xây dựng[4]. Tất cả các mẫu đo ánh sáng đều đạt tiêu chuẩn cho phép, số mẫu đo tiếng ồn vượt tiêu chuẩn cho phép là 8 mẫu trong tổng số 23 mẫu đo (ồn chung: 8/14 mẫu, ồn dài tần 0/9 mẫu).

3.2. Tình hình sức khỏe của công nhân sản xuất tấm lợp amiăng – xi măng tại các cơ sở của Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh

3.2.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Phân bố các nhóm đối tượng theo nhóm tuổi, cơ sở và giới tính

Theo tuổi								
Tuổi	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III		Tổng số	
	n	TL(%)	n	TL(%)	n	TL(%)	n	TL(%)
<30	5	4,31	10	5,95	3	2,08	18	4,21
31 - 40	32	27,59	64	38,1	28	19,44	124	28,97
41 - 50	50	43,1	70	41,67	73	50,69	193	45,09
> 50	29	25	24	14,29	40	27,78	93	21,73
Tổng số	n	116	168	144	428			
	TL (%)	27,1	39,25	33,64	100			
Tuổi trung bình	44,66 ± 8,04		41,95 ± 7,89		46,57 ± 7,28		44,24 ± 7,97	
Theo giới tính								
Nhóm Giới tính	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III		Tổng số	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
n	57	59	105	63	119	25	281	147
Tỷ lệ (%)	49,14	50,86	62,5	37,5	82,64	17,36	65,65	34,35
Theo cơ sở sản xuất								
Hưng Yên Hòa Bình Đông Anh Đoan Hùng	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III		Tổng số	
	n	TL (%)	n	TL (%)	n	TL (%)	n	TL (%)
	19	29,23	31	47,69	15	23,08	65	100
	14	22,58	33	53,23	15	24,19	62	100
	79	30,62	76	29,46	103	39,92	258	100
	4	9,30	28	65,12	11	25,58	43	100

Bảng 3.3 cho thấy, tuổi trung bình của công nhân làm việc tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh là 44,24 ± 7,97. Nhóm công nhân không quá 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,21%); nhóm tuổi từ 41-50 chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,09% và có sự tương đồng giữa các nhóm nguy cơ. Nhóm nguy cơ cao (nhóm III) chiếm 33,64%. Số lượng công nhân tại cơ sở Đông Anh chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,3%. Tỷ lệ phân bố công nhân theo các nhóm nguy cơ ở các cơ sở cũng có sự khác biệt. Số công nhân nam của toàn công ty chiếm tỷ lệ 65,65%, số công nhân nữ chiếm tỷ lệ 34,35%. Tỷ lệ phân bố công nhân theo các nhóm nguy cơ có sự khác nhau giữa các cơ sở. Tỷ lệ Nam/Nữ trung bình trong toàn công ty là 2/1. Tỷ lệ Nam/Nữ tăng dần theo nhóm nguy cơ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Phân bố theo tuổi nghề của công nhân thuộc nhóm nguy cơ cao

Nhóm tuổi nghề (năm)	n	Tỷ lệ (%)
----------------------	---	-----------

< 5	10	6,94
5 - 10	20	13,89
11 - 20	42	29,17
> 20	72	50
Tổng số	144	100
Tuổi nghề trung bình:	19,38 ± 8,92	

Toàn bộ công ty có 144 công nhân thuộc nhóm nguy cơ cao. Tuổi nghề trung bình của công nhân thuộc nhóm nguy cơ cao là 19,38 ± 8,92 năm, Số công nhân có tuổi nghề trên 20 năm chiếm một nửa tổng số công nhân, tỷ lệ công nhân có tuổi nghề dưới 5 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,94%. Kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước đó. Trong các nghiên cứu khác, công nhân có tuổi nghề dưới 10 năm chiếm đa số và nhóm tuổi nghề trên 20 năm chiếm tỷ lệ thấp [3, 5].

3.2.2. Môi liên quan giữa biến đổi chức năng thông khí phổi và các yếu tố ở nhóm nguy cơ cao

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ biến đổi chức năng thông khí theo nhóm tuổi đời và nhóm tuổi nghề

Phân bố biến đổi CNTK theo nhóm tuổi đời						
Tuổi	Số điều tra	Bình thường		Có biến đổi		So sánh
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
< 30	3	3	100	0	0	p=0,117
31 - 40	28	5	89,29	3	10,71	
41 - 50	73	64	87,67	9	12,33	

> 50	40	32	80	8	20
Tổng số	144	124	86,11	20	13,89

Kết quả từ nghiên cứu của chúng cho thấy có 20 trường hợp có biến đổi chức năng thông khí phổi chiếm 13,89%. Tất cả đều là rối loạn thông khí hạn chế. Từ bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ biến đổi chức năng thông khí phổi có xu hướng tăng dần theo tuổi. Ở nhóm công nhân tuổi từ 31-40 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10,71%; ở nhóm từ 41-50 tuổi là 12,33% và ở những người trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên 36 cơ sở sản xuất tẩm lợp trước đó[5].

3.2.3. Một số nhóm bệnh thường gặp và kết quả phân loại sức khỏe

Khám sức khỏe tổng quát cho 428 công nhân, kết quả được trình bày trong bảng 3.6.

Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc các nhóm bệnh thường gặp

STT	Các nhóm bệnh lý	n	Tỷ lệ
1	Viêm xoang, mũi họng, thanh quản mạn tính	304	71,03
2	Bệnh răng hàm mặt (sâu răng, cao răng, mất răng, mòn cổ răng, viêm lợi...)	243	56,78
3	Các bệnh về mắt (tật khúc xạ, mộng mắt, sạn vôi kết mạc...)	236	55,14
4	Bệnh lý phụ khoa (viêm âm đạo, viêm lộ tuyến cổ tử cung, nang Naboth cổ tử cung, u xơ tử cung, nang tuyến vú...)/số nữ	53/147	36,05
5	Các bệnh nội tiết (đái tháo đường, nang tuyến giáp, nhân tuyến giáp...)	134	31,3
6	Bệnh lý gan mật (sỏi túi mật, viêm gan...)	112	26,17
7	Tăng huyết áp	57	13,32
8	Bệnh lý thận tiết niệu (sỏi thận, nang thận, phì đại tuyến tiền liệt...)	42	9,81
9	Bệnh lý cơ xương khớp (thoái hóa khớp, thoát vị đĩa đệm, viêm khớp dạng thấp...)	39	9,11
10	Bệnh dạ dày tá tràng (viêm, loét dạ dày, tá tràng...)	26	6,07
11	Bệnh lý về da (vảy nến, viêm da tiếp xúc, viêm da cơ địa, dị ứng thời tiết...)	19	4,44
12	Bệnh/tiền sử ngoại khoa	12	2,8
13	Các bệnh về tai (giảm thính lực, viêm tai giữa, nút ráy tai...)	12	2,8
14	Hội chứng thắt lưng hông	8	1,87
15	Bệnh lý tim mạch	8	1,87
16	Có thai/số nữ	2/147	1,36
17	Viêm xoang, mũi họng, thanh quản cấp tính	5	1,17
18	Bệnh lý thần kinh ngoại biên	1	0,23
19	Viêm phổi	1	0,23
20	Hen phế quản	1	0,23

Kết quả khám bệnh cho thấy, các bệnh chính được phát hiện trong số các đối tượng nghiên cứu là: Các bệnh lý viêm xoang, mũi họng, thanh quản mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất 71,03%, thứ hai là bệnh răng hàm mặt chiếm tỷ lệ 56,78%; các bệnh lý về mắt chiếm tỷ lệ 55,14%; sau đó là các bệnh như: tăng huyết áp, bệnh thận tiết niệu, các bệnh cơ xương khớp, bệnh lý thần kinh ngoại biên... chiếm tỉ lệ thấp từ 4,44%-13,32%. Trong số 147 công nhân nữ có 36,05% trường hợp mắc bệnh phụ khoa; 2 trường hợp có thai chiếm 1,36%. Kết quả khám sức khỏe trong nghiên cứu của chúng

tôi cho thấy mô hình bệnh tật gần tương đồng với nghiên cứu tình hình bệnh tật tại 9 xí nghiệp sản xuất tẩm lợp AC năm 2010 được thực hiện trên 590 công nhân với tỷ lệ bệnh răng hàm mặt chiếm tỷ lệ cao nhất; thứ hai là bệnh về đường hô hấp trên; thứ 3 là các bệnh về mắt [7]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa phát hiện trường hợp nào được chẩn đoán ung thư (đặc biệt là ung thư phổi và ung thư trung biểu mô) hoặc được chẩn đoán mắc bệnh nghề nghiệp. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu từ trước đến nay trong ngành sản xuất tẩm lợp [5, 7, 8].

Bảng 3.7. Kết quả phân loại sức khỏe theo giới tính, nhóm nguy cơ và nhóm tuổi

		Phân loại sức khỏe theo giới					
		Loại I	Loại II	Loại III	Loại IV	Loại V	Tổng
Nam	n	11	139	109	20	2	281
	TL (%)	3,91	49,47	38,79	7,12	0,71	65,65
Nữ	n	5	54	85	3	0	147
	TL (%)	3,4	36,73	57,82	2,04	0	34,35
		Phân loại sức khỏe theo nhóm nguy cơ					
Nhóm I	n	1	43	67	5	0	116

	TL (%)	0,86	37,07	57,76	4,31	0	100
Nhóm II	n	13	91	55	7	2	168
	TL (%)	7,74	54,17	32,74	4,17	1,19	100
Nhóm III	n	2	59	72	11	0	144
	TL (%)	1,39	40,97	50	7,64	0	100
Phân loại sức khỏe theo nhóm tuổi							
< 30 tuổi	n	2	11	5	0	0	18
	TL (%)	11,11	61,11	27,78	0	0	100
31 - 40 tuổi	n	10	67	42	5	0	124
	TL (%)	8,06	54,03	33,87	4,03	0	100
41 - 50 tuổi	n	3	87	95	8	0	193
	TL (%)	1,55	45,08	49,22	4,15	0	100
> 50 tuổi	n	1	28	52	10	2	93
	TL (%)	1,08	30,11	55,91	10,75	2,15	100
Tổng số	n	16	193	194	23	2	428
	TL (%)	3,74	45,09	45,33	5,37	0,47	100

Kết quả phân tích phân loại sức khỏe từ bảng 7 cho thấy, sức khỏe loại II và sức khỏe loại III chiếm tỷ lệ gần bằng nhau và chiếm đa số với 90,42%. Sức khỏe loại I, loại IV và loại V chiếm tỷ lệ thấp. Mô hình phân loại sức khỏe cũng gần tương đồng với các ngành nghề sản xuất vật liệu xây dựng khác trong nghiên cứu của Phạm Vũ Thu[4]. Kết quả phân loại sức khỏe của công nhân chủ yếu thuộc loại II và III do chỉ cần 1 chỉ số trong số 13 chỉ số thuộc loại II hoặc loại III. Ở nhóm nam sức khỏe loại II chiếm đa số, trong khi ở nhóm nữ, sức khỏe loại III chiếm đa số. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ phân bố phân loại sức khỏe có sự khác biệt giữa nhóm nam và nhóm nữ. Ở nhóm nam sức khỏe loại II chiếm đa số, trong khi ở nhóm nữ, sức khỏe loại III chiếm đa số. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phân loại sức khỏe của công nhân thay đổi theo nhóm tuổi, trong đó sức khỏe loại I và loại II giảm dần, sức khỏe loại III, loại IV, loại V tăng dần. Sự khác biệt giữa phân bố phân loại sức khỏe giữa các độ tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

4.1. Thực trạng môi trường lao động tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh.

- Các mẫu đo vi khí hậu (nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió, bức xạ nhiệt) đều đạt TCCP.

- Có 7/8 mẫu đo phát hiện bụi amiăng, nồng độ sợi amiăng trung bình là $0,0325 \pm 0,028$ sợi/ml. Nồng độ lớn nhất là 0,07 sợi/ml. Các mẫu đo bụi sợi amiăng không vượt TCCP.

- Có 3/5 mẫu bụi hô hấp và 8/14 mẫu ồn chung vượt quá TCCP.

4.2. Thực trạng sức khỏe của công nhân tại Công ty cổ phần Đầu tư, Xây lắp và Vật liệu xây dựng Đông Anh

- Mọi liên quan giữa biến đổi chức năng thông khí phổi và các yếu tố nguy cơ

+ 13,89% số công nhân thuộc nhóm III có rối loạn chức năng thông khí hạn chế.

+ Tỷ lệ biến đổi chức năng thông khí tăng dần theo nhóm tuổi

- Một số nhóm bệnh thường gặp và kết quả phân loại sức khỏe

+ Các bệnh lý viêm xoang mũi họng, thanh quản mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất, thứ hai là các bệnh răng hàm mặt, sau đó là các bệnh về mắt, nội tiết, gan mật.

+ Chưa phát hiện được trường hợp nào được chẩn đoán ung thư phổi và ung thư trung biểu mô.

+ Đa số công nhân có sức khỏe loại II và loại III chiếm 90,42%. Có sự khác biệt về phân loại sức khỏe theo giới tính và theo nhóm tuổi

KHUYẾN NGHỊ

- Công ty cần có những biện pháp kỹ thuật để giảm tiếng ồn và nồng độ bụi hô hấp tại các vị trí làm việc vượt quá tiêu chuẩn cho phép, trang bị và yêu cầu công nhân sử dụng thường xuyên các phương tiện bảo hộ cá nhân như nút tai chống ồn và khẩu trang lọc bụi hô hấp.

- Công ty cần lập kế hoạch theo dõi, điều trị các nhóm bệnh lý về răng hàm mặt, tai mũi họng, mắt và sắp xếp công việc phù hợp cho các trường hợp sức khỏe loại IV và V đối với người lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ericson Bagatin (2014), "Đánh giá mức độ phơi nhiễm và ảnh hưởng đến sức khỏe đối với các bệnh liên quan đến amiăng ở những người sống dưới mái nhà amiăng xi măng: thử nghiệm tại nước đang phát triển", Tham luận tại Hội nghị "Báo cáo kết quả nghiên cứu khoa học về tác động của amiăng trắng đến sức khỏe con người – biện pháp quản lý phù hợp", Hà Nội.
2. Nguyễn Duy Bảo (2009), "Hướng dẫn Giám sát môi trường lao động và sức khỏe của công nhân

- có nguy cơ cao mắc bệnh bụi phổi - Amiăng".
3. **Lê Mạnh Kiểm và cs (2003)**, "Nghiên cứu tình hình bệnh bụi phổi Amiăng và ung thư nghề nghiệp ở các cơ sở sản xuất tấm lợp Amiăng - xi măng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ - Bộ Xây dựng, Hà Nội.
 4. **Phạm Vũ Thư và cs (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý các bệnh phổi - phế quản nghề nghiệp ở công nhân sản xuất vật liệu xây dựng và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ - Bộ Xây dựng, Hà Nội.
 5. **Lê Thị Hằng (2017)**, "Nghiên cứu ảnh hưởng của amiăng trắng đối với sức khỏe người lao động tại các đơn vị sản xuất và người sử dụng tấm lợp amiăng - xi măng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ - Bộ Xây dựng, Hà Nội.
 6. **Trần Thị Ngọc Lan (2001)**, "Góp phần nghiên cứu mối liên quan giữa tiếp xúc amiăng và tình hình bệnh đường hô hấp ở công nhân sản xuất tấm lợp amiăng-xi măng", Báo cáo tóm tắt, Hội nghị Khoa học YHLD toàn quốc lần thứ tư, Hà Nội năm 2001, trang 211.
 7. **Bộ Y tế, Viện nghiên cứu KHKT-BHLĐ**, Tổng liên đoàn Lao động Việt Nam (2012), "Hồ sơ Quốc gia về amiăng 2009-2012".
 8. **Nguyễn Bá Toại (2004)**, "Nghiên cứu đánh giá hiện trạng môi trường các cơ sở sản xuất tấm lợp amiăng-xi măng và ảnh hưởng của amiăng đối với sức khỏe con người. Kiến nghị các giải pháp".

MÔ TẢ SỰ THAY ĐỔI Ở KHỚP CHÂN Bướm KHẨU CÁI TRÊN PHIM CONEBEAM CT Ở BỆNH NHÂN SAU KHI NONG XƯƠNG HÀM TRÊN CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA MINIVIS

Phạm Thị Hồng Thùy¹, Trịnh Thị Thái Hà²,
Phạm Thị Thu Hằng³, Vũ Quang Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là nhận xét sự thay đổi của khớp chân bướm khẩu cái trên phim chụp cắt lớp chùm tia hình nón (CBCT) sau khi nong rộng xương hàm trên bằng khí cụ nong nhanh có sự hỗ trợ của minivis (khí cụ MSE). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phim CBCT trước và sau khi nong hàm của 36 bệnh nhân (12 nam và 24 nữ, tuổi trung bình là 20,14 tuổi) được điều trị bằng khí cụ MSE, được thu thập, phân tích và so sánh trên phần mềm OneClinic 3D (Hàn Quốc). Các mặt phẳng tham chiếu được xác định, từ đó tính khoảng cách, góc đánh giá cho sự mở, dịch chuyển của khớp sau khi nong hàm. **Kết quả:** Có 37/72 khớp, tương đương 51,4% khớp có dấu hiệu tách giữa cánh giữa và cánh bên của xương bướm. Trong đó 12 bệnh nhân có sự mở khớp cả hai bên, 13 bệnh nhân chỉ mở khớp ở một bên trái hoặc phải. Độ mở rộng trung bình là 1,24mm ở bên phải và 1,15mm ở bên trái. Sự dịch chuyển của hố chân bướm, mỏm chân bướm cũng được quan sát thấy trên các lát cắt. **Kết luận:** Khớp chân bướm khẩu cái có thể bị tách ra dưới tác dụng của lực nong do MSE mà không cần phải phẫu thuật.

Từ khóa: Nong rộng xương hàm trên, CBCT, khí cụ nong xương

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-ĐH Y Hà Nội

³Bệnh viện Trung Ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hồng Thùy

Email: pthongthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

DESCRIPTION OF CHANGES IN PTERYGOPALATINE SUTURE ON CONEBEAM CT IN PATIENTS AFTER MINIVIS SUPPORTED RAPIDE MAXILLARY EXPANSION

Objective: The purpose of this study was to assess the pterygopalatine suture disarticulation pattern in the tomographic axial plane after treatment with midfacial skeletal expander (MSE). Materials and methods: Pre- and post-expansion CBCT records of 36 subjects (12 males, 24 females, mean age 20,14 years) who were treated with MSE (Biomaterials Korea, Seoul, Korea) appliance were analysed and compared using OneClinic 3D software. Reference planes were identified, from there calculate the distance and angle to evaluate the opening and displacement of the suture to the lateral side. **Results:** After MSE treatment, 37 sutures out of 72 (51,4%) presented openings between the medial and lateral pterygoid plates on both right and left sides. Partial split was detected with 13 patients (8 females, 5 males). The mean size of the opening was 1,24 mm for the right side and 1,15 mm for the left side. The lateral movements of the pterygomaxillary fissure and pterygoid process were observed. **Conclusions:** this study shows that pterygopalatine suture can be split by MSE appliance without the surgical intervention.

Keywords: Maxillary expansion, Cone beam computed tomography (CBCT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp chiều ngang xương hàm trên là vấn đề khá phổ biến trong chỉnh hình răng mặt¹. Có nhiều cách để tái lập lại sự hài hòa về kích thước ngang giữa xương hàm trên và xương hàm dưới. Các lựa chọn điều trị có thể bao gồm: chỉnh nha đơn thuần, chỉnh hình xương không phẫu thuật,

và chỉnh hình xương bằng phẫu thuật. Các bác sĩ chỉnh nha thường sử dụng phương pháp nong hàm nhanh để điều trị những trường hợp hẹp chiều ngang xương hàm trên trong giai đoạn tăng trưởng, tuy nhiên sự đan xen chặt chẽ của khớp cắn cái sau giai đoạn dậy thì² có thể gây ra những hiệu ứng không mong muốn như nghiêng răng và xương ổ răng nhiều, gây hạn chế sự dịch chuyển xương và không ổn định lâu dài³. Với các bệnh nhân trưởng thành, phẫu thuật chỉnh xương thường được áp dụng, tuy nhiên với khả năng rủi ro phẫu thuật, chi phí cao, quá trình nằm viện kéo dài... là những yếu tố cũng cần xem xét khi lựa chọn phương pháp này. Những năm gần đây, các bác sĩ chỉnh hình răng mặt đã phát triển khí cụ nong hàm nhanh có sự hỗ trợ của minivis (MARPE) để hạn chế những tác dụng không mong muốn như trên.

Có một số thiết kế MARPE được đưa ra, trong đó khí cụ MSE (maxillary skeletal expander) đã trở thành một lựa chọn khá phổ biến để xử trí các trường hợp thiếu hụt kích thước ngang xương hàm trên, đặc biệt ở các bệnh nhân trưởng thành. Khí cụ MSE có một đặc điểm thiết kế khác biệt với các thiết kế MARPE khác đó là sự tích hợp bốn minivis tích hợp vào ốc nong, sự neo chặn xương được tăng cường thông qua hai bản xương vỏ (mặt khẩu cái và nền mũi), nhờ đó khớp cắn cái có thể dịch chuyển sang hai bên, vượt qua được sự cản trở của hệ thống khớp kết nối xương hàm trên với các xương khác, đặc biệt là khớp chân bướm-khẩu cái. Các thiết kế nong hàm nhanh thông thường và MARPE thường gây mở khớp cắn hình chữ V với phần mở rộng ở phía trước nhiều hơn ở phía trước. Ngược lại, với MSE sự mở rộng sang hai bên là gần như song song^{4,5}.

Với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh nha khoa, phim chụp cắt lớp chùm tia hình nón ra đời (CBCT) với những ưu thế vượt trội so với phim 2D thông thường, các hình ảnh được mô tả chi tiết, chính xác cao. Do đó việc đánh giá các tác động của nong hàm tới các cấu trúc khớp xung quanh xương hàm trên cũng được thực hiện trên phim CBCT khá nhiều. Tuy nhiên, những thay đổi của khớp chân bướm khẩu cái dưới tác động của nong hàm nhanh vẫn còn rất ít nghiên cứu, đặc biệt ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào thực hiện về vấn đề này. Do vậy, mục tiêu chính của nghiên cứu này là mô tả những thay đổi ở khớp chân bướm khẩu cái sau khi nong xương hàm trên bằng khí cụ MSE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện

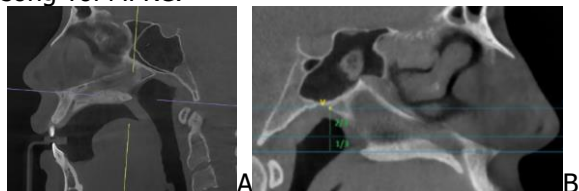
Răng Mềm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, trên 36 bệnh nhân (24 nữ, 12 nam), được điều trị bằng MSE (hãng Biomaterials, Hàn Quốc).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp chiều ngang xương hàm trên theo tiêu chuẩn Penn CBCT analysis⁶.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các hội chứng sợ mặt bất thường, các bệnh hệ thống, toàn thân có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị, bệnh nhân không phối hợp điều trị.

Khí cụ MSE bao gồm một ốc nong được thiết kế có 4 lỗ sẵn cho 4 minivis, với sự hỗ trợ của 4 cánh tay để kết nối ốc nong với khẩu cái của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên giúp ổn định ốc nong trong quá trình điều trị. Ốc nong được đặt ở giữa vòm khẩu cái cứng, ngang mức răng hàm lớn thứ nhất. Ốc nong được kích hoạt 2 lần/ngày tương đương 0,26 mm/ngày cho đến khi độ rộng của xương hàm trên đạt được mức nong cần thiết. Ốc nong được duy trì ở vòm miệng 6 tháng sau khi ngừng nong hàm để tạo điều kiện lành thương xương.

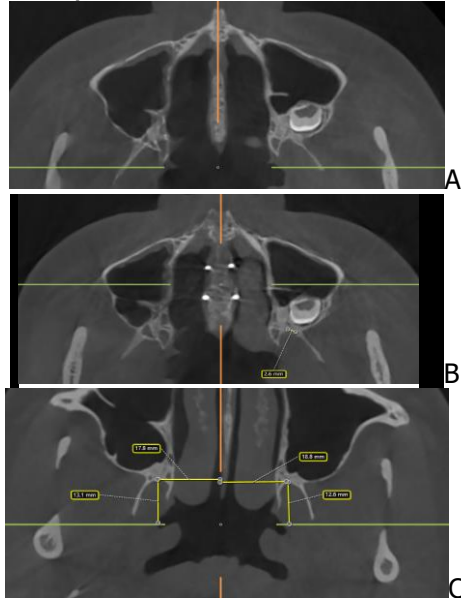
Phim CBCT được chụp một lần trước khi điều trị (To) và sau khi ngừng nong hàm (T1) ở các bệnh nhân. Phim CBCT được chụp bởi máy DENTRI-S, hãng HDX WILL Hàn Quốc với trường quan sát 16 × 14,5 cm, dải xám 14 bit. Thời gian chụp 24 s, 110 kV, 4 mA. Dữ liệu CBCT được đọc và phân tích trên phần mềm OneClinic 3D (Hàn Quốc), để đo các thông số liên quan ở thời điểm To và T1. Các mặt phẳng tham chiếu là mặt phẳng dọc giữa (MPDG) đi qua điểm gai mũi trước, gai mũi sau và điểm trước nhất của khớp trán mũi. Mặt phẳng đứng ngang (MPĐN) qua điểm sau nhất của xương lá mía vuông góc với MPDG. Từ điểm sau nhất của xương lá mía hạ đường thẳng vuông góc với mặt phẳng khẩu cái (đi qua điểm gai mũi trước và gai mũi sau-MPKC). Trên đoạn thẳng này chia làm 3 phần bằng nhau. Lát cắt tầng mũi dưới (TMD) đi qua điểm 1/3 dưới phía khẩu cái và song song với mặt phẳng khẩu cái. Lát cắt tầng mũi trên (TMT) đi qua điểm sau nhất của xương lá mía và song song với MPKC.



Hình 1: Lát cắt qua mặt phẳng khẩu cái (A) và các lát cắt qua TMD và TMT

Ba lát cắt này được sử dụng vì nó cắt qua

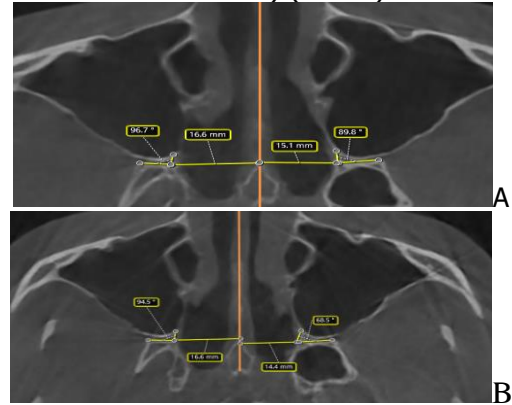
XHT, khớp chân bướm-khẩu cái tại ba vùng riêng biệt. Trên lát qua MPKC sẽ quan sát tần xuất mở của khớp chân bướm khẩu cái, nếu có mở thì độ rộng giữa hai cánh giữa và bên (Hình 2). Trên lát TMD đo khoảng cách (KC) từ điểm trước nhất của hố chân bướm phải (HCB-P), hố chân bướm trái (HCB-T) tới MPDG và MPĐN



Hình 2: Trên lát cắt qua MPKC

A: Trước điều trị, B: Sau điều trị; C: Đo thông số trên lát cắt TMD. Trên lát TMT xác định các điểm

sau giữa của xương hàm trên, điểm trước giữa và trước bên của mỏm chân bướm phải, trái. Sau đó tính khoảng cách từ điểm trước giữa của mỏm bướm tới MPDG. Tính giá trị góc khẩu cái phải, trái (góc tạo bởi ba điểm: điểm sau giữa xương hàm trên, điểm trước giữa và điểm trước bên của mỏm chân bướm) (Hình 3)



Hình 3: Trên lát cắt TMT A:trước điều trị, B: Sau điều trị

Phân tích và xử lý số liệu. Tất cả số liệu được thu thập, phân tích và xử lý trên phần mềm SPSS 15.0. Sự chênh lệch giữa các giá trị đo được trước và sau được ghi nhận và so sánh bằng các test kiểm định phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tần xuất mở của khớp chân bướm-khẩu cái

		Nam	Nữ	Tổng	P
Có mở	Mở hoàn toàn hai bên	3	9	12/36	>0,05
	Mở 1 bên phải	3	5	8	
	Mở 1 bên trái	2	3	5	
Không mở		4	7	11	

Trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu, có 25 bệnh nhân có dấu hiệu mở khớp chân bướm khẩu cái (cả hai bên, một bên trái hoặc phải). Sự tách khớp một phần được quan sát thấy ở 13 bệnh nhân (8 nữ và 5 nam). Có 12 bệnh nhân có tách khớp cả hai bên.

Bảng 2: Độ mở rộng (mm) của khớp chân bướm-khẩu cái trên lát qua MPKC

	N	To	T1	T1-To	P
Phải	20	0	1,24 ± 0,88	1,24 ± 0,88	<0,05
Trái	17	0	1,15 ± 0,83	1,15 ± 0,83	<0,05

Độ mở rộng trung bình của khớp chân bướm khẩu cái sau khi nong hàm ở bên phải là 1,24mm, bên trái 1,15 mm, sự khác biệt so với giá trị trước khi nong hàm là có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3: Sự dịch chuyển ra trước (mm) của mỏm chân bướm trên lát cắt ngang qua TMD

	N	To	T1	T1-To	P
KC điểm trước nhất HCB-P tới MPĐN	36	13,31 ± 1,47	13,51 ± 1,27	0,20	>0,05
KC điểm trước nhất HCB-T tới MPĐN	36	13,33 ± 1,34	13,42 ± 1,69	0,09	>0,05

Sau khi nong hàm mỏm chân bướm có sự dịch chuyển nhẹ ra trước, tuy nhiên mức độ không nhiều và chưa có ý nghĩa trên lâm sàng.

Bảng 4: Sự dịch chuyển sang bên (mm) của mỏm chân bướm trên lát cắt đứng ngang

qua TMD

	N	To	T1	T1-To	P
KC điểm trước nhất HCB-P tới MPDG	36	17,47 ± 1,47	18,25 ± 1,27	0,78	<0,05
KC điểm trước nhất HCB-T tới MPDG	36	17,33 ± 1,34	18,12 ± 1,69	0,79	<0,05

Trên lát cắt ngang qua TMD, điểm trước nhất của hố chân bướm dịch chuyển sang bên phải là 0,78 mm, sang bên trái 0,79 mm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Sự dịch chuyển sang bên (mm) của mỏm chân bướm trên lát cắt đứng ngang qua TMT

	N	To	T1	T1-To	P
KC điểm trước giữa MCB-P tới MPDG	36	13,05 ± 1,54	13,46 ± 1,63	0,41	<0,05
KC điểm trước giữa MCB-T tới MPDG	36	13,45 ± 1,31	13,91 ± 1,59	0,46	<0,05

Trên lát cắt ngang qua TMT, sự dịch chuyển sang bên của mỏm bướm ở bên phải là 0,41mm, ở bên trái là 0,46 mm.

Bảng 6: Sự thay đổi ở góc khẩu cái phải và trái trên lát cắt TMT

	N	To	T1	T1-To	P
Góc KC-P	36	79,53 ± 16,56°	74,50 ± 15,77°	-5,03°	<0,05
Góc KC-T	36	82,64 ± 11,91°	77,72 ± 11,72°	-4,92°	<0,05

Trong quá trình nong hàm, xương khẩu cái bị uốn cong 5,03° ở bên phải và 4,92° ở bên trái.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện để mô tả những thay đổi ở khớp chân bướm-khẩu cái dưới ảnh hưởng của ốc nong nhanh có sự hỗ trợ của minivis trên phim CBCT. Các lát cắt dùng để tham chiếu là lát cắt qua mặt phẳng khẩu cái, lát cắt qua tầng mũi dưới và lát cắt qua tầng mũi trên. Các lát này có thể quan sát được khớp chân bướm-khẩu cái ở các vị trí khác nhau ^{7,8}.

Lát cắt MPKC qua khớp chân bướm khẩu cái tại vị trí mỏm tháp xương khẩu cái khớp với khuyết chữ V của xương bướm, ở vị trí giữa cánh bên và cánh giữa của xương bướm. Dưới tác dụng của lực nong hàm có sự mở rộng giữa cánh bên và cánh giữa của xương bướm. Tần xuất của sự mở này (số lượng % bệnh nhân và % khớp mở giữa những cánh này) và độ mở rộng của khớp được mô tả cho sự lỏng của khớp. Sự lỏng của khớp chân bướm-khẩu cái được đánh giá là hiệu quả tác động của lực nong hàm lên khu vực phía sau của hàm trên. Điều này được xác nhận nếu có sự gia tăng khoảng cách giữa mỏm chân bướm ngoài và mỏm chân bướm trong giữa các thời điểm trước và sau khi nong hàm. Kết quả nghiên cứu cho thấy 51,4% bệnh nhân có dấu hiệu tách khớp chân bướm-khẩu cái. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Cantarella ¹⁴. Độ mở rộng của khớp ở bên phải là 1,24 mm, bên trái 1,15 mm. Điều này có thể giải thích do thiết kế đặc biệt của MSE, có thể tạo ra lực nong hàm đủ mạnh ở phía sau để có thể tác động lên khớp chân bướm khẩu cái.

Lát TMD cắt qua khớp chân bướm-khẩu cái ở vùng nơi bờ sau của cánh đứng xương khẩu cái khớp với mặt trước của mỏm chân bướm ngoài của xương bướm. Ở vùng này lõi củ xương hàm

trên tiếp xúc gần với mỏm chân bướm, tuy nhiên nó không tạo khớp với mỏm chân bướm. Kết quả cho thấy mỏm chân bướm có dịch chuyển nhẹ ra trước (Bảng 3) nhưng rất nhỏ và không có ý nghĩa lâm sàng. Kết quả ở bảng 4 cho thấy điểm trước nhất HCB dịch chuyển sang bên là 0,78 mm với bên phải, 0,79 mm với bên trái. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Ozge Colak ⁸.

Lát TMT cắt qua khớp chân bướm khẩu cái ở vùng nơi phần đứng của xương khẩu cái tạo thành phần giữa của hố chân bướm khẩu cái. Trong quá trình nong hàm, phần đứng của xương khẩu cái có thể bị đẩy sang bên bởi xương hàm trên. Tuy nhiên mỏm bướm của xương khẩu cái không thể dịch chuyển sang bên vì khớp với mặt giữa của mỏm chân bướm ngoài của xương bướm, và do vậy có thể bị lực làm cho uốn cong. Sự thay đổi của cánh đứng của xương khẩu cái trong quá trình nong hàm sẽ được đánh giá bởi góc được mô tả sau trên lát cắt này. Nghiên cứu cho thấy xương khẩu cái bị uốn cong 5,03° ở bên phải và 4,92° ở bên trái (Bảng 6).

Như vậy trên ba lát cắt cho thấy khớp chân bướm-khẩu cái có dấu hiệu lỏng khớp, biểu hiện bằng sự dịch chuyển sang hai bên. Một số tác giả đã cho rằng sức cản chính của việc nong hàm ở phía sau chính là sự cản của khớp chân bướm khẩu cái, điều này đã làm hạn chế kết quả của phương pháp nong hàm truyền thống ⁴. Thậm chí với một số thiết kế MARPE, cũng cho kết quả, mở rộng khớp khẩu cái hình chữ V với kết quả mở rộng phía sau hạn chế nhiều hơn phía trước ⁵. Trong những trường hợp như vậy, có thể lực nong hàm đã chưa thể gây ra các tác động đến khớp chân bướm khẩu cái.

Những ảnh hưởng trên xương của MSE đã

được nghiên cứu và mô tả trong những năm gần đây, với tỷ lệ thành công khá cao ở các bệnh nhân trưởng thành. Sự tăng cường neo chặn bằng 4 minivis chiều dài 11 mm, qua hai bản xương vỏ đã tạo ra sự ổn định và lực tác động lên xương lớn. Điều này cho phép tạo ra lực nong hàm lớn, tạo ra sự lỏng khớp chân bướm-khẩu cái.

Sự khác biệt về sự mở khớp giữa hai bên có thể do mật độ xương và hình thể của trụ bướm hai bên khác nhau tạo ra sức cản của khớp ở hai bên khác nhau. Một yếu tố khác có thể góp phần giải thích cho hiện tượng này có thể là chất lượng neo chặn của xương vỏ. Hơn nữa, sự đan xen của khớp, cấu trúc của các hướng khớp ở các lát cắt trên phim CBCT cũng rất đa dạng ở các bệnh nhân. Nếu hướng khớp song song với sự xoay của xương hàm trên, sự tách khớp sẽ nhận diện được trên lát cắt ngang ⁷.

Các nghiên cứu về sự tác động của nong hàm tới hệ thống các khớp xung quanh xương hàm trên sẽ cần được nghiên cứu nhiều thêm để bổ sung thêm các thông tin hơn nữa về cơ chế mở khớp và hướng chuyển động của xương hàm trên trong quá trình nong hàm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khớp chân bướm - khẩu cái có thể bị tách ra dưới tác dụng của MSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McNamara JA, Maxillary transverse deficiency.** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000;117(5):567-70.
2. **Melsen B. Palatal growth studied on human autopsy material. A histologic microradiographic study.** Am J Orthod. 1975;68 (1):42-54.
3. **Lin L, Ahn HW, Kim SJ, Moon SC, Kim SH, Nelson G.** Tooth-borne vs bone-borne rapid maxillary expanders in late adolescence. Angle Orthod. 2015;85(2):253-62.
4. **Cantarella D, Dominguez-Mompell R, Mallya SM, Moschik C, Pan HC, Miller J, et al.** Changes in the midpalatal and pterygopalatine sutures induced by micro-implant-supported skeletal expander, analyzed with a novel 3D method based on CBCT imaging. Prog Orthod. 2017;18(1):34.
5. **Song KT, Park JH, Moon W, Chae JM, Kang KH.** Three-dimensional changes of the zygomaticomaxillary complex after mini-implant assisted rapid maxillary expansion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2019;156(5):653-62.
6. **Rayan K. Tamburrio.** The Transverse Dimension: Diagnosis and Relevance to Functional Occlusion. RWISO Journal. 2010, 7, pp. 13-21.
7. **Stepanko LS, Lagravere MO.** Sphenoid bone changes in rapid maxillary expansion assessed with cone-beam computed tomography. Korean J Orthod. 2016;46:269-79.
8. **Ozge Colak, Ney Alberto Paredes.** Tomographic assessment of palatal suture opening pattern and pterygopalatine suture disarticulation in the axial plane after midfacial skeletal expansion. Progress in Orthodontics. 2020, 21:21

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH TÁI DIỄN Ở TRẺ EM SAU ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải¹, Nguyễn Văn Tuấn², Trần Minh Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 35 trẻ viêm tai giữa (VTG) đã được điều trị đặt ống thông khí (OTK) màng nhĩ sau đó bị VTG tái diễn trở lại tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** Nhóm từ 1-3 tuổi chiếm đa số 37,1%. Triệu chứng chảy dịch tai (68,6%), chảy

dịch mũi (62,6%) hay gặp nhất. Tình trạng OTK còn lưu trên màng nhĩ và chảy dịch qua OTK là nhiều nhất 65,7%. Trẻ thường có tình trạng VA có bị viêm (83,3%) và tình trạng viêm mũi xoang cấp (71,4%) kèm theo. **Kết luận:** Ngoài những nguyên nhân chính và thường gặp như viêm VA, viêm mũi xoang, viêm Amydan, còn những yếu tố nguy cơ khác gây VTG tái diễn sau đặt OTK như một nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK hay dị tật bẩm sinh hờ hàm ếch.

Từ khóa: Viêm tai giữa ứ dịch tái diễn, ống thông khí.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PERSISTENT MIDDLE-EAR INFECTIONS IN CHILDREN AFTER INSERTION OF VENTILATION TUBES AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

Objectives: Reserching clinical characteristics and risk factors of persistent middle-ear infections in children after insertion of ventilation tubes at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A cross-sectional description was conducted on 35 children with persistent middle-ear infections after insertion of ventilation at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Result:** The group of 1-3 years old accounted for the majority of 37.1%. Symptoms of ear discharge (68.6%), runny nose (62.6%) are the most common. The status of ventilation tubes remaining on the tympanic membrane and fluid flow through the ventilation tubes is the most 65.7%. Children often have VA with inflammation (83.3%) and acute rhinosinusitis (71.4%) with it. **Conclusions:** In addition to the main and common causes such as VA, rhinosinusitis, and tonsillitis, other risk factors for persistent middle-ear infections after insertion of ventilation tubes, such as an infection from the outside into the tympanic cavity through the ventilation tube or Cleft palate birth defect.

Keywords: Persistent middle-ear infections, Ventilation tubes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa (VTG) ứ dịch là bệnh tai phổ biến nhất ở trẻ em trong độ tuổi trước khi đi học [3].

Đặt ống thông khí (OTK) qua màng nhĩ giúp đạt được hai mục đích: tạo cân bằng áp lực của tai giữa và dẫn lưu dịch trong hòm nhĩ giúp mang lại kết quả điều trị tốt cải thiện được sức nghe, hạn chế các biến chứng và di chứng của viêm tai giữa ứ dịch. Tuy nhiên, nhiều trường hợp mặc dù đã đặt ống thông khí màng nhĩ nhưng bệnh vẫn tái diễn [8].

Viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí là tình trạng chảy dịch tai hoặc ứ dịch trong hòm nhĩ sau tắc hoặc tụt ống thông khí mà màng nhĩ liền kín. Hiện nay bệnh khá phổ biến với nhiều nguyên nhân phức tạp khác nhau, vì vậy việc nghiên cứu phân tích và xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh là rất cần thiết. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 35 trẻ VTG đã được điều trị đặt ống thông khí màng nhĩ sau đó bị VTG tái diễn trở lại tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021 với các đặc điểm:

- Chảy dịch tai qua OTK thông còn trên màng nhĩ.
- Chảy dịch tai qua lỗ thủng màng nhĩ khi

OTK bị tụt khỏi màng nhĩ.

- Ứ dịch trong hòm nhĩ khi OTK còn trên màng nhĩ nhưng bị tắc.

- Ứ dịch trong hòm nhĩ khi OTK bị tụt và màng nhĩ liền kín.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** VTG tái diễn do chấn thương, khối u tai giữa, bệnh nhân có điều trị tia xạ, hóa chất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của đối tượng nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng VTG tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK: Đặc điểm chung, Triệu chứng cơ năng, Triệu chứng thực thể

+ Phân tích và xác định một số yếu tố nguy cơ của VTG TD ở trẻ em sau đặt OTK:

- Tình trạng VA.
- Viêm nhiễm đường hô hấp trên
- Các khối u vòm mũi họng .
- Dị tật bẩm sinh: hở hàm ếch, hội chứng Down...
- Cơ địa dị ứng: Có cơ địa dị ứng / không có cơ địa dị ứng.

- Điều kiện sinh hoạt, môi trường sống ô nhiễm (thuốc lá).

- Tình trạng dinh dưỡng: Chế độ ăn, còi xương, suy dinh dưỡng.

- Tiền sử sản khoa của trẻ, cân nặng lúc sinh.

- Tuân thủ nguyên tắc điều trị của người bệnh.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của VTG tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK . Qua nghiên cứu 35 trẻ, nhóm tuổi ít gặp nhất là dưới 1 tuổi 11.4%, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm từ 1-3 tuổi với 37,1%. Tuổi nhỏ nhất là 11 tháng, lớn nhất là 7 tuổi. Nữ giới ít gặp bệnh hơn (nữ 28,6%, nam 71,4%). Lý do vào viện là chảy dịch tai với 24/35 trường hợp, tiếp theo là chảy dịch mũi với 18/35 trẻ.

Triệu chứng hay gặp nhất ở tai là chảy dịch tai 24/35 bệnh nhân chiếm 68,6%, tiếp đến là đau tai 22,9%, ù tai 11,4%, ít gặp nhất là nghe kém 3/35 bệnh nhân.

Bảng 1: Triệu chứng cơ năng ở mũi họng

Triệu chứng	Chảy dịch mũi	Ngạt mũi	Hắt hơi	Ho	Ngủ ngáy	Không có triệu chứng
n	22	15	10	12	4	8
%	62,6	42,9	28,6	34,3	11,4	22,9

Nhận xét: Triệu chứng về mũi họng hay gặp nhất là chảy dịch mũi 62,6%. Ngủ ngáy là triệu chứng ít gặp nhất 4/35 bệnh nhân, 8 trường hợp không có biểu hiện gì ở mũi họng.

Chỉ có 40% trẻ được gia đình cho vào viện khám và điều trị khi bị bệnh dưới 1 tuần, còn lại là tự điều trị ở nhà khoảng 1 tuần 37,1% và trên 1 tuần 22,9%.



Chảy dịch qua OTK



Tắc OTK

Hình 1: Tình trạng OTK

Nhận xét: Sau đặt OTK, loại VTG chảy dịch hay gặp nhất 74,3%, VTG ứ dịch tái diễn chỉ có 25,7%. Tình trạng dịch trong hòm nhĩ thường gặp nhất là dịch nhày mủ 68,6%, dịch keo

22,6%, ít gặp nhất là thanh dịch 8,6%.

3.2. Phân tích và xác định một số yếu tố nguy cơ của viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy bệnh có tỷ lệ cao hơn ở trẻ phải bú mẹ kết hợp với uống sữa ngoài 62,9%, trẻ sống ở nông thôn 68,6%, có đi nhà trẻ 80,0%, gia đình trẻ có người hút thuốc lá 71,4%, trẻ có cơ địa dị ứng 68,6%.

Trong số 24 ca bệnh chưa nạo VA, tình trạng VA có bị viêm là hay gặp nhất 83,3%. Có 4 trường hợp không bị viêm VA.

Bảng 2: Bảng tìm hiểu vai trò của Amydan.

Tình trạng Amydan	Đã cắt	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV	N
n	5	4	9	15	2	35
%	14,3	11,4	25,7	42,9	5,7	100

Nhận xét: Tình trạng Amydan quá phát độ III là hay gặp nhất 15/35. Có 2/35 ca Amydan quá phát độ IV, chỉ có 5/35 đã cắt Amydan.

Tình trạng viêm mũi xoang cấp là hay gặp nhất với 25/35 trường hợp chiếm 71,4%, có 8/35 trường hợp không thấy tình trạng viêm xoang, có 2/35 trường hợp có viêm mũi xoang mạn tính.

Bảng 3: Bảng phân bố bệnh theo những nguyên nhân chính là bệnh lý thuộc vùng tai mũi họng.

Nguyên nhân	n	%
Viêm VA	20	57,1
Viêm Amydan	8	22,9
Viêm mũi xoang	18	51,4
Nhiễm khuẩn từ bên ngoài vào tai giữa qua OTK	2	5,7
Dị tật bẩm sinh hở hàm ếch	2	5,7

Nhận xét: Nguyên nhân chính thường gặp nhất dẫn đến tình trạng VTG theo dõi sau đặt OTK ở trẻ em là viêm VA với 20/35 trường hợp tỉ lệ 57,1%. Sau đó là viêm mũi xoang với 18/35 ca chiếm 51,4%. Có 2 trường hợp có dị tật bẩm sinh hàm ếch, và 2 trường hợp bệnh xảy ra do nhiễm khuẩn từ ngoài vào tai giữa qua OTK.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của VTG TD ở trẻ em sau đặt OTK màng nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi hay gặp nhất là 1-3 tuổi (37,1%), chủ yếu là trẻ nam (71,4%). Chảy dịch tai (24/35) là lý do trẻ đi khám nhiều nhất. Do trẻ chưa có khả năng nhận biết và diễn đạt các

triệu chứng như nghe kém, ù tai, cảm giác đầy tai... Vì vậy nếu bố mẹ không quan tâm và chú ý thì sẽ dễ bỏ qua làm cho bệnh diễn biến âm thầm và dẫn tới mãn tính.

Tương tự như lý do đi khám, triệu chứng ở tai trẻ hay gặp nhất là chảy dịch tai (68,6%). Triệu chứng lắc đầu, đưa tay lên tai ngoáy tai, bứt tai bệnh nhân (42,9%) thường gặp ở trẻ 2 tuổi, tuy không đặc hiệu nhưng có giá trị chỉ điểm để bố mẹ đưa trẻ đi khám. Triệu chứng ù tai được trẻ lớn mô tả là ù tai tiếng trầm, liên tục, và gặp ở cả hai tai (11,4%). Triệu chứng nghe kém chỉ có 8,6%. Triệu chứng nghe kém thường biểu hiện gián tiếp là kém linh hoạt, không phản ứng hoặc phản ứng chậm khi bố mẹ gọi, xem tivi với âm lượng lớn, trẻ lớn hơn thường thay đổi tính tình, kém tập trung, kém linh hoạt, kết quả học tập kém đi.

Triệu chứng về mũi họng hay gặp nhất là chảy dịch mũi 62,6%, ngạt mũi 42,9%. Nhiều khi, ở các trẻ nhỏ chưa có khả năng nhận biết và diễn đạt các dấu hiệu ở tai thì các biểu hiện ở vùng mũi họng là triệu chứng cơ năng chỉ điểm quan trọng để gia đình cho trẻ đi khám.

Phần lớn trẻ bị VTG 04 lần/năm (40%),

những trẻ bị bệnh như thế đa số đều được điều trị bằng kháng sinh, chống viêm, tiêu nhầy, chống dị ứng, xịt rửa mũi tại chỗ, có trường hợp đáp ứng nhanh, nhưng lại dễ tái phát, tái phát nhiều lần/năm, cũng có những trường hợp điều trị nội khoa thất bại sau 3 tháng, hoặc tồn tại dịch ở tai giữa kéo dài.

Các chỉ định đặt OTK đều hợp lý là 91,4% loại OTK được đặt là 1,14 mm. Việc lựa chọn dựa vào tính chất dịch trong hòm nhĩ và dựa vào độ tuổi của trẻ. Nghiên cứu tình trạng OTK chúng tôi thấy tình trạng chảy dịch qua OTK là hay gặp nhất 65,7%. Theo Steven Gray và Rodney Lusk, 2 nguyên nhân chính thường gặp, là do nước vào tai hoặc một đợt viêm tai mới tái phát [7]. Với tình trạng tắc OTK có thể làm thông lòng ống bằng cách lấy bỏ nút tắc bằng que móc, nhỏ thuốc tai 10 - 14 ngày; nếu không thể làm thông ống mà mà lại xuất hiện hiện tượng có dịch trong hòm tai thì nên thay bằng một OTK khác [2].

Đối chiếu loại OTK với tình trạng OTK, chúng tôi thấy những OTK có đường kính 1,14 mm đảm bảo dẫn lưu tốt hơn. Loại OTK đường kính 0,76 mm tình trạng tắc OTK và OTK bị đẩy khỏi màng nhĩ là hay gặp nhất 1/3 trường hợp, nguyên nhân là do đường kính ống nhỏ dễ bị tắc khi dịch nhày keo hoặc áp lực dịch nhày mũ trong hòm nhĩ lớn đẩy OTK ra khỏi màng nhĩ.

Bệnh lý VTG ở trẻ em thường có nguyên nhân từ mũi họng. 80% có đọng dịch mũ ở khe và sàn mũi, 57,1% trẻ có cơ địa dị ứng, 16 trường hợp có viêm VA. Có hai trẻ mắc dị tật bẩm sinh hở hàm ếch. Theo Sancho Martin và cộng sự (1997) có 84,4 % trẻ có khe hở hàm ếch bị VTGTD [5]. Theo chúng tôi đây là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra tình trạng VTG tái diễn sau đặt OTK.

4.2. Phân tích và xác định một số yếu tố nguy cơ của VTG TD ở trẻ em sau đặt OTK màng nhĩ. Tỷ lệ trẻ phải bú mẹ kết hợp với uống sữa ngoài là 62,9%, kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An ở nhóm trẻ bú mẹ tỉ lệ mắc bệnh VTG ứ dịch giảm hơn hẳn nhóm trẻ không được bú mẹ (9,78% so với 21,62% với $p < 0.05$) [1].

Trẻ em sinh sống thuộc vùng nông thôn là 68.6%. Ở nước ta vùng nông thôn thường xa các bệnh viện và trung tâm y tế lớn, trình độ nhận thức của người dân về các bệnh tai mũi họng hạn chế hơn ở thành phố, nên khả năng phòng bệnh cho con em mình không tốt, dẫn đến bệnh có thể bị kéo dài dai dẳng hoặc tái diễn nhiều lần.

80% trẻ được gửi đi nhà trẻ thường xuyên. Ở môi trường nhà trẻ các cháu dễ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hóa do lây chéo

nhau từ trẻ này sang trẻ khác.

Khói thuốc và ô nhiễm môi trường là nguyên nhân của những thay đổi cấu trúc và sinh lý của niêm mạc đường hô hấp, niêm mạc tai giữa. Etzel và cộng sự cho thấy nồng độ cao của nicotin trong máu có liên quan với tỉ lệ mắc viêm tai giữa cấp cao, và làm kéo dài thời gian ứ dịch trong tai giữa sau đợt viêm cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có tới 25/35 trường hợp các cháu nhỏ gia đình có người hút thuốc lá, và trẻ sẽ phải chịu ảnh hưởng của khói thuốc lá một cách thụ động.

Viêm mũi dị ứng được coi là một trong những nguyên nhân gây VTGTD, 68,6% trẻ có cơ địa dị ứng. Có 2 cơ chế, phù nề niêm mạc mũi họng và vòi nhĩ do phản ứng dị ứng gây tắc vòi và dịch tiết ứ đọng ở mũi họng dẫn đến bội nhiễm, dịch này chứa vi khuẩn ở mũi họng đi lên tai giữa qua vòi nhĩ gây nên tình trạng viêm tai giữa tái diễn [6]. Chúng tôi cũng thường gặp trẻ bị bệnh vào khi thay đổi thời tiết, khi giao mùa nhiều hơn.

Khả năng gây viêm tai giữa tiết dịch của VA không chỉ phụ thuộc vào kích thước của VA mà còn phụ thuộc vào tình trạng viêm của VA và vùng mũi họng của bệnh nhân. VA to, quá phát có thể chèn ép cơ học vào lỗ vòi dẫn đến tình trạng tắc vòi. Trong khi đó, quá trình viêm mạn tính của vùng mũi họng (nhất là VA) sẽ làm niêm mạc vòi nhĩ viêm mạn tính gây tắc vòi bên trong. Vì vậy VTG tái diễn sau đặt OTK vẫn có thể xảy ra dù VA nhỏ hoặc đã nạo VA [4].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tình trạng Amydan quá phát độ III là hay gặp nhất (42,9%). Những viêm nhiễm của Amydan có thể gây ra biến chứng viêm mũi xoang viêm VA, dịch viêm chứa vi khuẩn có thể qua lỗ vòi nhĩ gây ra viêm tai giữa.

Viêm mũi xoang được coi là một ổ nhiễm khuẩn kề cận gây ra tình trạng nhiễm trùng tai giữa. 71,4% trẻ có tình trạng viêm mũi xoang cấp. Chúng tôi còn thấy được rằng đặc điểm chảy dịch mũi và tính chất dịch ở mũi liên quan mật thiết với tính chất dịch trong hòm nhĩ của bệnh nhân. Nếu dịch mũi mũ đặc thì thường dịch hòm nhĩ cũng là dịch mũ nhày đặc. Như vậy ngoài tình trạng viêm VA, viêm Amydan thì tình trạng viêm mũi xoang mạn tính hay một nhiễm khuẩn mới của mũi xoang là một nguyên nhân gây tái diễn VTG sau đặt OTK.

Ngoài những nguyên nhân chính và thường gặp như viêm VA, viêm mũi xoang, chúng tôi còn gặp những yếu tố nguy cơ khác gây VTG tái diễn sau đặt OTK như một nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK hay dị tật bẩm sinh hở hàm

ếch. Nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK thường xảy ra khi trẻ để nước vào tai, trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trẻ bị VTG sau đặt OTK xuất hiện sau khi trẻ đi tắm biển và để nước vào tai.

V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK màng nhĩ có nguyên nhân chính và thường gặp là viêm VA, viêm mũi xoang. Tình trạng OTK còn lưu trên màng nhĩ và chảy dịch qua OTK là nhiều nhất 65,7%. Loại OTK thường được dùng nhất có đường kính là 1,14 mm 91,4%. Tình trạng dính đường, điều kiện sinh hoạt và môi trường sống, các bệnh lý thuộc vùng tai mũi họng đều có ảnh hưởng đến bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài An (2006), Viêm tai giữa ở trẻ em, NXB Y Học Hà Nội, tr. 33-41.
2. DJ Kay, Nelson M, Rosenfeld RM (2001), Meta

- analysis of tympanostomy tube sequelea, Otolaryngol Head Neck Surg, **124(4)**, tr. 374-380.
3. Gerhard Grevers Rudolf Probst, Heinrich Iro (2006), "Otitis media with effusion", Basic Otorhinolaryngology,, tr. 240-242.
 4. M. M. Alam, M. I. Ali, M. A. Habib và các cộng sự. (2015), Otitis media with effusion in children admitted for adenoidectomy, Mymensingh Med J, **24(2)**, tr. 284-9.
 5. Martin Sancho, Villafruela Sanz MA, Alvarez Vicent JJ (1997), Incidence and treatment of otitis with effusion in patients with cleft palate, Acta Otolaryngol Esp, **48(6)**, tr. 441-445.
 6. Mandel E M M L Casselbrant (2010), Acute Otitis Media and Otitis Media with Effusion, Cummings - Otolaryngology **5**, tr. 2761-2777.
 7. Rodney P Lusk. Gray Steven (2010), Tympanic membrane - tympanostomy tubes, Head and neck surgery otolaryngology, tr. 2971-2977.
 8. Venekamp R. P., F. Javed, T. M. van Dongen và các cộng sự. (2016), Interventions for children with ear discharge occurring at least two weeks following grommet (ventilation tube) insertion, Cochrane Database Syst Rev, **11**, tr. Cd011684.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ VAI TRÒ CỦA FDG PET/CT TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN U LYMPHO ÁC TÍNH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Hữu Thường*, Nguyễn Kim Lưu*,
Nguyễn Hải Nguyễn*, Ngô Văn Đàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tìm hiểu đặc điểm hình ảnh và vai trò của PET/CT trong đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân U lympho ác tính trước điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 50 bệnh nhân U lympho PET/CT ác tính được chụp PET/CT trước điều trị ở Bệnh viện K và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2018 – tháng 01/2021. Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn được áp dụng theo Lugano 2015. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 5 vùng hạch và 15 vị trí/cơ quan cơ quan khác, tổn thương hạch chủ yếu ở vùng cổ (68% số BN), tổn thương cơ quan khác chủ yếu ở tủy xương (16% số BN), có mối tương quan thuận giữa kích thước hạch và mức độ chuyển hóa FDG (SUVmax); PET/CT làm thay đổi giai đoạn ở 30% số BN, trong đó tăng giai đoạn ở 24% số BN, tăng giai đoạn quan trọng (từ giai đoạn I, II sang giai đoạn III, IV) ở 16% số BN, giảm giai đoạn ở 6% số BN.

Từ khóa: PET/CT, U lympho ác tính, Đánh giá giai đoạn.

SUMMARY

*Bệnh viện K cơ sở Tân Triều
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Nguyễn
Email: hainguyenhvqy@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022
Ngày duyệt bài: 27.4.2022

THE ROLE OF FDG PET/CT IN STAGING IN NEWLY DIAGNOSED LYMPHOMA

Background: The aim of this study is to investigate the imaging characteristics and role of PET/CT in staging in newly diagnosed lymphoma. **Methods:** This retrospective study was performed on 50 lymphoma patients who received PET/CT before treatment at K hospital and 103 Military hospital from 01/2018 – 01/2021. Diagnostic criteria for staging were applied according to Lugano 2015. **Results:** We recorded 5 lymph node regions and 15 extranodal sites/organs, lymph node involvement was mainly in the neck region (68% patients), extranodal involvement were mainly in bone marrow (16% patients). There is a relationship between lymph node size and FDG uptake (SUVmax); PET/CT changed the stage in 30% of the patients, of which increased the stage in 24% of the patients, with major change in 16% of the patients (from stage I, II to stage III, IV), and decreased the stage in 6% of the patients.

Keywords: PET/CT, Lymphoma, Staging.

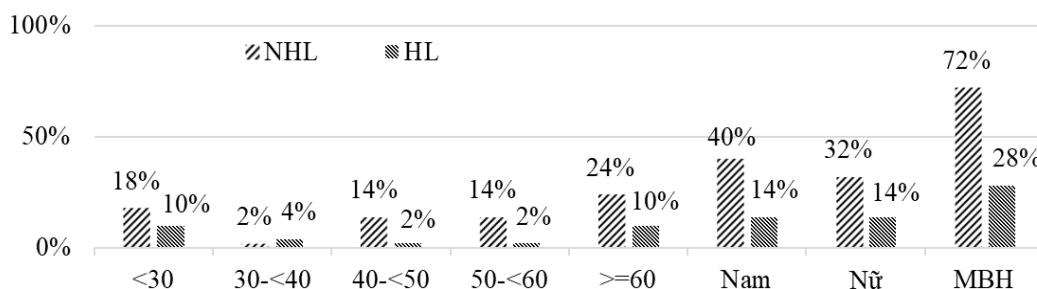
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh u lympho ác tính (ULAT) là ung thư các tế bào lympho của hệ thống bạch huyết và là loại ung thư phổ biến. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (Globocan 2020), bệnh U lympho ác tính không Hodgkin đứng thứ 11 trong tổng số mắc mới và nguyên nhân gây tử vong, với

544.352 ca mới mắc và 259.793 ca tử vong trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2020, u lympho ác tính đứng thứ 13 và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ 13 với 3725 ca mới mắc và 2214 ca tử vong [1]. Từ lâu, Cắt lớp vi tính (CT) được công nhận vai trò trong chẩn đoán giai đoạn và đánh giá đáp ứng điều trị. Tuy nhiên, CT độ nhạy hạn chế trong việc phát hiện các hạch lympho ác tính có kích thước bình thường, xâm lấn tủy xương, lách và các tổ chức lympho ác tính cơ quan khác [2]. Tổn thương hạch bạch huyết còn sót lại là một thách thức chẩn đoán thường gặp vì CT khó phân biệt tổ chức xơ hóa sau điều trị với tổ chức ác tính còn tồn tại [3]. Ghi hình PET/CT (Positron Emission Tomography/Computed Tomography) với thuốc phóng xạ ¹⁸F-Fluorodeoxyglucose (FDG) khảo sát toàn thân trong cùng một lần ghi hình, cung cấp thông tin về vị trí và mức độ chuyển hóa glucose của các tổn thương, cho thấy nhiều lợi điểm trong phân chia giai đoạn bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị bệnh [4]. Hiện nay một số yếu tố đã tác động lên hệ miễn dịch, trong đó quan trọng là tổ chức lympho như vaccine, virus EBV, HIV,... đã là cho cơ cấu và đặc điểm bệnh U lympho ác tính có sự thay đổi. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát đặc điểm hình ảnh và vai trò của FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn đối với ULAT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

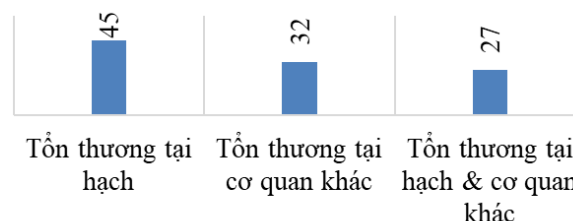


Biểu đồ 1: Đặc điểm bệnh nhân theo nhóm tuổi và mô bệnh học

Đặc điểm BN: Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 50 bệnh nhân bị ULAT, trong đó có 72% số bệnh nhân là U lympho ác tính non-Hodgkin (NHL) và 28% số bệnh nhân là U lympho ác tính Hodgkin (HL). Trong hai nhóm bệnh nhân NHL và HL tỉ lệ BN nam đều cao hơn BN nữ. Những bệnh nhân bị NHL thì độ tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi ≥60 tuổi, trong khi đó những bệnh nhân bị HL nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm <30 tuổi và nhóm ≥60 tuổi.

Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 50 bệnh nhân (BN) chụp PET/CT tại bệnh viện K và bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2021, được chẩn đoán xác định là ULAT dựa vào kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Tất cả BN được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thông thường như CT, siêu âm, X quang ngực, xét nghiệm huyết thanh... Bệnh nhân được chụp ¹⁸F- FDG PET/CT toàn thân tại các thời điểm trước điều trị. Phân loại giai đoạn ULAT trước điều trị được tiến hành theo tiêu chuẩn của Lugano năm 2015.

Quy trình kỹ thuật chụp PET/CT theo hướng dẫn của Hội Y học hạt nhân Châu Âu năm 2010 [5]. Dược chất phóng xạ ¹⁸F-FDG được sản xuất tại Trung tâm Cyclotron, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Chụp PET/CT bằng máy PET/CT Discovery LightSpeed của hãng GE tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện K và Bệnh viện 103. Quy trình kỹ thuật chụp ¹⁸F-FDG PET/CT: BN nhịn ăn 6 giờ, uống nước lọc và được kiểm tra glucose máu trước tiêm ¹⁸F-FDG không được vượt quá 11,1 mmol/l. Tiêm tĩnh mạch ¹⁸F-FDG với liều 0,14 - 0,15 mCi/kg. BN nằm trong phòng chờ nghỉ ngơi, sau 60 phút chụp CT định hướng và chụp CT liều thấp từ nền sọ đến giữa đùi. Chụp PET toàn thân với tốc độ 2,5 phút/bed. Kết quả ¹⁸F-FDG PET/CT được phân tích và nhất trí bởi hai bác sỹ y học hạt nhân. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.



Biểu đồ 2: Phân bố vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5 vùng hạch và 15 vị trí/cơ quan khác. Đa số các bệnh nhân vừa có tổn thương tại hạch và cơ quan khác 27 BN, chỉ có 5 bệnh nhân chỉ có tổn thương cơ quan khác, 18 bệnh nhân chỉ có tổn thương tại hạch. Tổng số bệnh nhân có tổn thương tại hạch là 45 BN, tổng số bệnh nhân có tổn thương cơ quan khác là 32 BN.

Bảng 1: Tần suất các vùng hạch (45 BN)

Vị trí	Số BN	Tần suất
Hạch cổ	34	75,6
Hạch nách	21	46,7
Hạch trung thất	23	51,1
Hạch bụng	22	48,9
Hạch bẹn	6	13,3

Nhận xét: Trong số 45 BN có tổn thương tại hạch thì hạch vùng cổ là thường gặp nhất với 34 BN (75,6%), các vùng hạch khác có tần suất thấp hơn theo theo tần suất giảm dần là vùng trung thất, vùng nách, vùng bụng và vùng bẹn.

Bảng 2: Phân bố vị trí tổn thương tại cơ quan khác (32BN)

Vị trí	Số BN	Tần suất
Xương	8	25
Lách	7	21,9
Amidal	6	18,8
Phổi	5	15,6
Vòm	4	12,5
Dạ dày	3	9,4
Tuyến ức	1	3,1
Màng phổi	1	3,1
Tụy	1	3,1
Da/mô dưới da	1	3,1
TTL	1	3,1
Đại tràng	1	3,1
Tinh hoàn	1	3,1
Não	1	3,1
Phúc mạc	1	3,1

Nhận xét: Trong các bệnh nhân có tổn thương cơ quan khác, các cơ quan thường gặp theo tần suất giảm dần là xương, lách, amidal, phổi, vòm, dạ dày ... (Bảng 2). Ngoài ra, một số cơ quan ít gặp như: Tuyến ức, màng phổi, tụy, da/mô dưới da, tuyến tiền liệt, đại tràng, tinh hoàn, não, phúc mạc.

Bảng 3: Kích thước và giá trị SUVmax của các nhóm hạch

	Số BN	TB kích thước(mm)	TB SUVmax
Hạch cổ	34	19,4 (7-50)	10,9(2,4-24)
Hạch nách	21	18,1 (6-50)	9,4(3,1-24,1)
Hạch trung thất	23	31,3 (6-130)	10,2(2,9-31,8)
Hạch ổ bụng	22	26,9 (7-107)	10,7(3,1-25,8)
Hạch bẹn	6	16,8 (9-33)	6,3(2,5-10)

Nhận xét: Trong các vị trí tổn thương tại hạch thì hạch ổ bụng và hạch trung thất là hai vùng hạch có kích thước và mức độ chuyển hóa trung bình cao nhất, tuy nhiên khoảng kích thước hạch và giá trị SUVmax của các vùng hạch rất thay đổi từ 6-130mm và 2,4-31,8.

Bảng 4: Giá trị chuyển hóa trung bình của các tổn thương cơ quan khác

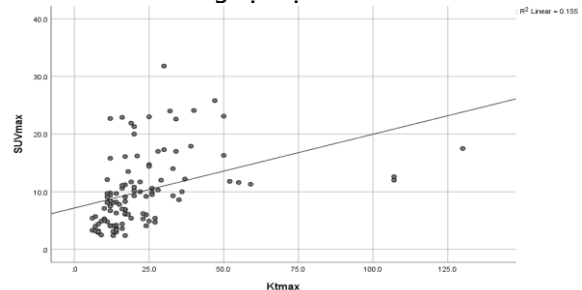
Vị trí	Số bệnh nhân	TB SUVmax
Xương	8	11,1 (4,2-23,4)
Lách	7	6,9 (3,9-11)
Amidal	6	19,2 (7,2-32,3)
Phổi	5	22,1(7,5-53,6)
Vòm	4	11,4 (7,0-21,5)
Dạ dày	3	19,3(10,3-25,7)
Tuyến ức	1	5,7
Màng phổi	1	14,4
Tụy	1	7,1
Da/mô dưới da	1	58,0
TTL	1	7,5
Đại tràng	1	14,8
Tinh hoàn	1	9,6
Não	1	46,3
Phúc mạc	1	5,3

Nhận xét: Trong các tổn thương cơ quan khác được phát hiện trên PET/CT thì Da/mô dưới da là cơ quan có mức độ chuyển hóa cao nhất với SUVmax: 58,0, sau đó đến Phổi với SUVmax: 53,6; hai cơ quan cơ quan khác có mức độ chuyển hóa thấp nhất là Phúc mạc với SUVmax: 5,3 và Tuyến ức với SUVmax: 5,7.

Bảng 5: Giá trị SUVmax trung bình của các tổn thương tại hạch và ngoại hạch

	SUVmax trung bình	
Tổn thương tại hạch	10,1±6,3 (2,4 - 31,8)	P< 0,05
Tổn thương cơ quan khác	15,1±12,7 (3,9 - 58,0)	

Nhận xét: Các tổn thương cơ quan khác có xu hướng có mức độ chuyển hóa SUVmax cao hơn các tổn thương tại hạch.



Biểu đồ 3: Mối tương quan giữa kích thước max của tổn thương tại hạch và giá trị SUVmax

Bảng 6: Giá trị SUVmax trung bình theo từng nhóm kích thước hạch

Kích thước max (mm)	Số vùng hạch	SUVmax trung bình	
< 10	11	3,9 ± 1,1 (2,5-5,7)	p<0,01
10 - 20	49	8,3 ± 4,9 (2,4-22,9)	
≥ 20	46	13,6 ± 6,4 (4,1-31,8)	

Nhận xét biểu đồ 3 và bảng 6: Có mối tương quan thuận giữa kích thước max của các tổn thương tại hạch mức độ chuyển hóa SUVmax với hệ số tương quan $r=0,4$, với $p<0,01$.

Bảng 7: Phân chia giai đoạn trước điều trị theo PET/CT và CT

Giai đoạn	PET/CT				Tổng CT
	CT I	CT II	CT III	CT IV	
CT I	4	2	0	5	11
CT II	2	7	3	0	12
CT III	0	0	7	2	9
CT IV	0	0	1	17	18

Nhận xét: Sự khác nhau trong phân loại giai đoạn bệnh giữa CT và PET/CT được tìm thấy ở 15 BN (30%); PET/CT làm tăng giai đoạn ở 12 BN (24%) so với CT với thay đổi quan trọng (từ giai đoạn khu trú (I hoặc II) sang giai đoạn tiến triển (III hoặc IV) ở 8 BN (16%); và làm giảm giai đoạn ở 3 BN (6%).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh hạch ác tính có thể có tổn thương ở hệ thống hạch bạch huyết và bất kỳ cơ quan nào cơ quan khác. Chụp CT trước đây được coi là nền tảng của hình ảnh trong ung thư hạch và đóng một vai trò quan trọng trong việc phân giai đoạn. Hiện nay, những tiến bộ trong kỹ thuật hình ảnh phân tử với chụp ^{18}F -FDG PET/CT đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc chẩn đoán, phân giai đoạn và đánh giá đáp ứng ở bệnh nhân ung thư hạch, bằng việc kết hợp những ưu điểm của hình ảnh chuyển hóa và hình ảnh giải phẫu.

Vị trí tổn thương: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5 vùng hạch và 15 vị trí/cơ quan cơ quan khác. Đa số các bệnh nhân vừa có tổn thương tại hạch và cơ quan khác, tổng số bệnh nhân có tổn thương tại hạch là 45 BN, tổng số bệnh nhân có tổn thương cơ quan khác là 32 BN. Việc xác định các tổn thương tại hạch trên hình ảnh CT chủ yếu dựa vào kích thước, tuy nhiên Kwee T và cộng sự đã đề cập đến một số phân nhóm ULAT (ví dụ như u lympho tế bào

nhỏ/bạch cầu lympho mạn) thường biểu hiện bằng việc tăng số lượng các hạch lympho nhỏ, vì vậy việc đánh giá bằng kích thước là không đủ; PET/CT có thể xác định được những hạch ác tính có tăng chuyển hóa ngay cả khi có kích thước bình thường trên CT. Nhóm hạch phổ biến nhất trong nghiên cứu này là nhóm vùng cổ và ít nhất là nhóm hạch bẹn, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Cẩm Phương và cs [6]. Trong khi đó Mozaffer R và Sadiqa S thì hạch ổ bụng là phổ biến nhất và ít nhất là nhóm hạch bẹn. Tổn thương ngoài được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi phổ biến nhất là ở xương, phổi, lách, amidal, ... Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Mai Trọng Khoa và cs [7] đối với u lympho không Hodgkin thì cho thấy tổn thương gặp nhiều ở xương, phổi, da; nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương và cs thì cho thấy tổn thương gặp nhiều ở xương, amidan, lách [6]. PET/CT cho phép phát hiện thêm tổn thương tại tủy xương, gan, lách mà trên hình ảnh giải phẫu của CT chưa xuất hiện. Trong nghiên cứu của Zytoon và cộng sự [8], PET / CT phát hiện tổn thương ở tủy xương với độ nhạy 93,7%, độ đặc hiệu 96% và độ chính xác 99%, cao hơn so với CT với độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu 86,2% và độ chính xác 75%, ngoài ra, tổn thương tủy xương xuất hiện chủ yếu ở khung xương trục.

Mức độ chuyển hóa: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung bình SUVmax của các tổn thương tại hạch và các cơ quan cơ quan khác đều khá cao và dao động với khoảng rất rộng giữa các bệnh nhân khác nhau. Cụ thể giá trị chuyển hóa SUVmax trung bình của các tổn thương tại hạch là $10,1 \pm 6,3$ (2,4 - 31,8), của các tổn thương cơ quan khác là $15,1 \pm 12,7$ (3,9 - 58,0). Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ chuyển hóa FDG có liên quan đến kích thước của tổn thương hạch, cụ thể các tổn thương hạch có kích thước lớn nhất > 20mm có mức độ chuyển hóa FDG SUV max trung bình là $13,6 \pm 6,4$, còn các tổn thương có kích thước lớn nhất < 10mm có mức độ chuyển hóa FDG SUVmax trung bình là $3,9 \pm 1,1$, điều này cho thấy tổn thương càng lớn thì mức độ chuyển hóa càng cao, có liên quan chặt chẽ đến tiên lượng bệnh. Theo Nguyễn Cẩm Phương và cs [6], tất cả các tổn thương đều có mức độ hấp thu FDG (SUV) cao, giá trị SUVmax trung bình tại hạch ở nhóm bệnh nhân có độ ác tính trung bình cao hơn nhóm có độ ác tính thấp, tương ứng là 6,23 - 7,18 và 9,92 - 15,33. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Zytoon và cộng sự [8], các tổn thương cơ quan

khác đều có mức độ hấp thu FDG cao và khoảng hấp thu giữa các bệnh nhân là rất rộng từ 2,8-44. Mức độ chuyển hóa glucose (mức độ hấp thu FDG) của phần lớn các loại ung thư cũng như ULAT nói riêng sẽ phụ thuộc chủ yếu vào mức độ biểu hiện của các protein vận chuyển glucose trên màng tế bào (chủ yếu là GLUT1 và GLUT3).

PET/CT trong đánh giá giai đoạn: Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được đánh giá giai đoạn bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh thông thường như SÁ, CLVT, MRI, ... và được chụp PET/CT để xác định lại giai đoạn. PET/CT làm thay đổi giai đoạn ở 30% số BN, trong đó tăng giai đoạn ở 24% số BN, với thay đổi quan trọng ở 16% số BN, giảm giai đoạn ở 6% số BN, trong số 8 BN tăng giai đoạn từ khu trú sang tiến triển, có 5 BN chuyển từ giai đoạn I sang giai đoạn IV do phát hiện thêm các tổn thương: 03 BN phát hiện thêm tổn thương tại các hạch có kích thước nhỏ <10mm, 01 BN phát hiện thêm tổn thương ở tinh hoàn, 01 BN phát hiện thêm tổn thương tại tủy xương; 03 BN chuyển từ giai đoạn II sang giai đoạn III do 02 BN phát hiện thêm tổn thương tại các hạch có kích thước <10mm, 01 BN phát hiện thêm tổn thương tại lách.

Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Zytoon và cộng sự, có 23% số BN khác biệt giai đoạn giữa PET/CT và CT, tăng giai đoạn ở 17% số BN với thay đổi lớn ở 12% BN (tăng từ giai đoạn I hoặc II lên giai đoạn III hoặc IV) và giảm giai đoạn ở 6% số BN [8]. Theo Nguyễn Cẩm Phương và cs, PET/CT đã làm thay đổi giai đoạn ở 23,8% số BN, trong đó thay đổi lớn ở 9,5% số BN và PET/CT không làm giảm giai đoạn [6]. Sự thay đổi về giai đoạn này được giải thích là do khả năng PET / CT cao hơn CT trong việc phát hiện các tổn thương với hình thái bình thường; như các hạch bạch huyết có kích thước bình thường hoặc bị ẩn, bằng cách phát hiện sự gia tăng hoạt động chuyển hóa. Cơ quan tổn thương cơ quan khác thường gặp là tủy xương, gan, lách,.... Sinh thiết tủy xương là cơ sở chính để xác định chẩn đoán nhưng có tỷ lệ âm tính giả do khâu lấy mẫu. Chụp cộng hưởng đặc biệt có giá trị trong đánh giá tổn thương xương tuy nhiên những trường hợp tổn thương lành tính như u máu, viêm, những thay đổi sau điều trị đã hạn chế độ đặc hiệu của phương pháp này..

Từ kết quả trên có thể thấy là PET/CT đặc biệt có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị. Việc đánh giá chính xác giai đoạn bệnh giúp cho các bác sĩ điều trị lựa chọn phương thức điều trị phù hợp nhất và đem lại hiệu quả điều trị cao nhất cho bệnh nhân.

Hạn chế của nghiên cứu này là không thể đối chiếu tất cả các tổn thương trên PET/CT với mô bệnh học. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng việc sinh thiết tất cả các tổn thương là điều không thể. Do đó, kết quả PET/CT có thể được dùng để theo dõi và tham chiếu với CT, đồng thời số lượng bệnh nhân vẫn còn hạn chế so với các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 50 BN U lympho ác tính chúng tôi ghi nhận được 5 vùng hạch và 15 vị trí/cơ quan khác, tổn thương tại hạch cổ là phổ biến nhất, tổn thương cơ quan khác chủ yếu được tìm thấy ở tủy xương, có mối liên hệ tương quan thuận giữa kích thước hạch và mức độ chuyển hóa. PET/CT làm thay đổi giai đoạn ở 30% số BN, trong đó tăng giai đoạn ở 24% số BN với thay đổi quan trọng ở 16% số BN, giảm giai đoạn ở 6% số BN. PET/CT cho phép đánh giá tổn thương tại hạch và cơ quan khác một cách toàn diện đặc biệt ở những tổn thương bình thường về mặt cấu trúc giải phẫu, giúp đánh giá giai đoạn chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 09/02/2022.
2. **Kwee T.C., Kwee R.M., Nievelstein R.A.J. (2008).** Imaging in staging of malignant lymphoma: a systematic review. *Blood*, 111(2), 504–516.
3. **Hutchings M., Loft A., Hansen M, et al. (2006).** Position emission tomography with or without computed tomography in the primary staging of Hodgkin's lymphoma. *Haematologica*, 91(4), 482–489.
4. **Tân N.V. và Cảnh N.X. (2021).** Đặc điểm hình ảnh FDG PET/CT của u lympho không Hodgkin tế bào T. *Tạp Chí Điện Quang Học Hạt Nhân Việt Nam*, (43), 25–32.
5. **Boellaard R., O'Doherty M.J., Weber W.A., et al. (2010).** FDG PET and PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour PET imaging: version 1.0. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 37(1), 181–200.
6. **Phương P.C. và cộng sự (2012).** Giá trị của PET/CT trong chẩn đoán bệnh u lymphoma ác tính không Hodgkin. <<http://ungthubachmai.com.vn/ao-to/item/1573>>, accessed: 27/02/2022.
7. **Sơn M.H. và Hà L.N. 18FDG-PET/CT** trong đánh giá giai đoạn và đáp ứng điều trị u lympho ác tính không Hodgkin cơ quan khác.
8. **Zytoon A.A., Mohamed H.H., Mostafa B.A.A.E., et al. (2020).** PET/CT and contrast-enhanced CT: making a difference in assessment and staging of patients with lymphoma. *Egypt J Radiol Nucl Med*, 51(1), 213.
9. **PET/CT and bone marrow biopsy (BMB)** in evaluating bone marrow in lymphoma | *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine* | Full Text. accessed: 12/04/2022.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trịnh Lê Huy¹, Phạm Đức Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi (PTNS) 3D cắt đoạn trực tràng ở bệnh nhân ung thư trực tràng cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 72 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) mắc ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng tại bệnh viện K từ tháng 5/2018 – tháng 9/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $67,9 \pm 5,8$ (60-82). Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất (65,2%). Tăng huyết áp là bệnh phối hợp thường gặp nhất (37,5%). Phần lớn nhóm BN nghiên cứu có giai đoạn bệnh sớm: giai đoạn II chiếm 30,6 % giai đoạn I chiếm 44,4%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đạt được diện cắt âm tính. Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được là $12,3 \pm 3,2$ (hạch). Thời gian PT trung bình là $133,6 \pm 19,3$ phút (90-180). Không có bệnh nhân gặp tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 8,4%, không có biến chứng nặng. **Kết luận:** PTNS 3D trên bệnh nhân ung thư trực tràng lớn tuổi an toàn, khả thi, trong khi đảm bảo tốt tiêu chí về mặt ung thư học.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi 3D, ung thư trực tràng, bệnh nhân cao tuổi

SUMMARY

EARLY RESULTS OF 3D ENDOSCOPIC RESECTION OF THE RECTUM FOR THE TREATMENT OF RECTAL CANCER IN THE ELDERLY

Objectives: To evaluate early results of three-dimensional laparoscopic anterior resection in elderly rectal cancer patients. **Patients and Methods:** Retrospective study on 72 rectal cancer patients (≥ 60 years old) underwent three-dimensional laparoscopic anterior resection at National Cancer Hospital between May 2018 and September 2021. **Results:** Mean age was 67.9 ± 5.8 (60-82). The 60-69 age group accounted for the highest percentage (65.2%). Hypertension was the most frequently encountered comorbidity (37.5%). Most patients had early-stage (stage I, 30.6%; stage II, 44.4%). All patients had negative margins after surgery. The mean number of lymph nodes dissected was 12.3 ± 3.2 . The mean operation time was 133.6 ± 19.3 minutes (range: 90-180). None had intraoperative complications. Only 8.4% of patients had postoperative complications. **Conclusions:** Three-dimensional laparoscopic anterior resection in elderly rectal cancer patients was safe, feasible while maintaining oncologic criteria.

Keywords: three-dimensional laparoscopy, rectal cancer, elderly patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp nhất và có số ca mới mắc cùng tỷ lệ tử vong tăng dần theo thời gian và theo tuổi đời. Theo số liệu của GLOBOCAN 2020, số ca mới mắc bệnh là 1.931.590, chiếm khoảng 10% trong tổng số bệnh lý ung thư và có khoảng 935.173 ca tử vong. [1] Nhóm tuổi từ 60 trở lên được coi là nhóm có nguy cơ mắc bệnh cao nhất với tỷ lệ khoảng 70,75%. [2] Ở Việt Nam, Luật người cao tuổi quy định người cao tuổi (NCT) là người đủ 60 tuổi trở lên. [3] NCT hiện là đối tượng đang được quan tâm đặc biệt của toàn xã hội nói chung và ngành y tế nói riêng bởi người cao tuổi có nhiều biến đổi tâm sinh lý, chức năng các cơ quan suy giảm hoặc rối loạn và thường mắc nhiều bệnh mạn tính nặng,

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức với 3 phương pháp chính: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị. Trong đó phẫu thuật (PT) đóng vai trò quan trọng căn bản. Phẫu thuật nội soi (PTNS) ra đời vào những năm đầu của thập niên 1990 sau đó phát triển mạnh mẽ ra các trung tâm ngoại khoa của thế giới đã đóng góp vai trò quan trọng trong điều trị ung thư trực tràng. [4,5] PTNS đã đem lại những ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi của bệnh nhân nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ... Tuy nhiên PTNS thông thường (2D) cũng có một số hạn chế như: phẫu thuật viên phải quan sát và thực hiện các thao tác kỹ thuật trên một màn hình có hình ảnh 2D thiếu tầm nhìn lập thể, do đó PTV phải dựa vào những chuyển động tương đối của các dụng cụ nội soi, những mốc giải phẫu quen thuộc và kích thước tương đối của các cấu trúc giải phẫu để bù đắp cho sự thiếu thông tin về chiều sâu của hình ảnh. [5] Hệ thống tầm nhìn 3 chiều sau đó đã được phát triển để khắc phục hạn chế của tầm nhìn 2 chiều. Hệ thống này cung cấp cho phẫu thuật viên chiều sâu về phẫu trường và khả năng phối hợp tay mắt tốt hơn. Hơn nữa, tầm nhìn 3D được chứng minh đặc biệt hữu ích cho các hoạt động khó khăn như khâu và thắt nút chỉ... [6] Tại bệnh viện K, phẫu thuật nội soi 3D hiện đã được áp dụng trong UTTT, tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu cụ thể nào. Ngoài ra, nhóm bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 12.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

nhân cao tuổi cũng ít được quan tâm trong các nghiên cứu trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng ở người cao tuổi tại bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 72 bệnh nhân cao tuổi (≥60 tuổi) mắc ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng tại bệnh viện K từ tháng 05/2018 – tháng 09/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư trực tràng với mô bệnh học trước phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến.
- Được phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng, vét hạch, nối đại tràng với trực tràng hoặc đại tràng với ống hậu môn.
- Giai đoạn bệnh I, II và III được chỉ định PT ngay hoặc sau khi đã điều trị hóa xạ đồng thời trước PT (với những bệnh nhân u T3 trở lên, và/hoặc nghi ngờ hạch di căn)

- Có bệnh án ghi chép và theo dõi đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn
- Mắc ung thư thứ hai, ung thư trực tràng tái phát

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Thu thập các biến số, chỉ số nghiên cứu và phân tích số liệu theo các mục tiêu nghiên cứu.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, bệnh phổi hợp, vị trí u, giai đoạn bệnh
- Kết quả phẫu thuật: tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu, số lượng hạch vét được, tỉ lệ đạt diện cắt âm tính

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Việc tiến hành nghiên cứu nhận được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K.
- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của được giữ bí mật.
- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình		67,9 ± 5,8 (60-82)	
Nhóm tuổi	60-69	47	65,2
	70-79	21	29,2
	≥ 80	4	5,6
Tiền sử bệnh phổi hợp	Tăng huyết áp	27	37,5
	Đái tháo đường	6	8,3
	COPD	8	11,1
	Bệnh tim mạch khác	14	15,3
Vị trí u cách rìa hậu môn	Đoạn cao >10cm	35	48,6
	Đoạn giữa 6 – 10 cm	28	38,9
	Đoạn thấp ≤ 6cm	9	12,5
Hoá xạ trị tiền phẫu	Có	10	13,9
	Không	62	86,1

Nhận xét: Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất (65,2%). Tăng huyết áp là bệnh phổi hợp thường gặp nhất (37,5%). Phần lớn bệnh nhân u trực tràng cao và trung bình (48,6% và 38,9%). Có 10 bệnh nhân được điều trị hoá xạ tiền phẫu (13,9%).

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh học sau phẫu thuật

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn u sau PT	T0	1	1,4
	T1	7	9,7
	T2	28	38,9
	T3	27	37,5
	T4	9	12,5
Giai đoạn hạch sau PT	N0	55	76,4
	N1	14	19,4
	N2	3	4,2
Giai đoạn bệnh sau PT	I	32	44,4
	II	22	30,6
	III	17	23,6
Số lượng hạch vét được	≥ 12 hạch	43	59,7
	< 12 hạch	29	40,3
Diện cắt hai đầu	Dương tính	0	0
	Âm tính	72	100

Nhận xét: Phần lớn UTTT xâm lấn giai đoạn T2 và T3 tỷ lệ lần lượt là 38,7 % và 37,5 %, 1 ca u giai đoạn T0 đáp ứng hoàn toàn sau điều trị hóa xạ tiền phẫu. Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được là 12,3 ± 3,2 (hạch), nhiều nhất là 24 hạch và ít nhất là 6 hạch. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đạt được diện cắt âm tính.

Bảng 3.3. Thời gian phục hồi sau phẫu thuật

Thời gian	Trung bình
Thời gian PT trung bình	133,6 ± 19,3 phút (90-180)
Trung tiện sau PT	2,8 ± 0,6 ngày (2-5)

Rút thông tiểu sau PT	2,7 ± 0,8 ngày (2-5)
Hậu phẫu	8,7 ± 1,9 ngày (7-16)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng trên 2 giờ, dài nhất là 180 phút, ngắn nhất là 90 phút. Đa số bệnh nhân bắt đầu trung tiện sớm (trong vòng 3 ngày đầu).

Bảng 3.4. Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng hậu phẫu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nối khu trú không PT lại	1	1,4
Tắc ruột sau mổ	1	1,4
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,8
Viêm phổi	2	2,8
Tổng	6	8,4

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 8,4%. Trong đó có 1 bệnh nhân rò khu trú không phải mổ lại (1,4%). Các biến chứng gặp phải với tần suất thấp và đều được điều trị nội khoa ổn định và phục hồi hoàn toàn.

Không có các biến chứng như: chảy máu ổ bụng hay miệng nối, tử vong, rò miệng nối gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nối và các biến chứng toàn thân.

Bảng 3.5. Liên quan giữa nhóm tuổi và biến chứng chung sau phẫu thuật

			Biến chứng chung sau phẫu thuật		Tổng
			Có	Không	
Nhóm tuổi	60 – 69 tuổi	Số BN	4	43	47
		Tỷ lệ %	8,5	91,5	100
	70 – 79 tuổi	Số BN	1	20	21
		Tỷ lệ %	4,8	95,2	100
≥80 tuổi	Số BN	1	3	4	
	Tỷ lệ %	25	75	100	
Tổng	Số BN	6	66	72	
	Tỷ lệ %	8,4	91,6	100	

Nhận xét: Nhóm ≥80 tuổi có tỷ lệ biến chứng chung sau PT cao hơn với 25% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,416$)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 72/72 BN (100%) đều đạt được diện cắt âm tính tại cả hai đầu trên và dưới. Gần đây, nghiên cứu Lê Quốc Tuấn (2020) đánh giá hiệu quả của phẫu thuật mổ mở trên nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp cũng ghi nhận tỉ lệ đạt diện cắt âm tính cách cực dưới $u \geq 2cm$ là 100%. [7] Như vậy, kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy kỹ thuật mổ nội soi vẫn đảm bảo được tính triệt để

về ung thư học đối với diện cắt trong phẫu thuật UT TT.

Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là $12,3 \pm 3,2$ hạch, trong đó có 59,7% vét đủ 12 hạch trở lên. Nghiên cứu của Trần Tuấn Thành (2014) trên 45 BN UT TT được phẫu thuật (PT), số lượng hạch vét được trung bình là $10,3 \pm 5,5$ hạch. [8] Nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn (2020) trên 56 BN UT TT được PT, số lượng hạch vét được trung bình là $11,1 \pm 4,9$ hạch, trong đó có 46,4% vét đủ 12 hạch trở lên. [7] Đây là hai nghiên cứu được thực hiện với kỹ thuật mổ mở, như vậy, kết quả của chúng tôi với kỹ thuật nội soi cũng đạt được kết quả tương đồng với các tác giả trong nước trên. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu thống kê đánh giá về số lượng hạch vét được trung bình trong phẫu thuật UT TT cũng tương tự chúng tôi. Ince M. và cộng sự nghiên cứu 130 bệnh nhân có UTBMT trực tràng được PT từ năm 1996 đến năm 2011 cho thấy số lượng hạch vét được trung bình là $11,5 \pm 8$ và vét đủ 12 hạch là 42,3%. [9]

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian PT trung bình là $133,6 \pm 19,3$ phút, dài nhất là 180 phút và ngắn nhất là 90 phút. Nghiên cứu của Phạm Văn Bình và cộng sự (2018), thời gian PT đối với PTNS3D điều trị ung thư đại trực tràng trung bình là $160 \pm 40,4$ phút. Tác giả Quách Văn Kiên (2020) nghiên cứu ứng dụng PTNS bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới thời gian phẫu thuật trung bình $216,8 \pm 39,2$ phút. Như vậy thời gian PT trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cải thiện so với các tác giả khác. Giảm thời gian PT giúp kết thúc cuộc mổ nhanh chóng, tránh các nguy cơ của gây mê khi PT kéo dài, nhất là đối với người cao tuổi, và rút ngắn quá trình phục hồi. Một trong những điểm mới của phẫu thuật ngày nay là nhờ áp dụng các kỹ thuật công nghệ về cắt - nối máy đã làm tiết kiệm tối đa thời gian và hỗ trợ tích cực cho các phẫu thuật viên về cả kỹ thuật, công sức cũng như sự vất vả và khi không sử dụng công nghệ máy.

Về mặt biến chứng sau mổ, tuổi cao luôn được coi là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật đối với mọi loại phẫu thuật nói chung. Thống kê những báo cáo trong y văn, có thể phân chia thành 2 nhóm chính là: biến chứng do phẫu thuật (nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư, rò miệng nối, tắc ruột sau phẫu thuật,..) và biến chứng các hệ cơ quan khác (phổi, tim, thận, mạch máu, thần kinh, nội tiết...). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 8,4%, trong đó có một bệnh nhân rò khu trú, tuy nhiên không phải mổ lại (1,4%). Các biến chứng gặp phải đều với

tần suất thấp và đều được điều trị nội khoa ổn định và phục hồi hoàn toàn. Ngoài ra, nghiên cứu cũng không ghi nhận các biến chứng nặng như: chảy máu ổ bụng hay miệng nổi, tử vong, rò miệng nổi gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nổi và các biến chứng toàn thân. Như vậy, có thể thấy trên những bệnh nhân cao tuổi với các bệnh đồng mắc phổi hợp, biến chứng hậu phẫu nhìn chung không đáng kể và bệnh nhân có thể phục hồi hoàn toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy nhóm người ≥ 80 tuổi có tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật cao hơn (25%) so với nhóm tuổi 60 – 69 tuổi và 70 – 79 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,416$), nguyên nhân có thể do số lượng BN trên 80 tuổi không nhiều, và tỉ lệ biến chứng chung của cả quần thể nghiên cứu cũng thấp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng, vét hạch trên nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư trực tràng có thể tiến hành thuận lợi, với thời gian phẫu thuật nhanh chóng, trung bình là 133,6 phút. Không có tai biến xảy ra trong phẫu thuật, và tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp (8,4%). Đồng thời, phương pháp này cũng vẫn đảm bảo được yêu cầu về mặt ung thư học với tỉ lệ diện cắt âm tính là 100% và số lượng hạch vét được trung bình là 12,3 hạch. Phẫu thuật nội soi 3D nên được sử dụng thường quy trên nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng lớn tuổi có chỉ định phẫu thuật để tối ưu hoá lợi ích và giảm thiểu

nguy cơ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., et al. (2021).** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 71(3), 209-249.
2. **Greenlee R.T, Hill-Harmon M.B, Murray T, et al.** Cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2001;Vol 51:15-36.
3. **Quốc hội Nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.** Luật người cao tuổi. 2009:Số 39/2009/QH2012.
4. **Dindo D, Demartines N, Clavien P.A.** Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Annals of surgery. 2004;240(2):205-213.
5. **Sorensen D.S.M, Savran M.M, Konge L, et al.** Three-dimensional versus two-dimensional vision in laparoscopy: a systematic review. Surgical endoscopy. 2016;30(1):11-23.
6. **Zheng C.H, Lu J, Zheng H.L, et al.** Comparison of 3D laparoscopic gastrectomy with a 2D procedure for gastric cancer: A phase 3 randomized controlled trial. Surgery. 2018;163(2):300-304.
7. **Lê Quốc Tuấn.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp. Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2020
8. **Trần Tuấn Thành.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong ung thư trực tràng đoạn giữa. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014
9. **Ince M, Ozdemir Y, Balta A.Z, et al.** Prognostic Value of the Lymph Node Ratio in Rectal Cancer. Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES). 2014;3(4):207-212.

NGHIÊN CỨU CHI PHÍ TRỰC TIẾP Y TẾ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH THALASSEMIA TẠI VIỆT NAM THEO QUAN ĐIỂM CỦA CƠ QUAN BẢO HIỂM Y TẾ

Nguyễn Đoàn Thảo Quyên¹, Hoàng Thy Nhac Vũ¹, Nguyễn Trọng Duy Thức²,
Trần Thị Ngọc Vân¹, Lê Thọ³, Huỳnh Thị Phương Duyên⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích và dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia tại Việt Nam theo quan điểm

của cơ quan BHYT. **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án người bệnh Thalassemia điều trị nội trú tại tỉnh Lâm Đồng trong giai đoạn 2019-2021. Chi phí trực tiếp y tế được tính toán dựa vào đơn giá của BHYT năm 2021. Mô hình dự báo chi phí được xây dựng và đánh giá bằng phương pháp Bayesian Model Averaging (BMA). **Kết quả:** Trong 348 lượt điều trị nội trú được đưa vào mẫu nghiên cứu, 72,1% lượt điều trị có số ngày nằm viện là 1 ngày, 86,8% lượt điều trị không có bệnh kèm theo, 54,0% lượt điều trị là người bệnh mắc bệnh thể β -thalassemia. Trung bình, người bệnh phải trả 2.262.000 VND cho một lượt điều trị nội trú. Kết quả từ mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế ghi nhận các

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Nhi Lâm Đồng

⁴Sở Y tế Lâm Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 27.4.2022

yếu tố về độ tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, bệnh kèm theo có liên quan trực tiếp đến chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia (Chi phí một đợt điều trị= $\exp[14,135 + 0,255 * (\geq 6 \text{ tuổi}) + 0,092*(\text{Nữ}) + 0,404 *(\text{Nằm viện} >1 \text{ ngày}) + 0,449 *(\text{Có bệnh kèm})]$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu đã cung cấp thông tin phân tích và dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia theo quan điểm của cơ quan BHYT, tạo minh chứng cho các nhà hoạch định chính sách trong việc xây dựng và hoàn thiện chính sách y tế, tiến đến hoàn thành mục tiêu bao phủ y tế toàn dân tại Việt Nam.

Từ khóa: Thalassemia, chi phí trực tiếp y tế, điều trị nội trú, BHYT.

SUMMARY

DIRECT MEDICAL COST OF THALASSEMIA TREATMENT IN VIETNAM FROM THE VIETNAM SOCIAL HEALTH INSURANCE PERSPECTIVE

Objectives: This study examined and forecasted the direct medical cost of Thalassemia treatment for inpatients from the Vietnam Social Health Insurance perspective. **Materials and methods:** This cross-sectional study was conducted by collecting medical records from patients who received Thalassemia treatment between 2019 and 2021 in Lam Dong province, Vietnam. Treatment cost was adjusted to be expressed in Vietnam dong in 2021. To determine the most appropriate model to forecast Thalassemia treatment costs, Bayesian Model Averaging (BMA) was applied. **Results:** A total of 348 cases were included in this study, in which 72.1% required inpatient care for one day, 86.8% reported no comorbidities, and 54.0% had β -Thalassemia. The average treatment cost per case was 2.262.000 VND. The most appropriate model for forecasting the direct medical cost of Thalassemia treatment included age, sex, number of days in inpatient care, and comorbidities status, expressed as follows: 1-case direct medical cost= $\exp[14.135+ 0.255 * (\geq 6 \text{ years old}) + 0.092*(\text{Female}) + 0.404*(>1 \text{ day in inpatient care}) + 0.449*(\text{had comorbidities})]$. **Conclusions:** The findings of this study provided information regarding the medical direct costs for inpatient treatment of Thalassemia in the past three years along with the most appropriate model to forecast the medical direct cost per inpatient case in the future, from the Vietnam Social Health Insurance perspective. These evidence-based results can help healthcare managers and policymakers formulate and improve health policies to achieve universal health coverage in Vietnam.

Keywords: Thalassemia, direct medical cost, inpatient care, social health insurance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia, hay còn gọi là thiếu máu tán huyết bẩm sinh, là một trong những bệnh rối loạn di truyền phổ biến trên giới, tập trung nhiều ở vùng Địa Trung Hải, Trung Đông, Châu Á, Thái Bình Dương [1]. Thalassemia có hai thể là α -thalassemia và β -thalassemia, trong đó, Việt

Nam là quốc gia có tỷ lệ hiện mắc α -thalassemia cao nhất Đông Nam Á (51,5%). Tại Việt Nam, Thalassemia gặp ở mọi vùng miền, các dân tộc thiểu số miền núi có tỷ lệ bệnh cao hơn [2]. Bệnh Thalassemia gây thiếu máu tán huyết mạn tính từ nhẹ đến nặng, người bệnh có thể phụ thuộc vào truyền máu suốt đời, làm tổn thương nhiều cơ quan như gan, lách, tim mạch và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của người bệnh, thể nặng có thể dẫn tới tử vong sớm. Ngoài ra, việc phải điều trị bệnh cả đời còn gây ra những gánh nặng kinh tế đáng kể cho người bệnh, gia đình, và xã hội. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích và xây dựng mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia tại Việt Nam theo quan điểm chi trả của cơ quan Bảo hiểm Y tế (BHYT), từ đó, cung cấp những thông tin liên quan đến chi phí điều trị bệnh, hỗ trợ cho cơ quan quản lý về y tế trong hoạt động hoạch định chính sách y tế và phân bổ ngân sách được phù hợp với thực tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu toàn bộ dữ liệu từ hồ sơ bệnh án người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh Thalassemia (ICD10 = D56), ≤ 16 tuổi, có BHYT, điều trị nội trú ở cơ sở y tế thuộc tỉnh Lâm Đồng trong giai đoạn 01/01/2019-31/12/2021, có BHYT. Những trường hợp điều trị không có hồ sơ lưu hoặc thông tin hồ sơ không đầy đủ sẽ loại khỏi mẫu nghiên cứu.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Với phương pháp chọn mẫu toàn bộ, mẫu nghiên cứu chọn được 348 lượt điều trị thỏa tiêu chí nghiên cứu và đưa vào phân tích.

2.3. Thu thập dữ liệu: Thông tin phục vụ cho nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm các thông tin về chi phí trực tiếp y tế theo quan điểm của BHYT (chi phí khám bệnh, máu, xét nghiệm, ngày giường, vật tư y tế, thuốc, chẩn đoán hình ảnh); và thông tin về đặc điểm người bệnh (tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, bệnh kèm theo, thể bệnh, phân loại chi tiết thể bệnh).

2.4. Tổng hợp và xử lý dữ liệu: Dữ liệu sau khi thu thập được tổng hợp, chuẩn hóa, và phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.1.3. Chi phí trực tiếp y tế được tính dựa vào mức chi trả của BHYT năm 2021, giá trị chi phí được mô tả theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị trung vị, tối thiểu, tối đa cho một lượt điều trị nội trú. Cơ cấu chi phí trực tiếp y tế được mô tả theo tỷ lệ phần trăm của từng thành phần chi phí. Giá

trị chi phí sẽ được mô tả và so sánh theo các nhóm đặc điểm của người bệnh, thông qua kiểm định Mann-Whitney, với $p < 0,05$ tương ứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Để xây dựng mô hình dự báo chi phí, phương pháp Bayesian Model Averaging (BMA) được lựa chọn, sử dụng hệ số xác định R^2 , giá trị thông tin Bayesian (BIC), và xác suất hậu định để chọn ra mô hình dự báo tối ưu nhất. Giá trị chi phí trực tiếp y tế được chuyển về dạng logarit cơ số e, sau đó loại các giá trị ngoại lai trước khi tiến hành phân tích dự báo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

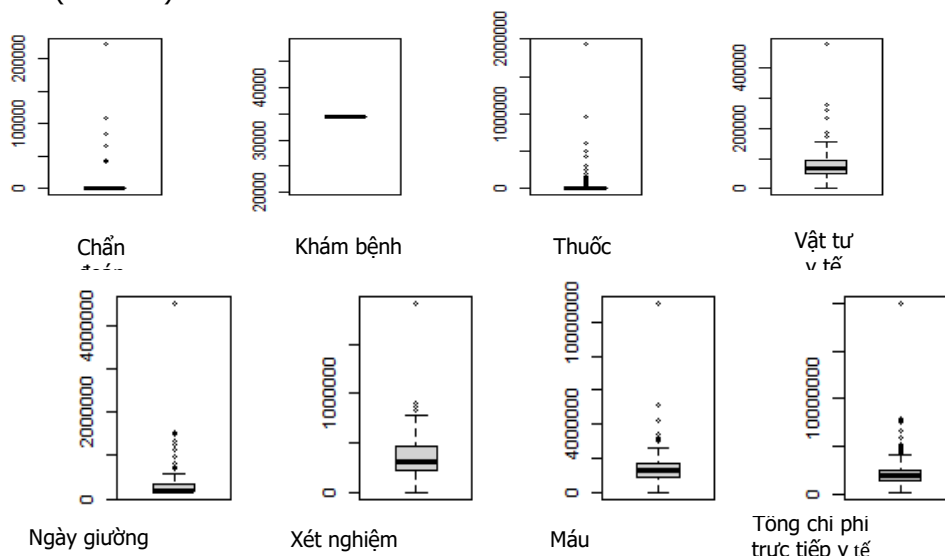
3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu bao gồm 348 lượt điều trị nội trú

bệnh Thalassemia cho người bệnh ≤ 16 tuổi; với 62,1% lượt điều trị là người bệnh trên 6 tuổi; 56,3% là nam; 54,0% lượt điều trị là người bệnh mắc β -thalassemia; 86,8% không có bệnh kèm theo; 72,1% lượt điều trị có số ngày nằm viện là 1 ngày. Tuổi trung bình của người bệnh trong mẫu nghiên cứu là $8,6 \pm 5,3$. Số ngày nằm viện trung bình của một lượt điều trị Thalassemia nội trú của người bệnh trong mẫu nghiên cứu là $1,5 \pm 1,3$ ngày. Kết quả so sánh chi phí trực tiếp y tế theo đặc điểm người bệnh ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị chi phí giữa các nhóm nhóm tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, và bệnh kèm theo ($p < 0,05$) (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. Mô tả đặc điểm mẫu nghiên cứu và chi phí điều trị bệnh của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh	Số lượt điều trị n=348 (%)	Chi phí (VND)			p-value
		Tổng chi phí của mẫu nghiên cứu n= 787.160.000 (%)	Trung bình một lượt điều trị Trung bình (\pm Độ lệch chuẩn)	Trung vị (Min-Max)	
Nhóm tuổi					
<6 tuổi	132 (37,9)	238.325.000 (30,3)	1.805.000 (± 872.000)	1.363.000 (1.097.000-5.170.000)	p<0,001
≥ 6 tuổi	216 (62,1)	548.835.000 (69,7)	2.541.000 ($\pm 1.691.000$)	2.065.000 (253.000-19.916.000)	
Giới tính					
Nam	196 (56,3)	410.563.000 (52,2)	2.095.000 ($\pm 1.123.000$)	1.817.000 (253.000-7.915.000)	p=0,002
Nữ	152 (43,7)	376.597.000 (47,8)	2.478.000 ($\pm 1.820.000$)	2.032.000 (1.104.000-19.916.000)	
Số ngày nằm viện					
1 ngày	251 (72,1)	444.249.000 (56,4)	1.770.000 (± 542.000)	1.787.000 (253.000-3.573.000)	p<0,001
>1 ngày	97 (27,9)	342.911.000 (43,6)	3.535.000 ($\pm 2.206.000$)	3.106.000 (649.000-19.916.000)	
Bệnh kèm theo					
Không có bệnh kèm	302 (86,8)	570.359.000 (72,5)	1.889.000 (± 644.000)	1.843.000 (253.000-4.059.000)	p<0,001
Có bệnh kèm	46 (13,2)	216.801.000 (27,5)	4.713.000 ($\pm 2.647.000$)	4.382.000 (1.703.000-19.916.000)	
Thể bệnh					
α -thalassemia	160 (46,0)	372.244.000 (47,3)	2.327.000 ($\pm 1.765.000$)	2.007.000 (253.000-19.916.000)	p=0,603
β -thalassemia	188 (54,0)	414.916.000 (52,7)	2.207.000 ($\pm 1.183.000$)	1.940.000 (649.000-7.915.000)	
Phân loại thể bệnh chi tiết					
Thể HbH	160 (46,0)	372.244.000 (47,3)	2.327.000 ($\pm 1.765.000$)	2.007.000 (253.000-19.916.000)	p=0,213
Thể trung gian	98 (28,1)	221.430.000 (28,1)	2.259.000 ($\pm 1.081.000$)	2.000.000 (649.000-6.718.000)	
Thể Đồng hợp tử	90 (25,9)	193.486.000 (24,6)	2.150.000 ($\pm 1.290.000$)	1.743.000 (1.115.000-7.915.000)	

3.2. Chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia: Chi phí trung bình cho một lượt điều trị của mẫu nghiên cứu là 2.262.000 ($\pm 1.479.000$) VND, trong đó, lượt điều trị có chi phí thấp nhất là 253.000 VND, và lượt điều trị có chi phí cao nhất là 19.916.000 VND. Chi phí máu và xét nghiệm có giá trị cao nhất trong các thành phần chi phí trực tiếp y tế, lần lượt là 1.448.000 VND và 370.000 VND. (Hình 3.1).



Hình 3.1. Mô tả thành phần chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia theo quan điểm của cơ quan BHYT (n=787.160.000 VND)

Thành phần chi phí	Trung bình (\pm độ lệch chuẩn) n=2.262.000 ($\pm 1.479.000$)	Trung vị (min-max) n=1.976.000 (253.000 - 19.916.000)
Máu	1.448.000 (± 977.000)	1.282.000 (0 - 11.063.000)
Xét nghiệm	370.000 (± 199.000)	301.000 (0 - 1.904.000)
Ngày giường	295.000 (± 304.000)	187.000 (162.000 - 4.511.000)
Vật tư y tế	75.000 (± 47.000)	68.000 (0 - 478.000)
Thuốc	36.000 (± 148.000)	0 (0 - 1.927.000)
Khám bệnh	34.500 (± 0)	34.500 (34.500 - 34.500)
Chẩn đoán hình ảnh	3.000 (± 17.000)	0 (0 - 222.000)

3.3. Mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế: Nghiên cứu thiết lập được 2 mô hình dự báo, trong đó, mô hình 1 có giá trị BIC thấp nhất và xác suất hậu định cao nhất nên được lựa chọn là mô hình tối ưu để dự báo chi phí trực tiếp y tế cho một lượt điều trị nội trú. Kết quả xây dựng mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế ghi nhận các yếu tố liên quan đến nhóm tuổi, số ngày nằm viện, bệnh kèm theo có mức ảnh hưởng lớn đến việc dự báo chi phí trực tiếp y tế, trong đó, các đặc điểm "Nhóm tuổi (≥ 6 tuổi)", "Giới tính (Nữ)", "Số ngày nằm viện (> 1 ngày)", "Bệnh kèm (Có bệnh kèm)" đều làm tăng giá trị chi phí trực tiếp y tế. (Hình 3.2).

Hình 3.2. Kết quả mô hình hồi quy tuyến tính đa biến dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia theo quan điểm của cơ quan BHYT

Biến số	1	2
Nhóm tuổi (≥ 6 tuổi)		
Giới tính (Nữ)		
Số ngày nằm viện (> 1 ngày)		
Bệnh kèm (Có bệnh kèm)		
Mô hình	1	2
Số biến trong mô hình	4	3
Hệ số xác định R ²	0,598	0,586
Giá trị BIC	-288,616	-284,027
Xác suất hậu định	0,908	0,092

3.4. Kết quả dự báo chi phí trực tiếp y tế cho một lượt điều trị nội trú: Người bệnh Thalassemia < 6 tuổi, giới tính nam, nằm viện 1 ngày, và không có bệnh kèm sẽ có giá trị chi phí trực tiếp y tế cho một lượt điều trị nội trú = $\exp(14,135) = 1.376.000$ VND. Trong các yếu tố liên quan đến chi phí được xác định từ mô hình, việc người bệnh có bệnh kèm theo liên quan nhiều nhất đến việc tăng chi phí (người có bệnh kèm

theo có chi phí tăng lên 56,7% so với người bệnh không có bệnh kèm (Bảng 3.1).

Bảng 3. 1. Kết quả mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia cho người bệnh trong mẫu nghiên cứu.

Biến số	Mô hình đơn biến	Mô hình đa biến					Mức độ tăng chi phí (exp(p*))
		p≠0 ^(a)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Mô hình 1(*)	Mô hình 2	
(Hệ số cắt)		100,0	14,138	0,029	14,135	14,171	
Nhóm tuổi							
≥6 tuổi vs. <6 tuổi	0,2880 ^μ	100,0	0,256	0,030	0,255	0,261	1,290 (Tăng 29,0%)
Giới tính							
Nữ vs. Nam	0,1307 (p=0,003)	90,8	0,084	0,038	0,092	-	1,096 (Tăng 9,6%)
Số ngày nằm viện							
1 ngày	-0,5486 ^μ	-	-	-	-	-	
>1 ngày vs. 1 ngày	-	100,0	0,404	0,037	0,404	0,403	1,497 (Tăng 49,7%)
Bệnh kèm							
Không có bệnh kèm	-0,7878 ^μ	-	-	-	-	-	
Có bệnh kèm vs. Không bệnh kèm	-	100,0	0,449	0,051	0,449	0,456	1,567 (Tăng 56,7%)
Chi phí một đợt điều trị nội trú bệnh Thalassemia = exp[14,135 + 0,255 *(≥6 tuổi) + 0,092 *(Nữ) + 0,404 *(Nằm viện >1 ngày) + 0,449 *(Có bệnh kèm)]							
^μ p<0,001; (a) Xác suất mà hệ số hồi quy của mỗi biến khác 0 trong số tất cả các mô hình khả dĩ							

IV. BÀN LUẬN

Trong 348 lượt điều trị được chọn vào nghiên cứu, đa số là bệnh nhi nam, từ 6 tuổi trở lên, nằm viện một ngày, không có bệnh kèm theo, và mắc thể bệnh β-Thalassemia. Nghiên cứu đã cung cấp thông tin về chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia cho người bệnh ≤16 tuổi theo quan điểm của cơ quan BHYT. Tổng chi phí mà cơ quan BHYT chi trả cho mẫu nghiên cứu trong giai đoạn 2019-2021 là gần 800 triệu đồng, trong đó, chi phí máu có giá trị cao nhất. Kết quả này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu được thực hiện ở Iran [3]. Nghiên cứu ở Mỹ [4] và Ý [5] cũng cho thấy rằng liệu pháp thải sắt (ICT) và truyền máu có giá trị chi phí cao nhất trong tổng chi phí trực tiếp y tế liên quan đến điều trị bệnh Thalassemia. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm yêu cầu cần truyền máu trong điều trị Thalassemia để có thể tăng tỷ lệ sống sót và ngăn ngừa các biến chứng do bệnh Thalassemia gây ra. Chi phí trung bình mà người bệnh phải chi trả cho một lượt điều trị nội trú theo quan điểm của cơ quan BHYT tại Việt Nam từ kết quả của nghiên cứu là 2.262.000 VND (tương đương 100 USD), thấp hơn so với chi phí điều trị trung bình cho một lượt điều trị tại Thái Lan (238 USD) [6]. Sự khác biệt có thể liên quan đến sự khác biệt về đơn giá BHYT, đến

đặc điểm của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu đã xây dựng được mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia theo quan điểm chi trả của cơ quan BHYT, với các yếu tố dự báo chi phí trực tiếp y tế cho người bệnh là nhóm tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, bệnh kèm. Trong các yếu tố được nghiên cứu ghi nhận có liên quan đến chi phí điều trị bệnh (có thêm bệnh kèm, số ngày nằm viện, tuổi), sự khác biệt chi phí theo độ tuổi cũng đã từng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây [6], [7]. Sự khác biệt về độ tuổi sẽ dẫn đến sự khác biệt về chi phí do khác nhau về số lượng đơn vị truyền máu cho từng độ tuổi, đồng thời, nếu có bệnh kèm theo, chi phí sẽ tăng thêm do phải điều trị bệnh kèm theo, sự gia tăng số thuốc sử dụng, chi phí ngày giường, và chi phí xét nghiệm. Bên cạnh tuổi và giới tính, một số yếu tố có liên quan đến chi phí điều trị được ghi nhận trong các nghiên cứu khác như việc sử dụng deferoxamine, sử dụng liệu pháp kết hợp [8] không được xem xét trong nghiên cứu này do không có thông tin đầy đủ liên quan trong hồ sơ bệnh án.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, sử dụng dữ liệu trong thời gian ba năm, và thực hiện quy đổi chi phí về năm 2021, sử dụng bảng giá của cơ quan BHYT nên kết quả có

tính ứng dụng thực tiễn trong việc hỗ trợ nhà hoạch định chính sách trong việc phân bổ chi phí y tế, sử dụng hiệu quả nguồn ngân sách dành cho y tế.

Các nghiên cứu tiếp theo có thể dựa trên kết quả từ nghiên cứu này để so sánh, và bổ sung cập nhật dữ liệu các mô hình dự báo chi phí, khai thác nhiều thông tin hơn về đặc điểm liên quan đến người bệnh, và quan tâm đến những loại chi phí khác như chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí gián tiếp, để có thể đánh giá đầy đủ về chi phí điều trị bệnh Thalassemia tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã phân tích và dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú cho người bệnh Thalassemia ≤16 tuổi theo quan điểm của cơ quan BHYT, tạo cơ sở quan trọng cho cơ quan quản lý y tế đánh giá một cách chính xác về chi phí điều trị bệnh Thalassemia, từ đó, ước tính được nguồn ngân sách mà BHYT cần chi trả cho người bệnh, hướng đến phân bổ hợp lý nguồn ngân sách trong chăm sóc y tế tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Hemophilia và bệnh Thalassemia. Quyết định 921/QĐ-BYT ngày 18/3/2014.

2. **Goh L. P. W., Chong E. T. J., Lee P.-C. (2020).** Prevalence of Alpha(α)-Thalassemia in Southeast Asia (2010–2020): A Meta-Analysis Involving 83,674 Subjects. *17 (20)*, pp. 7354.
3. **Sattari M., Sheykhi D., Nikanfar A., Pourfeizi A. H., Nazari M., et al. (2012).** The financial and social impact of thalassemia and its treatment in Iran. *18 (3)*, pp. 171-176.
4. **Delea T. E., Hagiwara M., Thomas S. K., Baladi J. F., Phatak P. D., et al. (2008).** Outcomes, utilization, and costs among thalassemia and sickle cell disease patients receiving deferoxamine therapy in the United States. *Am J Hematol. 83 (4)*, pp. 263-70.
5. **Angelucci E., Antmen A., Losi S., Burrows N., Bartiromo C., et al. (2017).** Direct medical care costs associated with β -thalassemia care in Italy. *130*, pp. 3368.
6. **Teawtrakul N., Chansung K., Sirijerachai C., Wanitpongpan C., Thepsuthammarat K. (2012).** The impact and disease burden of thalassemia in Thailand: a population-based study in 2010. *J Med Assoc Thai. 95 Suppl 7*, pp. S211-6.
7. **Esmailzadeh F., Azarkeivan A., Emamgholipour S., Akbari Sari A., Yaseri M., et al. (2016).** Economic Burden of Thalassemia Major in Iran, 2015. *J Res Health Sci. 16 (3)*, pp. 111-115.
8. **Alshamsi S., Hamidi S., Narcis H. O. (2022).** Healthcare resource utilization and direct costs of transfusion-dependent thalassemia patients in Dubai, United Arab Emirates: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Serv Res. 22 (1)*, pp. 304.

ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ GIẢI TRÌNH TỰ GEN THỂ HỆ MỚI TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ Ở TRẺ EM

Trần Văn Anh*, Lê Thị Quyên*,
Đậu Trung Hiếu*, Nguyễn Thị Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỷ lệ mang đa hình gen MTHFR C677T và MTHFR A1298C ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam và đánh giá vai trò của công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới trong chẩn đoán nguyên nhân rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 trẻ được chẩn đoán mắc rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM – IV tại Bộ môn Y sinh học – Di truyền từ tháng 9/2019-tháng 9/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ mang kiểu gen MTHFR 677 CC/CT/TT ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 70%/26%/4%. Tỷ lệ mang kiểu gen MTHFR 1298 AA/AC/CC là 28%/60%/12%. Có 15 biến thể khác nhau liên quan

đến rối loạn phổ tự kỷ được phát hiện bằng công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới. **Kết luận:** Tỷ lệ phân bố kiểu gen MTHFR 677 CC/CT/TT ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 70%/26%/4%. Tỷ lệ phân bố kiểu gen MTHFR 1298 AA/AC/CC là 28%/60%/12%. Công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới là một kỹ thuật có giá trị trong chẩn đoán các nguyên nhân di truyền gây rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt là các biến thể hiếm gặp.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, NGS.

SUMMARY

APPLICATION OF NEXT-GENERATION SEQUENCING (NGS) IN DIAGNOSING THE CAUSES OF AUTISM SPECTRUM DISORDER IN CHILDREN

Objectives: Investigating the rate of patients with MTHFR C677T and MTHFR A1298C polymorphisms in children with autism spectrum disorder and evaluating the role of Next-generation sequencing NGS in diagnosing causes of autism spectrum disorder. **Subjects and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 children diagnosed with

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

autism spectrum disorder according to DSM – IV at the Department of Medical Biology and Genetics from September 2019 to September 2020. **Results:** The rates of genotype MTHFR 677 CC/CT/TT in children with autism spectrum disorder were 70%/26%/4%, respectively. The rates of genotype MTHFR 1298 AA/AC/CC in children with autism spectrum disorder were 28%/60%/12%, respectively. There were 15 different variants in the genes associated with autism spectrum disorder detected by NGS. **Conclusion:** The rates of genotype MTHFR 677 CC/CT/TT in children with autism spectrum disorder were 70%/26%/4%, respectively. The rates of genotype MTHFR 1298 AA/AC/CC in children with autism spectrum disorder were 28%/60%/12%, respectively. NGS is a useful technique for diagnosing genetic causes of autism spectrum disorder, especially rare variants.

Keywords: Autism spectrum disorder, NGS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (ASD) đề cập đến một nhóm các rối loạn phát triển tâm thần bao gồm tự kỷ, hội chứng Asperger (AS) và Rối loạn phát triển lan tỏa ở trẻ em (PDD-NOS), đặc trưng bởi sự khởi phát sớm rối loạn chức năng giao tiếp và tương tác xã hội, hành vi lặp đi lặp lại và giảm chú ý.¹ Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của khoa phục hồi chức năng bệnh viện Nhi trung ương xu thế mắc rối loạn phổ tự kỷ tăng nhanh từ 122% đến 268% trong giai đoạn năm 2004 đến năm 2007 so với năm 2000 và số trẻ tự kỷ đến khám vào năm 2007 thì tăng tới 50 lần.²

Tự kỷ là bệnh di truyền đa nhân tố trong đó yếu tố di truyền đóng vai trò chính trong việc xác định căn nguyên bệnh, ước tính khoảng 90% các trường hợp mắc rối loạn phổ tự kỷ có liên quan đến các căn nguyên di truyền. Đến nay, rất nhiều gen liên quan tới ASD đã được nghiên cứu như MTHFR, RFC, TCN2, COMT, GSTM1, MTHFR C677T và MTHFR A1298C là hai trong số các biến thể di truyền của gen MTHFR được quan tâm nghiên cứu nhất hiện nay, cả hai đa hình này đều cho thấy ảnh hưởng gây giảm hoạt độ enzym MHTFR trong huyết tương và có mối liên quan mật thiết với nguy cơ mắc và mức độ nặng rối loạn phổ tự kỷ.³

Với vai trò quan trọng của yếu tố di truyền trong cơ chế bệnh sinh gây rối loạn phổ tự kỷ, việc chẩn đoán xác định nguyên nhân di truyền ở bệnh nhân mắc rối loạn phổ tự kỷ là hết sức cần thiết nhằm phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ trong giai đoạn vàng của sự phát triển, từ đó có những kế hoạch điều trị phù hợp và giúp ích cho công tác tư vấn di truyền. Tuy nhiên, trên thực tế hiện nay ước tính khoảng 50% bệnh nhân rối loạn phổ tự kỷ chưa được xác định nguyên nhân di truyền. Giải trình tự thế hệ mới

(NGS) là một kỹ thuật hiện đại, cho phép xác định các biến thể trên khắp các vùng mã hóa protein (WES) và của vùng không mã hóa (WGS) của bộ gen, qua đó có thể phát hiện các biến thể đã biết, các biến thể mới có liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ cũng như các bệnh đồng mắc do đó cho phép các bác sĩ lâm sàng đưa ra chẩn đoán phân tử một cách hiệu quả về mặt thời gian cũng như chi phí.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm gồm 50 trẻ được bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán xác định mắc rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM – IV: trẻ có ít nhất 6 dấu hiệu, trong đó: 2 dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết về chất lượng quan hệ xã hội; 1 dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết về chất lượng giao tiếp; 1 dấu hiệu có hành vi bất thường.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn Y sinh học – Di truyền, Đại học Y Hà Nội.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 9/2019 đến tháng 12/2020.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Kỹ thuật xét nghiệm: 50 trẻ được chẩn đoán mắc rối loạn phổ tự kỷ được xét nghiệm xác định các đột biến gen MTHFR C677T, MTHFR A1298G bằng kỹ thuật Real-time PCR, những trường hợp mang đột biến sẽ được kiểm tra lại bằng kỹ thuật giải trình tự Sanger. Trong số những trường hợp không phát hiện đột biến gen MTHFR C677T, MTHFR A1298G bằng kỹ thuật Realtime PCR, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 5 trường hợp để tiến hành khảo sát 3123 biến thể liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ bằng kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ mới NGS.

3. Đạo đức nghiên cứu. Các thông tin, số liệu nghiên cứu hoàn toàn chính xác, trung thực, mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố đa hình C677T của gen MTHFR ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Kiểu gen	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CC	35	70
CT	13	26
TT	2	4
CT+TT	15	30
Tổng số	50	100

Trong số 50 trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ, có 35 trẻ (70%) có kiểu gen bình thường, 15 trẻ mang đa hình gen MTHFR C677T trong đó có 13 trẻ (26%) mang kiểu gen dị hợp tử đột biến CT và 2 trẻ (4%) mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến TT.

Bảng 2. Tỷ lệ phân bố đa hình A1298C của gen MTHFR ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Kiểu gen	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
AA	14	28

AC	30	60
CC	6	12
AC+CC	36	72
Tổng số	50	100

Trong số 50 trẻ mang rối loạn phổ tự kỷ, có 14 trẻ (28%) có kiểu gen bình thường, 36 trẻ mang đa hình gen MTHFR A1298G, trong đó có 30 trẻ (60%) mang kiểu gen dị hợp AG và 6 trẻ (12%) mang kiểu gen đồng hợp GG.

Bảng 3. Kết quả giải trình tự gen thế hệ mới

Bệnh nhân	Gen	Biến thể	Bệnh lý liên quan
1	WNT2	AA NC_000007.14:g.117279924	ASD
	CNTNAP2	GG NM_014141.6:c.209926267	ASD, rối loạn phát triển ngôn ngữ
		CC NC_000007.14:g.147882527	Rối loạn phát triển ngôn ngữ
		AT NM_014141.6:c.208+18133	ASD, rối loạn phát triển ngôn ngữ
	TT NC_000007.14:g.147829814	Rối loạn phát triển ngôn ngữ	
2	NIPA1	GG NC_000015.10:g.22832212	ASD, tâm thần phân liệt
	STXBP1	CC NC_000009.12:g.127672093	ASD
	MLC1	GG NC_000022.11:g.5007991	ASD
	EN2	AA NC_000007.14:g.155461298	ASD
	CYFIP1	TC NC_000015.10:g.22896157	ASD, tâm thần phân liệt
3	NIPA1	GG NC_000015.10:g.22832212	ASD, tâm thần phân liệt
	MLC1	GG NC_000022.11:g.5007991	ASD
	EN2	AA NC_000007.14:g.155461298	ASD
	CYFIP1	TC NC_000015.10:g.22896157	ASD, tâm thần phân liệt
4	DBH	CC NC_000009.12:g.133635393	ASD
	SNAP25	TT NC_000020.11:g.10306440	Rối loạn tăng động giảm chú ý
	CDH13	AA NC_000022.11:g.34463801	Rối loạn tăng động giảm chú ý
	SCL6A2	GG NC_000016.10:55698033	ASD
	5HT1B	GG NC_000006.12:77462542	Rối loạn tăng động giảm chú ý
5	Không phát hiện thấy biến thể di truyền liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ		

Trong số 7 trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ không phát hiện đa hình gen MTHFR C677T và MTHFR A1298G bằng kỹ thuật realtime PCR, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 5 trường hợp tự kỷ để tiến hành giải trình tự gen thế hệ mới, kết quả cho thấy có 1 trường hợp không phát hiện biến thể di truyền và 4 trường hợp phát hiện mang biến thể di truyền liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ.

IV. BÀN LUẬN

Phân bố kiểu gen MTHFR C677T và MTHFR A1298G ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, khi ứng dụng kỹ thuật Realtime PCR và kỹ thuật giải trình tự Sanger, chúng tôi nhận thấy, trong nhóm trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ, tỷ lệ phân bố kiểu gen MTHFR C677T CC/CT/TT là 70%/26%/4%. Kết quả này là thấp hơn so với nghiên cứu của Elif Funda Sener và cộng sự: tỷ lệ phân bố kiểu gen MTHFR 677 CC/CT/TT ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ lần lượt là 44,9%/ 52%/3,1%,⁴ nghiên cứu của Farida El-Baz và cộng sự (2017): tỷ lệ phân

bố kiểu gen MTHFR 677 CC/CT/TT ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 61,3%/48,4%/12,9%.³

Đối với đa hình gen MTHFR A1298C, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ phân bố kiểu gen AA/AC/CC ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 28%/60%/12%. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của tác giả Farida El-Baz và cộng sự (2017), tỷ lệ phân bố kiểu gen AA/AC/CC ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 22,6%/41,9%/35,5%.³

Kết quả giải trình tự gen thế hệ mới.

Trong số 7 trẻ không mang đa hình gen MTHFR C677T và MTHFR A1298G, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 5 trẻ tiến hành giải trình tự gen thế hệ mới NGS. Kết quả cho thấy, trong số 5 trường hợp mắc rối loạn phổ tự kỷ được khảo sát 3123 biến thể di truyền liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ bằng kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ mới NGS, có 1 trường hợp không phát hiện biến thể di truyền, 4 trường hợp còn lại phát hiện thấy 15 biến thể di truyền nằm trên các gen NIPA1, STXBP1, MLC1, EN2, CYFIP1, DBH, SNAP25, CDH13, SCL6A2, SHT18, WNT2, CNTNAP1 (Bảng

3). 4 SNP của gen CNTNAP1 được tìm thấy ở bệnh nhân mắc rối loạn phổ tự kỷ gồm rs7794745, rs2710102, rs2538991, rs851715. Trong đó rs7794745 là biến thể được chứng minh có khả năng làm tăng nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ lên 1,55 lần. Ba biến thể còn lại được cho là có liên quan đến rối loạn chức năng ngôn ngữ trong rối loạn phổ tự kỷ với triệu chứng điển hình là nói lặp lại những từ ngữ vô nghĩa.⁵ Biến thể SNP rs2896218 của gen WNT2 được chứng minh là có liên quan mật thiết đến rối loạn lặp lại hành vi và rối loạn chậm phát triển ngôn ngữ ở bệnh nhân mắc rối loạn phổ tự kỷ.⁶ Các biến thể khác như biến thể rs1861972 của gen EN2 được chứng minh gây giảm sự biệt hóa của tế bào thần kinh, ảnh hưởng đến quá trình hình thành và phát triển bình thường của võ não, làm tăng nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ,⁷ biến thể rs1009153 của gen CYFIP1 có liên quan chặt chẽ với nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ và tâm thần phân liệt.⁸ Ngoài ra chúng tôi còn phát hiện thấy nhiều biến thể SNP khác có liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ và rối loạn tăng động giảm chú ý trên các gen DBH (rs1611115), SNAP25 (rs1051312), gen HTR1B (rs6296), MLC1, STXBP1, CDH13, SCL6A2 (rs998424).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phân bố kiểu gen MTHFR 677 CC/CT/TT ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 70%/26%/4%.

Tỷ lệ phân bố kiểu gen MTHFR 1298 AA/AC/CC ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 28%/60%/12%.

Công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới là một kỹ thuật có giá trị trong chẩn đoán các nguyên nhân di truyền gây rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt là

các biến thể hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sharma SR, Gonda X, Tarazi FI. Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. Pharmacol Ther. 2018;190:91-104. doi:10.1016/j.pharmthera.2018.05.007
2. Nghiên cứu xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỷ điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2000 đến 2007. Accessed April 19, 2022. <http://lienthuvien.yte.gov.vn/tai-lieu/y-hoc-thuc-hanh/nguyen-cuu-xu-the-mac-va-mot-so-dac-diem-dich-te-hoc-cua-tre-tu-ky-dieu-tri-tai-benh-vien-nhi-trung-uong-giai-doan-2000-den-2007>
3. El-Baz F, El-Aal MA, Kamal TM, Sadek AA, Othman AA. Study of the C677T and 1298AC polymorphic genotypes of MTHFR Gene in autism spectrum disorder. Electron Physician. 2017;9(9):5287-5293. doi:10.19082/5287
4. Sener EF, Oztop DB, Ozkul Y. MTHFR Gene C677T Polymorphism in Autism Spectrum Disorders. Genet Res Int. 2014;2014:698574. doi:10.1155/2014/698574
5. Werling AM, Bobrowski E, Taurines R, et al. CNTNAP2 gene in high functioning autism: no association according to family and meta-analysis approaches. J Neural Transm Vienna Austria 1996. 2016;123(3):353-363. doi:10.1007/s00702-015-1458-5
6. Lin PI, Chien YL, Wu YY, et al. The WNT2 gene polymorphism associated with speech delay inherent to autism. Res Dev Disabil. 2012;33(5):1533-1540. doi:10.1016/j.ridd.2012.03.004
7. Gharani N, Benayed R, Mancuso V, Brzustowicz LM, Millonig JH. Association of the homeobox transcription factor, ENGRAILED 2, 3, with autism spectrum disorder. Mol Psychiatry. 2004;9(5):474-484. doi:10.1038/sj.mp.4001498
8. Wang L, Li J, Shuang M, et al. Association study and mutation sequencing of genes on chromosome 15q11-q13 identified GABRG3 as a susceptibility gene for autism in Chinese Han population. Transl Psychiatry. 2018;8:152. doi:10.1038/s41398-018-0197-4

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH CẤP, ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA THẢO MỘC-SV

Trần Trọng Dương*, Lê Văn Quân**

TÓM TẮT

Tiến hành nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của THẢO MỘC – SV được tiến hành trên chuột trong phòng thí nghiệm cho thấy: Với liều uống

THẢO MỘC – SV từ 346mg/kg đến 2076mg/kg không gây các dấu hiệu nhiễm độc cấp tính hoặc chết trên chuột nhắt trắng. Liều LD50 của THẢO MỘC – SV nếu có là lớn hơn 2076mg/kg; Chuột cống trắng uống THẢO MỘC – SV 28 ngày với 2 liều 214.52mg/kg và 643,56 mg/kg không thấy có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu, chức năng gan và chức năng thận với hình thái chức năng gan và thận bình thường. Từ các kết quả nêu trên, chúng tôi kết luận: THẢO MỘC – SV là an toàn, không gây độc tính cấp tính và bán trường diễn trên động vật thực nghiệm.

Từ khóa: độc tính cấp; độc tính bán trường diễn; THẢO MỘC – SV.

*Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

**Học viện Quân Y, Bộ Quốc Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Dương

Email: bsduongretechco@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

SUMMARY**EVALUATE ACUTE TOXICITY AND SEMI-PERMANENT TOXICITY OF THAO MOC – SV**

Conducted acute toxicity and semi-permanent toxicity studies of THAO MOC - SV conducted on rats in the laboratory, showed that: With oral dose of THAO MOC - SV from 346mg/kg to 2076mg/kg, no signs were observed. acute toxicity or death in white mice. The LD50 dose of THAO MOC – SV if any is greater than 2076mg/kg; White rat taking THAO MOC - SV for 28 days with 2 doses of 214.52mg/kg and 643.56mg/kg did not have any effect on hematopoietic function, liver function and kidney function with the morphology of liver and kidney function. reward average. So the above results, we conclude: THAO MOC - SV is safe, does not cause acute and semi-permanent toxicity in experimental animals.

Keywords: acute toxicity; semi-permanent toxicity; THAO MOC – SV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, việc sử dụng dược liệu trong phòng và chữa bệnh đã và đang trở thành xu hướng phát triển mạnh, không chỉ ở nước ta mà còn ở nhiều nước trên thế giới. Người ta ưa chuộng sử dụng dược liệu vì nó không những có tác dụng chữa bệnh tốt, mà còn có tác dụng điều hoà, cân bằng sự hoạt động giữa các cơ quan, bộ phận trong cơ thể để có thể duy trì sức khỏe, cải thiện chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, hầu hết các dược liệu đều có độ an toàn cao do đã được sử dụng trong khoảng thời gian rất dài, nó ít gây ra tác dụng phụ và dễ dàng sử dụng. Một trong các yếu tố quan trọng làm dược liệu phát huy tác dụng tốt đó là sử dụng dược liệu đúng cách. THẢO MỘC – SV là sản phẩm hỗ trợ điều trị các bệnh lý viêm đường hô hấp, có nguồn gốc từ thảo dược. Nhằm mục đích trước khi đưa vào sử dụng hỗ trợ điều trị tăng sức đề kháng cho bệnh nhân đối với sản phẩm THẢO MỘC – SV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của THẢO MỘC – SV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đánh giá độc tính cấp****2.1.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu**

***Đối tượng nghiên cứu:** Chuột nhắt trắng chủng Swiss (trọng lượng 18-25g) được sử dụng trong nghiên cứu này. Chuột được nuôi tại phòng thoáng mát, với chế độ sáng tối là 12 giờ và không hạn chế về thức ăn và nước uống. Chuột được đưa về nuôi tại phòng thí nghiệm trước 5 ngày khi được tiến hành nghiên cứu đánh giá độc tính.

***Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bộ môn Sinh lý bệnh, Học

viện Quân Y từ tháng 12/2021 đến tháng 03/2022.

2.1.2. Phương pháp đánh giá

a. Pha dò liều: Chúng tôi bắt đầu cho chuột uống với liều 346mg/kg cho 2 chuột nhắt (chuột được uống 0,1ml/10g) theo dõi trong 72 giờ. Do hai chuột này đều không chết nên chúng tôi tăng lên liều gấp đôi 692mg/kg cho 2 chuột tiếp theo uống. Theo dõi trong 72 giờ cũng cho thấy chuột không chết. Liều tiếp theo là gấp 3 lần liều ban đầu (liều 1038mg/kg) cho 2 chuột uống và cũng theo dõi trong 72 giờ, kết quả chuột cũng không chết. Các liều tiếp theo được dò liều với cặp 2 chuột gồm liều gấp 4 lần (1384mg/kg), liều gấp 5 lần (liều 1730mg/kg) và liều gấp 6 lần (2076mg/kg) và đều theo dõi liên tục trong 72 giờ. Kết quả các liều này đều không làm chuột chết. Do chúng tôi không thể cô đặc THẢO MỘC – SV hơn nữa nên chúng tôi không thể tiếp tục đánh giá với liều cao hơn.

b. Pha đánh giá độc tính: Để khẳng định độc tính cấp tính của THẢO MỘC – SV chúng tôi tiến hành cho 6 nhóm chuột (mỗi lô 10 con) uống một liều duy nhất với mỗi nhóm uống một liều sau: 346mg/kg, 692mg/kg, 1038mg/kg, 1384mg/kg, 1730mg/kg và 2076mg/kg. Theo dõi chuột liên tục trong 72 giờ để xác định các dấu hiệu nhiễm độc (nôn, tiêu chảy, li bì, co giật...) hoặc chết. Dựa vào kết quả này để chúng tôi xác định liều độc LD50 của THẢO MỘC – SV.

2.2. Đánh giá độc tính bán trường diễn**2.2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu**

***Đối tượng nghiên cứu:** 30 chuột cống chủng Wistar (trọng lượng khoảng 180-230g) được sử dụng trong nghiên cứu này. Chuột được nuôi tại phòng thoáng mát, với chế độ sáng tối là 12 giờ và không hạn chế về thức ăn và nước uống. Chuột được đưa về nuôi tại phòng thí nghiệm trước 5 ngày khi được tiến hành nghiên cứu đánh giá độc tính.

***Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân Y từ tháng 12/2021 đến tháng 03/2022.

2.2.2. Liều quy đổi của THẢO MỘC – SV từ người sang chuột cống. Căn cứ vào tài liệu hướng dẫn, liều sử dụng trên người lớn của THẢO MỘC – SV: 34,6mg/kg (trong 100ml có tổng 3460mg THẢO MỘC, mỗi ngày một người lớn trung bình nặng 60kg uống 60ml THẢO MỘC/ngày).

Liều sử dụng trên động chuột cống = 6.2 x liều sử dụng trên người [4]. Vậy liều cho chuột cống tương đương với người là 214.52mg/kg. Do

đó, thể tích chuột uống THẢO MỘC – SV là 0.62ml/100g chuột.

2.3. Xử lý số liệu. Kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, các phần mềm thống kê y học khác.

3.1. Kết quả từ nghiên cứu độc tính cấp tính. Trước và sau uống THẢO MỘC - SV, chuột ăn uống bình thường, vận động bình thường, lông mượt. Chuột không có biểu hiện kích động, tấn công các con vật khác cũng như không có biểu hiện chậm chạp, li bì...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Các dấu hiệu nhiễm độc sau khi uống thuốc 72 giờ

Các dấu hiệu nhiễm độc	Liều sử dụng					
	346mg/kg	692mg/kg	1038mg/kg	1384mg/kg	1730mg/kg	2076mg/kg
Tiêu chảy	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Co giật	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Nôn	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Li bì	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Chết	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Nhận xét: Tất cả chuột ở tất cả các nhóm liều không có bất kỳ triệu chứng nhiễm độc nào gồm tiêu chảy, co giật, nôn, li bì, hôn mê... và chúng tôi cũng không ghi nhận được chuột chết ở tất cả các liều được uống các liều khác nhau trong nghiên cứu này. Điều này gợi ý THẢO MỘC - SV với các liều nghiên cứu là không gây độc tính cấp trên động vật thực nghiệm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các lô chuột uống các liều THẢO MỘC – SV từ 346mg/kg đến 2076mg/kg đều không có dấu hiệu nhiễm độc hoặc chết trong vòng 72 giờ. Vì vậy, có thể khẳng định THẢO MỘC – SV là an toàn. Liều độc tính cấp tính LD50 của THẢO MỘC - SV là lớn hơn 2076mg/kg.

3.2. Kết quả từ nghiên cứu độc tính bán trường diễn

Bảng 3.2. Cân nặng của chuột trước và sau uống thuốc

Thời gian (tuần)	Nhóm chứng ($\bar{x} \pm SD$)	Các nhóm uống THẢO MỘC – SV ($\bar{x} \pm SD$)		p
		Liều 214.52mg/kg	Liều 643,56 mg/kg	
0	211.73 ± 20.55	211.15 ± 24.86	216.06 ± 15.33	p>0.05
1	226.61 ± 26.92	224.41 ± 29.21	229.69 ± 17.71	p>0.05
2	233.91 ± 25.53	231.87 ± 29.68	235.97 ± 13.64	p>0.05
3	245.61 ± 28.76	239.61 ± 29.93	242.42 ± 11.97	p>0.05
4	252.21 ± 26.90	247.35 ± 28.97	252.35 ± 9.71	p>0.05
p	P<0.05	P<0.01	P<0.01	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy sau uống thuốc, chuột ở cả ba nhóm đều tăng cân so với trước uống thuốc. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trọng lượng của chuột ở các thời điểm giữa các nhóm nghiên cứu (p>0,05). Sự tăng cân có ý nghĩa thống kê so với trước khi uống thuốc ở tuần thứ 3 và thứ 4 ở nhóm chứng(p<0.01, p<0.05) và ở tuần thứ 4 ở hai nhóm uống THẢO MỘC – SV (p<0.01).

Bảng 3.3. Các chỉ số huyết học

Thời điểm	Chứng	THẢO MỘC - SV		p
		214.52mg/kg	643,56 mg/kg	
Số lượng BC (G/L)				
Ngày 0	9.62 ± 2.39	10.25 ± 1.62	11.25 ± 2.41	p>0.05
Ngày 14	9.95 ± 3.09	10.31 ± 2.99	11.13 ± 3.06	p>0.05
Ngày 28	9.84 ± 4.25	10.61 ± 2.84	10.41 ± 4.93	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Số lượng hồng cầu (T/L)				
Ngày 0	8.42 ± 1.06	8.44 ± 0.22	8.47 ± 1.22	p>0.05
Ngày 14	8.18 ± 0.76	8.42 ± 0.14	7.83 ± 0.86	p>0.05
Ngày 28	8.16 ± 0.98	8.02 ± 0.59	8.02 ± 1.12	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Nồng độ Hg (g/L)				
Ngày 0	134.90 ± 8.31	137.00 ± 4.14	133.80 ± 16.91	p>0.05
Ngày 14	135.00 ± 6.68	137.00 ± 8.52	124.70 ± 9.19	P<0.05
Ngày 28	132.90 ± 8.48	130.50 ± 5.95	128.70 ± 11.90	p>0.05

p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Số lượng tiểu cầu (G/L)				
Ngày 0	532.30 ± 178.86	786.40 ± 125.58	755.10 ± 311.36	P<0.05
Ngày 14	695.70 ± 157.71	831.50 ± 69.44	698.30 ± 262.79	p>0.05
Ngày 28	703.00 ± 130.24	849.30 ± 66.45	653.00 ± 229.93	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	

Nhận xét: Số lượng hồng cầu, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu và nồng độ huyết sắc tố giữa trước và sau uống THẢO MỘC – SV 2 tuần và 4 tuần là không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$). So sánh giữa các nhóm nghiên cứu cho thấy các chỉ số này ở các thời điểm nghiên cứu cơ bản là tương đương nhau giữa hai nhóm uống THẢO MỘC – SV với nhóm chứng ($p>0.05$). Như vậy, THẢO MỘC – SV không ảnh hưởng đến chức năng sản xuất hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu của tủy xương.

Bảng 3.4. Chỉ số thể tích khối tiểu cầu (%)

Thời điểm	Chứng	THẢO MỘC - SV		P
		214.52mg/kg	643,56 mg/kg	
Ngày 0	0.46 ± 0.15	0.69 ± 0.12	0.70 ± 0.31	P<0.05
Ngày 14	0.55 ± 0.12	0.69 ± 0.08	0.63 ± 0.39	p>0.05
Ngày 28	0.62 ± 0.13	0.50 ± 0.16	0.60 ± 0.11	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	

Nhận xét: Chỉ số thể tích khối tiểu cầu giữa trước và sau uống thuốc hoặc nước muối sinh lý ở cả nhóm là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$). Ở thời điểm trước nghiên cứu, thể tích khối tiểu cầu ở nhóm chứng thấp hơn so với hai nhóm uống THẢO MỘC – SV. Ở thời điểm sau uống THẢO MỘC – SV hoặc nước muối sinh lý 14 ngày và 28 ngày, thể tích khối tiểu cầu giữa các nhóm nghiên cứu là không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Bảng 3.5. Các giá trị hồng cầu

Thời điểm	Chứng	THẢO MỘC - SV		P
		214.52mg/kg	643,56 mg/kg	
Chỉ số Hematocrit (L/L)				
Ngày 0	0.44 ± 0.06	0.44 ± 0.04	0.43 ± 0.04	p>0.05
Ngày 14	0.43 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.40 ± 0.02	p>0.05
Ngày 28	0.45 ± 0.07	0.43 ± 0.02	0.41 ± 0.03	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Chỉ số thể tích trung bình hồng cầu (MCV) (fl)				
Ngày 0	57.60 ± 6.20	55.51 ± 2.42	54.37 ± 1.34	p>0.05
Ngày 14	55.89 ± 2.91	55.61 ± 1.83	54.16 ± 1.35	p>0.05
Ngày 28	56.41 ± 3.13	56.09 ± 1.81	55.22 ± 1.80	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Chỉ số lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) (pg)				
Ngày 0	16.80 ± 1.70	16.25 ± 0.50	15.83 ± 0.42	p>0.05
Ngày 14	16.97 ± 1.14	16.62 ± 0.48	16.27 ± 0.54	P<0.05
Ngày 28	16.91 ± 0.95	16.75 ± 0.54	16.41 ± 0.52	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Chỉ số nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC) (g/L)				
Trước	301.10 ± 16.37	305.60 ± 20.61	301.40 ± 17.89	P>0.05
Ngày 14	303.50 ± 7.03	298.90 ± 4.68	300.40 ± 6.00	p>0.05
Ngày 28	300.00 ± 5.77	297.60 ± 4.97	297.60 ± 4.97	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	

Nhận xét: So sánh giữa trước và sau uống dược liệu hoặc nước muối sinh lý, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số hematocrite, chỉ số thể tích trung bình hồng cầu, chỉ số lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu và chỉ số nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu giữa nhóm chứng với hai nhóm uống THẢO MỘC – SV ($p>0.05$). So sánh giữa các nhóm nghiên cứu ở các thời điểm khác nhau, kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các chỉ số nói trên là tương đương nhau giữa nhóm chứng với hai nhóm uống THẢO MỘC – SV ở cả trước và sau điều trị ($p>0.05$). Chỉ có thời điểm 14 ngày sau uống thảo dược, chỉ số lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu ở nhóm chứng cao hơn so với nhóm uống THẢO MỘC – SV liều 643,56 mg/kg.

Bảng 3.6. Công thức bạch cầu

Thời điểm	Chứng	THẢO MỘC - SV		P
		214,52mg/kg	643,56 mg/kg	
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (N) (%)				
Ngày 0	26.54 ± 5.96	24.84 ± 6.40	22.33 ± 5.52	p>0.05
Ngày 14	30.65 ± 11.00	23.58 ± 8.01	26.31 ± 10.17	p>0.05
Ngày 28	27.67 ± 8.02	28.66 ± 6.63	27.24 ± 8.26	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Tỷ lệ bạch cầu Lympho (L) (%)				
Ngày 0	61.41 ± 5.93	64.12 ± 10.72	59.74 ± 11.45	p>0.05
Ngày 14	59.65 ± 12.82	66.39 ± 7.61	57.00 ± 5.93	p>0.05
Ngày 28	59.80 ± 11.27	60.41 ± 8.48	61.17 ± 10.39	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Tỷ lệ bạch cầu mono (M) (%)				
Ngày 0	7.39 ± 4.77	5.65 ± 4.94	13.35 ± 8.50	p>0.05
Ngày 14	5.00 ± 4.85	3.82 ± 4.28	12.29 ± 13.02	P>0.05
Ngày 28	7.22 ± 6.25	6.81 ± 8.12	6.67 ± 4.29	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân ái toan (E) (%)				
Ngày 0	4.53 ± 1.38	5.15 ± 1.27	3.80 ± 1.91	P>0.05
Ngày 14	4.60 ± 1.29	6.04 ± 0.89	4.21 ± 2.04	p>0.05
Ngày 28	5.20 ± 2.46	4.02 ± 1.00	4.83 ± 2.27	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Tỷ lệ bạch cầu ái kiềm (B) %				
Ngày 0	0.13 ± 0.07	0.24 ± 0.18	0.24 ± 0.13	P>0.05
Ngày 14	0.10 ± 0.05	0.17 ± 0.09	0.19 ± 0.10	p>0.05
Ngày 28	0.11 ± 0.06	0.10 ± 0.09	0.09 ± 0.07	p>0.05
p	p>0.05	P<0.01	P<0.01	

Nhận xét: Phân tích công thức bạch cầu giữa trước và sau uống THẢO MỘC – SV hoặc nước muối sinh lý, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các loại bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu đa nhân ái toan, bạch cầu lympho và bạch cầu mono là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau uống THẢO MỘC – SV hoặc nước muối sinh lý. Chúng tôi chỉ ghi nhận được sự giảm tỷ lệ bạch cầu ái kiềm tại thời điểm 28 ngày sau uống thuốc so với trước uống thuốc ở hai nhóm chuột uống THẢO MỘC – SV. Tuy nhiên, cần chú ý rằng tỷ lệ bạch cầu đa nhân ái kiềm là rất thấp và sự giảm chỉ số này là không có ý nghĩa (p>0.05).

Bảng 3.7. Chỉ số chức năng gan

Thời điểm	Chứng	THẢO MỘC - SV		P
		214,52mg/kg	643,56 mg/kg	
Hoạt độ men GOT (U/L)				
Ngày 0	140.90 ± 8.02	129.03 ± 17.40	131.52 ± 16.16	p>0.05
Ngày 14	131.52 ± 16.16	117.31 ± 13.95	133.82 ± 12.89	P<0.05
Ngày 28	129.27 ± 15.45	121.32 ± 17.38	126.85 ± 15.36	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Hoạt độ men GPT (U/L)				
Ngày 0	118.23 ± 27.10	115.57 ± 35.41	124.85 ± 34.79	p>0.05
Ngày 14	109.88 ± 16.49	101.62 ± 27.87	102.11 ± 28.47	p>0.05
Ngày 28	113.99 ± 15.53	110.63 ± 18.29	105.87 ± 26.30	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	

Nhận xét: Hoạt độ men gan GOT và GPT trong huyết tương giữa trước và sau uống nước muối sinh lý hoặc THẢO MỘC – SV với hai liều nghiên cứu là không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0.05). So sánh giữa các nhóm nghiên cứu, kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số này giữa các nhóm nghiên cứu là tương đương nhau ở cả trước và sau uống THẢO MỘC (P>0.05).

Bảng 3.8. Chỉ số chức năng thận

Thời điểm	Chứng	THẢO MỘC - SV		P
		214,52mg/kg	643,56 mg/kg	

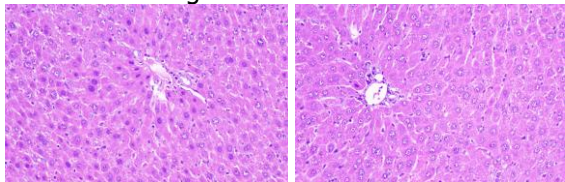
Nồng độ Ure (mmol/l)				
Ngày 0	7.87 ± 0.83	8.07 ± 0.20	7.97 ± 1.37	p>0.05
Ngày 14	7.49 ± 1.17	7.49 ± 0.84	7.39 ± 0.71	p>0.05
Ngày 28	7.23 ± 0.92	7.52 ± 0.96	7.69 ± 0.85	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Nồng độ Creatinin (μmol/l)				
Ngày 0	39.85 ± 3.91	44.56 ± 3.49	43.93 ± 4.89	p>0.05
Ngày 14	40.57 ± 2.14	45.92 ± 4.40	39.49 ± 1.96	P>0.05
Ngày 28	39.38 ± 1.22	41.10 ± 3.14	44.84 ± 15.03	p>0.05
p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	

Nhận xét: Nồng độ Ure và creatinine huyết tương giữa trước và sau uống nước muối sinh lý hoặc THẢO MỘC – SV là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Giữa các nhóm nghiên cứu, nồng độ Ure và creatinine huyết tương là tương đương nhau ở cả trước và sau uống THẢO MỘC hoặc nước muối sinh lý (p>0.05).

3.3. Sự thay đổi hình thái cấu trúc gan và thận

3.3.1. Cấu trúc hình thái gan

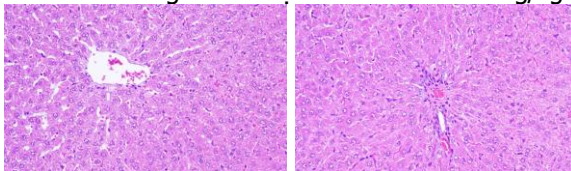
- Nhóm chứng:



Hình 3.1. Hình ảnh giải phẫu bệnh nhu mô gan nhóm chứng

Nhận xét: Các tế bào gan sắp xếp thành dải, thành bè, giữa các dải, các bè gan có xoang mạch. Các tế bào gan không bị thoái hóa. Các xoang mạch bị sung huyết nhẹ.

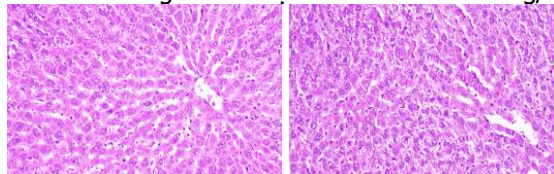
- Nhóm uống THẢO MỘC – SV liều 214.52mg/kg:



Hình 3.2. Hình ảnh giải phẫu bệnh nhu mô gan nhóm uống liều 214.52mg/kg

Nhận xét: Các tế bào gan sắp xếp thành dải, thành bè, giữa các dải, các bè gan có xoang mạch. Các tế bào gan không bị thoái hóa. Các xoang mạch bị sung huyết nhẹ.

- Nhóm uống THẢO MỘC – SV liều 643.56 mg/kg

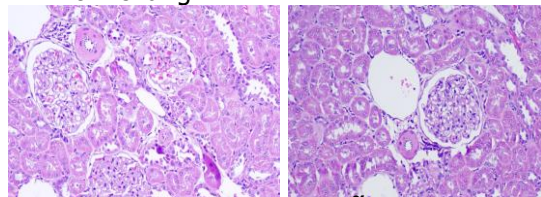


Hình 3.3. Hình ảnh giải phẫu bệnh nhu mô gan nhóm uống liều 643.56 mg/kg

Nhận xét: Các tế bào gan sắp xếp thành dải, thành bè, giữa các dải, các bè gan có xoang mạch. Các tế bào gan không bị thoái hóa. Các xoang mạch bị sung huyết nhẹ.

3.3.2. Cấu trúc hình thái thận

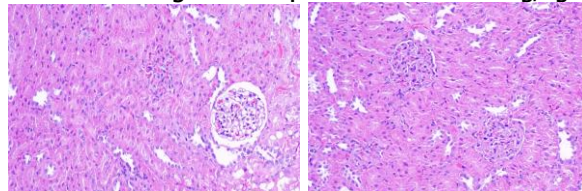
- Nhóm chứng:



Hình 3.4. Hình ảnh giải phẫu bệnh nhu mô thận nhóm chứng

Nhận xét: Vỏ thận có các cầu thận, các ống thận và các mạch máu giữa các ống thận. Các tế bào biểu mô ống thận không bị thoái hóa. Các mạch máu sung huyết nhẹ.

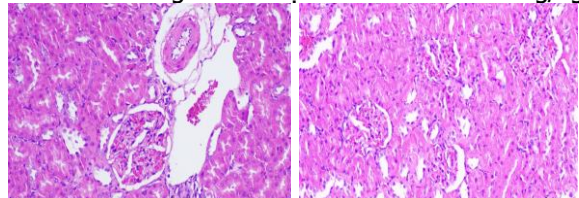
- Nhóm uống THẢO MỘC – SV liều 214.52mg/kg:



Hình 3.5. Hình ảnh giải phẫu bệnh nhu mô thận nhóm uống liều 214.52mg/kg

Nhận xét: Vỏ thận có các cầu thận, các ống thận và các mạch máu giữa các ống thận. Các tế bào biểu mô ống thận không bị thoái hóa. Các mạch máu sung huyết nhẹ.

- Nhóm uống THẢO MỘC – SV liều 643.56 mg/kg



Hình 3.6. Hình ảnh giải phẫu bệnh nhu mô thận nhóm uống liều 643,56 mg/kg

Nhận xét: Vỏ thận có các cầu thận, các ống thận và các mạch máu giữa các ống thận. Các tế bào biểu mô ống thận không bị thoái hóa. Các

mạch máu sung huyết nhẹ.

Nhận xét chung: Kết quả chung đều cho thấy uống nước muối sinh lý hoặc THẢO MỘC – SV liều 214.52mg/kg và liều 643,56 mg/kg cũng không làm tổn thương cấu trúc nhu mô thận.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá độc tính cấp tính theo phương pháp tăng giảm liều và độc tính bán trường diễn của THẢO MỘC – SV trên động vật thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Với liều uống THẢO MỘC – SV từ 346mg/kg đến 2076mg/kg không gây các dấu hiệu nhiễm độc cấp tính hoặc chết trên chuột nhắt trắng. Liều LD50 của THẢO MỘC – SV nếu có là lớn hơn 2076mg/kg.

- Chuột cống trắng uống THẢO MỘC – SV 28 ngày với 2 liều 214.52mg/kg và 643,56 mg/kg không thấy có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu, chức năng gan và chức năng thận với hình thái chức năng gan và thận bình thường.

Từ các kết quả nêu trên, chúng tôi kết luận: THẢO MỘC – SV là an toàn, không gây độc tính cấp tính và bán trường diễn trên động vật thực nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, Hà Nội, ngày 27 tháng 10 năm 2015.
2. **Đỗ Trung Đàm (2014)**, Phương pháp xác định độc tính của thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Ariana Aline Silva, Mauro Sérgio Perilhão, Marina Caldeira, Danilo Bocalini & Romeu Rodrigues de Souza (2018)**, "Reference database of hematological parameters for growing and aging rats", *The Aging Male*, 21:2, 145-148.
4. **D Kanjanapothi, A Panthong, N Lertprasertsuke et al (2004)**, "Toxicity of crude rhizome extract of Kaempferia galanga L. (Proh Hom)", *J Ethnopharmacol*, 2004; 90(2-3): 359-65.
5. <https://www.drugfuture.com/toxic/q51-q720.html>
6. <https://www.drugfuture.com/toxic/q73-q836.html>
7. **Kim HY, Zuo G, Lee SK, Lim SS (2020)**, "Acute and subchronic toxicity study of nonpolar extract of licorice roots in mice", *Food Sci Nutr*, 2020; 8(5): 2242-2250.
8. **Nafiu Bidemi Abdulrazaq, Maung Maung Cho, Ni Ni Win, Rahela Zaman, Mohammad Tariqur Rahman (2012)**, "Beneficial effects of ginger (*Zingiber officinale*) on carbohydrate metabolism in streptozotocin-induced diabetic rats", *Br J Nutr*, 2012; 108(7): 1194-201.
9. **Nair AB, Jacob S. A simple practice guide for dose conversion between animals and human (2016)**, *J Basic Clin Pharm*, 2016;7(2):27-31.

NGHIÊN CỨU SỰ ẢNH HƯỞNG CỦA TÚI THỪA TÁ TRÀNG QUANH NHÚ ĐỐI VỚI SỰ THÀNH CÔNG CỦA KỸ THUẬT NỘI SOI MẬT TUY NGỰC DÒNG

Nguyễn Công Long*, Nguyễn Thanh Nam*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các nghiên cứu trước đây cho kết quả khác nhau về sự ảnh hưởng của túi thừa tá tràng cạnh nhú đối với sự thành công của kỹ thuật ERCP. Nghiên cứu này đánh giá ảnh hưởng của túi thừa tá tràng cạnh nhú đối với sự thành công của kỹ thuật ERCP. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 920 bệnh nhân được làm ERCP tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2018. Trong số những bệnh nhân này, có 297 bệnh nhân (32,3%) có PAD và 623 (67,7%) bệnh nhân không có PAD. **Kết quả:** PAD có tương quan với bệnh sỏi ống mật chủ (95,3% so với 80,9% ở nhóm không có PAD; $p < 0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP ở nhóm bệnh nhân có PAD với nhóm bệnh nhân không có PAD (93% so với 93,7%; $P = 0,267$) và ở nhóm bệnh nhân có nhú tá lớn nằm ngoài túi thừa với nhóm

bệnh nhân có nhú tá lớn nằm trong túi thừa (93,2% so với 85,7%; $p = 0,073$). **Kết luận:** Túi thừa tá tràng cạnh nhú không phải là yếu tố gây khó khăn đối với kỹ thuật ERCP.

Từ khóa: Túi thừa tá tràng cạnh nhú, ERCP, sỏi ống mật chủ

SUMMARY

THE EFFECT OF PERIAMPULLARY DIVERTICULUM ON THE SUCCESS OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

Background: Previous studies have shown mixed results on the influence of periampullary diverticulum on the success of ERCP. This study evaluated the effect of periampullary diverticulum on the success of ERCP. **Methods:** A retrospective descriptive study of 920 patients undergoing ERCP at Hepatobiliary Digestive Center, Bach Mai Hospital from January 2014 to December 2018. Among these patients, there were 297 patients (32.3%) with PAD and 623 (67.7%) patients without PAD. **Results:** PAD was correlated with choledocholithiasis (95.3% versus 80.9% in the group without PAD; $p < 0.001$). There was no statistically significant difference in the success rate of ERCP technique in the group of patients with PAD

*Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbmb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

compared with those without PAD (93% vs. 93.7%; $P = 0.267$) and in the group of patients with major papilla located outside the diverticulum compared with the group of patients with major papilla located inside the diverticulum (93.2% vs 85.7%; $P = 0.073$).

Conclusion: periampullary diverticulum is not a complicating factor for ERCP technique.

Key words: Periampullary diverticulum, ERCP, common bile duct stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa là một biến thể giải phẫu phổ biến của ruột. Túi thừa tá tràng cạnh nhú (periampullary diverticulum - PAD) được định nghĩa là một tổn thương lõm ở tá tràng có kích thước trên 5 mm với niêm mạc còn nguyên vẹn nằm trong chu vi 2-3 cm quanh nhú tá lớn. Tỷ lệ phát hiện PAD trong dân số trong các nghiên cứu thay đổi từ 6% đến 31,7% [3, 9] và tỷ lệ phát hiện PAD tăng theo tuổi.

Các nghiên cứu trước đây trên thế giới cho kết quả khác nhau về sự ảnh hưởng của PAD đối với sự thành công về mặt kỹ thuật và độ an toàn của ERCP. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thất bại điều trị ở bệnh nhân PAD cao hơn đáng kể so với bệnh nhân không có PAD. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về thành công của thủ thuật ERCP trong trường hợp có hoặc không có PAD [1, 2].

Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về vấn đề này, vì thế chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của PAD đối với sự thành công của kỹ thuật ERCP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 920 bệnh

Bảng 1. So sánh tỷ lệ kỹ thuật ERCP thành công ở nhóm có PAD và nhóm không có PAD

	Nhóm không có PAD (n = 623)	Nhóm có PAD (n = 297)	P
Tuổi, mean \pm SD	58 \pm 17,3	67,3 \pm 13,7	< 0,001
Giới, n (%):	Nam	337 (54,1%)	143 (48,1%)
	Nữ	286 (45,9%)	154 (51,9%)
Chẩn đoán, n (%): Sỏi ống mật chủ	504 (80,9%)	283 (95,3%)	< 0,001
Giun ống mật chủ	2 (0,3%)	2 (0,7%)	
Viêm tụy cấp	1 (0,2%)	1 (0,3%)	
Hẹp ống mật chủ	7 (1,1%)	2 (0,7%)	
U đường mật	42 (6,7%)	2 (0,7%)	
U đầu tụy	28 (4,5%)	0 (0%)	
U bóng Vater	36 (5,8%)	7 (2,4%)	
Hẹp ống mật chủ do di căn	3 (0,5%)	0 (0%)	
Thủ thuật ERCP thành công, n (%)	584 (93,7%)	272 (91,6%)	0,267

So với những bệnh nhân trong nhóm không có PAD, bệnh nhân trong nhóm có PAD có tuổi trung bình lớn hơn (67,3 \pm 13,7 so với 58 \pm 17,3; $p < 0,001$), có tỷ lệ mắc sỏi ống mật chủ cao hơn (95,3% so với 80,9%; $p < 0,001$).

Về tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP, không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm có PAD và nhóm không có PAD (93% so với 93,7%; $P = 0,267$).

nhân được làm ERCP tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 đến 12/2018 có đủ dữ liệu để đưa vào nghiên cứu. Những bệnh nhân này được chia thành 2 nhóm: những người có PAD (Nhóm 1) và những người không có PAD (Nhóm 2).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân không có đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

+ Bệnh nhân đã được làm ERCP trước đây.

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

*Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

*Thu thập thông tin: Thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án thống nhất.

*Xử lý số liệu: Số liệu của nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Tính tỷ lệ phần trăm (%) đối với các biến định tính.

- Tính giá trị trung bình (X) và độ lệch chuẩn (SD) đối với các biến định lượng liên tục.

- Dùng test χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ, $p \leq 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Dùng test t- student để so sánh sự khác biệt của giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tỷ lệ kỹ thuật ERCP thành công ở nhóm có PAD và nhóm không có PAD. Từ năm 2014 đến năm 2018 có 920 bệnh nhân được làm ERCP có đầy đủ số liệu để đưa vào nghiên cứu, trong đó có 297 bệnh nhân (32,3%) có PAD và 623 (67,7%) bệnh nhân không có PAD.

3.2 Tỷ lệ kỹ thuật ERCP thành công ở các nhóm bệnh nhân được phân chia theo các loại túi thừa

Bảng 2. So sánh tỷ lệ kỹ thuật ERCP thành công ở các nhóm bệnh nhân được phân chia theo các loại túi thừa

	Papilla trong túi thừa (n = 63)	Papilla ngoài túi thừa (n = 234)	P
Tuổi, mean ± SD	71,9 ± 10,3	66,1 ± 14,2	< 0,001
Giới, n (%):	Nam	29 (46%)	114 (48,7%)
	Nữ	34 (54%)	120 (51,3%)
Kích thước túi thừa (mean ± SD, mm)	29,5 ± 8,4	20,3 ± 10,2	<0,001
Chẩn đoán, n (%): Sỏi ống mật chủ	63 (100%)	220 (94%)	0,046
Giun ống mật chủ	0 (0%)	2 (0,9%)	
Viêm tụy cấp	0 (0%)	1 (0,4%)	
Hẹp ống mật chủ	0 (0%)	2 (0,9%)	
U đường mật	0 (0%)	2 (0,9%)	
U đầu tụy	0 (0%)	0 (0%)	
U bóng vater	0 (0%)	7 (3%)	
Hẹp ống mật chủ do di căn	0 (0%)	0 (0%)	
Thủ thuật ERCP thành công, n (%)	54 (85,7%)	218 (93,2%)	0,073

Trong số 297 bệnh nhân có PAD được chia làm 2 loại bao gồm loại 1 là papilla nằm trong túi thừa có 63 bệnh nhân chiếm 21,2% và loại 2 là papilla nằm ngoài túi thừa có 234 bệnh nhân chiếm 78,8%.

Kích thước túi thừa trung bình ở bệnh nhân loại 1 là 29,5 ± 8,4 mm, lớn hơn đáng kể so với bệnh nhân loại 2 (20,3 ± 10,2 mm; $P < 0,001$). Ngoài ra, có tỷ lệ mắc sỏi ống mật chủ ở nhóm papilla nằm trong túi thừa cao hơn so với nhóm papilla nằm ngoài túi thừa (100% so với 94%; $p = 0,046$).

Về tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP, không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm có papilla nằm ngoài túi thừa và nhóm có papilla nằm trong túi thừa (93,2% so với 85,7%; $p = 0,073$).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 1/2014 đến tháng 12/2018 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 920 bệnh nhân được làm ERCP có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án, chúng tôi ghi nhận được kết quả và bàn luận như sau:

4.1 Đặc điểm bệnh nhân có túi thừa tá tràng cạnh nhú. Túi thừa tá tràng cạnh nhú không phải là tổn thương hiếm gặp, tỷ lệ phát hiện PAD trong dân số trong các nghiên cứu thay đổi từ 6% đến 31,7% [3, 9] và cũng có những báo cáo cho thấy có mối liên quan giữa túi thừa tá tràng cạnh nhú và sỏi ống mật chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với những bệnh nhân được làm ERCP thì tỷ lệ bệnh nhân mắc túi thừa tá tràng cạnh nhú là 32,3% và những bệnh nhân có túi thừa tá tràng cạnh nhú có tỷ lệ mắc sỏi ống mật chủ cao hơn so với nhóm bệnh nhân

không có túi thừa (95,3% so với 80,9%; $p < 0,001$). Mặc dù có nhiều giả thuyết khác nhau, cơ chế bệnh sinh chính xác vẫn chưa rõ ràng. Có thể liên quan đến một số yếu tố bao gồm thức ăn trong túi thừa chèn ép bên ngoài đường mật và rối loạn chức năng cơ vòng Oddi (giảm áp lực cơ vòng Oddi) dẫn đến các sinh vật gây bệnh trong ruột như Escherichia coli xâm nhập vào đường mật và tạo ra β -glucuronidase và do đó liên hợp muối mật để hình thành sỏi.

4.2 Ảnh hưởng của túi thừa tá tràng cạnh nhú đến sự thành công của kỹ thuật ERCP. Túi thừa tá tràng cạnh nhú được cho là một trở ngại đối với các kỹ thuật ERCP. Mặc dù một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thủ thuật ERCP thành công ở nhóm bệnh nhân không có túi thừa cao hơn ở nhóm bệnh nhân có túi thừa. Tuy nhiên, một số tài liệu khác cho thấy tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP gần như giống nhau giữa bệnh nhân có và không có túi thừa tá tràng cạnh nhú [1, 2, 8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP ở hai nhóm bệnh nhân có túi thừa và không có túi thừa cũng không có sự khác biệt với tỷ lệ thành công ở nhóm không có túi thừa là 93,7% so với nhóm có túi thừa là 93%.

Một số nghiên cứu cho thấy các loại khác nhau của túi thừa tá tràng cạnh nhú có thể gây ra những ảnh hưởng khác nhau đến sự thành công của kỹ thuật ERCP [4, 5]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Ping Yue và cộng sự cho thấy tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP ở nhóm bệnh nhân có nhú tá lớn trong túi thừa thấp hơn so với các nhóm khác. Lobo và cộng sự đã nghiên

cứu 100 (8,26%) trường hợp bệnh nhân có túi thừa tá tràng trong tổng số 1211 trường hợp và thấy rằng tỷ lệ thất bại ở nhóm nhú tá lớn nằm trong túi thừa cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nhú tá lớn nằm ngoài túi thừa [6]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại cho kết quả khác, Zhen Sun và cộng sự đã nghiên cứu 161 bệnh nhân có túi thừa tá tràng trong 850 bệnh nhân được làm ERCP cho kết quả tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP tương tự nhau ở các nhóm bệnh nhân thuộc các loại túi thừa tá tràng khác nhau [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP của các bệnh nhân ở 2 nhóm nhú tá lớn trong và ngoài túi thừa không có sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi rút ra được một số kết luận, thứ nhất, tỷ lệ bị sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng cạnh nhú tá cao hơn ở bệnh nhân không có túi thừa. Thứ hai, tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP không có sự khác nhau giữa nhóm có túi thừa tá tràng cạnh nhú tá hay không có túi thừa cũng như không có sự khác biệt giữa các loại túi thừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balik, E., et al., Parameters** That May Be Used for Predicting Failure during Endoscopic Retrograde

Cholangiopancreatography. *J Oncol*, 2013. **2013**: p. 201681.

2. **Boix, J., et al.,** Impact of periampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of periampullary duodenal diverticula. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2006. **16**(4): p. 208-11.
3. **Egawa, N., et al.,** Juxtapapillary duodenal diverticula and pancreaticobiliary disease. *Dig Surg*, 2010. **27**(2): p. 105-9.
4. **Jayaraj, M., et al.,** Periampullary Diverticula and ERCP Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci*, 2019. **64**(5): p. 1364-1376.
5. **Ketwaroo, G. and W. Qureshi,** ERCP Success Rate and Periampullary Diverticula: The Pocket Makes No Difference. *Dig Dis Sci*, 2019. **64**(5): p. 1072-1073.
6. **Lobo, D.N., T.W. Balfour, and S.Y. Iftikhar,** Periampullary diverticula: consequences of failed ERCP. *Ann R Coll Surg Engl*, 1998. **80**(5): p. 326-31.
7. **Sun, Z., et al.,** Different Types of Periampullary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center. *Gastroenterol Res Pract*, 2016. **2016**: p. 9381759.
8. **Tham, T.C. and M. Kelly,** Association of periampullary duodenal diverticula with bile duct stones and with technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy*, 2004. **36**(12): p. 1050-3.
9. **Wu, S.D., et al.,** Relationship between intraduodenal peri-ampullary diverticulum and biliary disease in 178 patients undergoing ERCP. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2007. **6**(3): p. 299-302.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN TRONG ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG TẠI KHOA PHỤ SẢN - BỆNH VIỆN TW THÁI NGUYÊN NĂM 2020 - 2021

Lê Đức Thọ¹, Nông Hồng Lê¹, Nguyễn Thị Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là một phẫu thuật xâm nhập tối thiểu có nhiều ưu điểm. Tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN đã bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ cuối năm 2020. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u xơ tử cung và đánh giá kết quả cắt tử cung toàn phần qua nội soi tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN. **Đối tượng:** 33 trường hợp cắt tử cung qua nội soi tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình 48,90 ±

5,64; tập trung nhiều ở lứa tuổi 49 – 54 chiếm 78,8%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau tức bụng dưới và rối loạn kinh nguyệt. Bệnh nhân thiếu máu vừa và nhẹ là 30,3%. Lượng máu mất trung bình trong mổ là 167,70 ± 52,45 ml. Thời gian phẫu thuật trung bình 80,96 ± 22,44 phút. Không có bệnh nhân tai biến trong phẫu thuật. Kết luận: Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều các ưu điểm về tính thẩm mỹ, thời gian bệnh nhân bình phục nhanh, ít biến chứng sau phẫu thuật.

Từ khóa: cắt tử cung nội soi, u xơ tử cung.

SUMMARY

RESULTS OF COMPLETELY LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY IN THE TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY - THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2020 AND 2021

Objectives: Description of clinical and subclinical characteristics of patients with uterine fibroids and

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thọ

Email: leductho89@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

evaluation of the results of total hysterectomy at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thai Nguyen National Hospital in 2020 and 2021. **Materials and methods:** 33 cases of laparoscopic hysterectomy at the Department of Obstetrics and Gynecology at Thai Nguyen National Hospital from January 2020 to December 2021. **Results:** Mean age 48.90 ± 5.64 ; concentrated in the age group 49 - 54, accounting for 78.8%. The most common clinical symptoms are lower abdominal pain and menstrual disorders. Patients with moderate and mild anaemia were 30.3%. The average blood loss during surgery was 167.70 ± 52.45 ml. The average surgery time was 80.96 ± 22.44 minutes. There were no patients with complications during surgery. **Conclusions:** Laparoscopic hysterectomy has many advantages in terms of aesthetics, quick recovery time, and few postoperative complications.

Keywords: laparoscopic hysterectomy, uterine fibroids

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là một loại u lành tính của tử cung, hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Hiện nay, có rất nhiều quan điểm trong điều trị u xơ tử cung: không điều trị nếu không có biến chứng, điều trị nội khoa bảo tồn, điều trị bằng thuyên tắc mạch, điều trị ngoại khoa bảo tồn bóc nhân xơ hay cắt tử cung. Sự lựa chọn phương pháp phụ thuộc vào tiến triển của bệnh, lứa tuổi, nguyện vọng sinh đẻ của phụ nữ.

Phẫu thuật cắt tử cung được xem như biện pháp điều trị tận gốc bệnh lý u xơ tử cung. Phẫu thuật cắt tử cung có thể thực hiện qua nhiều đường khác nhau: đường mổ bụng mở, đường âm đạo, qua đường nội soi hay những con đường kết hợp.

Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là một phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, có những ưu điểm như bệnh nhân ít đau sau mổ, thời gian phục hồi nhanh, bảo đảm thẩm mỹ, chất lượng sống sau phẫu thuật cũng tốt hơn.

Tại Việt Nam, Bệnh viện Từ Dũ đã tiến hành phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ năm 1997 và đến năm 2005, phẫu thuật này chiếm tỉ lệ 30% trong các trường hợp phẫu thuật nội soi. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi bắt đầu thực hiện năm 2003 và đến nay đã ứng dụng thường quy trong điều trị trong các bệnh lý của tử cung kể cả ung thư cổ tử cung và ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm. Hiện nay, nhiều bệnh viện tuyến tỉnh trên cả nước đã thực hiện cắt tử cung qua nội soi. Vì những thuận lợi trong chăm sóc hậu phẫu, phẫu thuật nội soi và phẫu thuật cắt tử cung nội soi đã dần dần thay thế cho phẫu thuật mổ bụng mở trong cắt tử cung.

Tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN đã bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ cuối năm 2020 nhưng cho đến nay, cắt tử cung toàn phần trong các bệnh lý lành tính của tử cung vẫn chủ yếu thực hiện qua đường bụng. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại khoa Phụ sản – Bệnh viện TWTN năm 2020 – 2021" với 2 mục tiêu

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần tại khoa Phụ sản – BVTW Thái Nguyên năm 2020 - 2021*

2. *Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại khoa Phụ sản - Bệnh viện TWTN năm 2020 – 2021*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán là u xơ tử cung và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa sản bệnh viện TWTN từ năm 2020 - 2021

2.2. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u xơ tử cung; Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn; Hồ sơ được ghi chép đầy đủ

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, chuyển viện, trốn viện Bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Địa điểm tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Thời gian nghiên cứu 2020 - 2021.

2.5. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu; Đề tài được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu. Mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là u xơ tử cung và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa sản bệnh viện TWTN từ năm 2020 - 2021

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện theo bộ phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
35 - 44	4	12,1
45- 54	26	78,8
55 - 64	3	9,1
≥ 65	0	0,0

Tuổi trung bình	48,90 ± 5,64	
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ 45-54 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (78,8%); tiếp theo là nhóm đối tượng 35 - 44 tuổi chiếm 12,1%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,90 ± 5,64.

Bảng 3.2. Tiền sử sản khoa

Sinh đẻ	Chưa có con	0	1,3
	1 con	2	6,1
	2 con	27	81,8
	≥ 3 con	4	12,1
Tổng số	33	100,0	

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có ít nhất 1 con, nhóm có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất 81,8%.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu	n	%
Đau bụng hạ vị	29	87,9
Rối loạn kinh nguyệt	26	78,8
Rối loạn tiểu tiện	4	12,1
Phát hiện bệnh khám phụ khoa	2	6,1

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng tức hạ vị, rối loạn kinh nguyệt, với tỉ lệ lần lượt là 87,9% và 78,8%.

Bảng 3.4. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng

Kích thước tử cung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TC kích thước bình thường	1	3,0
TC to bằng TC có thai < 8 tuần	10	30,3
TC to bằng TC có thai 8 - 12 tuần	19	57,6
TC to bằng TC có thai > 12 tuần	3	9,1
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: Đa số BN nghiên cứu có kích thước tử cung to tương đương TC có thai 8-12 tuần và < 8 tuần với tỉ lệ lần lượt là 57,6,0% và 30,3%.

Bảng 3.5. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ

Hb (g/l)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≥ 120	22	66,7
100 - 119	8	24,2
81- 99	2	6,1
≤ 80	1	3,0
Trung bình ± độ lệch chuẩn	120,4 ± 15,3	
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: Có 1 BN trong đối tượng nghiên cứu có nồng độ huyết sắc tố trước mổ ≤ 80 g/l. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ trung bình là 120,4 ± 15,3 g/l; 11/33 BN có thiếu máu khi vào viện (33,3%).

Bảng 3.6. Đặc điểm u xơ tử cung trên hình ảnh siêu âm

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	1 u	25
		75,8

Vị trí u xơ trên hình ảnh siêu âm	2 u	4	12,1
	≥ 3 u	4	12,1
	Thân TC	29	87,8
	Eo TC	2	6,1
	Dưới niêm mạc	2	6,1

Nhận xét: Trên hình ảnh siêu âm 1 u xơ chiếm 75,8%, vị trí u xơ ở thân tử cung chiếm 87,8%.

Bảng 3.7. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 60 phút	0	0,0
60 - 90 phút	29	87,9
> 90 phút	4	12,1
Thời gian phẫu thuật trung bình	85,96 ± 22,44	
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu là 60 - 90 phút chiếm 87,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 80,96 ± 22,44 phút.

Bảng 3.8. Lượng máu mất trong mổ

Lượng máu mất trong mổ (ml)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 100	3	9,1
100 - 200	27	81,8
> 200	3	9,1
Lượng máu mất trung bình	167,70 ± 52,45	
Tổng	76	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ lượng máu mất trong phẫu thuật từ 100 - 200 ml là 81,8%. Tỷ lệ lượng máu mất trong phẫu thuật > 200 ml chiếm 9,1%. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 147,70 ± 52,45ml. Trường hợp mổ mất ít máu nhất là 80ml, trường hợp mổ mất nhiều máu nhất là 500ml

Bảng 3.10. Tai biến sau mổ

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm móm cắt âm đạo	6	18,2
Chảy máu móm cắt	1	3,0
Không có tai biến	26	78,8

Nhận xét: Không có tai biến nào xảy ra trong mổ cắt tử cung hoàn toàn. Sau mổ, có 18,2% trường hợp gặp tai biến viêm móm cắt âm đạo. Có 1 trường hợp chảy máu móm cắt sau mổ ngày thứ 2

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân cắt tử cung cao nhất ở nhóm 45 - 54 tuổi (78,8 %), kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải 82,5% [1] và Trần Thanh Hương 79,2 % [2]. Tuổi trung bình của bệnh nhân được cắt TC qua nội soi của chúng tôi là 48,9 gần tương tự với của Nguyễn Tuấn Hải 48,45 [1], Nguyễn Bá Phê 47,3 [3] và Nguyễn Thành Biên 46,1 [4], Tất cả các bệnh

nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ít nhất 1 con, trường hợp nhiều nhất có 4 con, trong đó nhóm 2 con chiếm 81,8%.

Về triệu chứng lâm sàng cho thấy phần lớn phụ nữ bị u xơ tử cung thường không có triệu chứng. Các triệu chứng sẽ dần dần xuất hiện theo thời gian. Số lượng, kích thước và/hoặc vị trí của u xơ là những yếu tố quyết định các biểu hiện lâm sàng ở các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng. Các triệu chứng thường gặp bao gồm rong kinh, đau bụng kinh, đau bụng không theo chu kỳ, triệu chứng về rối loạn tiểu tiện, rối loạn tiêu hóa và mệt mỏi [5]. Theo bảng 3.3 thì triệu chứng hay gặp nhất của bệnh nhân đến khám là đau bụng tức hạ vị, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn tiểu tiện với tỉ lệ lần lượt là 87,9%, 78,8% và 12,1%. Kết quả này có đôi chút khác biệt với nghiên cứu của một số tác giả như Phùng Trọng Thủy có tỉ lệ lần lượt là 93,7%, 49,7 và 38,6% [6], còn như Nguyễn Tuấn Hải thì triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chiếm tỉ lệ 46,3%, còn do phát hiện qua khám phụ khoa là 40,7% và do đau bụng vùng hạ vị chiếm 13,0% [1]. Theo tôi đây là sự khác biệt của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: kích thước tử cung của đối tượng nghiên cứu đánh giá bằng khám lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần và to bằng có thai < 8 tuần là 57,6% và 30,3% theo thứ tự. So sánh với nghiên cứu trước: tỷ lệ bệnh nhân có kích thước tử cung khám lâm sàng bằng tử cung có thai to từ 8 - 12 tuần trong nghiên cứu của Trần Thanh Hương (2012) là 61,9% [2]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu (2021) là 62,9% [7]. Như vậy kích thước tử cung qua khám lâm sàng của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trước.

Nghiên cứu cho thấy: nồng độ huyết sắc tố trước mổ trung 120,4 ± 15,3 g/l, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và vừa là 24,2 và 6,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải (2018) thấy tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ là 31,3%, thiếu máu vừa là 7,5% và thiếu máu nặng là 2,5% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu cho tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và vừa là 23,1%, không có BN thiếu máu nặng [7]. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu của chúng tôi tương đương so với các nghiên cứu trước đã trình bày ở trên. Thực tế, UXTC là loại u phát triển từ thành tử cung, biểu hiện bằng hiện tượng ra nhiều máu trong thời kỳ kinh nguyệt, rối loạn kinh nguyệt, rong kinh. Việc tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu thấp là yếu tố thuận lợi cho hoạt động chăm sóc hậu phẫu sau này.

Phần lớn số lượng u xơ tử cung thấy trên siêu âm là 1 u (75,8%). Theo nghiên cứu của Trần

Thanh Hương (2012) cho tỷ lệ bệnh nhân có 1 u xơ chiếm nhiều nhất (71,1%) [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải (2018) cũng cho tỷ lệ bệnh nhân có 1 u xơ chiếm nhiều nhất (80%) [1], có 85,0% vị trí u xơ tử cung trên siêu âm là ở thân tử cung.

Thời gian phẫu thuật cho trường hợp ngắn nhất là 65 phút, lâu nhất là 170 phút, trung bình là 85,96 ± 22,44 phút. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu tại Bệnh viện Thanh Nhàn, thời gian ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 118 phút, trung bình là 78,6 ± 12,8 phút [7]. Nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi của Trần Thanh Hương tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 79,3 ± 18,5 phút (ngắn nhất là 45 phút, dài nhất là 120 phút) [2]. Như vậy thời gian phẫu thuật tại viên chúng tôi là lâu hơn so với các bệnh viện khác. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật do nhiều yếu tố khác nhau như: trang thiết bị dụng cụ phẫu thuật, kinh nghiệm và sự thành thạo của phẫu thuật viên cũng như ekip phẫu thuật, kích thước tử cung, tình trạng phần phụ, ổ bụng đi kèm, vị trí của nhân xơ và sự lựa chọn bệnh nhân trước mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ước lượng máu mất trung bình trong mổ là 167,70 ± 52,45 ml; lượng máu mất ít nhất là 80ml, nhiều nhất là 500ml. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên (2017) tại Bệnh viện C Thái Nguyên cho kết quả: lượng máu mất trong phẫu thuật nội soi trung bình là 115,24 ± 50,44ml [4, còn theo Nguyễn Thị Thu tại bệnh viện Thanh Nhàn là Trần Thanh Hương 122,8 ± 38,4 [7]. Tác giả O' Hanlan nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi cho 830 trường hợp đánh giá lượng máu mất trung bình là 130 ± 89 ml; đồng thời cũng theo O' Hanlan thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ giảm đi với sự tăng lên về kinh nghiệm của phẫu thuật viên [8]. Như vậy lượng máu mất trong PT của chúng tôi cao hơn so các nghiên cứu khác, điều này lý giải do mới triển khai phẫu thuật nội soi nên trình độ tay nghề của các PT viên còn hạn chế dẫn tới thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn đồng nghĩa lượng máu mất sẽ nhiều hơn.

Các tai biến sau PTNS cắt tử cung hoàn toàn bao gồm: tổn thương hệ tiết niệu, tổn thương hệ tiêu hóa, tụ máu móm cắt, chảy máu móm cắt, nhiễm khuẩn, hoại tử móm cắt, nhiễm khuẩn thành bụng, viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết sau mổ. So sánh với y văn thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả rất khả quan với 18,3% trường hợp gặp biến chứng viêm móm cắt âm đạo. Tai biến này liên quan đến quá trình

chăm sóc và đảm bảo vô khuẩn trong phẫu thuật và sau phẫu thuật. Đối với các trường hợp viêm mòm cắt âm đạo trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xử trí bằng điều trị kháng sinh và đặt thuốc âm đạo cho kết quả ổn định. ngoài ra có một bệnh nhân bị chảy máu mòm cắt ngày thứ 2, chúng tôi đã tiến hành khâu cầm máu kịp thời cho bệnh nhân và không để xảy ra tai biến gì thêm.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình $48,90 \pm 5,64$; tập trung nhiều ở lứa tuổi 49 – 54 chiếm 78,8%.
- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau tức bụng dưới và rối loạn kinh nguyệt
- Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu vừa và nhẹ là 30,3%.
- Lượng máu mất trung bình trong mổ là $167,70 \pm 52,45$ ml
- Thời gian phẫu thuật trung bình $80,96 \pm 22,44$ phút
- Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều các ưu điểm về tính thẩm mỹ, thời gian bình phục sau hậu phẫu nhanh, ít biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Hải (2018)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu

thuật nội soi tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

2. **Trần Thanh Hương (2012)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Bá Phê (2013)**, Nghiên cứu cắt tử cung đường nội soi tại khoa phụ ngoại Bệnh viện phụ sản trung ương, Tạp chí Phụ sản. 2013; Tập 11 (2), 5-2013, tr 89-92
4. **Nguyễn Thành Biên (2017)**, Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện C Thái Nguyên, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
5. **Nguyễn Đức Hình (2011)**, "Lịch sử cắt tử cung", Nhà xuất bản Y học, chủ biên, Một số kỹ thuật cắt tử cung, tr. 9-17.
6. **Phùng Trọng Thủy (2021)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang, Tạp chí y học Việt Nam, tập 505. Số 01/2021 tr 199- 202.
7. **Nguyễn Thị Thu (2021)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi do u xơ tử cung tại bệnh viện Thanh Nhân, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội,
8. **O' Hanlan KA, Dibble SL, Garnier AC et al.** " Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases", JSLS, 2007. Jan-Mar, 11(1): 45-53.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA MASK THANH QUẢN PROSEAL TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA

Phạm Quang Minh¹, Nguyễn Xuân Anh²

TÓM TẮT

Mask thanh quản proseal đảm bảo duy trì thông khí tốt đối với nhiều loại phẫu thuật, tuy nhiên đối với tư thế nằm nghiêng các bác sỹ lo ngại về ảnh hưởng trên mạch, huyết áp cũng như các biến chứng như đau họng, khàn tiếng sau mổ so với ống nội khí quản. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 2 – 8/2020, 60 bệnh nhân được phẫu thuật tán sỏi thận qua da chia thành 2 nhóm: nhóm gây mê nội khí quản và nhóm gây mê mask thanh quản proseal. Kết quả: 2 nhóm tương đồng với nhau về các chỉ số nhân trắc, thời gian phẫu thuật. SpO₂ và EtCO₂ luôn trong giới hạn bình thường và tương đồng

nhau tại các thời điểm nghiên cứu ở cả hai nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm gây mê mask thanh quản có Mạch, Huyết áp ổn định hơn tại thời điểm đặt cũng như rút ống so với nhóm gây mê nội khí quản, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến chứng sau mổ như đau họng, khàn tiếng cũng thấp hơn nhóm gây mê nội khí quản. Nhóm đặt nội khí quản có 12 bệnh nhân đau họng, 1 bệnh nhân khàn tiếng sau phẫu thuật. Tuy nhiên các triệu chứng này không nặng nề và kéo dài. Kết luận: nhóm gây mê mask thanh quản có một số ưu điểm hơn về ổn định mạch, huyết áp và các triệu chứng đau họng, khàn tiếng sau mổ so với nhóm gây mê nội khí quản trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da.

Từ khóa: mask thanh quản Proseal, phẫu thuật tán sỏi thận qua da, gây mê toàn thân

SUMMARY

TO ASSESS SOME ADVERTISING EFFECTS OF PROSEAL LARYNGEAL MASK IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS RENAL LITHOTRIPSY SURGERY

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Proseal laryngeal mask ensures good ventilation for many types of surgery, however, for the lateral position surgery, anesthesiologists are concerned about the effect on pulse, blood pressure as well as complications such as sore throat, hoarseness of voice after surgery compare with endotracheal tube. We conducted a prospective randomized clinical intervention study at Vinh Phuc General Hospital from February to August 2020, 60 patients undergoing percutaneous renal lithotripsy were divided into 2 groups. Results: the 2 groups were similar in terms of anthropometric indices and surgery time. SpO₂ and EtCO₂ were within normal limit and were similar at all the time of study in both groups, the difference was not statistically significant with $p > 0.05$. The laryngeal mask group had pulse, blood pressure that was more stable at the time of insertion as well as extubation compare with the endotracheal group, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. Postoperative complications such as sore throat, hoarseness in laryngeal mask group were also lower than those of endotracheal group. In the endotracheal group, there were 12 patients with sore throat and 1 patient with hoarseness after surgery. However, these symptoms were not severe and did not last long. Conclusion: the laryngeal mask group had some advantages such as stabilizing pulse, blood pressure and lowering symptoms of sore throat and hoarseness after surgery than the endotracheal group in percutaneous renal lithotripsy surgery.

Keywords: proseal laryngeal mask, percutaneous renal lithotripsy surgery, general anesthesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê nội khí quản là kỹ thuật chủ yếu trong vô cảm để phẫu thuật bởi khả năng kiểm soát đường thở chắc chắn của nó. Chính ưu điểm này đôi khi cũng là nhược điểm của phương pháp bởi nguy cơ khó khăn khi đặt được nội khí quản khá cao, tỷ lệ đặt nội khí quản thất bại là 0,3%¹. Thêm nữa, ống nội khí quản cũng gây ra nhiều khó chịu trong giai đoạn hậu phẫu do ống xâm nhập vào đường hô hấp dưới, trong khi niêm mạc đường hô hấp dưới dễ bị tổn thương hơn và không chịu được áp lực cao². Từ khi mask thanh quản ra đời, việc sử dụng mask thanh quản được chứng minh là giải pháp an toàn trong kiểm soát đường thở cấp cứu. Sau đó mask thanh quản tiếp tục được sử dụng trong mổ phiên bởi tính hiệu quả và một số ưu điểm của nó so với nội khí quản. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều phẫu thuật được tiến hành dưới gây mê an toàn bằng việc sử dụng mask thanh quản³. Kỹ thuật tán sỏi thận qua da ra đời từ những năm giữa thế kỷ 20 và được áp dụng tại Việt Nam từ năm 2002. Để chủ động kiểm soát hô hấp trong cả cuộc mổ, bác sỹ gây mê có thể áp dụng phương pháp gây mê nội khí quản hoặc mask thanh quản. Mask thanh quản Proseal được

thiết kế có nhiều ưu điểm hơn thế hệ cũ nên đảm bảo thông khí tốt hơn ngay cả khi bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng như tán sỏi qua da. Tuy nhiên, bác sỹ gây mê lo ngại các rối loạn huyết động trong mổ và một số tác dụng không mong muốn của mask thanh quản proseal như đau họng, khàn tiếng... trong giai đoạn hồi tỉnh. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng không mong muốn của mask thanh quản proseal trong phẫu thuật tư thế nằm nghiêng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu so sánh ảnh hưởng trên huyết động và một số tác dụng không mong muốn của mask thanh quản proseal so với ống nội khí quản trong gây mê phẫu thuật tán sỏi qua da tư thế nằm nghiêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 02 năm 2020 đến tháng 08 năm 2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chỉ định mổ phiên tán sỏi thận qua da

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thể trạng bệnh nhân: ASA I, II.

- Tuổi từ 18- 70 tuổi.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định đặt mask thanh quản

- Bệnh nhân có đau họng, khàn tiếng trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc dùng trong gây mê

2.2.3. Tiêu chuẩn đưa bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu

- Đặt mask thanh quản hoặc nội khí quản thất bại.

- Có tai biến trong quá trình phẫu thuật: chảy máu nhiều, shock nhiễm trùng

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Lấy mẫu chủ định gồm 60 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm I: 30 bệnh nhân đặt mask thanh quản Proseal.

- Nhóm II: 30 bệnh nhân đặt ống nội khí quản.

2.3.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được thăm khám trước mổ 1 ngày, giải thích về gây mê và phẫu thuật, ký cam kết tham gia nghiên cứu.

- Ngày phẫu thuật, bệnh nhân vào phòng mổ, làm đường truyền, lắp các thiết bị theo dõi. Thứ

oxy 3lít/phút qua mask mặt.

- Khởi mê theo phác đồ: fentanyl 2-3 mcg/kg, propofol 1,5- 2mg/kg. Khi thông khí qua mask mặt được, tiêm rocuronium 0,6mg/kg.

- Đặt mask thanh quản hoặc nội khí quản khi đủ điều kiện, bơm cuff đủ kín, kiểm tra thông khí hiệu quả, cố định ống thở.

- Cài đặt máy mê kiểm soát thể tích: chế độ thông khí bảo vệ phổi. Duy trì sevofluran theo MAC và PRST. Nhắc lại fentanyl, esmeron theo thời gian và thì phẫu thuật.

- Theo dõi sự thay đổi mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm: T0: trước khi đặt ống thở, T1: sau khi đặt ống thở 1 phút, T2: sau khi đặt ống thở 5 phút, T3: trước khi bệnh nhân nằm nghiêng, T4: sau khi BN nằm nghiêng 1 phút, T5: sau khi BN nằm nghiêng 5 phút, T6: sau khi thông khí 30 phút, T7: khi kết thúc phẫu

thuật, T8: trước khi rút ống thở, T9: sau khi rút ống thở 1 phút, T10: sau rút ống thở 5 phút, T11: sau rút ống thở 10 phút, T12: sau khi rút ống thở 30 phút.

- Phẫu thuật viên đặt bệnh nhân ở tư thế sản khoa, đặt JJ. Sau đó đặt tư thế nghiêng. Tiến hành hánh sỏi. Trước khi kết thúc cuộc mổ 30 phút truyền thuốc giảm đau 1gam paracetamol và 20mg nefopam.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển về phòng hồi tỉnh. Rút ống nội khí quản hoặc mask thanh quản khi đủ tiêu chuẩn. Thu thập các số liệu về biến chứng đau họng, khàn tiếng sau mổ.

2.3.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

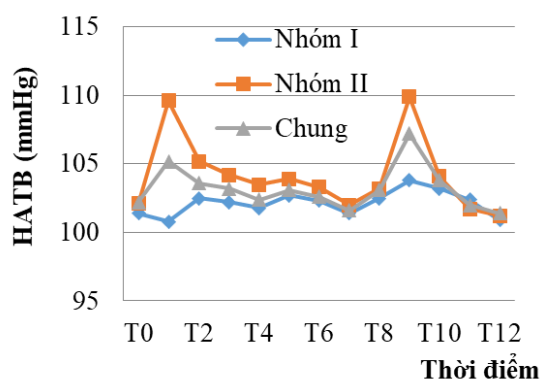
Bảng 3.1. Tuổi, giới, BMI, ASA trong nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Tuổi (năm)	46,4 ± 10,1	46,8 ± 10,3	> 0,05
BMI (kg/m ²)	19,6 ± 2,1	19,4 ± 2,1	> 0,05
Nam/nữ	17/13	18/12	> 0,05
ASA (I/II)	28/2	29/1	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	86,1 ± 8,4	85,9 ± 8,6	> 0,05

Nhận xét: Tuổi, giới, BMI, ASA, thời gian phẫu thuật trung bình của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

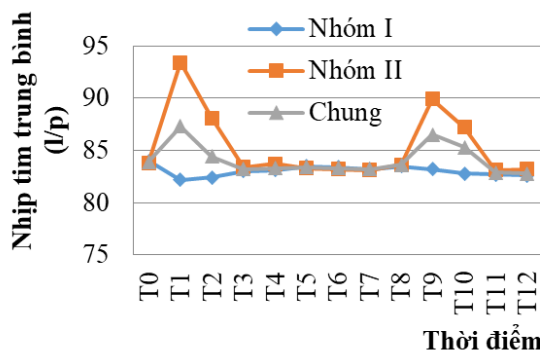
3.2. Thay đổi SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm nghiên cứu. Chỉ số SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm nghiên cứu đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm

3.3. Thay đổi huyết áp trung bình và nhịp tim



Biểu đồ 3.1. Thay đổi huyết áp trung bình

Nhận xét: sự thay đổi huyết áp trung bình có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 tại các thời điểm T1 và T9. Các thời điểm khác không có sự khác biệt giữa hai nhóm



Biểu đồ 3.2. Thay đổi nhịp tim

Nhận xét: tại các thời điểm T1, T2, T9, T10 nhịp tim trung bình của nhóm đặt nội khí quản cao hơn nhóm đặt mask thanh quản, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.4.1. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình đặt ống thở

Bảng 3.18. Tác dụng không mong muốn sau rút ống thở 30 phút

Triệu chứng	Nhóm I		Nhóm II		Chung		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Không	30	100	17	56,7	47	78,3	< 0,01
Đau họng	0	0	12	40	12	20	
Khàn tiếng	0	0	1	3,3	1	1,7	
Nôn, buồn nôn	0	0	0	0	0	0	
Co thắt thanh, phế quản	0	0	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: sau khi rút ống thở 100% bệnh nhân ở nhóm I không có biến chứng. Tỷ lệ bệnh nhân không biến chứng ở nhóm II là 56,7%. 12 bệnh nhân (40%) của nhóm II có biểu hiện đau họng, 01 bệnh nhân của nhóm II khàn tiếng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các thay đổi về nhịp tim và huyết áp

4.1.1. Thay đổi về nhịp tim: Biểu đồ 3.2 cho thấy sau khi đặt và rút ống nội khí quản làm cho nhịp tim của bệnh nhân tăng lên rõ rệt trong khi đặt mask thanh quản làm biến đổi rất ít. Chứng tỏ ưu điểm của thông khí bằng mask thanh quản ít gây kích thích làm tăng nhịp tim trong quá trình đặt và rút so với ống nội khí quản. Khi thay đổi tư thế BN từ nằm ngửa sang nằm nghiêng, thông khí bằng mask thanh quản hay nội khí quản đều không làm thay đổi nhịp tim là do quá trình này bệnh nhân đã được gây mê sâu, dùng giảm đau và giãn cơ đủ. Các thời điểm khác không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Thanh Tú⁴. Tác giả Bimla Sharma và cộng sự cho rằng những can thiệp vào vùng hầu họng như đặt đèn soi thanh quản, việc đưa ống nội khí quản vào khí quản gây nên đáp ứng của hệ thần kinh giao cảm - tuyến thượng thận và gây tăng tiết epinephrin và norepinephrin, làm tăng tần số tim⁵.

4.1.2. Thay đổi về huyết áp: Biểu đồ 3.1 cho thấy huyết áp trung bình của nhóm đặt mask thanh quản ổn định hơn so với nhóm đặt nội khí quản. Nhất là tại các thời điểm trước và sau đặt hay tại thời điểm trước và sau rút ống thở. Quá trình thay đổi tư thế từ nằm ngửa sang nằm nghiêng không làm biến đổi nhiều về huyết áp ở cả 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Chùng và cs mask thanh quản proseal trong phẫu thuật gây mê nội soi cắt ruột thừa thực hiện trên 131 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm. Kết luận nhóm đặt mask thanh quản huyết động ổn định hơn nhóm đặt nội khí quản nhất là giai đoạn đặt và rút dụng cụ⁶. Maltby và cs (2002)⁷ nghiên cứu mask thanh quản proseal trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi thấy rằng sự ảnh hưởng trên huyết động là do kích thích vùng hầu, thanh quản vì vùng này có các sợi thần kinh hướng tâm

phân phối cho toàn bộ khí đạo, các sợi thần kinh này bắt nguồn từ nhánh trong của thần kinh thanh quản trên. Đáp ứng với các kích thích cơ học như áp lực tì đè của bóng chèn lên các sợi thần kinh hướng tâm và kích thích thần kinh giao cảm gây nên tăng huyết áp và mạch. Tuy nhiên kích thích trên bệnh nhân đặt nội khí quản nhiều hơn.

4.2. Tác dụng không mong muốn sau quá trình rút ống

4.2.1. Đau họng và khàn tiếng. Tất cả bệnh nhân trong I nhóm của chúng tôi đều không có biến chứng khàn tiếng, ở nhóm 2 có 1 bệnh nhân khàn tiếng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như của Nguyễn Thị Thanh Hương⁶ và Belena⁸. Dương Anh Khoa³, biến chứng khàn tiếng trên bệnh nhân gây mê mask thanh quản proseal không có. Tỷ lệ đau họng trong nhóm đặt mask thanh quản của chúng tôi tương đương của Nguyễn Thị Thanh Hương⁶ (0%), nhỏ hơn của các tác giả A.M.Lopez⁹ (3,3%). Có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn Mallampati độ I và thời gian đặt cũng như sử dụng mask thanh quản ngắn nên không ảnh hưởng tới tỷ lệ xuất hiện biến chứng này. Vấn đề đau họng và khàn tiếng sau gây mê là một biến chứng thường gặp, khó tránh khỏi. Song điều này ít được mọi người chú ý tới vì người bệnh thường đau ở vị trí phẫu thuật nhiều hơn. Tuy nhiên đau tại vị trí phẫu thuật của bệnh nhân hiện nay đã được giải quyết bằng các loại thuốc giảm đau và các biện pháp giảm đau sau mổ khác lúc này người bệnh mới chú ý tới đau họng và khàn tiếng.

4.2.2. Nôn và buồn nôn. Nôn và buồn nôn sau mổ có thể do rất nhiều nguyên nhân, như những kích thích vùng hầu họng, tác dụng của một số thuốc mê, thuốc giảm đau dòng họ morphin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp bệnh nhân nào có biểu hiện nôn và buồn nôn sau mổ ở cả 2 nhóm. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh

Hương (2011)⁶ và Belena (2012)⁸. Tác giả Dương Anh Khoa (2006)³ nghiên cứu trên mask thanh quản proseal không có bệnh nhân nào bị nôn và buồn nôn sau đặt mask thanh quản, ở nhóm dùng nội khí quản có 1 bệnh nhân bị nôn. Các biến chứng khác như co thắt thanh quản, co thắt phế quản đều không gặp ở cả hai nhóm. Các biến chứng co thắt đường thở thường gặp trên bệnh nhân có cơ địa dị ứng, gây mê không đủ sâu hoặc do trào ngược. Các bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân mổ phiến, được chuẩn bị tốt nên không gặp biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Cả hai phương pháp đều đảm bảo duy trì mạch, huyết áp trong giới hạn bình thường mặc dù tại một số thời điểm sau đặt và sau rút ống thở, nhóm gây mê nội khí quản có thay đổi các chỉ số này nhiều hơn nhóm gây mask thanh quản. Sự thay đổi này không gây nguy hiểm và vẫn được kiểm soát tốt. Các chỉ số về bão hòa oxy máu và CO₂ cuối thì thở ra trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Như vậy, gây mê mask thanh quản có thể đảm bảo được thông khí và trao đổi khí trong cuộc mổ, ít ảnh hưởng đến mạch, huyết áp hơn ngay cả ở tư thế nghiêng và hạn chế được khá nhiều tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật như đau họng và khàn tiếng so với phương pháp gây mê nội khí quản. Tuy nhiên, cần có thêm nghiên cứu về giá trị của mask thanh quản

trong trường hợp phẫu thuật kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan R. Aitkenhead, Graham Smith (1996), Preoperative Assessment and Premedication, Textbook of Anaesthesia, 3 Edition, pp 3, 91 -98.
2. Brimacombe J (2004), LMA-Proseal an analysis of current knowledge and a complete practical guide, The Laryngeal Mask Company Limited, pp2-104.
3. Trần Thị Kiệm, Nguyễn Thu (2007), Nghiên cứu vai trò của phương pháp gây mê bằng Propofol kết hợp đặt mask thanh quản ProSeal trong phẫu thuật tai – xương chũm, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Thanh Tú và cs, So sánh biến đổi về tuần hoàn và hô hấp khi gây mê bằng mask thanh quản Proseal với nội khí quản trong gây mê phẫu thuật cắt gân hoàn toàn tuyến giáp, Tạp chí Y học- Quân sự, Số 4, 2012.
5. Bimla Sharma et al. Proseal laryngeal mask airway: A study of 100 consecutive cases of laparoscopic surgery. Indian J Anaesth. 2003, 47 (6), pp.467-472.
6. Nguyễn Thị Thanh Hương (2011), Đánh giá hiệu quả và sự an toàn của mask thanh quản Proseal và Supreme so với ống nội khí quản trong gây mê phẫu thuật nội soi cắt túi mật, Báo cáo khoa học Hội nghị gây mê trong phẫu thuật nội soi toàn quốc.
7. Maltby J. R et al (2002), Gastric distension and ventilation during laparoscopic cholecystectomy: LMA-Classic vs tracheal intubation, Can J anesth, 47(7): 622-626.
8. Belena JM, MD, Nunez M (2012), The laryngeal mask airway Supreme™: safety and efficacy during gynaecological laparoscopic surgery, South Afr J Anaesth Analg, 18(3): 143 -147.

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2020

Nguyễn Thị Song Hà¹, Hà Văn Thúy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích cơ cấu về số lượng và giá trị của thuốc đã sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020 gồm 355 khoản mục và có giá trị là 10,9 tỷ đồng, tập trung chủ yếu là các thuốc hóa dược, chiếm 93,45 số khoản mục và 91,3% về giá trị. Trong cơ cấu thuốc sử dụng,

nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn có số khoản mục chiếm 12,6% và 22,1% tổng giá trị sử dụng. Thuốc sản xuất trong nước đã được Bệnh viện chú trọng sử dụng với số khoản mục chiếm tỷ lệ cao, đạt 70,3%. Thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ lớn. Thuốc sử dụng theo đường uống cũng chiếm tỷ lệ cao về số khoản mục và giá trị. Đặc biệt, thuốc generic chiếm tới 95,8% số khoản mục và 96,1% về giá trị. Kết quả phân tích cho thấy việc sử dụng thuốc tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là tương đối hợp lý.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE LIST OF DRUGS USED AT THAIBINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

A cross-sectional descriptive study was carried out to analyze the list of drugs used at Thai Binh Medical University Hospital in 2020. The results shown that the

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà

Email: songhaktd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

group of pharmacological drugs accounted for the majority of 355 items and its use value was about of 10.9 billion VND; the group of drugs for treatment of parasites and anti-infectives was the highest number of items (48 items and corresponded to about of 12.6%) and its values were accounted for 22.1% of the total value of use. Besides, the results also shown that, the domestically produced drugs were mainly used by the hospital in the treatment process, accounted for 62.6% of the use value; the single-component drugs were accounted for a high proportion of 85.1% of items and corresponded to about of 89.0% of the total use value of all used pharmaceutical drugs at the hospital. Meanwhile, the results shown that the oral drugs accounted for 43.0% of the total used value; the parenteral drugs had a smaller number of items used but the highest value for money accounted for 50.1% of the used value; the generic drugs accounted for 95.8% of the items and 96.1% of the hospital's total value of pharmaceutical drugs; and the results shown that only 15 generic brand-name drugs were used.

Keywords: drug list; pharmaceutical drugs; parasitic drugs; generic drugs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, vấn đề sử dụng thuốc thiếu hiệu quả và bất hợp lý trong bệnh viện là nguyên nhân làm tăng đáng kể chi phí cho người bệnh và tăng khả năng kháng thuốc trong quá trình điều trị. Do đó, yêu cầu đặt ra cho các cơ sở khám chữa bệnh là phải xây dựng được một danh mục thuốc hợp lý, đảm bảo chất lượng, an toàn, hiệu quả đồng thời phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện.

Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là bệnh viện đa khoa hạng II trực thuộc trường Đại học Y Dược Thái Bình. Với quy mô 300 giường bệnh, bệnh viện đã có nhiều đóng góp vào sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân tỉnh Thái Bình và các tỉnh lân cận và phần nào đã góp phần quan trọng trong việc giảm tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên. Bên cạnh công tác triển khai các kỹ thuật hiện đại để chăm sóc người bệnh thì công tác dược cũng phải được chú trọng và luôn phải chủ động trong cung ứng thuốc để

sẵn sàng đáp ứng được nhu cầu điều trị của bệnh viện. Do đó, việc nghiên cứu về danh mục thuốc đã sử dụng tại bệnh viện hàng năm là rất cần thiết. Chính vì vậy, đề tài "Phân tích danh mục thuốc đã sử dụng tại Bệnh viện Đại học y Thái Bình năm 2020" được thực hiện nhằm phân tích cơ cấu về số lượng và giá trị của thuốc đã sử dụng tại Bệnh viện để từ đó đưa ra một số kiến nghị, đề xuất giúp Hội đồng thuốc và điều trị có thêm cơ sở, căn cứ trong hoạt động cung ứng thuốc cho những năm tiếp theo nhằm đáp ứng cho nhu cầu sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 380 khoản mục thuốc được sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng tài liệu sẵn có tại Bệnh viện là Danh mục thuốc đã sử dụng, báo cáo xuất nhập tồn về thuốc điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020 được trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được làm sạch, nhập liệu, mã hóa và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

+ Tính tỉ lệ %:

$$P = \frac{k}{N} \times 100\%$$

Nghiên cứu được thiết kế dạng mô tả cắt ngang, sử dụng tài liệu có sẵn và sử dụng phần mềm Excel và phương pháp tỷ trọng để xử lý và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả phân tích danh mục thuốc (DMT) sử dụng theo phân loại thuốc hóa dược, thuốc đông y và thuốc từ dược liệu trong danh mục thuốc đã sử dụng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020 được trình bày tại bảng 1 như sau:

Bảng 1: Cơ cấu DMT sử dụng theo phân loại thuốc hóa dược, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu

TT	Nhóm thuốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SKM	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc hóa dược	355	93,4	10.032	91,3
2	Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	25	6,6	953	8,7
Tổng cộng		380	100	10.985	100

Kết quả phân tích cho thấy, nhóm thuốc hóa dược chiếm tỷ lệ lớn nhất với 355 khoản mục (chiếm tỷ lệ 93,4%) với tổng giá trị sử dụng đạt hơn 10 tỷ đồng.

Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình theo nhóm tác dụng dược lý,

kết quả được trình bày trên bảng 2.

Bảng 2: Cơ cấu DMT sử dụng tại Bệnh viện theo nhóm tác dụng dược lý

TT	Nhóm thuốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SKM	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
I. THUỐC HÓA DƯỢC		355	93,4	10.032	91,3
1	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	48	12,6	2.424	22,1
2	Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	42	11,1	2.100	19,1
3	Thuốc tác dụng với máu	12	3,2	1.498	13,6
4	Thuốc tim mạch	47	12,4	777	7,1
5	Dung dịch điều chỉnh nước điện giải cân bằng acid – base và các dung dịch tiêm truyền khác	16	4,2	712	6,5
6	Thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm không steroid, điều trị gout và các bệnh xương khớp	26	6,8	405	3,7
7	Thuốc đường tiêu hóa	30	7,9	327	3,0
8	Thuốc chống rối loạn tâm thần và tác động lên hệ thần kinh	12	3,2	283	2,6
9	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	18	4,7	260	2,4
10	Thuốc gây tê, mê	20	5,3	257	2,3
11	Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	29	7,6	237	2,2
12	Thuốc dùng chẩn đoán	2	0,5	192	1,8
13	Thuốc mềm cơ và ức chế cholinesteras	2	0,5	175	1,6
14	Khoáng chất và vitamin	13	3,4	118	1,1
15	Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	10	2,6	102	0,9
16	Thuốc điều trị bệnh da liễu	9	2,4	93	0,9
17	Thuốc tẩy trùng sát khuẩn	3	0,8	29	0,3
18	Thuốc điều trị parkinson	2	0,5	15	0,1
19	Thuốc giải độc, dùng trong trường hợp ngộ độc	3	0,8	8	0,1
20	Thuốc lợi tiểu	7	1,8	6	0,1
21	Nhóm thuốc khác	4	1,1	6	0,1
II. THUỐC ĐÔNG Y, THUỐC TỬ DƯỢC LIỆU		25	6,6	953	8,7
1	Thuốc thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy	8	2,1	306	2,8
2	Thuốc khu phong trừ thấp	5	1,3	271	2,5
3	Thuốc an thần, định chí, dưỡng tâm	3	0,8	118	1,1
4	Thuốc chữa các bệnh về phế	3	0,8	109	1,0
5	Thuốc nhuận tràng, tả hạ, tiêu thực, bình vị, kiện tì	4	1,1	105	1,0
6	Nhóm thuốc chữa các bệnh về Am, về Huyết	1	0,3	25	0,2
7	Nhóm thuốc dùng ngoài	1	0,3	19	0,2
Tổng		380	100	10.985	100

Từ kết quả thu được trên bảng 2 cho thấy, nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn là nhóm có số khoản mục và giá trị sử dụng cao nhất với 48 khoản mục (chiếm 12,6%) và chiếm khoảng 22,1% tổng giá trị sử dụng.

Phân tích cơ cấu danh mục thuốc tại bệnh viện ĐH YTB theo nguồn gốc xuất xứ, kết quả được trình bày trên bảng 3 như sau:

Bảng 3: Cơ cấu DMT sử dụng tại Bệnh viện theo nguồn gốc, xuất xứ

TT	Nguồn gốc thuốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SKM	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Trong nước	267	70,3	6.874	62,6
2	Nhập khẩu	113	29,7	4.111	37,4
Tổng cộng		380	100	10.985	100

Kết quả trên cho thấy, thuốc sản xuất trong nước đã được bệnh viện sử dụng chủ yếu trong quá trình điều trị với số khoản mục chiếm tỷ lệ cao, đạt 70,3%. Trong khi đó, các thuốc nhập khẩu chiếm tỷ lệ thấp, chỉ có 29,7% SKM và 37,4% tổng chi phí thuốc của bệnh viện.

Phân tích cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình theo thành phần, kết quả được trình bày trên bảng 4 như sau:

Bảng 4: Cơ cấu DMT sử dụng tại Bệnh viện theo thành phần (chỉ tính cho thuốc hóa dược)

TT	Thành phần	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SKM	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Đơn thành phần	302	85,1	8.928	89,0
2	Đa thành phần	53	14,9	1.104	11,0
Tổng cộng		355	100	10.032	100

Thông kê danh mục thuốc hóa dược được sử dụng tại bệnh viện cho thấy, thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ cao về số khoản mục (85,1%) và giá trị sử dụng chiếm 89,0%. Kết quả này cho thấy, bệnh viện đã thực hiện đúng theo quy định của Bộ Y tế về việc ưu tiên sử dụng thuốc đơn thành phần trong điều trị. Phân tích cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện theo đường dùng, kết quả được trình bày trên bảng 5 như sau.

Bảng 5: Cơ cấu DMT sử dụng tại Bệnh viện theo đường dùng

TT	Đường dùng	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SKM	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Đường uống	210	55,3	4.724	43,0
2	Đường tiêm	113	29,7	5.502	50,1
3	Đường khác	57	15,0	759	6,9
Tổng cộng		380	100	10.985	100

Kết quả trên bảng 5 cho thấy, các thuốc dùng đường uống được sử dụng với tỷ lệ cao, thuốc dùng đường tiêm truyền có số khoản mục sử dụng có ít hơn nhưng giá trị tiền thuốc lại cao nhất, chiếm 50,1% giá trị sử dụng.

Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình theo thuốc biệt dược gốc, thuốc generic đã được phân tích, kết quả được trình bày trên bảng 6.

Bảng 6: Cơ cấu DMT sử dụng theo thuốc biệt dược gốc, thuốc generic (chỉ tính cho thuốc hóa dược)

TT	Phân loại thuốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SKM	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc biệt dược gốc	15	4,2	388	3,9
2	Thuốc generic	340	95,8	9.644	96,1
Tổng cộng		355	100	10.032	100

Có thể nhận thấy rằng, thuốc generic được sử dụng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình chiếm tỷ lệ cao, đạt 95,8% số khoản mục và 96,1% tổng giá trị sử dụng thuốc hóa dược của bệnh viện. Trong khi đó, kết quả phân tích cũng cho thấy chỉ có 15 thuốc biệt dược gốc được sử dụng.

IV. BÀN LUẬN

***Cơ cấu nhóm thuốc hóa dược, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu.** Danh mục thuốc đã sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020 gồm 380 khoản mục, được chia thành 2 nhóm lớn gồm nhóm thuốc hóa dược và nhóm thuốc đông dược. Nhóm thuốc hóa dược chiếm 355 khoản mục, được chia thành 21 nhóm tác dụng dược lý. Đáng chú ý trong việc sử dụng thuốc của bệnh viện đó là nhóm thuốc đông dược chiếm tỷ lệ khá cao chiếm tới 6,6% SKM và 8,7% tổng kinh phí sử dụng thuốc.

***Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo nhóm tác dụng dược lý.** Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn là nhóm có số khoản mục và giá trị sử dụng lớn nhất tương ứng chiếm 12,6% số khoản mục và 22,1% tổng giá trị sử dụng thuốc của bệnh viện. Kết quả phân tích này hoàn toàn tương đồng với. Bệnh viện Quân y 17 năm 2018 với chi phí cho nhóm

thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm 23,8% giá trị sử dụng [4]. Thực trạng này cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong bệnh viện vẫn ở mức cao.

***Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo nguồn gốc xuất xứ.** Bệnh viện Đại học Y Thái Bình có hơn 70,3% SKM là các thuốc sản xuất trong nước, tương ứng chiếm hơn 62,6% GTSD. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với bệnh viện Bệnh viện trung ương Huế năm 2015 chiếm 16,53% GTSD[3]. Bệnh viện đã có sự ưu tiên, chú trọng việc sử dụng thuốc sản xuất trong nước trong quá trình điều trị, đã giúp giảm thiểu chi phí điều trị.

***Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo thành phần.** Thuốc đơn thành phần được sử dụng nhiều nhất với 85,1% SKM và 89,0% GTSD. Kết quả này cũng tương đồng với Bệnh viện Quân y 17 năm 2018 chiếm 83,09% SKM và 78,68% GTSD[4]. Bệnh viện đã thực hiện tốt quy định về việc ưu tiên sử dụng thuốc đơn thành phần trong

điều trị cho bệnh nhân đáp ứng đúng quy định của BHYT theo Thông tư 21/2013/TT-BYT [1]. Điểm này cần duy trì thực hiện liên tục tại bệnh viện.

***Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo đường dùng.** Các thuốc dùng đường uống chiếm tỷ lệ 55,3% về SKM nhưng chi phí thuốc sử dụng chỉ chiếm có 43,0%. Trong khi đó thuốc dùng đường tiêm truyền có SKM chỉ chiếm 1/3 nhưng giá trị sử dụng lên đến 50,1%. Kết quả sử dụng thuốc tiêm truyền tại Bệnh viện tuy có tương đối cao nhưng có phần thấp hơn Bệnh viện đa khoa trung ương Huế chiếm 79,56% GTSD [3]. Việc sử dụng thuốc tiêm truyền sẽ hiệu quả hơn, tuy nhiên bệnh viện cũng nên xem xét việc thay thế một số thuốc tiêm bằng các dạng thuốc tiện dùng khác nếu có thể, để mang lại sự thuận tiện cho bệnh nhân và giảm thiểu chi phí điều trị cho người bệnh đặc biệt là đối với các bệnh mạn tính.

***Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo thuốc biệt dược gốc, thuốc generic.** Bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã chú trọng ưu tiên sử dụng thuốc generic trong điều trị với tỷ lệ thuốc generic được sử dụng rất cao chiếm tới 95,8% SKM và 96,1% GTSD trong nhóm thuốc hóa dược của Bệnh viện. Thuốc biệt dược gốc được sử dụng rất thấp, chỉ có 15 khoản mục. Điều này hoàn toàn phù hợp với quy định đối với các bệnh viện tuyến tỉnh tỷ lệ sử dụng biệt dược gốc tối đa bằng 5% chi phí sử dụng thuốc theo công văn 3794/BHXH-DVT thống nhất tỷ lệ sử dụng biệt dược gốc tại các tuyến điều trị theo chỉ đạo của Chính phủ [2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã phân tích được cơ cấu danh

mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020, kết quả cho thấy: chi phí cho thuốc hóa dược chiếm tỷ lệ cao tới 91,3% tổng kinh phí sử dụng thuốc; tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong bệnh viện ở mức cao, tới 22,1% giá trị sử dụng; bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã ưu tiên sử dụng các thuốc sản xuất trong nước (chiếm 62,6% GTSD), thuốc đơn thành phần (chiếm 81,3% GTSD), thuốc dùng đường uống (chiếm 43,0% GTSD), và thuốc generic (chiếm 96,1% GTSD). Như vậy có thể thấy, việc sử dụng thuốc tại Bệnh viện là tương đối hợp lý.

Qua việc phân tích danh mục thuốc cho thấy, thuốc tiêm được sử dụng tương đối nhiều, chiếm hơn 50% giá trị sử dụng thuốc trong toàn Bệnh viện; Thuốc kháng sinh cũng chiếm tỷ lệ cao. Bệnh viện cần thường xuyên rà soát danh mục thuốc sử dụng hàng năm để phát hiện ra các vấn đề bất hợp lý, qua đó kịp thời và kiên toàn lại công tác dự trữ, mua sắm thuốc trong những năm tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2011)**, Thông tư số 23/2011/TT-BYT ban hành ngày 10/06/2011, Thông tư hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh.
- Cục quản lý dược (2017)**, Công văn số 3794/BHXH-DVT thống nhất tỷ lệ sử dụng Biệt Dược gốc tại các tuyến điều trị theo chỉ đạo của Chính phủ.
- Nguyễn Kỳ Nhật, Nguyễn Thanh Bình, Phạm Trí Dũng.** Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2015. Tạp chí y học quân sự số 1-2021.
- Nguyễn Thị Xuân Thủy, Lê Thị Ngọc Yến,** Đình Xuân Đại. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng năm 2018 của bệnh viện Quân y 17. Tạp chí y học quân sự số 9-2020.

SỰ CẢI THIỆN VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 4 SAU 4 THÁNG CAN THIỆP

Nguyễn Thị Lệ Hằng¹, Nguyễn Thanh Hiệp², Nguyễn Quỳnh Trúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Văn hóa an toàn người bệnh là phần rất quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, đóng vai trò là nền tảng của an toàn

người bệnh, làm giảm sai sót y khoa. Bệnh viện Quận 4 thu hút một lượng lớn bệnh nhân đến khám và chữa bệnh, góp phần giải quyết gánh nặng quá tải cho các bệnh viện tuyến cuối. Tuy nhiên, theo dữ liệu về tỷ lệ báo cáo sự cố, sai sót y khoa tại Bệnh viện Quận 4 trong những năm gần đây chưa cao, thấp hơn so với các báo cáo trong nước và quốc tế, và có những sự cố được phát hiện không phải do báo cáo. **Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu đánh giá can thiệp trước sau từ tháng 01/2021 -12/2021. Lấy mẫu toàn bộ nhân viên y tế đang làm việc ở 18 khoa/phòng tại Bệnh viện Quận 4. Chương trình can thiệp về lĩnh vực tần suất báo cáo sự cố trên 5 nội dung: Đánh giá, so

¹Bệnh viện Quận 4, thành phố Hồ Chí Minh,

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Hằng

Email: nthilehang@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

sánh sự thay đổi Văn hoá an toàn người bệnh sau và trước chương trình can thiệp. **Kết quả.** Có 290 đối tượng tham gia trước can thiệp và 253 đối tượng tham gia sau can thiệp. Có sự khác biệt về điểm văn hóa trung bình trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ở các lĩnh vực sau: Lãnh đạo khoa khuyến khích An toàn người bệnh, Nhận thức về An toàn người bệnh, Thông tin phản hồi sai sót, Bàn giao và chuyển bệnh, Không trừng phạt khi có sự cố. Điểm văn hóa an toàn người bệnh trung bình tại bệnh viện sau can thiệp cao hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận.** Điểm văn hóa an toàn người bệnh sau can thiệp cao hơn trước can thiệp. Bệnh viện nên cập nhật thay đổi lại quy trình báo cáo sự cố và khuyến khích nhân viên y tế chủ động báo cáo. Nâng cao vai trò của tổ Quản lý chất lượng bệnh viện trong việc thông tin phản hồi sai sót. Có kế hoạch đào tạo và thu hút nguồn nhân sự về làm việc tại bệnh viện, giảm áp lực cho nhân viên y tế.

Từ khóa: Văn hóa an toàn người bệnh, bệnh viện Quận 4, can thiệp.

SUMMARY

IMPROVEMENT OF PATIENT SAFETY CULTURE AT DISTRICT 4 HOSPITAL AFTER 4 MONTHS OF INTERVENTION

Question. A culture of patient safety is a very important part of improving healthcare quality, serving as the foundation of patient safety and reducing medical errors. District 4 Hospital attracts a large number of patients for medical examination and treatment, contributing to solving the overcrowded burden of the last-level hospitals. However, according to the data on the reported rate of medical errors and incidents at District 4 Hospital in recent years, it is not high, lower than domestic and international reports, and there are incidents that have been detected is not due to reporting. **Research subjects and methods.** Study to evaluate intervention before and after from January 2021 to December 2021. Sampling all medical staff working in 18 departments/rooms at District 4 Hospital. Intervention program in the area of incident reporting frequency on 5 contents. Evaluate and compare changes in patient safety culture after and before the intervention program. **Result.** There were 290 participants before the intervention and 253 participants after the intervention. There is a difference in mean cultural scores before and after the intervention that is statistically significant in the following areas: Patient safety promotion, Patient safety awareness, Error feedback, Handover and transfer of disease, No punishment when there is an incident. The average patient safety culture score at the hospital after the intervention was significantly higher than before the intervention ($p < 0.001$). **Conclude.** The patient safety culture score after intervention was higher than before the intervention. Hospitals should update their incident reporting procedures and encourage medical staff to proactively report them. Enhance the role of the Hospital Quality Management team in providing feedback on errors. Plan to train and attract human resources to work at the hospital, reducing pressure on medical staff.

Keywords: Patient safety culture, District 4 hospital, intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Văn hóa an toàn người bệnh là phần rất quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, là nền tảng của an toàn người bệnh, làm giảm sai sót y khoa. Văn hóa an toàn trong chăm sóc sức khỏe giúp nhân viên có nhận thức tích cực về tâm lý an toàn, làm việc nhóm, lãnh đạo và cảm thấy thoải mái khi thảo luận về lỗi y khoa [2]. Xây dựng nền văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện là một trong những phần quan trọng nhất để cải thiện chất lượng điều trị, khám chữa bệnh và đảm bảo an toàn trong chăm sóc sức khỏe [8]. Bệnh viện Quận 4 thu hút một lượng lớn bệnh nhân đến khám và chữa bệnh mỗi ngày, góp phần giải quyết gánh nặng quá tải cho các bệnh viện tuyến cuối. Nghiên cứu với mục tiêu xác định điểm văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế và đánh giá sự cải thiện về văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế tại Bệnh viện Quận 4 sau 4 tháng can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Tiến hành lấy mẫu toàn bộ nhân viên y tế ở 18 khoa/phòng tại Bệnh viện Quận 4 từ tháng 01/2021 -12/2021. Tiêu chí chọn vào là tất cả nhân viên y tế có thời gian làm việc ít nhất 6 tháng tại bệnh viện Quận 4. Tiêu chí loại ra gồm những phiếu bỏ trống hoặc không điền đầy đủ 80% các câu hỏi liên quan đến An toàn người bệnh (ATNB) của phiếu khảo sát và những phiếu có đáp án trả lời 1 ý kiến từ đầu đến cuối phiếu khảo sát.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đánh giá can thiệp trước sau. Chương trình can thiệp về lĩnh vực tần suất báo cáo sự cố trong thời gian 10 tháng (từ tháng 02/2021 - tháng 12/2021) như sau:

(1) Cải cách về thủ tục hành chính: rà soát, cập nhật lại các quy định, quy trình, biểu mẫu báo cáo sự cố y khoa theo Thông tư 43/2018/TT-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2018, đa dạng hóa các hình thức báo cáo, phân công phân quyền đối với nhân viên, quy định lại thời gian xử lý sự cố và phản hồi lại cho khoa/phòng

(2) Cải tiến chương trình đào tạo nhằm tăng cường nhận thức của nhân viên y tế về báo cáo sự cố tự nguyện: tập huấn bằng đào tạo tập trung và đào tạo liên tục

(3) Động viên khuyến khích báo cáo sự cố tự nguyện: ban hành quy chế khen thưởng, phân tích ngay sự cố và phản hồi lại khoa/phòng các giải pháp khắc phục

(4) Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát các nội dung liên quan đến văn hóa an toàn người bệnh: thường xuyên giám sát, kiểm tra

(5) Đề xuất các hình thức, chế độ động viên khuyến khích việc thực hiện văn hóa an toàn người bệnh: đánh giá thi đua khen thưởng cuối năm của khoa/phòng, đánh giá việc thực hiện văn hóa an toàn người bệnh của khoa/phòng dựa vào số lượng và chất lượng của các báo cáo sự cố tự nguyện.

Công cụ thu thập. Thu thập trên Google Form bộ câu hỏi HSOPSC được phát triển bởi cơ quan Nghiên cứu y tế và quản lý chất lượng Hoa Kỳ vào năm 2004 được dịch sang tiếng Việt theo phiên bản của Sở Y tế TP. HCM [1].

Xử lý dữ liệu. Dữ liệu sẽ phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Thống kê mô tả được thể hiện qua tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến số định tính. Sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

Thống kê phân tích sử dụng kiểm định t-test để so sánh điểm số văn hóa an toàn người bệnh của 12 lĩnh vực trước và sau can thiệp, điểm số văn hóa an toàn theo các cấp độ quản lý trước và sau can thiệp. Kiểm định prtest để so sánh tỷ lệ phản hồi tích cực của 12 lĩnh vực văn hóa an toàn người bệnh trước và sau can thiệp.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích rõ về nội dung và mục đích của nghiên cứu. Việc tham gia vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, được ghi nhận thông qua phiếu đồng thuận của đối tượng. Những thông tin cung cấp được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (Tỷ lệ %)	
	Trước CT	Sau CT
Giới:		
Nữ	191 (65,86)	172(67,98)
Nam	99(34,14)	81 (32,02)
Nhóm tuổi		
≤ 30 tuổi	102 (35,17)	71 (28,06)
31-40 tuổi	119 (41,03)	103 (40,71)
>40 tuổi	69 (23,79)	79 (31,23)
Tập huấn về ATNB		
Có	251 (86,55)	224 (88,54)
Không	39 (13,45)	29 (11,46)
Tiếp xúc trực tiếp với người bệnh		

Bảng 3. Điểm Văn hóa an toàn người bệnh trung bình của 12 lĩnh vực

Lĩnh vực	Trung bình ±độ lệch chuẩn		p-value
	Trước CT (n=290)	Sau CT (n=253)	
1. Làm việc nhóm trong khoa	4,25±0,65	4,16±0,65	0,111
2. Lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB	3,94±0,59	4,11±0,57	<0,001

Có	255 (87,93)	219 (86,56)
Không	35 (12,07)	34 (13,44)
Chức danh công việc		
Bác sĩ	83 (28,62)	69 (27,27)
Điều dưỡng	90 (31,03)	77 (30,43)
Kỹ thuật viên	32 (11,03)	23 (0,09)
Dược sĩ	20 (6,90)	23 (0,09)
Nữ hộ sinh	13 (4,48)	7 (2,77)
Hộ lý	11 (3,79)	14 (5,53)
Bảo vệ	5 (1,72)	5 (1,98)
Khác	36 (12,41)	35 (18,83)
Trình độ học vấn		
Trung cấp	67 (23,10)	54 (21,34)
Cao đẳng	37 (12,76)	30 (11,86)
Đại học	138 (47,59)	125(49,41)
Sau đại học	26 (8,97)	27 (10,67)
Khác	22 (7,59)	17 (6,72)

Có 290 đối tượng tham gia trước can thiệp và 253 đối tượng tham gia sau can thiệp. Trước và sau can thiệp, nữ giới đều chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (65,86% và 67,98%). Trước can thiệp, nhóm tuổi tham gia nghiên cứu tập trung phần lớn ở nhóm ≤30 tuổi và 31 – 40 tuổi. Sau can thiệp, phần lớn các đối tượng tập trung ở nhóm 31 – 40 tuổi và >40 tuổi. Nhóm có được tập huấn ATNB trong một năm qua trước và sau can thiệp đều chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm chưa được tập huấn (86,55% và 88,54%). Đa số nhân viên y tế có công việc tiếp xúc trực tiếp với người bệnh. Nhân viên y tế tham gia nghiên cứu gồm đầy đủ tất cả các chức danh trong bệnh viện và có sự tương đồng trước và sau can thiệp.

Bảng 2. Sự cố cáo cáo trong 12 tháng qua của nhân viên y tế

Sự cố báo cáo trong 12 tháng	Tần số (Tỷ lệ %)	
	Trước CT (n=290)	Sau CT (n=253)
Không có	197 (67,93)	172 (67,98)
1-2 sự cố	67 (23,10)	44 (17,39)
3-5 sự cố	15 (5,17)	24 (9,49)
6-10 sự cố	11 (3,79)	2 (1,58)
11-20 sự cố	0	9 (3,56)
≥ 21 sự cố	0	2 (0,79)

Không có báo cáo trong 12 tháng qua có tỷ lệ cao, tương ứng trước và sau can thiệp là 67,93% và 67,98%. Báo cáo từ 1-2 sự cố với tỷ lệ tương ứng là 23,10% và 17,39%. Sau can thiệp, số báo cáo từ 3-5 và 11-20 sự cố chiếm cao hơn trước can thiệp (9,49% và 3,56%).

3. Học tập tổ chức – cải tiến liên tục	4,06±0,59	4,00±0,57	0,230
4. Hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện	3,97±0,6	4,02±0,52	0,299
5. Nhận thức về ATNB	3,62±0,59	4,08±0,41	<0,001
6. Thông tin phản hồi sai sót	3,46±0,62	3,97±0,92	<0,001
7. Cởi mở trong thông tin về sai sót	3,59±0,87	3,48±0,82	0,132
8. Tần suất báo cáo sự cố	4,03±1,03	3,97±1,03	0,498
9. Làm việc nhóm giữa các khoa	3,73±0,63	3,64±0,63	0,097
10. Nhân sự	3,19±0,60	3,15±0,57	0,425
11. Bàn giao và chuyển bệnh	3,43±0,66	3,82±0,86	<0,001
12. Không trừng phạt khi có sự cố	3,23±0,72	3,84±0,95	<0,001

Trước và sau can thiệp, lĩnh vực làm việc nhóm trong khoa có điểm văn hóa an toàn người bệnh trung bình cao nhất (4,25 ± 0,65 điểm và 4,16 ± 0,65 điểm). Lĩnh vực nhân sự trước và sau can thiệp có điểm trung bình thấp nhất (3,19 ± 0,6 điểm và 3,15 ± 0,57 điểm).

Có sự khác biệt về điểm văn hóa trung bình trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ở các lĩnh vực sau: Lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB, Nhận thức về ATNB, Thông tin phản hồi sai sót, Bàn giao và chuyển bệnh, Không trừng phạt khi có sự cố.

Bảng 4. Tỷ lệ phản hồi tích cực chung của 12 lĩnh vực Văn hoá an toàn người bệnh

Lĩnh vực	Tỷ lệ tích cực(%)		p-value
	Trước CT (n=290)	Sau CT (n=253)	
1. Làm việc nhóm trong khoa	258 (89,89)	219 (86,46)	0,245
2. Lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB	225 (77,59)	223 (87,94)	0,004
3. Học tập tổ chức – cải tiến liên tục	242 (83,45)	206 (81,56)	0,599
4. Hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện	229 (78,98)	202 (79,98)	0,795
5. Nhận thức về ATNB	178 (61,38)	217 (85,77)	<0,001
6. Thông tin phản hồi sai sót	158 (55,17)	171 (67,46)	0,022
7. Cởi mở trong thông tin về sai sót	177 (61,03)	148 (58,50)	0,643
8. Tần suất báo cáo sự cố	199 (68,50)	178 (70,36)	0,696
9. Làm việc nhóm giữa các khoa	190 (65,61)	157 (62,15)	0,504
10. Nhân sự	129 (44,49)	104 (41,40)	0,636
11. Bàn giao và chuyển bệnh	145 (50,09)	171 (67,69)	0,002
12. Không trừng phạt khi có sự cố	120 (41,29)	184 (72,60)	<0,001
Tỷ lệ phản hồi tích cực chung	188 (64,79)	182 (72,00)	0,134

Tỷ lệ phản hồi tích cực chung sau can thiệp là 72,00%, cao hơn trước can thiệp (64,79%). Trước can thiệp, nghiên cứu ghi nhận sáu lĩnh vực có tỷ lệ trả lời tích cực từ 50,09% đến 68,50% thấp hơn hẳn so với các lĩnh vực còn lại (77,59%-89,89%). Sau can thiệp, nghiên cứu chỉ nhận bốn lĩnh vực có tỷ lệ trả lời tích cực từ 58,5% đến 67,69% thấp hơn hẳn so với các lĩnh vực còn lại (70,36%- 87,94%) bao gồm: Bàn giao và chuyển bệnh (67,69%), Thông tin phản hồi sai sót (67,46%), Làm việc nhóm giữa các khoa (62,15%), Cởi mở trong thông tin về sai sót (58,5%), Vẫn còn một lĩnh vực dưới 50% là Nhân sự (41,40%). Có năm lĩnh vực có tỷ lệ phản hồi tích cực sau can thiệp cao hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê, bao gồm: Lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB (p=0,004), Thông tin phản hồi sai sót (p=0,022), Phản ứng không trừng phạt lỗi (p<0,001)

Bảng 5. Trung bình điểm số Văn hoá an toàn người bệnh

Điểm ATNB trung bình	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	p-value
Trước CT (n=290)	3,74±0,61	5	2	< 0,001
Sau CT (n=253)	4,00±0,59	5	1	

Điểm văn hóa an toàn người bệnh trung bình tại bệnh viện sau can thiệp cao hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Với tỷ lệ tham gia khảo sát trước và sau can thiệp là 97,30% và 93%, đạt yêu cầu của lấy mẫu toàn bộ nhân viên y tế. Mẫu trước và sau can thiệp đều cùng là đối tượng nhân viên y tế tại bệnh viện Quận 4 nên đặc tính mẫu của 2

nhóm trước và sau can thiệp tương đồng nhau.

Đánh giá điểm số văn hóa an toàn người bệnh trung bình của 12 lĩnh vực. Trước và sau can thiệp, điểm trung bình văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện được đánh giá là khá cao (từ mức 3,50 trở lên). Trong đó, cao nhất là lĩnh vực "Làm việc nhóm trong khoa", thấp nhất là "Nhân sự". Điều này tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi năm 2019 [4]. Sau can thiệp, phần lớn các lĩnh vực đều có điểm văn hóa an toàn người bệnh cao hơn trước can thiệp. Bệnh viện trong những năm qua đều có xây dựng đầy đủ các quy trình nhằm nâng cao chất lượng và kiểm soát an toàn người bệnh, nên chương trình can thiệp chủ yếu tác động mạnh đến phần thay đổi nhận thức của nhân viên y tế. Điều này cho thấy hiệu quả của chương trình can thiệp mang lại, nhân viên y tế tại địa điểm nghiên cứu đã có cái nhìn và sự quan tâm hơn trong các hoạt động của bệnh viện để cải thiện văn hóa an toàn người bệnh.

Đánh giá tỷ lệ phản hồi tích cực của 12 lĩnh vực văn hóa an toàn trước và sau can thiệp. Tỷ lệ phản hồi tích cực chung sau can thiệp là 72%, cao hơn trước can thiệp (64,79%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước như: nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I năm 2012, Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi năm 2019 với tỷ lệ lần lượt là: 69%, 69,50%[4],[3]. So với nghiên cứu thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn nghiên cứu tại Đài Loan với tỷ lệ phản hồi tích cực là 64% [6]. Xét từng lĩnh vực cụ thể, có năm lĩnh vực có tỷ lệ phản hồi tích cực sau can thiệp cao hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê, bao gồm: Lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB ($p=0,004$), Thông tin phản hồi sai sót ($p=0,022$), Phản ứng không trừng phạt lỗi ($p<0,001$), Bàn giao và chuyển bệnh ($p=0,002$), Nhận thức về an toàn người bệnh ($p<0,001$).

Một số lĩnh vực có tỷ lệ phản hồi tích cực trước và sau can thiệp khá cao trên 85% nên sự tác động của chương trình can thiệp cũng không có ý nghĩa nhiều, gồm các lĩnh vực: Làm việc nhóm trong khoa, Học tập tổ chức – cải tiến liên tục, Hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện.

Đánh giá chung về mức độ an toàn người bệnh tại bệnh viện trước và sau can thiệp. Điểm trung bình an toàn người bệnh tại bệnh viện sau can thiệp đạt 4 điểm cao hơn trước can thiệp (3,74 điểm), khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Điều này cho thấy sau can thiệp, vấn đề an toàn người bệnh tại

bệnh viện đã được quan tâm cải thiện, có hơn 75% nhân viên đánh giá chung về mức độ an toàn người bệnh ở mức rất tốt (trước can thiệp đạt 63,45%). Kết quả này cao hơn nhiều nghiên cứu trong nước như: tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi năm 2017 và 2019 với điểm an toàn trung bình tại bệnh viện lần lượt là: 3,50 điểm, 3,63 điểm [5],[4]. Sau can thiệp, đa phần đánh giá mức độ an toàn người bệnh tại bệnh viện ở mức rất tốt trở lên (90,10%); mức chấp nhận được chiếm 6,32%. Kết quả này cao hơn nhiều nghiên cứu tại TP. HCM [5],[4] và Á Rập [7] .

V. KẾT LUẬN

Điểm số văn hóa an toàn người bệnh trung bình chung trước và sau can thiệp lần lượt là: $3,74 \pm 0,61$; $4 \pm 0,59$. Điểm số văn hóa an toàn trung bình của 12 lĩnh vực sau can thiệp cao hơn trước can thiệp. Qua kết quả, Bệnh viện nên cập nhật thay đổi lại quy trình báo cáo sự cố và khuyến khích nhân viên y tế chủ động trực tiếp báo cáo khi phát hiện sự cố. Nâng cao vai trò của tổ Quản lý chất lượng bệnh viện, nên xây dựng quy chế phối hợp chặt chẽ và hài hòa để các khoa thuận tiện trong việc phối hợp hỗ trợ lẫn nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ban An toàn người bệnh,** Hội đồng quản lý chất lượng khám chữa bệnh Sở Y tế TPHCM (2016) "Khuyến cáo xây dựng văn hóa An toàn người bệnh tại các bệnh viện".
- Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh (2019)** "Xây dựng văn hóa an toàn người bệnh".
- Tăng Chí Thương, Nguyễn Thanh Hùng, Lê Bích Liên, Đào Trung Hiếu, Đỗ Văn Niệm, Ngô Ngọc Quang Minh, et al. (2014)** "Khảo sát văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện Nhi Đồng 1". Tạp chí Y học TP HCM, 18 (4), 8-17.
- Nguyễn Thị Ngọc Trâm (2019)** "Văn hóa an toàn người bệnh và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi năm 2019". Khóa luận tốt nghiệp đại học, Đại học Y dược Tp. HCM.,
- Nguyễn Đức Trọng (2017)** "Văn hóa an toàn người bệnh và các yếu tố liên quan tại hai bệnh viện đa khoa của TP.HCM". Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế công cộng, Đại học Y dược TP.HCM.,
- I. C and Li Chen, H. H (2010)** "Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)". BMC Health Serv Res, 10, 152.
- H. A Alahmadi (2010)** "Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals". Qual Saf Health Care, 19 (5), 17.
- Y Wu, et al. (2013)** "The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture". BMC Health Serv Res, 13, 394.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP KHI KHỞI MÊ BẰNG HỖN HỢP ETOMIDAT 2%- PHENYLEPHRIN 50mcg/ml SO VỚI ETOMIDAT 2% TRONG PHẪU THUẬT TIM MỞ Ở NGƯỜI LỚN

Dương Phương Chinh*, Nguyễn Quốc Kính*,
Phạm Quang Minh**, Lưu Quang Thụy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số tuần hoàn và tác dụng dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê bằng hỗn hợp etomidat 2% - phenylephrin 50mcg/ml so với etomidat 2% trong phẫu thuật tim mở ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, 60 bệnh nhân có phẫu thuật tim mở được chia làm 2 nhóm: Nhóm 1: bệnh nhân được khởi mê bằng etomidat 2%-2ml NaCl 0,9%. Nhóm 2: bệnh nhân được khởi mê bằng etomidat 2% - 2ml phenylephrin 50mcg/ml. Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số tuần hoàn (tần số tim, CVP, huyết áp) và tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp sau khởi mê giữa 2 nhóm nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Không có sự khác biệt về 1 số chỉ số tuần hoàn (tần số tim, CVP, HATT, HATT_r, HATB) giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tụt huyết áp thấp hơn ở nhóm có dùng phenylephrine (66,7% so với 90%). **Kết luận:** Trong phẫu thuật tim mở ở người lớn, khởi mê bằng hỗn hợp etomidat- phenylephrin có tác dụng dự phòng tụt huyết áp và không ảnh hưởng tới tình trạng tuần hoàn của bệnh nhân.

Từ khóa: Etomidat, phenylephrin, tụt huyết áp sau khởi mê, bệnh nhân mổ tim mở.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTS OF THE COMBINATION OF ETOMIDATE 2%- PHENYLEPHRINE 50mcg/ml VERSUS 2% ETOMIDATE ON CIRCULATION ALTERATIONS AND HYPERTENSION PREVENTION IN ADULT OPEN HEART SURGERY

Objectives: To evaluate the changes of some circulatory indices and the effect of preventing hypotension during induction stage of anesthesia with a mixture of 2% etomidate - phenylephrine 50mcg/ml compared with 2% etomidate in adult open heart surgery. **Methods:** Randomized controlled clinical trial on 60 patients with open heart surgery being divided into 2 groups: Group 1: inducing with etomidate 2% - 2ml NaCl 0.9%. Group 2: inducing with etomidate 2% - 2ml of phenylephrine 50mcg/ml. We evaluated the change of some circulatory indices (heart rate, CVP, blood pressure) and the proportion of patients with

hypotension after induction stage of anesthesia between the 2 study groups. **Results:** There was no difference in some circulatory indices (heart rate, CVP, SBP, DPB, MBP) between the 2 study groups. The rate of hypotension was lower in the phenylephrine group (66.7% versus 90%). **Conclusions:** In open heart surgery in adults, performing induction of anesthesia with a mixture of etomidate-phenylephrine helps to prevent hypotension and does not affect the patient's circulatory status.

Key words: Etomidate, phenylephrine, hypotension in inducing stage of anesthesia, open heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt huyết áp (HA) khi khởi mê (General anesthesia induction- related hypotension, GAIH) là một vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng và là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân (BN). Phẫu thuật mổ tim là phẫu thuật có nguy cơ tụt huyết áp cao với các BN có bệnh lý tim mạch nặng: bệnh mạch vành, bệnh van tim, tim bẩm sinh, bệnh cơ tim...

Để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê, đã có một số nghiên cứu việc kết hợp propofol với thuốc vận mạch: ephedrin, phenylephrin hoặc với ketamin nhằm làm giảm tác dụng hạ áp của thuốc mê. Phenylephrin là thuốc tác động chọn lọc trên thụ thể alpha giao cảm, do đó tác dụng chủ yếu làm co mạch, ít tác động trên tim, không làm tăng nhịp tim hay co bóp cơ tim. Etomidat được đưa vào sử dụng từ năm 1972 với đặc tính duy trì ổn định huyết động, khoảng cách giữa liều độ và liều tác dụng lớn (etomidat: gấp 30 lần, propofol: 4-5 lần). Do ít ức chế giao cảm và ít tác động trên receptor nhận cảm áp lực, etomidat được lựa chọn là 1 trong những thuốc khởi mê tốt cho các BN có nguy cơ tụt huyết áp, BN với bệnh lý tim mạch làm giảm chức năng tim. Ngoài ra, etomidat duy trì tỷ lệ cung - cầu oxy cho cơ tim, giảm nguy cơ thiếu máu cơ tim trong gây mê.

Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, khởi mê bằng etomidat vẫn có một tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện tụt huyết áp. Tại Việt Nam, chưa có các nghiên cứu về việc phối hợp 2 thuốc trên để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê cho BN mổ tim mở, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài này.

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Phương Chinh

Email: duongphuongchinh09@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi có bệnh lý van tim hoặc bệnh mạch vành có chỉ định phẫu thuật tim mở có kế hoạch. EuroScore <6, EF ≥ 30, ASA II-IV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng mổ tim mạch lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2021 – 9/2021.

b. Loại nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có so sánh.

2.3 Tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu. Lấy mẫu thuận tiện gồm 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm ngẫu nhiên:

Nhóm 1: gồm 30 bệnh nhân được khởi mê bằng etomidat 2% - 2ml NaCl 0,9%

Nhóm 2: gồm 30 bệnh nhân được khởi mê bằng hỗn hợp etomidat 2% - 2ml phenylephrin 50mcg/ml.

2.4. Xử lý kết quả nghiên cứu: Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm liên quan đến bệnh nhân, loại phẫu thuật

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và phân loại phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)
Tuổi (năm)	59,73±9,15	60,87±11,66
Giới(% nam)	43,33	63,33
Cân nặng(kg)	50,93±9,31	51,90±8,30
BMI (kg/m ²)	20,26±1,98	20,65±2,88
ASA		
II	3,33	0
III	73,33	66,67
IV	23,33	33,33
Phân loại phẫu thuật		
Bệnh mạch vành	3,33	10
Bệnh van tim	90	80
Phối hợp 2 loại	6,67	10

P > 0,05

Nhận xét: Hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.1.2. Liều lượng thuốc mê sử dụng

Bảng 2: Liều lượng thuốc mê sử dụng khi khởi mê

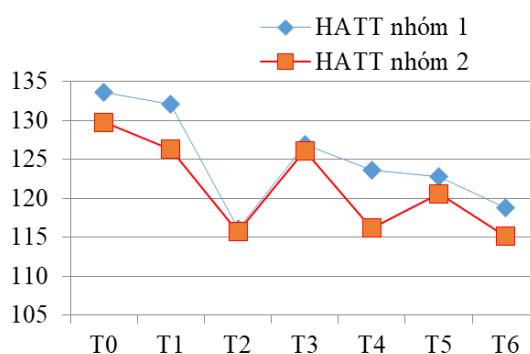
	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	P
Tổng liều etomidat (mg)	10,20±2,53	9,33±1,61	P > 0,05
Liều etomidat	0,21±0,06	0,18±0,04	

(mg/kg)		
Liều phenylephrine (mcg)		51,67±18,23

Nhận xét: Tổng lượng thuốc etomidat sử dụng và liều etomidat (mg/kg) giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt (p > 0,05). Liều phenylephrin trung bình đã sử dụng ở nhóm 2 là 51,67 ± 18,23 mcg.

3.2. Đánh giá tác dụng dự phòng tụt huyết áp của hỗn hợp etomidat – phenylephrin.

3.2.1. So sánh huyết áp tâm thu các thời điểm giữa 2 nhóm



Biểu đồ 1. Thay đổi HATT 2 nhóm theo các thời điểm nghiên cứu.

Nhận xét: HATT trung bình giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ở tất cả các thời điểm nghiên cứu (p > 0,05).

3.2.2. So sánh huyết áp tâm trương các thời điểm giữa 2 nhóm

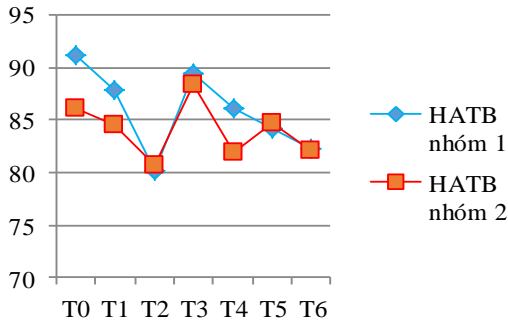
Bảng 3: Thay đổi HATTr giữa 2 nhóm tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	HATTr nhóm 1 (X ±SD) (mmHg)	HATTr nhóm 2 (X ±SD) (mmHg)	P
T0	66,00 ± 12,23	63,17 ± 13,53	p > 0,05
T1	64,43 ± 11,14	62,03 ± 13,81	
T2	59,53 ± 12,31*	63,17 ± 17,08	
T3	68,87 ± 13,89	69,27 ± 19,32*	
T4	66,00 ± 12,48	63,93 ± 18,25	
T5	63,93 ± 12,56	66,10 ± 14,29	
T6	63,63 ± 14,58	64,20 ± 13,44	

Chú thích: * là các giá trị có p < 0,05 khi so sánh với giá trị HATTr nền

Nhận xét: Huyết áp tâm trương trung bình ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu với p > 0,05.

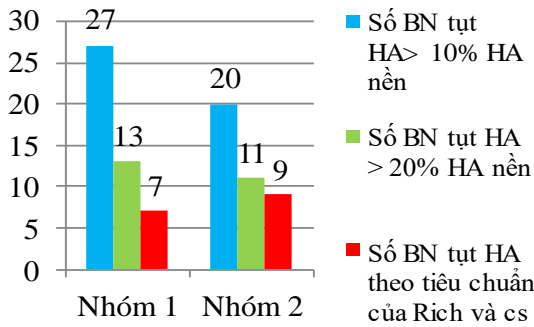
3.2.3. So sánh huyết áp trung bình các thời điểm giữa 2 nhóm



Biểu đồ 2. Sự thay đổi HATB của 2 nhóm qua các thời điểm nghiên cứu.

Nhận xét: Huyết áp trung bình của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu với $p > 0,05$.

3.2.4. So sánh tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp sau khởi mê giữa 2 nhóm



Biểu đồ 3. Số BN có xuất hiện tụt huyết áp sau khởi mê ở 2 nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Giữa 2 nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tại ít nhất 1 thời điểm > 10% huyết áp nền có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, thấp hơn ở nhóm sử dụng etomidat phối hợp với phenylephrin (66,7% so với 90%, $p < 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp > 20% so với huyết áp nền và theo tiêu chuẩn của Reich và cs giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

3.3.5. Các can thiệp để nâng huyết áp của 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng thêm dịch truyền

	Nhóm 1 (n= 30)	Nhóm 2 (n=30)	P
	Số bệnh nhân (%)		
Số bệnh nhân cần truyền thêm dịch	13 (43,3)	11 (36,7)	$p > 0,05$

Lượng dịch ($\bar{X} \pm SD$) ml	117,85 \pm 31,67	133,33 \pm 35,36	
------------------------------------	--------------------	--------------------	--

Nhận xét: Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân cần truyền thêm dịch và lượng dịch trung bình $p > 0,05$.

Bảng 5. Tỷ lệ BN cần dùng thêm thuốc vận mạch

Chỉ số	Nhóm 1 (n = 30)	Nhóm 2 (n = 30)	P
	Số bệnh nhân (%)		
Số BN cần dùng thêm thuốc vận mạch	7 (23,3)	8 (26,7)	$p > 0,05$
Số BN cần dùng thêm ephedrin	1 (3,3)	4 (13,3)	
Số BN cần dùng thêm phenylephrin	6 (20)	4 (13,3)	
Liều trung bình ephedrin ($\bar{X} \pm SD$) mg	6	7,5 \pm 3,00	
Liều trung bình phenylephrin ($\bar{X} \pm SD$) mcg	58,33 \pm 20,41	50	

Nhận xét: Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bệnh nhân cần dùng thêm thuốc vận mạch, liều trung bình ephedrin và phenylephrin dùng thêm để điều chỉnh huyết áp ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trước mổ.

Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về các mặt: tuổi, giới, cân nặng, BMI, ASA và bệnh lý phẫu thuật. Tổng lượng thuốc etomidat sử dụng và liều etomidat (mg/kg) giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Liều phenylephrin trung bình đã sử dụng ở nhóm 2 là 51,67 \pm 18,23 mcg.

4.2. Diễn biến huyết áp 2 nhóm nghiên cứu.

4.2.1. Huyết áp tâm thu: HATT trung bình của nhóm 1 và nhóm 2 không khác biệt có ý nghĩa với $p > 0,05$ tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Mức chênh lệch HA của nhóm 1 cao nhất quan sát thấy ở T2, thấp hơn 17,53 \pm 20,97mmHg so với nền, ở nhóm 2 là 14,70 \pm 20,96mmHg tại thời điểm T6. Dao động HA của nhóm 1 lớn hơn nhóm 2. Nghiên cứu của Phạm Tuấn Anh và cs [1], HATT nền là 118,6 \pm 13,8 mmHg, giảm sau khi khởi mê bằng etomidat đến giá trị 81,5 \pm 10,4mmHg. Sau khi tiêm phenylephrin với liều trung bình 55 \pm 15mcg, HATT tăng lên 104,9 \pm 14,3mmHg, sau đó duy trì không khác biệt với mức nền. Liều phenylephrin

điều trị này tương đương với liều dự phòng ở nhóm 2 của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung HATT giảm có ý nghĩa so với mức nền ở cả 2 nhóm sau khi tiêm etomidat hoặc hỗn hợp etomidat và phenylephrin, ngoại trừ T3 là thời điểm ngay sau đặt NKQ, HA tăng trở lại.

4.2.2. Huyết áp trung bình: Huyết áp trung bình nhóm 1 tại T0 là $91,23 \pm 11,02$ mmHg, giảm có ý nghĩa thống kê từ T2 (sau khi tiêm etomidat, $p < 0,05$) và trở về mức nền từ T3 (sau khi đặt NKQ, $p > 0,05$). Sau đó, từ thời điểm T4 (1 phút sau đặt NKQ), HATB nhóm 1 lại giảm có ý nghĩa với $p < 0,05$. Có 4 thời điểm T2, T4, T5, T6, HATB của bệnh nhân nhóm 1 thấp hơn HA nền. Huyết áp trung bình nhóm 2 tại T0 là $86,10 \pm 11,77$ mmHg, giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T2 (sau khi tiêm hỗn hợp etomidat và phenylephrin, $p < 0,05$), sau đó từ thời điểm T3 (sau khi đặt NKQ), HATB nhóm 2 trở về mức nền với $p > 0,05$. So sánh HATB 2 nhóm ở các thời điểm không có sự khác biệt có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của Kamenik và cs [2], HATB nền của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là 100 ± 14 mmHg và 104 ± 13 mmHg. Giá trị này cao hơn HATB nền 2 nhóm của chúng tôi. Kamenik sử dụng phenylephrin truyền liên tục tốc độ 5mcg/kg/phút duy trì được HATB cao hơn ở các thời điểm liên tục từ phút thứ 3 đến phút 20 ở nhóm 2, khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của El Tahan [3], 5 nhóm nghiên cứu khởi mê bằng propofol, nhóm 1 dùng nước muối, nhóm 2,3,4 dùng ephedrin liều lần lượt là: 0,07 mg/kg, 0,1mg/kg và 0,15mg/kg), nhóm 5 dùng phenylephrin 1,5 mcg/kg. Kết quả cho thấy nhóm sử dụng phenylephrin có HATB cao hơn rõ rệt so với 3 nhóm còn lại trong 20 phút quan sát. Như vậy, phenylephrin có tác dụng rõ ràng trong duy trì HATB sau khởi mê.

4.3. So sánh tỷ lệ tụt huyết áp và các can thiệp cải thiện huyết áp giữa 2 nhóm.

4.3.1. Tỷ lệ tụt huyết áp sau khởi mê. So sánh giữa 2 nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tại ít nhất 1 thời điểm sau khởi mê $> 10\%$ huyết áp nền có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, thấp hơn ở nhóm sử dụng etomidat phối hợp với phenylephrin (66,7% ở nhóm 2 so với 90% ở nhóm 1, $p < 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp $> 20\%$ so với huyết áp nền và theo tiêu chuẩn tụt huyết áp nặng trong nghiên cứu của Reich và cs [4] giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HA tụt $>$

20% so với HA nền ở nhóm 1 là 43,3 % và nhóm 2 là 36,7 %. Theo nghiên cứu của Dhungana [5], khi khởi mê với propofol, tỷ lệ tụt HA $> 20\%$ ở nhóm chúng là 67,5%, nhóm truyền Haemacel là 23,1% và nhóm pha ephedrin là 22,5%. Nghiên cứu của Farhan và cs [6], tỷ lệ tụt HA trung bình tất cả là 38,5%, trong đó cao nhất ở nhóm chúng (60%), nhóm sử dụng ephedrin là 31,1%, nhóm sử dụng phenylephrin là 24,4% . Như đã phân tích ở trên, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên các bệnh nhân phẫu thuật tim mở, ASA chủ yếu III - IV, tuổi trung bình tương đối cao: $59,73 \pm 9,15$ ở nhóm 1 và $60,87 \pm 11,66$ ở nhóm 2, có tỷ lệ mắc các bệnh lý mạn tính cao hơn rõ rệt, bệnh lý chính lại là nhóm tim mạch ($> 80\%$ là bệnh lý van tim) so với nghiên cứu của Farhan (BN tuổi từ 18-60, trung bình là $36,24 \pm 10,89$ ở nhóm 1 và không khác biệt với các nhóm khác), ASA I-II . Do đó, kết quả tỷ lệ tụt HA $> 20\%$ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Tỷ lệ tụt huyết áp nặng theo tiêu chuẩn của Reich và cs [4] trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,3% ở nhóm 1 (7 bệnh nhân) và 30% ở nhóm 2 (9 bệnh nhân). Kết quả này cao hơn hẳn trong nghiên cứu của Reich, 5,6% ở các bệnh nhân ASA I - II và 9,9% ở các bệnh nhân ASA III - IV. Nguyên nhân do trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều có bệnh lý tim nặng, tình trạng ASA chủ yếu là III - IV. Nghiên cứu của Green và cs [6], tỷ lệ tụt huyết áp lên đến 60%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân do thuốc khởi mê là propofol, đặc tính gây hạ áp cao hơn so với etomidat, định nghĩa tụt huyết áp cũng khác: bao gồm tất cả các bệnh nhân có HATT < 80 mmHg hoặc giảm $> 20\%$ so với HA nền, hoặc HATB < 60 mmHg ở bất kì thời điểm nào sau khởi mê 15 phút, hoặc nếu đã có tụt huyết áp từ trước khởi mê (HATT < 90 mmHg) thì được tính khi HATB giảm thêm > 5 mmHg, hoặc sử dụng thêm hoặc tăng liều các thuốc vận mạch trong 15 phút sau khởi mê.

4.3.2. Các can thiệp điều chỉnh huyết áp trong nghiên cứu. Số lần can thiệp và liều thuốc, liều lượng dịch truyền thể hiện mức độ tụt huyết áp của các bệnh nhân trong mỗi nhóm. Các thuốc co mạch được sử dụng là ephedrin và phenylephrin. Dịch truyền sử dụng là dung dịch ringer lactat. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân cần truyền thêm dịch và lượng dịch trung bình $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân cần truyền thêm dịch ở nhóm 1 là 43,3%, nhóm 2 là 36,7%. Nhóm 1 có 13 bệnh nhân được truyền thêm dịch với lượng trung bình là $117,85 \pm 31,67$ ml, nhóm 2 có 11

bệnh nhân, ít hơn nhóm 1, nhưng lượng dịch trung bình lớn hơn $133,33 \pm 35,36$ ml. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bệnh nhân cần dung thêm thuốc vận mạch, liều trung bình ephedrin và phenylephrin dùng thêm để điều chỉnh huyết áp ($p > 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch ở nhóm 1 là 23,3%, nhóm 2 là 26,7%. Ở nhóm 1 có 7 bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch, trong đó 6 trường hợp cần thêm phenylephrin với liều trung bình là $58,33 \pm 20,41$ mcg, 1 trường hợp cần ephedrin với liều 6 mg. Ở nhóm 2 có 8 bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch, trong đó 4 bệnh nhân được tiêm phenylephrin với liều trung bình là 50 mcg, 4 bệnh nhân còn lại dùng ephedrin với liều trung bình là $7,5 \pm 3,0$ mg. Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào cần sử dụng atropin để điều chỉnh nhịp tim. Theo nghiên cứu của Jor và cs [7], can thiệp được sử dụng nhiều nhất là truyền thêm dịch. Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp là 36,5%, phối hợp các biện pháp: truyền dịch, giảm liều thuốc mê, dùng thuốc co mạch. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể do đặc điểm bệnh nhân khác nhau. Ở nghiên cứu của Jor, các bệnh nhân có ASA từ I-III, phẫu thuật ngoài tim so với các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ASA III-IV, phẫu thuật trên bệnh lí tim mạch, nhiều bệnh kèm theo, có tỷ lệ sử dụng thuốc hạ áp và thuốc lợi tiểu trước mổ cao để điều trị suy tim.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về 1 số chỉ số tuần

hoàn (tần số tim, CVP, HATT, HATTr, HATB) giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tụt huyết áp thấp hơn ở nhóm có dùng phenylephrine (66,7% so với 90%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Tuấn Anh.** Đánh giá hiệu quả điều trị hạ huyết áp của phenylephrin trong gây mê phẫu thuật tim có sử dụng tuần ngoài cơ thể. 2018.
2. **Kamenik M, Kos D, Petrun AM, Green DB, Zorko N, Mekiš D.** Haemodynamic stability during anaesthesia induction with propofol – impact of phenylephrine. A double-blind, randomised clinical trial. In ; 2018.
3. **El-Tahan MR.** Preoperative ephedrine counters hypotension with propofol anesthesia during valve surgery: A dose dependent study. Ann Card Anaesth. 14:11.
4. **Reich DL, Hossain S, Krol M, et al.** Predictors of hypotension after induction of general anesthesia. Anesth Analg. 2005;101(3):622-628, table of contents.
5. **Dhungana Y, Bhattarai BK, Bhadani UK, Biswas BK, Tripathi M.** Prevention of hypotension during propofol induction: A comparison of preloading with 3.5% polymers of degraded gelatin (Haemaccel) and intravenous ephedrine. Nepal Med Coll J NMCJ. 2008;10(1):16-19.
6. **Farhan M, Hoda MQ, Ullah H.** Prevention of hypotension associated with the induction dose of propofol: A randomized controlled trial comparing equipotent doses of phenylephrine and ephedrine. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015;31(4):5.
7. **Jor O, Maca J, Koutna J, et al.** Hypotension after induction of general anesthesia: Occurrence, risk factors, and therapy. A prospective multicentre observational study. J Anesth. 2018;32(5):673-680.
8. **Kaushal RP, Vatal A, Pathak R.** Effect of etomidate and propofol induction on hemodynamic and endocrine response in patients undergoing coronary artery bypass grafting/mitral valve and aortic valve replacement surgery on cardiopulmonary bypass. Ann Card Anaesth. 2015;18(2):172-178.

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC LOẠI TRẦM CẢM TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai. Đây là nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập số liệu trên 40 người bệnh phân

liệt cảm xúc tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới (57,5%), có độ tuổi từ 26 - 40 (52,5%). Trong điều trị, thuốc an thần kinh được sử dụng nhiều nhất là risperidone (60,0%), với liều tối thiểu $2,9 \pm 1,1$ mg/ngày và liều tối đa $4,2 \pm 1,7$ mg/ngày. Sertraline là thuốc chống trầm cảm được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình cao nhất là $125 \pm 52,8$ mg/ngày. Thuốc bình thần Diazepam cũng được sử dụng thường xuyên (87,5%) với số ngày dùng trung bình là $11,3 \pm 7,0$ ngày. Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Đa số là thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm (CTC) và

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: trannguyennhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

bình thần (BT) (70%). Phần lớn thời gian điều nội trú trong khoảng từ 2 - 4 tuần (60,0%).

Từ khoá: rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm; điều trị

SUMMARY

TREATMENT OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, DEPRESSIVE TYPE IN NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

The aims to describe the status of treatment in schizoaffective disorder, depressive type in National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. This is a cross-sectional descriptive study, included 40 patients were diagnosed with schizoaffective, depressive type in National Institute of Mental Health, Bach Mai hospital. Result show that the patients with schizoaffective disorder, depressive type were more common in women (57.5%), aged 26-40 (52.5%). The most common antipsychotics used for this disorder was risperidone (60.0%), with a minimum dose of 2.9 ± 1.1 mg/day and a maximum dose of 4.2 ± 1.7 mg/day. Sertraline was the most common used antidepressant (90.0%) with the highest mean dose of 125 ± 52.8 mg/day. Diazepam was also used frequently (87.5%) with an average length of 11.3 ± 7.0 days. 100% of patients were treated with antipsychotics combined with one or more psychotropic medications. Most were the combination between an antipsychotic an antidepressants and a tranquilizers (70%). Most of the inpatient stayed in hospital in a period of time that ranged from 2 to 4 weeks (60.0%).

Keywords: schizoaffective disorder, depressive type; treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phân liệt cảm xúc (F25) (RLPLCX) là những rối loạn từng giai đoạn trong đó các triệu chứng cảm xúc lẫn phân liệt đều nổi bật trong cùng một giai đoạn của bệnh, thường là xảy ra đồng thời hoặc cách nhau khoảng vài ngày.¹ Đây là một rối loạn tâm thần khá thường gặp, ước tính chiếm 30% trong số các trường hợp nhập viện điều trị nội trú vì các triệu chứng loạn thần.² Liệu pháp hóa dược điều trị RLPLCX loại trầm cảm cần có sự phối hợp thuốc chống loạn thần, chống trầm cảm, chỉnh khí sắc để kiểm soát các triệu chứng loạn thần và các triệu chứng trầm cảm.³ Có tới 93% người bệnh RLPLCX điều trị bằng thuốc chống loạn thần.⁴ Các thuốc an thần kinh không điển hình đã chứng minh được hiệu quả trong điều trị triệu chứng cảm xúc, gồm cả lưỡng cực và trầm cảm. Một nghiên cứu tổng quan về điều trị RLPLCX và TTPL có triệu chứng cảm xúc cho rằng thuốc an thần kinh không điển hình tốt hơn là an thần kinh điển hình.⁵ Tollefson và cộng sự báo cáo từ một nghiên cứu đa trung tâm, mù đôi có đối chứng so sánh điều trị

RLPLCX bằng olanzapine và haloperidol và nhận thấy triệu chứng trầm cảm cải thiện đáng kể khi điều trị olanzapine.⁶ Các tác giả đã chỉ ra thuốc chỉnh khí sắc: ví dụ như lithium, hoặc thuốc chống co giật (ví dụ valproate hay carbamazepine) có thể hữu ích với nhóm này. Một nghiên cứu so sánh lithium với carbamazepine tìm ra rằng carbamazepine ưu thế vượt trội cho RLPLCX loại trầm cảm, nhưng thấy không có sự khác biệt trong loại lưỡng cực. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, các thuốc được sử dụng rộng rãi đơn trị liệu, kết hợp với nhau, hoặc với một thuốc chống loạn thần. Nhằm tìm hiểu về tình hình điều trị RLPLCX loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại viện sức khỏe tâm thần – bệnh viện bạch mai*" với mục tiêu "Mô tả thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Tháng 10 năm 2016 đến tháng 2 năm 2017.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn vào nghiên cứu những đối tượng là (i) người bệnh có chẩn đoán xác định rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (F25.1) và được điều trị tại Viện sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai (ii) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng. Loại ra khỏi nghiên cứu những người bệnh (i) có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo; (ii) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (iii) người bệnh không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin, không tuân thủ quá trình nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả người bệnh được chẩn đoán là Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (F25.1) và được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 40 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Biên số nghiên cứu. Tuổi, giới, thuốc điều trị (thuốc an thần kinh, thuốc chống trầm cảm, thuốc khác) và thời gian điều trị nội trú.

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu)

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu.

Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố về nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	n	%
≤ 25	12	30,0
26-40	23	57,5

Bảng 3.2. Sử dụng thuốc điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm

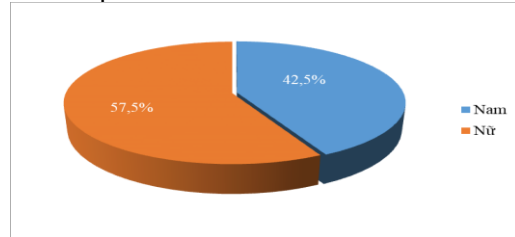
Thuốc	n	%	Liều tối thiểu (mg/ngày)	Liều tối đa (mg/ngày)	Ngày dùng
Thuốc an thần kinh					
Haloperidol	23	57,5	9,13 ± 3,9	15,0 ± 5,8	5,0 ± 3,3
Risperidone	24	60,0	2,9 ± 1,1	4,2 ± 1,7	15,1 ± 8,6
Olanzapine	11	27,5	15,0 ± 5,0	19,6 ± 7,9	14,1 ± 5,4
Quetiapine	18	45,0	248,6 ± 186,0	393,1 ± 247,9	13,3 ± 7,8
Amisulpride	4	10,0	350 ± 100	500 ± 200	13,0 ± 8,2
Chlorpromazine	1	2,5	50	150	7
Levomepromazin	1	2,5	150	150	23
Thuốc chống trầm cảm					
Sertraline	36	90,0	87,5 ± 49,8	125 ± 52,8	18,0 ± 8,1
Fluvoxamine	1	2,5	100	200	17
Mirtazapine	1	2,5	30	50 ± 17,3	16,0 ± 8,7
Amitriptylin	1	2,5	50	75	20
Không dùng	3	7,5			
Thuốc khác					
Valproat	5	12,5	800 ± 273,9	1100 ± 223,6	21,4 ± 5,9
Diazepam	35	87,5	6,4 ± 3,1	14,6 ± 6,3	11,3 ± 7,0

Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%); tiếp đến là haloperidol (57,5%), quetiapine (45,0%) và olanzapine (27,5%); các thuốc Amisulpride, Chlorpromazine và levomepromazin ít được sử dụng (tỷ lệ lần lượt là 10,0%; 2,5% và 2,5%). Các thuốc an thần kinh không điển hình được dùng nhiều hơn.

Trong các thuốc chống trầm cảm, sertraline được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình cao nhất là 125 ± 52,8mg/ngày. Có 3 người

≥ 40	5	12,5
Tổng	40	100
Trung bình	30,3±8,2	

Nhóm người bệnh 26 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, nhóm người bệnh trẻ ≤ 25 tuổi chiếm 32,5%, nhóm từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 30,3±8,2, cao nhất là 51 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi.



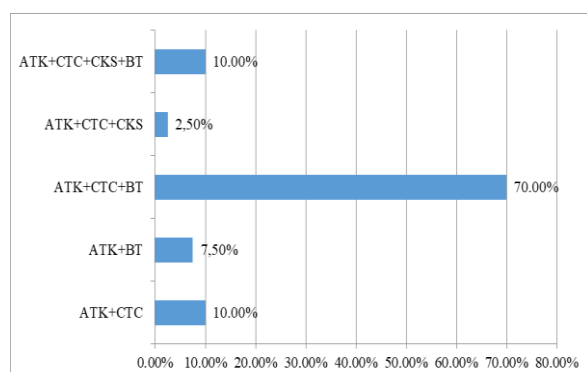
Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới tính của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ người bệnh nữ (57,5%) cao hơn tỷ lệ người bệnh nam (42,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

bệnh (7,5%) không được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm.

Có 5 người bệnh được điều trị bằng valproat, chiếm 12,5%. Thuốc được dùng trong trường hợp này với tác dụng chính khí sắc với liều cao nhất trung bình khoảng 1100 ± 223,6 mg/ngày, số ngày sử dụng trung bình là 21,4 ± 5,9 ngày.

Diazepam (thuốc bình thần) cũng thường xuyên được sử dụng (87,5%) với số ngày dùng trung bình là 11,3 ± 7,0 ngày.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ kết hợp thuốc trong điều trị ở nhóm nghiên cứu

100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Trong đó: Phần lớn người bệnh được dùng thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm (CTC) và bình thần (BT) (chiếm 70%). Có 7,5% bệnh nhân không dùng thuốc chống trầm cảm, chỉ dùng thuốc an thần kinh kết hợp bình thần. Có 10% người bệnh được dùng kết hợp cả 4 loại thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, chỉnh khí sắc (CKS) và bình thần.

Bảng 3.3. Thời gian điều trị nội trú của nhóm nghiên cứu

Thời gian nằm viện	n	%
< 2 tuần	10	25,0
Từ 2 - 4 tuần	24	60,0
>4 tuần	6	15,0
Tổng	40	100

Phần lớn người bệnh được điều trị nội trú trong thời gian từ 2-4 tuần (60,0%), tiếp theo là nhóm người bệnh có thời gian điều trị dưới 2 tuần (25,0%), nhóm điều trị > 1 tháng chỉ có 6 người bệnh (15,0%). Số ngày điều trị trung bình là $20,6 \pm 9,3$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 46 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 người bệnh, trong đó có 17 người bệnh nam, chiếm tỷ lệ 42,5% và 23 người bệnh nữ, chiếm tỷ lệ 57,5%. Tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam trong nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa lớn. Theo DSM-V, RLPLCX nói chung, RLPLCX loại trầm cảm nói riêng hay gặp ở nữ giới hơn.⁷ Theo nghiên cứu của Marneros A và cộng sự (1990) trên 88 người bệnh RLPLCX, số người bệnh nữ cao gần gấp đôi số người bệnh nam: 65% người bệnh nữ, 35% người bệnh nam. Một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ

người bệnh nữ thấp hơn người bệnh nam, như Benabarre A. và cộng sự (2001) (nữ chiếm 46%), Ndetei DM và cộng sự (2013) (nữ 47,8%).^{8,9} Điều này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu cũng như đặc điểm dân số tại địa điểm nghiên cứu. Người bệnh nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi khác nhau: ≤ 25 tuổi, 26-40 tuổi và ≥ 40 tuổi. Nhóm người bệnh trong độ tuổi 26-40 chiếm tỷ lệ cao nhất, hơn một nửa số người bệnh nghiên cứu (52,5%). Nhóm người bệnh ≥ 40 tuổi chỉ chiếm 12,5%. Đa số người bệnh thuộc độ tuổi lao động, là chủ lực kinh tế của gia đình. Việc khởi phát hoặc tái phát một đợt bệnh cần phải vào viện điều trị nội trú có thể gây ra xáo trộn lớn trong công việc, sinh hoạt cũng như về kinh tế của họ và gia đình. Nhóm người bệnh lớn tuổi ít gặp hơn, có thể do quá trình bị bệnh lâu dài trước đó khiến gia đình và người bệnh không tiếp tục theo đuổi điều trị, hoặc người bệnh đã được đưa đến các cơ sở y tế tuyến cơ sở, có chi phí điều trị thấp hơn. Số tuổi dao động từ 19-51 tuổi và độ tuổi trung bình $30,3 \pm 8,2$ tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Ndetei DM (2013) ghi nhận độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,1 \pm 10,9$ tuổi. Trong nghiên cứu này ông cũng chỉ ra không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình của người bệnh giữa nhóm RLPLCX so với TTPL và RLCX.⁹

Về điều trị, tất cả các người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh. Tỷ lệ người bệnh được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm, thuốc chỉnh khí sắc và thuốc bình thần lần lượt là 92,5%; 12,5% và 87,5%. Ndetei DM (2013) khi nghiên cứu trên 160 người bệnh cũng cho thấy hầu hết người bệnh được điều trị thuốc an thần (93,1%), tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dùng thuốc chống trầm cảm thấp hơn (khoảng 65,2%).⁹ Đối với thuốc an thần kinh, tất cả người bệnh trong nghiên cứu được điều trị bằng các thuốc an thần kinh. Trong đó, các thuốc an thần kinh không điển hình (risperidone, olanzapine, quetiapine) được dùng nhiều hơn so với thuốc an thần kinh cổ điển (haloperidol, chlorpromazine...). Sự ra đời của thuốc an thần kinh không điển hình được coi như là một cuộc cách mạng đối với các người bệnh loạn thần. Các thuốc an thần kinh không điển hình ngoài việc gây ít tác dụng phụ ngoại thấp hơn còn có tác dụng điều trị trong trầm cảm, chỉnh khí sắc và triệu chứng âm tính. Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%); tiếp đến là haloperidol (57,5%), quetiapine (45,0%) và olanzapine (27,5%). Nguyễn Thị Ngọc Vân (2007) cũng

nhận thấy thuốc an thần kinh được sử dụng nhiều nhất trên người bệnh RLPLCX loại trầm cảm là risperidone (chiếm 60%). Tollefson và cộng sự (1998) báo cáo từ một nghiên cứu đa trung tâm, mù đôi có đối chứng so sánh điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc bằng olanzapine và haloperidol và nhận thấy triệu chứng trầm cảm cải thiện đáng kể khi điều trị olanzapine.⁶ Banov và cộng sự (1994) dùng clozapine điều trị cho người bệnh trong thời gian trung bình 18,7 tháng cho thấy người bệnh RLPLCX cải thiện tốt hơn người bệnh TTPL và người bệnh RLPLCX thể hưng cảm cải thiện tốt hơn thể trầm cảm.¹⁰ Keck PE (1995) nghiên cứu hồi cứu kết quả điều trị của 81 bệnh RLPLCX được điều trị risperidone trong 24 tuần lại nhận thấy ngược lại, người bệnh RLPLCX loại trầm cảm cải thiện tốt hơn loại hưng cảm.¹¹ Cùng với tác dụng điều trị các triệu chứng loạn thần, các thuốc chống loạn thần không điển hình còn có hiệu quả tích cực trên các triệu chứng cảm xúc, một số nghiên cứu gợi ý rằng những thuốc này có hiệu quả hơn các thuốc chống loạn thần điển hình trong điều trị RLPLCX.⁵ Nghiên cứu của Jan Volavka (2002) cho thấy clozapine và olanzapine có hiệu quả điều trị triệu chứng loạn thần tương đương nhau, hiệu quả của risperidone có thể kém hơn một chút. Clozapin có hiệu quả tốt trên các người bệnh có ý tưởng tự sát. Đối với thuốc chống trầm cảm, có 92,5% người bệnh được điều trị thuốc chống trầm cảm. Trong các thuốc chống trầm cảm, sertraline được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình là 87,5±49,8 mg/ngày. Các thuốc nhóm khác như mirtazapine, amitriptyline rất ít được sử dụng. Theo Sadok BJ, các thuốc ức tái hấp thu chọn lọc serotonin được coi là lựa chọn đầu tay trong điều trị vì có ít tác dụng phụ trên tim mạch và ít nguy hiểm hơn khi dùng quá liều. Tuy nhiên, trên những người bệnh ngủ kém hay dễ cáu gắt thì thuốc chống trầm cảm 3 vòng có thể có tác dụng tốt. Trong nhóm nghiên cứu, có 3 người bệnh (7,5%) không được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm. Những người bệnh này được sử dụng quetiapine với liều khoảng 50-200 mg/ngày. Quetiapine là thuốc an thần kinh không điển hình, ở liều thấp có tác dụng trong điều trị các triệu chứng trầm cảm. Di Fiorino (2014) so sánh tác dụng của quetiapine XR và risperidone trong điều trị triệu chứng trầm cảm cho thấy quetiapine XR giúp cải thiện triệu chứng gấp 2,2 lần. Đối với các thuốc khác, thuốc bình thần (diazepam) được dùng khá nhiều trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 35/40 người bệnh được dùng thuốc diazepam (chiếm

87,5%) với thời gian điều trị trung bình khoảng 11,3 ± 7,0. Thuốc bình thần thường được dùng ngăn ngừa giúp người bệnh bình tĩnh, có tác dụng an dịu, gây ngủ, đặc biệt trong những ngày đầu khi hoang tưởng, ảo giác còn, rối loạn giấc ngủ. Thuốc chỉnh khí sắc, Vai trò của các thuốc chỉnh khí sắc thường được nhấn mạnh trong RLPLCX loại hưng cảm hoặc loại hỗn hợp. Tuy nhiên trong nhóm người bệnh nghiên cứu, trầm cảm có thể kèm theo cáu gắt, giận dữ, cảm xúc không ổn định và các thuốc chỉnh khí sắc sẽ đóng vai trò tốt trong trường hợp này. Có 12,5% người bệnh được điều trị thuốc Valproat với liều trung bình là 800 ± 273,9 mg/ngày. Phối hợp thuốc: trong điều trị RLPLCX loại trầm cảm, thuốc an thần kinh thường được sử dụng một mình dao động từ 34%-55%. Theo Olfson (2009) và Murru (2013), tỷ lệ kết hợp với thuốc chỉnh khí sắc và/hoặc thuốc chống trầm cảm dao động từ 23%-87%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc an thần kinh được dùng cùng với thuốc bình thần trong thời gian ngắn, chiếm tỷ lệ 7,5%; thấp hơn của các tác giả trên. Đa số người bệnh được dùng thuốc an thần kinh phối hợp cùng thuốc chống trầm cảm (92,5%), trong đó có phối hợp thêm thuốc bình thần chiếm 70%, kết quả này phù hợp với các tác giả trên. Đối với thời gian điều trị nội trú, số ngày điều trị trung bình là 20,6 ± 9,3 ngày, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 46 ngày. Phần lớn người bệnh được điều trị nội trú trong thời gian từ 2-4 tuần (60,0%). Đây là khoảng thời gian cần thiết để các thuốc chống trầm cảm phát huy được đầy đủ hiệu quả điều trị. Có 6 người bệnh điều trị kéo dài trên 1 tháng, do các triệu chứng loạn thần còn kéo dài, hoặc vẫn còn rối loạn giấc ngủ. Nhóm người bệnh xin ra viện sớm hơn thường là khi các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác thuyên giảm, trên thực tế còn những khác như điều kiện kinh tế gia đình không cho phép nằm viện dài ngày, đặc biệt những gia đình không có bảo hiểm y tế hay do gia đình không bố trí được người chăm sóc cho người bệnh....

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 40 người bệnh chúng tôi nhận thấy người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới (57,5%), có độ tuổi từ 26 - 40 (52,5%). Trong các thuốc an thần kinh, risperidone được sử dụng nhiều nhất (60,0%), liều tối thiểu 2,9 ± 1,1mg/ngày và liều tối đa 4,2±1,7mg/ngày. Trong các thuốc chống trầm cảm, sertraline được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình cao nhất là 125 ±

52,8mg/ngày. Thuốc bình thần Diazepam cũng được sử dụng thường xuyên (87,5%) với số ngày dùng trung bình là $11,3 \pm 7,0$ ngày. Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Đa số là thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm (CTC) và bình thần (BT) (70%). Phần lớn thời gian điều trị nội trú trong khoảng từ 2 - 4 tuần (60,0%).

Lời cảm ơn. Tôi xin chân thành cảm ơn 40 người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm, Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1st edition. World Health Organization; 1992.
2. **Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E.** [Current issues on schizoaffective disorder]. L'Encephale. 2005;31(3):359-365. doi:10.1016/s0013-7006 (05) 82401-7
3. **Lerner V, Libov I, Kotler M, Strous RD.** Combination of "atypical" antipsychotic medication in the management of treatment-resistant schizophrenia and schizoaffective disorder. Prog

- Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004;28 (1):89-98. doi:10.1016/j.pnpbp.2003.09.024
4. **Cascade E, Kalali AH, Buckley P.** Treatment of Schizoaffective Disorder. Psychiatry Edgmont. 2009;6(3):15-17.
 5. **Levinson DF, Umapathy C, Musthaq M.** Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. Am J Psychiatry. 1999;156(8):1138-1148. doi:10.1176/ajp.156.8.1138
 6. **Tollefson GD, Sanger TM, Lu Y, Thieme ME.** Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(3):250-258. doi:10.1001/archpsyc.55.3.250
 7. **Association AP.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
 8. **Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A,** Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2001;16 (3):167-172. doi:10.1016/s0924-9338 (01) 00559-4
 9. **Ndetei DM, Khasakhala L, Meneghini L, Aillon JL.** The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya. Afr J Psychiatry. 2013;16(2):110-117. doi:10.4314/ajpsy.v16i2.14

HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI HUYỆN ĐẠI TỪ TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2018

Bùi Duy Hưng¹, Nguyễn Công Trình², Nguyễn Minh Tuấn¹,
Hạc Văn Vinh³, Lê Hải Yến¹, Phan Thanh Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng. Chọn chủ đích 4 xã có số lượng mắc bệnh TCM cao trong 5 năm trong đó 2 xã ở gần trung tâm huyện (Bình Thuận và Bàn Ngoại) và 2 xã ở xa trung tâm huyện (Hoàng Nông và Khôi Kỳ). Mỗi xã chọn 250 bà mẹ có con dưới 5 tuổi theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

Kết quả: Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi lần lượt là 29,3%; 22,3% và 18,8%. **Kết luận:** Kiến thức - Thái độ - Thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng đã có cải thiện sau khi can thiệp. Do vậy, cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tay chân miệng cho người dân đặc biệt là các bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

Từ khóa: Bà mẹ có con dưới 5 tuổi; Phòng chống; Bệnh tay chân miệng, Thái Nguyên

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO IMPROVE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD ON HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN DAI TU DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE 2018

Objective: The objective of this study was to evaluate the effectiveness of interventions to improve knowledge, attitudes and practices of mothers with

¹Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

²CTCP Bệnh viện Quốc tế Công Vinh, Hiệp Hòa, Bắc Giang

³Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Hưng

Email: buiduyhungyhcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

children under 5 years old on prevention of hand, foot and mouth disease in 4 communes of Dai Tu district, Thai Nguyen province. **Methods:** The interventional study design was applied in this study. Selected 4 communes with high number of HFMD cases in 5 years, of which 2 communes are near the district center (Binh Thuan and Ban Ngoai) and 2 communes are far from the district center (Hoang Nong and Khoi Ky). Each commune selected 250 mothers with children under 5 years old by simple random sampling method. **Results:** The effectiveness of the intervention in terms of knowledge, attitude and practice of mothers with children under 5 years old was 29.3%, respectively; 22.3% and 18.8%. **Conclusions:** Knowledge - Attitude - Practice of mothers with children under 5 years old on prevention of hand, foot and mouth disease has improved after the intervention. Therefore, it is necessary to strengthen communication and health education on hand, foot and mouth disease prevention for the people, especially mothers with children under 5 years old.

Keywords: Mothers with children under 5 years old; Prevention; Hand, foot and mouth disease, Thai Nguyen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm gặp ở trẻ nhỏ với tác nhân gây bệnh chính là virus EV-A71 và CV-A16. Mặc dù biểu hiện của bệnh thường nhẹ tuy nhiên có thể dẫn đến các biến chứng của hệ thần kinh hoặc tim – phổi gây ra các di chứng dài hạn cho bệnh nhi và có thể dẫn đến tử vong. Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng đã và đang là vấn đề y tế quan trọng [2]. Theo báo cáo của Bộ Y tế, bệnh gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương trong cả nước. Năm 2012 cả nước có trên 153.550 trường hợp mắc, 45 trường hợp tử vong và 3 tháng đầu năm 2013, cả nước ghi nhận hơn 14.260 trường hợp mắc bệnh tại 63/63 tỉnh/thành phố, có 4 trường hợp tử vong [1]. Tại Thái Nguyên bệnh tay chân miệng xuất hiện từ năm 2011 với 236 ca mắc được giám sát, bệnh nhanh chóng lây lan ra cộng đồng, năm 2012 trên địa bàn tỉnh ghi nhận 647 ca lâm sàng. Dịch bệnh xuất hiện tại 147/181 xã/phường của 9/9 huyện thành.

Nhằm phòng tránh và kiểm soát sự bùng phát của bệnh tay chân miệng có hiệu quả, các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc thực hiện các hành vi sức khỏe để phòng tránh bệnh tay chân miệng. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực hiện trước đó cho thấy, kiến thức, thái độ, thực hành của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi trong phòng tránh bệnh tay chân miệng còn hạn chế [3], [7], [8].

Mặc dù kiến thức, thái độ, thực hành của cá bà mẹ có con dưới 5 tuổi trong phòng tránh

bệnh tay chân miệng đóng vai trò rất quan trọng trong công tác dự phòng sự bùng phát của bệnh dịch tay chân miệng, tuy nhiên những nghiên cứu về vấn đề này tại địa bàn tỉnh Thái Nguyên nói chung và địa bàn huyện Đại Từ (huyện có tỷ lệ mắc cao nhất) nói riêng còn hạn chế. Nhận thức được điều đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2018"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ có con dưới 5 tuổi

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Đại từ, tỉnh Thái Nguyên, là huyện thuộc địa bàn miền núi, có tỷ lệ mắc bệnh TCM khá cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 4/2018 - 6/2018

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu: sử dụng cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: + p_1 : Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi theo nghiên cứu của Trần Thị Anh Đào năm 2014 là 38,86%[4]

+ p_2 : Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ước tính tăng thêm 15% sau can thiệp là 54%

+ α : Mức sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$ (tín cậy 95%) ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

+ β : Mức sai lầm loại 2, chọn $\beta = 0,1$ (lực mẫu 90%), ta có $Z_{1-\beta} = 1,28$

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 223 bà mẹ, cộng thêm 10%; làm tròn thành 250 bà mẹ cho mỗi xã can thiệp và xã đối chứng (tổng số mẫu của 4 xã là 1000 bà mẹ có con dưới 5 tuổi).

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn chủ đích 4 xã có số lượng mắc bệnh TCM cao trong 5 năm trong đó 2 xã ở gần trung tâm huyện (Binh Thuận và Bản Ngoại) và 2 xã ở xa trung tâm huyện (Hoàng Nông và Khôi Kỳ). Mỗi xã chọn 250 người mẹ có con dưới 5 tuổi theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

- Xã can thiệp: Bản Ngoại và Hoàng Nông

- Xã đối chứng: Bình Thuận và Khôi Kỳ

Do giới hạn khung đề tài, nhóm nghiên cứu xin phép chỉ mô tả KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở nhóm can thiệp. Sau đó so sánh hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Không mô tả KAP của nhóm đối chứng.

2.3.4. Nội dung can thiệp: Truyền thông trực tiếp qua các buổi họp phụ huynh; Nhân viên YTTB đến hộ gia đình để hướng dẫn vệ sinh nhà ở, vệ sinh cá nhân (rửa tay); Truyền thông đại chúng trên loa phát thanh của xóm, xã; Tư vấn, truyền thông lồng ghép qua các buổi họp ban ngành đoàn thể: Hội phụ nữ xã, dân số xã và qua các buổi tiêm chủng hàng tháng.

2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá. Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của bà mẹ có con dưới 5 tuổi được xây dựng bởi nghiên cứu viên, được thử nghiệm điều tra và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi chính thức thu thập số liệu. Bộ công cụ có tổng số 30 câu hỏi (10 câu hỏi đánh giá kiến thức; 10 câu hỏi đánh giá thái độ và 10 câu hỏi đánh giá thực hành). Các câu hỏi/chỉ tiêu được lượng hóa bằng cách cho điểm (đúng 1 điểm, sai hoặc không có ý kiến 0 điểm). Tiếp theo tính tổng điểm cho từng biến: kiến thức, thái độ, thực hành. Phân loại theo 3

mức, theo thang điểm Bloom: $\geq 80\%$ (8 - 10 điểm): Mức độ tốt; $60 - < 80\%$ (6 - 7 điểm): Mức độ trung bình; $< 60\%$ (< 6 điểm): Mức độ kém.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp theo công thức:

Chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$CSHQ (\%) = \frac{p_1 - p_2}{p_1} \times 100$$

Trong đó: CSHQ: Chỉ số hiệu quả

p_1 : Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu trước can thiệp

p_2 : Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu sau can thiệp

Hiệu quả can thiệp: $HQCT (\%) = CSHQ_{CT} - CSHQ_{ĐC}$

Trong đó: HQCT: Hiệu quả can thiệp

$CSHQ_{CT}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

$CSHQ_{ĐC}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng

2.5. Phương pháp thu thập thông tin:

Phòng vẫn trực tiếp bà mẹ có con dưới 5 tuổi về bệnh tay chân miệng dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá KAP ở đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng

Bảng 3.1. Sự thay đổi kiến thức của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống TCM ở nhóm can thiệp

Kiến thức	Trước CT (n=500) (%)	Sau CT (n=500) (%)	P
Tác nhân nhân gây bệnh	130 (26%)	285 (57,0%)	< 0,05
Nguồn lây bệnh	262 (52,4%)	360 (72,0%)	< 0,05
Đường truyền nhiễm bệnh	121 (24,2%)	224 (44,8%)	< 0,05
Phương thức lây truyền bệnh	96 (19,2%)	151 (30,2%)	< 0,05
Nơi có nguy cơ cao mắc bệnh	96 (19,2%)	202 (40,4%)	< 0,05
Lứa tuổi dễ mắc bệnh	261 (52,2%)	351 (70,2%)	< 0,05
Biểu hiện của bệnh	127 (25,4%)	151 (30,2%)	< 0,05
Biến chứng của bệnh	163 (32,6%)	211 (42,2%)	> 0,05
Vắc xin phòng bệnh	187 (37,4%)	221 (44,2%)	< 0,05
Biện pháp vệ sinh để phòng bệnh	371 (74,2%)	401 (80,2%)	> 0,05
Kiến thức chung tốt	82 (16,4%)	153 (30,6%)	< 0,05

Nhận xét: Trước can thiệp bà mẹ có kiến thức đúng tương đối cao về vệ sinh phòng TCM chiếm 74,2%. Tuy nhiên, bà mẹ vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng về TCM phương thức lây truyền (80,8%). Sau can thiệp, bà mẹ có kiến thức đúng ở các khía cạnh đều tăng lên đặc biệt tác nhân gây bệnh từ 26% đúng đã tăng lên 57%, tuy nhiên một số khía cạnh như biểu hiện của bệnh, vaccin phòng bệnh tăng chưa đáng kể với tỷ lệ lần lượt (25,4% - 30,2%) và (37,4% - 44,2%).

Bảng 3.2. Sự thay đổi thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống TCM ở nhóm can thiệp

Thái độ	Trước CT (n=500) (%)	Sau CT (n=500) (%)	P
TCM nguy hiểm đến tính mạng trẻ em	306 (61,2%)	368 (73,6%)	< 0,05

Việc rửa tay xà phòng là biện pháp hiệu quả để phòng chống bệnh	323 (64,6%)	425 (85,0%)	< 0,05
Dùng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi là cần thiết	381 (76,2%)	407 (81,4%)	< 0,05
Dùng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà, vật dụng là cần thiết	376 (75,2%)	422 (84,4%)	< 0,05
Không đưa trẻ đi học khi bị bệnh	320 (64%)	355 (71,0%)	> 0,05
Phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng	412 (82,4%)	440 (88,0%)	> 0,05
Không điều trị bằng thuốc nam	231 (46,2%)	313 (62,6%)	< 0,05
Đưa trẻ cơ sở y tế khi nghi ngờ TCM	434 (86,8%)	452 (90,4%)	> 0,05
Tiêm phòng TCM nếu có vaccin	426 (85,2%)	455 (91,0%)	> 0,05
Tham gia của cộng đồng là cần thiết phòng bệnh TCM	411 (82,2%)	440 (88,0%)	> 0,05
Thái độ chung tốt	309 (61,8%)	405 (81,0%)	< 0,05

Nhận xét: Trước can thiệp hầu hết các bà mẹ đều có thái độ đúng (đồng ý), riêng thái độ cho rằng nên điều trị TCM bằng thuốc nam còn chiếm tỷ lệ khá cao (46,2%). Sau can thiệp thái độ của bà mẹ được cải thiện ở tất cả các khía cạnh, đặc biệt thái độ cho rằng nên điều trị TCM bằng thuốc nam thay đổi từ 46,2% lên 62,6%. Bà mẹ có thái độ chung đúng tăng từ 61,8% lên 81,0% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Sự thay đổi thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi trẻ về phòng chống TCM ở nhóm can thiệp (n=500)

Thực hành	Trước CT (n=500) (%)	Sau CT (n=500)(%)	P
Thường xuyên rửa tay của bà mẹ có con dưới 5 tuổi bằng xà phòng	64 (12,8%)	245 (49,0%)	< 0,05
Thường xuyên rửa tay cho trẻ và hướng dẫn trẻ tự rửa tay xà phòng	160 (32%)	313 (62,6%)	< 0,05
Vệ sinh vật dụng bằng cách tráng nước sôi	337 (67,4%)	353 (70,6%)	> 0,05
Không mớm thức ăn cho trẻ	194 (38,8%)	280 (56,0%)	< 0,05
Ngăn không cho mút tay, ngậm đồ chơi	382 (76,4%)	448 (89,6%)	< 0,05
Thường xuyên rửa đồ chơi bằng xà phòng ít nhất 1 tuần/ lần	223 (44,6%)	296 (59,2%)	< 0,05
Vệ sinh nhà cửa, đồ sinh hoạt 1-2 lần/tuần	371 (74,2%)	415 (83,0%)	> 0,05
Xử lý phân của trẻ đúng cách	351 (70,2%)	391 (78,2%)	> 0,05
Cách ly với trẻ đang bị TCM	382 (76,4%)	418 (83,6%)	> 0,05
Khuyến bố mẹ đưa trẻ đi khám khi nghi ngờ mắc TCM	440 (88,0%)	427 (85,4%)	> 0,05
Thực hành chung tốt	72 (14,4%)	136 (27,2%)	< 0,05

Nhận xét: Sau can thiệp thực hành của bà mẹ đã thay đổi đáng kể, đặc biệt hành vi rửa tay của bà mẹ tăng từ 12,8% lên 44,8%, thường xuyên rửa tay cho trẻ tăng từ 32% lên 62,6%. Tuy nhiên thực hành của bà mẹ đưa trẻ đi khám khi có dấu hiệu nghi ngờ giảm từ 88,0% xuống 85,4%. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành chung đúng tăng từ 14,4% lên 27,2% sau can thiệp với $p < 0,05$.

3.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về bệnh TCM

Bảng 3.4. So sánh KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi giữa xã can thiệp và đối chứng về TCM

KAP	Nhóm CT (%)		Nhóm ĐC (%)		P
	Trước (1)	Sau(2)	Trước (3)	Sau(4)	
Kiến thức tốt	82(16,4%)	153(30,6%)	68 (13,6%)	82(16,4%)	P _{1,2} < 0,05, P _{3,4} > 0,05 P _{1,3} > 0,05, P _{2,4} < 0,05
Thái độ tốt	309(61,8%)	405(81,0%)	321(64,2%)	318(63,6%)	
Thực hành tốt	72(14,4%)	136(27,2%)	66(13,2%)	92(18,4%)	

Nhận xét: Các xã được can thiệp có sự cải thiện rõ ràng về hành vi phòng chống TCM. Bà mẹ có con dưới 5 tuổi có tỷ lệ về kiến thức, thái độ, thực hành ở mức tốt tăng lần lượt sau can

thiệp là: (16,4% lên 30,6%); (61,8% lên 81,0%) và (14,4% lên 27,2%) có ý nghĩa thống kê. Tại xã đối chứng có sự thay đổi về KAP của NCST về phòng chống TCM tuy nhiên sự thay đổi này

không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về bệnh TCM

Đôi tượng	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%)
	CSHQ _{CT}	CSHQ _{ĐC}	
Kiến thức	46,4	17,1	29,3
Thái độ	23,7	1,4	22,3
Thực hành	47,1	28,3	18,8

Nhận xét: Chỉ số hiệu quả về KAP của bà mẹ tại xã can thiệp lần lượt là: 46,4%; 23,7% và 47,1% chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt là: 17,1%; 1,4% và 28,3%. Hiệu quả can thiệp về KAP của bà mẹ lần lượt là: 29,3%; 22,3% và 18,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của đôi tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng. Trước can thiệp bà mẹ đã có kiến thức đúng tương đối cao về nguồn lây TCM (52,4%), lứa tuổi dễ mắc TCM (52,2%) và đặc biệt là biện pháp vệ sinh phòng TCM chiếm (74,2%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa hiểu đúng về TCM như đường truyền nhiễm (75,8%), phương thức lây truyền (80,8%), nơi có nguy cơ cao mắc bệnh (80,8%)... Sau can thiệp cho thấy các khía cạnh về kiến thức phòng bệnh TCM đều tăng lên đặc biệt tác nhân gây bệnh từ 26% đúng đã tăng lên 57%, tuy nhiên một số khía cạnh như biểu hiện của bệnh, vacxin phòng bệnh tăng lên chưa đáng kể với tỷ lệ trước và sau can thiệp lần lượt (25,4%; 30,2%) và (37,4%; 44,2%). Bà mẹ có kiến thức chung đúng về phòng TCM tăng từ 16,4% trước can thiệp lên 30,6% sau can thiệp với $p < 0,05$. Biểu hiện của bệnh đóng vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện sớm TCM, điều này cho thấy các nghiên cứu tiếp theo nên có nhưng can thiệp giúp bà mẹ nắm rõ những biểu hiện sớm của bệnh TCM điều này có ý nghĩa rất quan trọng trong việc dự phòng, điều trị sớm TCM tại cộng đồng.

4.2. Thái độ của đôi tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng. Trước can thiệp hầu hết những bà mẹ tham gia phỏng vấn đều có thái độ đúng (đồng ý). Đặc biệt là thái độ đưa trẻ đến cơ sở y tế khi có biểu hiện nghi ngờ TCM chiếm tỷ lệ (86,8%), riêng thái độ cho rằng nên điều trị bệnh TCM bằng thuốc nam còn chiếm tỷ lệ khá cao (46,2%). Sau can thiệp, kết quả cho thấy thái độ của bà mẹ về phòng bệnh TCM được cải thiện ở tất cả các khía cạnh đặc biệt thái độ cho rằng nên điều trị TCM bằng thuốc nam thay đổi từ 46,2% lên đến 62,6%. Bà mẹ có thái độ

chúng đúng về phòng TCM tăng từ 61,8% lên 81,0% sau can thiệp với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù thái độ về phòng chống dịch TCM của bà mẹ đã thay đổi tích cực sau can thiệp, tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ có thái độ chưa đúng trong việc sử dụng thuốc nam trong điều trị bệnh TCM còn cao, những nghiên cứu tiếp theo cần xem xét và tìm ra giải pháp nhằm cải thiện vấn đề này.

4.3. Thực hành của đôi tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng. Thực hành của bà mẹ được cải thiện ở hầu hết các khía cạnh, trước can thiệp một số yêu cầu thực hành phòng tránh bệnh TCM chưa được thực hiện đúng như thường xuyên rửa tay xà phòng cho người chăm sóc (87,2%) hay rửa tay cho trẻ bằng xà phòng (68%), vẫn còn 61,2% bà mẹ mớm thức ăn cho trẻ và 55,4% bà mẹ không thường xuyên ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần. Sau can thiệp thực hành của bà mẹ được cải thiện ở hầu hết các khía cạnh, rửa tay xà phòng cho người chăm sóc tăng từ 12,8% đến 44,8%, thường xuyên rửa tay cho trẻ tăng từ 32% đến 62,6%, không mớm thức ăn cho trẻ tăng từ 38,8% lên đến 56,0%. Tuy nhiên đưa trẻ đi khám khi có dấu hiệu giảm từ 88,0% xuống 85,4%. Bà mẹ có thực hành chung đúng về phòng bệnh TCM tăng từ 14,4% lên 27,2% sau can thiệp với $p < 0,05$. Kết quả cho thấy một số thực hành quan trọng trong phòng TCM như rửa tay cho trẻ và NCST đã có sự chuyển biến sau can thiệp tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ thực hành đúng ở những hành vi quan trọng này vẫn còn hạn chế, điều này cho thấy mặc dù can thiệp đã đưa lại hiệu quả tuy nhiên những nghiên cứu tiếp theo cần có biện pháp can thiệp và giám sát sau can thiệp cụ thể. Đặc biệt trong giai đoạn không có dịch lớn xảy ra, công tác này vẫn cần thiết được duy trì để bà mẹ hiểu được tầm quan trọng của việc đưa trẻ đến khám tại cơ sở y tế khi có biểu hiện bệnh.

4.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về bệnh tay chân miệng. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ tại 02 xã can thiệp và 02 xã đối chứng đều tăng lên, tuy nhiên chỉ có ở 2 xã can thiệp KAP được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả về kiến thức, thái độ và thực hành tại xã can thiệp lần lượt 46,4%; 23,7% và 47,1% các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 17,1%; 1,4% và 28,3%. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ và thực hành lần lượt 29,3%; 22,3% và 18,8%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đối

tương nghiên cứu ở xã can thiệp có mức độ kiến thức, thái độ, thực hành cao hơn so với xã đối chứng với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả cho phòng bệnh ở bà mẹ. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [5],[6],[9]. Kết quả cho thấy rằng cần duy trì và mở rộng các mô hình TT-GDSK nâng cao kiến thức và thực hành về phòng TCM bà mẹ có con dưới 5 tuổi và cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi lần lượt là 29,3%; 22,3% và 18,8%.

KIẾN NGHỊ. Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tay chân miệng tại tuyến xã, đồng thời cung cấp các tài liệu truyền thông phòng chống tay chân miệng cho người dân, tập trung truyền thông vào các hành vi dự phòng lây nhiễm bệnh tay chân miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế- Cục Y tế dự phòng (2013)**, Báo cáo số 887/BC-BYT: Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng ở Việt Nam, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2011)**, Quyết định 2554/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng, Hà Nội.

3. **Huỳnh Kiều Chinh và Nguyễn Đỗ Nguyên (2014)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện dương minh châu, tỉnh tây ninh năm 2013", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 18(6), tr. 266-270.
4. **Trần Thị Anh Đào và cộng đồng (2014)**, "Kiến thức và thực hành về phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai", Tạp chí Y học thực hành. 23(911), tr. 1-6.
5. **Lê Thị Lan Hương (2018)**, Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành phòng chống bệnh Tay - chân - miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã An Lão, Bình Lục, Hà Nam Luận án tiến sĩ, Khoa Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
6. **Hồ Thị Thiên Ngân và cộng sự (2015)**, "Thực hành phòng bệnh tay chân miệng tại cộng đồng: Nghiên cứu cắt ngang tại khu vực phía nam năm 2014", Tạp chí Y học dự phòng. 5(165), tr. 464-469.
7. **Mai Văn Phước (2015)**, Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh tay Chân miệng cho trẻ dưới 5 tuổi của bà mẹ và một số Yếu tố liên quan tại 02 xã, huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang năm 2015, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
8. **Võ Thị Tiên và Tạ Văn Trâm (2012)**, "Kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16(4), tr. 83 - 92.
9. **Zahari., Abu Zarin Bin, et al (2012)**, An interventional study on the knowledge, attitude and practice on hand, foot and mouth disease among the parents or caregivers of children aged 10 and below at Nanga Sekauu resettlement scheme from 26th March to 10th June 2012, Faculty of Medicine and Health Science, University Malaysia Sarawak, Malaysia.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHẬP VIỆN TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Thị Thanh¹, Chu Thị Hạnh²,
Trần Thị Nương¹, Vũ Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ gây đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nhập viện tại khoa Hô hấp, bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 118 bệnh nhân đợt cấp COPD điều trị tại khoa Hô hấp, bệnh viện Bạch Mai – cỡ mẫu

tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** thời gian mắc bệnh >5 năm, điểm CAT ≥10 làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 4,9 lần và 4,35 lần so với nhóm còn lại (tương ứng $p < 0,05$ và $p < 0,01$). BPTNMT có bệnh đồng mắc có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 2 lần so với nhóm có không có bệnh đồng mắc, $p < 0,05$. Không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,3 lần so với tuân thủ điều trị theo đơn, $p < 0,05$. Sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,2 lần so với không sử dụng ICS, $p < 0,05$. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng còn hút thuốc và chỉ số FEV1 với đợt cấp thường xuyên nhập viện. **Kết luận:** thời gian mắc bệnh > 5 năm, điểm CAT ≥10, có bệnh đồng mắc, không tuân thủ điều trị theo đơn, không sử dụng ICS là những yếu tố làm

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thanh

Email: drthanhpung@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, đợt cấp

Chữ viết tắt: BN: Bệnh nhân
BPTNMT: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CAT: Bộ câu hỏi đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
FEV1: Thể tích thở ra gắng sức ở giây đầu tiên
ICS: Corticosteroid dạng hít (inhaled corticosteroid)

SUMMARY

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH FREQUENTLY EXACERBATIONS IN ACUTE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENT HOSPITALIZED AT RESPIRATORY CENTRE OF BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To identify associations of some factors of frequent exacerbations in hospitalized patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Method:** 118 COPD exacerbations inpatients treated at the respiratory center of Bach Mai hospital collected. **Results:** the group of patients had disease duration >5 years, CAT score ≥ 10 suffered from frequent exacerbations 4.9 times and 4.35 times more likely in comparison with other patients ($p < 0.05$ and $p < 0.001$, respectively). COPD patients with co-morbidities had double risk of frequent exacerbations compared with the group with non-co-morbidities, $p < 0.05$. Non-compliance with prescriptions had a risk of frequent exacerbations of hospitalization 3.3 times higher than that of patients who adherence to prescriptions, $p < 0.05$. Using ICS was 3.2 times more likely to have frequent exacerbations of hospitalization than not using ICS, $p < 0.05$. There was no statistically significant relationship between smoking status and FEV1 index with frequent exacerbations of hospitalization. **Conclusions:** Disease duration > 5 years, CAT score ≥ 10 , co-morbidities, non-adherence to prescription treatment, not use ICS are factors that associated with frequent exacerbations of COPD patients.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh lý hô hấp mạn tính có xu hướng ngày càng gia tăng do tăng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và sự già đi của dân số. BPTNMT thường hay có các đợt diễn biến cấp tính do các nguyên nhân khác nhau. Những bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời gian sống còn rút ngắn. Vì vậy ngăn ngừa đợt cấp là một mục tiêu bức thiết trong thực hành quản lý và điều trị BPTNMT. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên

cứu về BPTNMT nhưng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu đầy đủ về các yếu tố nguy cơ gây đợt cấp thường xuyên nhập viện. Nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ gây thúc đẩy đợt cấp thường xuyên BPTNMT nhập viện giúp các bác sỹ lâm sàng có thể nhìn được một bức tranh tổng thể hơn về đợt cấp BPTNMT từ đó đưa ra các quyết định điều trị hiệu quả, tư vấn phòng ngừa các đợt cấp tiếp theo cho bệnh nhân nhằm hạn chế sự suy giảm chức năng hô hấp cũng như trực tiếp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 118 đối tượng được chẩn đoán xác định mắc đợt cấp BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD 2018 [2], điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018- tháng 8/2019.

- **Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu mô tả. Chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

- **Các chỉ số nghiên cứu:**

+ Tình trạng hút thuốc, thời gian mắc bệnh.

+ Số đợt cấp trong vòng 1 năm trở lại đây: dựa vào giấy ra viện của BN với chẩn đoán Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; đợt cấp có triệu chứng nặng lên tại nhà phải thay đổi điều trị cần dùng kháng sinh và/ hoặc corticoid; đợt cấp thường xuyên được định nghĩa là mắc hai hoặc nhiều đợt cấp mỗi năm, đợt cấp không thường xuyên là có ≤ 1 đợt cấp mỗi năm.

- FEV1 được xác định bằng đo chức năng thông khí phổi, thăm dò này được tiến hành khi tình trạng bệnh nhân ổn định, ngừng các thuốc giãn phế quản theo đúng quy định.

- Bệnh đồng mắc: là các bệnh lý nền mạn tính mà BN mắc phải.

- Sự tuân thủ điều trị: đánh giá sự tuân thủ đúng theo đơn của bác sỹ bằng bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky (MAQ – medication adherence questionnaire – Morisky 8) [2].

+ Đánh giá mức độ triệu chứng bằng thang điểm mMRC (5 mức độ từ 0-4) và bộ câu hỏi CAT: được tiến hành khi tình trạng bệnh nhân ổn định (không phải thở oxy, đi lại được trong phòng và không có cơn khó thở cấp). Bảng điểm CAT: gồm 8 câu hỏi, do bệnh nhân tự đánh giá mức độ từ nhẹ tới nặng, mỗi câu đánh giá có 6 mức độ, tổng điểm từ 0 – 40 điểm trong đó CAT < 10: ít triệu chứng, CAT ≥ 10 : nhiều triệu chứng [2].

Xử lý số liệu: theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Phơi nhiễm	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Còn tiếp xúc	2	50,0	2	50,0	4		> 0,05	
Không tiếp xúc	28	24,6	86	75,8	114			
Tổng		30		88	118			

Mối liên quan giữa tình trạng còn hút thuốc với đợt cấp thường xuyên nhập viện của nhóm đối tượng nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Thời gian	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
< 5 năm	28	30,1	65	69,9	93		< 0,05 OR = 4,9 (1,0 – 22,4)	
≥ 5 năm	2	8,0	23	92,0	25			
Tổng		30		88	118			

Nhóm BN mắc BPTNMT ≥ 5 năm có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện nhiều lần gấp 4,9 lần (95% CI 1,0 – 22,4) so với nhóm BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống (CAT) và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Điểm CAT	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
CAT < 10	19	90,9	24	9,1	43		< 0,05 OR = 4,35 (1,81-10,4)	
CAT ≥ 10	11	51,4	64	48,6	75			
Tổng		30		88	118			

Nhóm BN mắc BPTNMT có điểm CAT ≥ 10 có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện nhiều lần gấp 4,35 lần (95% CI 1,81-10,4) so với nhóm BN có CAT < 10, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa FEV1 và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

FEV1	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
> 80%	0	0,0	4	100,0	4		> 0,05	
50 - 80%	6	21,4	22	78,6	28			
30 - 50%	14	32,6	29	67,4	43			
< 30%	10	23,3	23	76,7	43			
Tổng		30		88	118			

Mối liên quan giữa FEV1 với nguy cơ đợt cấp thường xuyên nhập viện của nhóm đối tượng nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa bệnh đồng mắc và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Bệnh đồng mắc	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Không có	12	35,3	22	64,7	34		< 0,05; OR = 2 (0,83 – 4,80)	
Có	18	21,4	66	78,6	84			

Nhóm BN mắc BPTNMT có bệnh đồng mắc kèm theo có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 2 (95% CI, 0,83 – 4,80) lần so với nhóm BN có không có bệnh đồng mắc, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Tuân thủ	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Có	5	12,5	35	87,5	40		< 0,05	

Không	25	32,1	53	67,9	78	OR = 3,3 (1,0 – 5,4)
Tổng	30		88		118	

Nhóm BN mắc BPTNMT không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,3 lần (95% CI 1,0 – 5,4) so với nhóm BN tuân thủ điều trị theo đơn, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 7. Môi liên quan giữa tình trạng sử dụng corticoid và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Sử dụng corticoid	TS đợt cấp		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	Không thường xuyên	Thường xuyên	n	Tỷ lệ %		
Sử dụng ICS	24	32,9	49	67,1	73	< 0,05 OR = 3,2 (1,18 – 8,55)
Không sử dụng ICS	6	13,3	39	86,7	45	
Tổng	30		88		118	

Nhóm BN mắc BPTNMT không sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,2 lần (95% CI 1,18 – 8,55) so với nhóm BN có sử dụng ICS, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,021$, mức độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

Môi liên quan giữa tình trạng hút thuốc và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Hút thuốc là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây BPTNMT, những người hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 10 lần so với những người không hút thuốc [3]. Ngừng hút thuốc lá là biện pháp hữu hiệu nhất, kinh tế nhất để phòng ngừa cũng như ngăn chặn sự tiến triển của BPTNMT.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì việc còn tiếp xúc với khói thuốc không có mối liên quan với nguy cơ thúc đẩy đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT ($p > 0,05$) do chúng tôi chỉ có 4 BN còn hút thuốc, 114 BN đã bỏ thuốc lá, thuốc lào.. Tại Việt Nam có một nghiên cứu ở khoa Nội hô hấp Bệnh viện Chợ Rẫy của tác giả Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) chỉ ra những bệnh nhân đang hút thuốc lá có nguy cơ nhập viện gấp 4,5 lần so với nhóm không hút thuốc lá và cao hơn 3,3 lần so với nhóm đã từng hút thuốc lá với p lần lượt là 0,033 và 0,012 [5].

Môi liên quan giữa thời gian mắc BPTNMT với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Theo kết quả nghiên cứu, nhóm BN mắc BPTNMT ≥ 5 năm có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 4,9 lần so với nhóm BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Kết quả này cao hơn kết quả của Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) thì nhóm mắc bệnh trên 5 năm có nguy cơ nhập viện do đợt cấp gấp 2,41 lần [5] và cao hơn nghiên cứu của Cao Z. và CS (2006): BN mắc BPTNMT ≥ 5 năm có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2,32 lần so với nhóm BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm ($p < 0,05$) [3].

Môi liên quan giữa thang điểm CAT và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Nhóm BN mắc BPTNMT có

điểm chất lượng cuộc sống CAT ≥ 10 có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 4,35 lần (95% CI 1,81- 10,4) so với nhóm BN có CAT < 10 , mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Tomioka R. và CS (2016) thì điểm CAT ≥ 10 làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 3,83 lần [7]. Như vậy khi chất lượng cuộc sống kém đồng nghĩa với bệnh nhân có nhiều triệu chứng trên lâm sàng làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên dẫn đến phụ thuộc vào người chăm sóc nhiều hơn, nguy cơ sử dụng thuốc để điều trị các triệu chứng nhiều hơn, tăng gánh nặng kinh tế và tăng nguy cơ xuất hiện các biến cố trong tương lai.

Môi liên quan giữa chỉ số FEV1 với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Chúng tôi thấy mối liên quan giữa mức độ tắc nghẽn hô hấp (biểu thị bằng chỉ số FEV₁) với sự xuất hiện đợt cấp thường xuyên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tân (2016) không có mối liên quan giữa FEV₁ với đợt cấp BPTNMT với $p = 0,32$ [6]. Cao Z. và CS (2006): nhóm bệnh nhân có FEV₁ $< 50\%$ có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2,6 lần nhóm có FEV₁ $\geq 50\%$ ($p = 0,018$) [3].

Nhận xét sự hiện diện của các bệnh đồng mắc với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Kết quả nghiên cứu thấy nhóm BN mắc BPTNMT có bệnh đồng mắc kèm theo có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2 lần (95% CI 0,83- 4,8) so với nhóm BN có không có bệnh đồng mắc, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, mức độ tin cậy 95%. So với nghiên cứu của Trần Văn Ngọc, Mã Vĩnh Đạt (2018) thì không thấy có mối liên quan giữa bệnh đồng mắc với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân mắc BPTNMT [5].

Môi liên quan giữa việc tuân thủ điều trị

và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Tuân thủ điều trị là tối ưu hóa hiệu quả điều trị, giảm chi phí cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN mắc BPTNMT không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 3,3 lần (95% CI 1,0 – 5,4) so với nhóm BN tuân thủ điều trị theo đơn, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, mức độ tin cậy 95%. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) những bệnh nhân không tuân thủ điều trị có nguy cơ nhập viện vì đợt cấp cao gấp 5,95 lần với $p = 0,001$ [5].

Mối liên quan giữa tình trạng sử dụng ICS và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Nhóm BN mắc BPTNMT sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp nhập viện nhiều lần gấp 3,2 lần (95% CI 1,18-8,55) so với nhóm BN không sử dụng ICS, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,021$, mức độ tin cậy 95%. Trên thế giới cũng có một số nghiên cứu về sử dụng ICS với sự xuất hiện đợt cấp BPTNMT. Theo tác giả Bishwakarma, R., et al (2017) nhóm BN sử dụng LABA+ ICS có nguy cơ nhập viện hơn so với nhóm không dùng (7,8% so với 5,0%, giá trị $P < 0,0001$ và OR 1,48 [95% CI, 1,18-1,86]) [1]. Cùng kết quả đó Mc Garvey L. và CS (2015) cũng chỉ ra dùng ICS+ LABA làm tăng 3,57 lần xuất hiện đợt cấp thường xuyên [4].

V. KẾT LUẬN

Thời gian mắc bệnh > 5 năm, điểm CAT ≥ 10 , có bệnh đồng mắc, không tuân thủ điều trị theo

đơn, không sử dụng ICS là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishwakarma, R., et al (2017), Long-acting bronchodilators with or without inhaled corticosteroids and 30-day readmission in patients hospitalized for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, **12**, 477-486.
2. Brat K., Plutinsky M., Hejduk K., et al (2018). Respiratory parameters predict poor outcome in COPD patients, category GOLD 2017 B. *International Journal of COPD*, 13.
3. Cao Z., Ong K. C., Eng P. et al, (2006). Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. *Respirology*, **11** (2), 188-195.
4. McGarvey L., Amanda J., Roberts J. et al, (2015). Characterisation of the frequent exacerbator phenotype in COPD patients in a large UK primary care population. *Respiratory Medicine*, **109**, 228-237.
5. Trần Văn Ngọc, Mã Vĩnh Đạt, (2018). Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên ở nhóm nguy cơ cao. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **22** (2), 186- 193
6. Nguyễn Mạnh Tân, (2016), Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây nhiều đợt cấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
7. Tomioka R., Kawayama T., Suetomo M., et al, (2016). "Frequent exacerbator" is a phenotype of poor prognosis in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, **11**, 207-216.
8. World Health Organization, (2004), International statistical classification of diseases and related health problems, World Health Organization.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM B Ở THAI PHỤ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Duy Ánh*, Lê Thị Mai Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn (LCK) nhóm B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và xác định mức độ nhạy cảm của một số kháng sinh với nhiễm LCK nhóm B. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 220 thai phụ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các thai

phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần sẽ được lấy mẫu bệnh phẩm ở hai vị trí là 1/3 ngoài của âm đạo và ở trực tràng. Bệnh phẩm được gửi đến khoa Vi sinh trong vòng 3 giờ kể từ khi lấy mẫu để phân lập và định danh vi khuẩn. Thai phụ nhiễm LCK nhóm B sẽ được làm kháng sinh đồ, sau đó điều trị và theo dõi chuyển dạ để theo đúng quy định. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần trong thời gian nghiên cứu là 13,2%. Trong nhóm có tiền sử sảy thai, tiền sử sảy thai có nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm B gấp 4,36 lần so với nhóm không có tiền sử sảy thai lần nào (OR =4,36, 95% CI : 1,3-13,2). Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở nhóm thai phụ thực rửa âm đạo chiếm 40,0% cao hơn so với nhóm không có thói quen vệ sinh này, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ nhạy cảm của Penicillin, Ampicillin,

*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh

Email: bsanhbnhn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

Augmentin, Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefuroxim lần lượt là 86,21%, 79,31%, 89,66%, 65,52%, 65,52%, 72,41%. Liên cầu khuẩn nhóm B nhạy cảm với Vancomycin và Linezolid lần lượt là 72,41% và 89,66%. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 13,2%. Có hai yếu tố là tiền sử sảy thai và thụt rửa âm đạo làm tăng nguy cơ nhiễm LCK nhóm B lên cao hơn lần lượt gấp 3,9 và 5,7 lần so với nhóm không có tiền sử này. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của LCK nhóm B với Penicillin và Ampicillin còn tương đối cao và đây vẫn là hai kháng sinh ưu tiên sử dụng dự phòng cho các thai phụ nhiễm LCK nhóm B.

Từ khóa: liên cầu khuẩn nhóm B, phụ nữ có thai, nhạy cảm kháng sinh).

SUMMARY

PREVALENCE OF GROUP B STREPTOCOCCUS AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN

Objectives: The purpose of this study was to determine the rate of group B streptococcal infection and some related factors in pregnant women from 34-36 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital and determine the susceptibility of some antibiotics for group B streptococcus. **Methods:** We performed a cross-sectional descriptive study on 220 pregnant women at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. Pregnancy with gestational age from 34-36 weeks would be sampled products in two locations: the outer third of the vagina and the rectum. Specimens were sent to the Department of Microbiology within 3 hours of sampling to isolate and identify bacteria. Pregnancy infected with group B streptococcus would be given an antibiogram, then treated and monitored for labor according to regulations. **Results:** The rate of group B streptococcus infection in pregnant women with gestational age from 34-36 weeks during the study period was 13,2%. In the group with a history of miscarriage, a history of miscarriage had a risk of group B streptococcal infection 4,36 times higher than the group with no history of miscarriage (OR=4,36, 95% CI : 1,3-13,2). The rate of group B streptococcus in the group of pregnancy douching accounted for 40% higher than the group without this hygiene habit, this difference was statistically significant ($p < 0,05$). The sensitivity of Penicillin, Ampicillin, Augmentin, Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefuroxime was 86,21%, 79,31%, 89,66%, 65,52%, 65,52%, 72,41%, respectively. Group B streptococcus sensitivity to Vancomycin and Linezolid was 72,41% and 89,66%, respectively. **Conclusions:** The prevalence of group B streptococcus infection among pregnant women with gestational age from 34-36 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital was 13,2%. Two factors, history of miscarriage and vaginal douching, increased the risk of group B streptococcus infection by 3,9 and 5,7 times, respectively, compared with the group without this history. The antibiotic sensitivity of group B streptococcus to Penicillin and Ampicillin was still relatively high and these were still the two preferred antibiotics for prophylactic use in pregnancy infected with group B streptococcus.

Keywords: group B streptococcus, pregnant women, antibiotic sensitivity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, một trong các nguyên nhân thường gặp nhất của nhiễm trùng sơ sinh là liên cầu nhóm B do lây nhiễm từ mẹ sang con. Có tới 30-40% các trường hợp nhiễm trùng chu sinh do vi khuẩn là do liên cầu khuẩn nhóm B [1]. Theo Lancefield loại vi khuẩn này là nguyên nhân gây ra hầu hết các bệnh nhiễm khuẩn huyết và viêm màng não ở trẻ sơ sinh, là nguyên nhân gây sốt ở phụ nữ mang thai và gây ối vỡ sớm, đẻ non.

Liên cầu khuẩn nhóm B là loại vi khuẩn phổ biến cư trú trong ruột hoặc âm đạo. Mặc dù loại vi khuẩn này thường vô hại ở người lớn nhưng nó có thể gây ra các biến chứng trong thời kỳ mang thai và gây bệnh nghiêm trọng cho trẻ sơ sinh. Đối với thai phụ, liên cầu khuẩn nhóm B có thể gây ra tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu, ối vỡ sớm, viêm niêm mạc tử cung sau đẻ...; đối với trẻ sơ sinh có thể gây nhiễm khuẩn sơ sinh, nhiễm khuẩn huyết. Mặc dù được chăm sóc trong điều kiện tốt nhất thì 1/10 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B khởi phát nhiễm khuẩn sớm sẽ tử vong [2]. Sự lây truyền từ mẹ sang con có thể xảy ra vào thời điểm chuyển dạ hoặc vỡ ối.

Do tác hại của nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở trẻ sơ sinh có thể dẫn đến tử vong nên từ những thập niên 80 nhiều tác giả đã cố gắng tìm cách phòng ngừa lây nhiễm từ mẹ sang con. Việc áp dụng phác đồ kháng sinh dự phòng dựa vào kết quả cấy tầm soát bệnh phẩm âm đạo- trực tràng ở các thai phụ có tuổi thai từ 35-37 tuần thì tỷ lệ sơ sinh bị nhiễm khuẩn và tử vong do bệnh lý này đã giảm đáng kể nhưng hiện tượng kháng thuốc, dị ứng thuốc trong quá trình sử dụng những kháng sinh được coi là có độ nhạy cao với liên cầu nhóm B vẫn xảy ra [3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và xác định mức độ nhạy cảm của một số kháng sinh với nhiễm liên cầu nhóm B.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Những thai phụ có tuổi thai từ 34 đến 36 tuần (35 tuần 7 ngày), không đặt thuốc âm đạo, thụt rửa âm đạo trong vòng 48 giờ trước khi đến khám, đồng ý thực hiện đúng quy trình nghiên cứu (lấy bệnh phẩm âm đạo và trực tràng) và các sản phụ đồng ý

tham gia nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ.** Sản phụ đang sử dụng thuốc kháng sinh, mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh thận.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

* Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội

*Cỡ mẫu nghiên cứu: chúng tôi sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ để tính ra cỡ mẫu. Trong đề tài này chúng tôi tính được cỡ mẫu là 220 sản phụ.

***Quy trình nghiên cứu:**

- Tất cả các thai phụ trong mẫu nghiên cứu được khám thai theo quy trình khám thai bình thường. Nhân viên y tế sẽ lấy 2 mẫu bệnh phẩm tại âm đạo và trực tràng.

- Bệnh phẩm được chuyển về khoa vi sinh của bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong vòng 3 giờ kể từ khi lấy bệnh phẩm để được phân lập và định danh vi khuẩn.

- Thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B sẽ được điều trị và sau đó theo dõi chuyển dạ để theo đúng quy định của khoa đẻ bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

- Tất cả thai phụ (+) với liên cầu khuẩn nhóm B sẽ được làm kháng sinh đồ. Sau khi có kết quả chúng tôi sẽ lựa chọn loại kháng sinh phù hợp với thai phụ để điều trị dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh và theo dõi đến thời điểm chuyển dạ cho các sản phụ.

***Xử lý và phân tích số liệu.** Các số liệu được thu thập mã hóa trên máy tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và một số yếu tố liên quan

Qua nghiên cứu 220 sản phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần tại BVPSHN chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B

Nhóm	LCB(+)	LCB(-)	Tổng số
Số trường hợp	29	191	220
Tỷ lệ	13,2	86,8	100

(LCB : liên cầu khuẩn nhóm B)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B trong nghiên cứu là 13,2%.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B theo tuổi thai

Tuổi thai	Nhóm	LCB(+)		LCB(-)		Tổng số	P
		n	%	n	%		
Từ 34-35 tuần		15	17,4	71	82,6	86	p>0,05
>35-36 tuần		14	10,4	120	89,6	134	
Tổng số		29	13,2	191	86,8	220	

Nhận xét: Các thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B có tuổi thai từ 34-35 tuần chiếm 17,4% , tuổi thai từ 35-36 tuần chiếm 10,4%. Tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai và nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B với p>0,05.

Bảng 3. Một số yếu tố tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa	Nhóm	LCB (+)		LCB (-)		Tổng số	OR	95%CI	p
		n	%	n	%				
Phá thai	Có	7	12,7	48	87,3	555	0,9	0,3-2,4	>0,05
	Không	12	13,3	143	86,7	165			
Sảy thai	Có	7	35,0	13	65,0	20	4,36	1,3-13,2	<0,05
	Không	22	11,0	178	89,0	200			
Thai chết lưu	Có	0	0	23	100	23	-	-	-
	Không	29	14,7	168	85,3	197			
Đẻ non	Có	1	14,3	6	85,7	7	-	-	-
	Không	28	13,1	185	86,9	213			
Tổng số		29		191		220			

Nhận xét: Trong nhóm có tiền sử phá thai, không thấy có mối liên quan giữa tiền sử phá thai với nhiễm liên cầu nhóm B (p>0,05). Trong nhóm có tiền sử sảy thai, tiền sử sảy thai có nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm B gấp 4,36 lần so với nhóm không có tiền sử sảy thai lần nào (OR =4,36, 95% CI : 1,3-13,2).

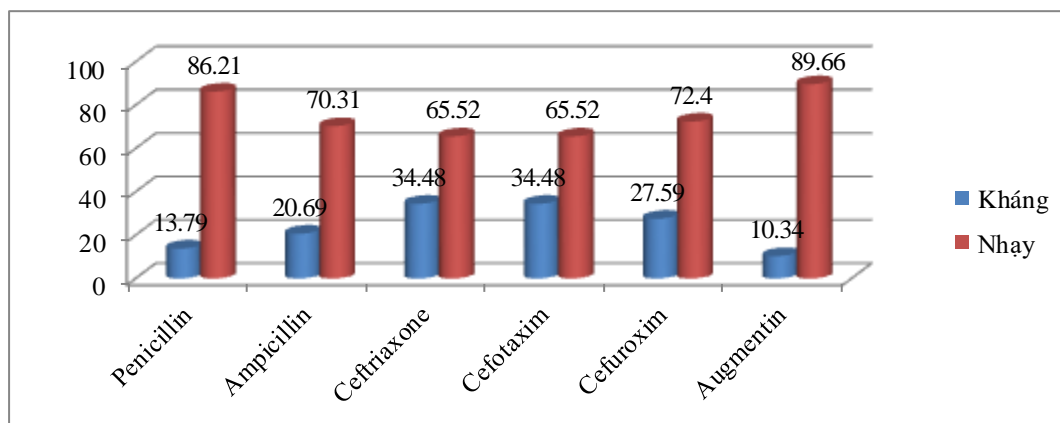
Bảng 4. Phân bố tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm B theo thói quen vệ sinh

Thói quen vệ sinh	Nhóm	LCB(+)		LCB(-)		Tổng số	OR	95%CI	P
		n	%	n	%				
Thụt rửa âm đạo	Có	8	40,0	12	60,0	20	5,7	1,8-17,0	<0,05

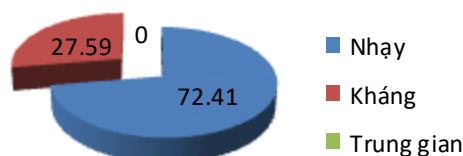
	Không	21	10,5	179	89,5	200			
Sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ	Có	19	13,1	126	86,9	145	0,98	0,4-2,2	
	Không	10	13,3	65	86,7	75			>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở nhóm thai phụ thực rửa âm đạo chiếm 40,0% cao hơn so với nhóm không có thói quen vệ sinh này, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở nhóm thai phụ có sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ (13,1%) gần tương đương với nhóm thai phụ không sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ (13,3%).

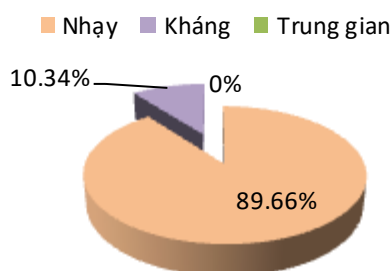
Độ nhạy của một số loại kháng sinh với liên cầu khuẩn nhóm B



Biểu đồ 1. Kết quả kháng sinh đồ của nhóm betalactam



Biểu đồ 2. Kết quả kháng sinh đồ của Vancomycin



Biểu đồ 3. Kết quả kháng sinh đồ của Linezolid

Nhận xét: Từ biểu đồ 1, 2 và 3 cho thấy: độ nhạy cảm của Penicillin, Ampicillin, Augmentin, Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefuroxim lần lượt là 86,21%, 79,31%, 89,66%, 65,52%, 65,52%, 72,41%. Liên cầu khuẩn nhóm B nhạy cảm với Vancomycin và Linezolid lần lượt là 72,41% và 89,66%.

IV. BÀN LUẬN

Liên cầu khuẩn (LCK) nhóm B thường có mặt ở đường tiêu hóa và đường tiết niệu, sinh dục là vị trí thường lây LCK nhóm B nhất [4]. Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở người trưởng thành khỏe mạnh thay đổi từ 10 đến 30%. Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B âm đạo-trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,2%. Nghiên cứu của chúng tôi mẫu bệnh phẩm được lấy ở cả âm đạo và trực tràng, sử dụng môi trường nuôi cấy dinh dưỡng chọn lọc (môi trường Todd-Hewitt) làm tăng khả năng phát hiện LCK nhóm B và phương pháp định danh theo quy trình của WHO và CDC phiên bản năm 2002 [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả trong y văn đã viết là 5-30% [3]. Trong 29 trường hợp nhiễm LCK nhóm B có 13 trường hợp (+) ở âm đạo (chiếm 44,8%), 16 trường hợp (+) ở trực tràng (chiếm 55,2%). Không có trường hợp nào nhiễm ở âm đạo mà không xuất hiện ở trực tràng. Như vậy nếu chỉ lấy bệnh phẩm ở âm đạo mà không lấy ở trực tràng thì bỏ qua đến 10,4% trường hợp nhiễm LCK nhóm B không được điều trị kháng sinh dự phòng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở tuổi thai từ 34-35 tuần chiếm 17,4%, tuổi thai >35-36 tuần chiếm 10,4%. Không có mối liên quan giữa tuổi thai và nhiễm LCK nhóm B. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn nhóm tuổi thai từ 34-36 tuần sớm hơn so

với tuổi thai CDC đã khuyến cáo (35-37 tuần) mục đích nhằm phát hiện sớm hơn những trường hợp cấy (+) với LCK nhóm B nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh. Điều này có thể lý giải do thời gian nuôi cấy và làm kháng sinh đồ cho một thai phụ thông thường kéo dài 1 tuần, sau đó quá trình điều trị kéo dài 5-7 ngày. Như vậy với một thai phụ nhiễm LCK nhóm B thì mất khoảng gần 2 tuần để phát hiện và điều trị, lúc đó tuổi thai sẽ là 36-38 tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở nhóm thai phụ có tiền sử phá thai chiếm 12,7%, tiền sử sảy thai chiếm 35%, tiền sử đẻ non chiếm 14,3%, không có trường hợp nào có tiền sử thai chết lưu. Như vậy nhóm thai phụ có tiền sử sảy thai có tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B cao nhất. Chúng tôi chưa lý giải được tại sao sảy thai lại làm tăng nguy cơ nhiễm LCK nhóm B. Theo chúng tôi ở những thai phụ có tiền sử phá thai, sảy thai phải nạo sảy thì lớp nội mạc tử cung bị tổn thương rất dễ nhiễm khuẩn khi có yếu tố thuận lợi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm thai phụ có thói quen thụt rửa âm đạo có nguy cơ nhiễm LCK nhóm B cao gấp 5,7 lần nhóm không có thói quen này. Theo tác giả Hillier SL thụt rửa âm đạo làm tăng nguy cơ viêm nhiễm gấp 2,1 lần. Điều này cũng dễ lý giải vì thói quen thụt rửa âm đạo với dung dịch sát khuẩn hoặc tự ý dùng thuốc đặt âm đạo sẽ gây phá hủy phổ vi trùng bình thường, tạo điều kiện cho các tác nhân gây bệnh trong đó có LCK nhóm B, đồng thời theo cấu trúc giải phẫu âm đạo là một khoang ảo, khi cho tay vào trong âm đạo đối tượng đã vô tình đưa vi khuẩn vào và vì thế nguy cơ viêm nhiễm tăng cao [4].

Các nhóm kháng sinh nhóm beta-lactam có tác dụng diệt khuẩn bằng các ức chế tổng hợp peptidoglycan, một mucopetid của thành tế bào vi khuẩn. Theo khuyến cáo của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Tổ chức Y tế thế giới (WHO) về điều trị dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh do nhiễm LCK nhóm B thì Penicillin và Ampicillin là hai kháng sinh được lựa chọn hàng đầu. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh hiệu quả của hai kháng sinh này với việc ngăn ngừa nhiễm trùng sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn nhóm B. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy LCK nhóm B đã có hiện tượng kháng với Penicillin và Ampicillin là 13,79% và 20,69%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Edwards RK và cộng sự (2002) thực hiện tại một trung tâm ở Chicago cho thấy giảm tỷ lệ nhạy cảm của LCK nhóm B với Penicillin và

Ampicillin lần lượt là 15 và 17% [5]. Hiện tượng kháng thuốc là tất yếu của quá trình sử dụng kháng sinh không hợp lý, không theo chỉ định của bác sỹ, lạm dụng kháng sinh khi không cần thiết. Với kết quả kháng sinh đồ tại biểu đồ 1 đối với nhóm beta-lactam cho thấy LCK nhóm B còn khá nhạy cảm với Penicillin, Ampicillin và Augmentin. Về mặt kinh tế, để giảm chi phí điều trị thì việc lựa chọn hai loại kháng sinh Penicillin và Ampicillin để điều trị nhiễm LCK nhóm B cho thai phụ là lựa chọn hàng đầu.

Vancomycin là kháng sinh được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng trầm trọng gây nên bởi vi khuẩn gram dương đề kháng với các kháng sinh thông thường và chỉ định cho các bệnh nhân dị ứng với Penicillin. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhạy cảm của liên cầu khuẩn nhóm B với Vancomycin là 72%. Điều này cho thấy liên cầu khuẩn nhóm B đã có hiện tượng kháng với Vancomycin. Do đó kháng sinh đồ là cần thiết với các sản phụ nhiễm LCK nhóm B. Tuy nhiên do tính an toàn của Vancomycin ở phụ nữ mang thai chưa được đánh giá đầy đủ nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết.

Linezolid là kháng sinh có tác dụng diệt khuẩn đối với vi khuẩn Gr(+) trong đó có liên cầu khuẩn nhóm B. Linezolid làm gián đoạn sự sinh trưởng của vi khuẩn bằng cách ức chế quá trình sinh tổng hợp protein. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Linezolid khá là nhạy cảm với LCK nhóm B (89,7%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Panda B (2009) khi nhận thấy LCK nhóm B nhạy cảm hoàn toàn với Linezolid [5]. Linezolid là một kháng sinh mới, mức độ an toàn với phụ nữ có thai chưa được khẳng định, trong một số ít trường hợp có thể tác động đến sự sản sinh tế bào máu; do vậy việc sử dụng thuốc này nên cân nhắc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 13,2%. Có hai yếu tố là tiền sử sảy thai và thụt rửa âm đạo làm tăng nguy cơ nhiễm LCK nhóm B lên cao hơn lần lượt gấp 3,9 và 5,7 lần so với nhóm không có tiền sử này. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của LCK nhóm B với Penicillin và Ampicillin còn tương đối cao và đây vẫn là hai kháng sinh ưu tiên sử dụng dự phòng cho các thai phụ nhiễm LCK nhóm B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thanh Hiền (2011)**, « Các bệnh lý nhiễm khuẩn trong thời kỳ mang thai », Nhà xuất

- bản y học, tr 68-76.
- Center for Disease Control Prevention (2002)**, «Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC», Morb Mortal Wkly Rep, 2002.
 - Frohlicher S, Reichen-Fahrni G, Muler M et al (2014)**, «Serotype distribution and antimicrobial susceptibility of group B streptococci in pregnant women: results from a Swiss tertiary centre », Swiss Med Wkly, Vol 144, 2014, p135-139.
 - Hillier SL (1993)**, « Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis», Am J Obstet Gynecol 169, p455-458.
 - Panda B, Iruretagoyena I, Stiller R (2009)**, «Antibiotic resistance and penicillin tolerance in ano-vaginal group B streptococci», J Matern Fetal Neonate Med. 2009 Feb ; 22(2) :111-114.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ MÂM CHÀY SCHATZKER V, VI BẰNG HAI NẸP VỚI HAI ĐƯỜNG MỔ NHỎ

Dương Đình Toàn^{1,2}, Nguyễn Thành Vinh², Vũ Mạnh Toàn²

TÓM TẮT

Gãy mâm chày loại V & VI theo phân loại của Schatzker luôn là vấn đề khó khăn trong điều trị phẫu thuật. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả phẫu thuật gãy mâm chày loại V và VI theo phân loại Schatzker bằng hai nẹp với hai đường mổ nhỏ. Phương pháp nghiên cứu gồm 34 bệnh nhân (21 nam và 13 nữ) gãy mâm chày loại V và VI theo phân loại của Schatzker (24 loại V, 10 loại VI) được phẫu thuật kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ. Đánh giá kết quả theo thang điểm của KSS (Knee Society Score). Kết quả: rất tốt có 25 bệnh nhân (74,3%), tốt 7 bệnh nhân (21,2%), trung bình 2 bệnh nhân (4,5%). Biến chứng gặp 21% gồm đau gối (6%), nhiễm trùng nông (6%) và hạn chế biên độ gối (9%). Kết luận: kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ mang lại hiệu quả cao trong điều trị gãy mâm chày phức tạp, hạn chế đáng kể các biến chứng mà các phương pháp phẫu thuật thông thường khác thường mắc phải.

Từ khóa: phân loại Schatzker; gãy mâm chày

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TIBIAL PLATEAU FRACTURES (SCHATZKER V-VI) WITH DUAL PLATING VIA MINIMALLY INVASIVE TWO-INCISION

Fractures of the tibial plateau type V & VI according to Schatzker's classification are always difficult problems in surgical treatment. The objectives of study was to evaluate the results of surgical treatment of tibial plateau fractures of V and VI types according to the Schatzker classification with double plating with minimally invasive two-incision. The study methods included 34 patients (21 men and 13 women) with type V and VI tibial plateau fractures according to Schatzker's classification (24 cases were type V and

10 cases were type VI) were treated with double plating via minimally invasive two-incision. Evaluate the results according to the KSS (Knee Society Score) scale. The results showed great had 25 patients (74.3%), good had 7 patients (21.2%), average had 2 patients (4.5%), Complications reported in 21% included knee pain (6%), superficial infection (6%) and limited knee range (9%). Internal fixation in treating complex plateau fractures (Types V and VI according to Schatzker's classification) with double plating via minimally invasive two-incision provides positive results with a low rate of complications.

Key words: Schatzker's classification, Tibial plateau fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày loại V và VI theo phân loại của Schatzker luôn là vấn đề khó khăn trong điều trị phẫu thuật, có tỷ lệ biến chứng cao.¹ Loại gãy này bao gồm tổn thương cả hai mâm chày kèm theo gãy lún diện khớp với nhiều đường gãy khác nhau, gãy lan xuống phần hành xương và 1/3 trên thân xương chày. Có thể gãy kín hoặc gãy hở.² Với tính chất phức tạp của tổn thương xương cũng như phần mềm, loại gãy này thường mang lại kết quả điều trị hạn chế.³ Mục tiêu của điều trị phẫu thuật nhằm phục hồi giải phẫu, cố định xương vững chắc, sớm phục hồi vận động khớp. Sử dụng hai nẹp trong phẫu thuật kết hợp xương được ưu tiên, đặc biệt trong những trường hợp gãy lún hai mâm chày⁴. Kỹ thuật mổ mở kinh điển được thực hiện thông qua hai đường rạch da hai bên đầu trên xương chày có chiều dài gần bằng chiều dài nẹp. Với hai đường rạch da này nguy cơ toác rộng vết mổ tăng lên dẫn đến lộ xương lộ nẹp hoặc hoặc nhiễm trùng⁵. Nếu sử dụng một nẹp với một đường mổ phía ngoài hoặc phía trong với một đường rạch da sẽ hạn chế được biến chứng lộ xương lộ nẹp hoặc nhiễm trùng, tuy nhiên không thể kết hợp xương vững chắc bởi mâm chày gãy nhiều mảnh và di lệch cả mâm chày trong và mâm chày

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

ngoài. Vì vậy kỹ thuật sử dụng hai nẹp với hai đường mổ nhỏ (2-2,5cm) có sự hỗ trợ của màn tăng sáng (C-arm) vừa kết hợp xương vững chắc, vừa hạn chế được biến chứng của hai đường mổ mở kinh điển.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả kết hợp xương bằng hai nẹp với hai đường rạch da tối thiểu điều trị gãy mâm chày phức tạp (Loại V & VI theo phân loại của Schatzker).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Gồm 34 bệnh nhân được chẩn đoán gãy mâm chày Schatzker V và VI, được phẫu thuật kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 3 năm 2018 và tháng 5 năm 2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trên 16 tuổi gãy mâm chày Schatzker V và VI, được mổ kết xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ trước trong và trước ngoài

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ: thông tin hành chính, phim X quang và CT-scanner trước mổ, cách thức phẫu thuật mô tả rõ ràng

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án thiếu thông tin
- Bệnh nhân không thể liên lạc được trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật

2. Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng

- Cỡ mẫu nghiên cứu: bao gồm 34 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu được chọn theo kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ tháng 3 năm 2018 và tháng 5 năm 2020

- Phương pháp thu thập số liệu:

- Tất cả các bệnh nhân được thu thập đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Liên hệ hẹn bệnh nhân khám lại, đánh giá kết quả theo thang điểm KSS

- Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

- Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân được thông báo, giải thích về phẫu thuật kết hợp xương và hoàn toàn đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản. Nghiên cứu dựa trên nhóm bệnh nhân đã phẫu thuật, vì vậy không ảnh hưởng đến quyền

lợi cũng như thời gian, chất lượng và chi phí điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin về người bệnh đều được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi: tuổi trung bình của bệnh nhân là 35 (20-60 tuổi).

2. Đặc điểm về giới: tỷ lệ nam/nữ = 1,6 (21 nam, 13 nữ)

3. Đặc điểm tổn thương và kết quả

Bảng 1. Phân bố đặc điểm tổn thương

Tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Gãy kín	29	85,0
Gãy hở độ I	3	9,0
Gãy hở độ II	2	6,0
Schatzker V	24	71,0
Schatzker VI	10	29,0
Tổng	34	100

Nhận xét: Chủ yếu là gãy kín, chiếm 85%. Có 2 trường hợp gãy hở độ II được mổ 2 thì, thì đầu làm sạch, thì 2 kết xương. Gãy Schatzker V có 24 bệnh nhân (71%), Schatzker VI có 10 bệnh nhân (29%).

Bảng 2. Tỷ lệ biến chứng

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng nông	2	6,0
Toác vết mổ	0	0,0
Ngắn chi >2,5cm	0	0,0
Đau	2	6,0
Hạn chế biên độ khớp gối >15 độ	3	9,0
Tổng	7	21,0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng gặp 21%, trong đó hạn chế biên độ gấp duỗi gối > 15 độ gặp 3 trường hợp, chiếm 9%; đau vùng gối gặp 2 trường hợp, chiếm 6%; nhiễm trùng nông gặp 2 trường hợp, chiếm 6%, không gặp trường hợp nào lộ nẹp.

Bảng 3. Kết quả đánh giá theo thang điểm KSS

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rất tốt	25	73,5
Tốt	7	20,6
Trung bình	2	5,9
Kém	0	0,0
Tổng	34	100

Nhận xét: Đánh giá theo thang điểm KSS, kết quả rất tốt có 25 bệnh nhân (74,3%), tốt có 7 bệnh nhân (21,2%) và trung bình có 2 bệnh nhân (4,5%). Không có trường hợp nào kết quả kém.

Bảng 4. Khả năng trở lại công việc bình thường

Công việc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
-----------	--------------	---------

Tiếp tục làm công việc cũ	23	67,6
Gặp khó khăn khi quay lại công việc cũ	9	26,5
Phải thay đổi công việc	2	5,9
Không làm được việc	0	0,0
Tổng	34	100

Nhận xét: Sau mổ có 67,6% bệnh nhân có thể trở lại công việc cũ trước đó đã từng làm; 26,5% gặp khó khăn khi quay lại công việc cũ nhưng vẫn thích nghi được; 5,9% bắt buộc phải thay đổi công việc.

IV. BÀN LUẬN

Những khó khăn mà mỗi phẫu thuật viên thường gặp phải khi xử lý gãy phức tạp mâm chày đó là những trường hợp gãy nội khớp phức tạp, gãy lún, gãy cả hai mâm chày, chất lượng xương kém và tổn thương nặng nề phần mềm xung quanh, dẫn đến một tỷ lệ khá cao các biến chứng sau mổ. Với những trường hợp này vấn đề mổ kết hợp xương thường gặp rất nhiều khó khăn.⁵ Các phương pháp điều trị cho loại gãy này bao gồm điều trị không phẫu thuật bằng cách xuyên kim kéo, bó bột hoặc đặt nẹp; cố định bên ngoài hoặc phối hợp cố định ngoài và kết xương bên trong (hybrid); phẫu thuật găm kim hoặc kết xương bằng nẹp vít có hỗ trợ nội soi khớp...⁶

Bất kể kỹ thuật điều trị nào, các biến chứng được báo cáo bao gồm: loét vết mổ; lộ xương lộ nẹp; nhiễm trùng sâu, huyết khối tĩnh mạch sâu; hội chứng khoang; khớp giả; viêm cơ cốt hoá; liệt thần kinh mác; bong, trôi nẹp vít; và cứng khớp gối.⁷

Điều trị không phẫu thuật bằng cách kéo liên tục, bó bột đã được báo cáo là cho kết quả kém về chức năng, thời gian nằm viện kéo dài.⁸

Cố định xương bằng găm kim với sự hỗ trợ của nội soi khớp cũng đã được báo cáo là cho kết quả tốt nhưng chỉ phù hợp với các trường hợp gãy tách mâm chày đơn giản và gãy lún cục bộ mâm chày.⁹ Mổ mở kết hợp xương bằng hai nẹp, vít đã được báo cáo với các biến chứng loét vết mổ, lộ nẹp, lộ xương và nhiễm trùng sâu.⁷

Phương pháp kết hợp xương bên trong phối hợp cố định ngoài thường mang lại kết quả không tốt về chức năng, đồng thời làm tăng nguy cơ nhiễm trùng chân đinh của khung cố định ngoài và kéo dài đợt điều trị.

Một số nghiên cứu đã báo cáo rằng sử dụng hai nẹp bên trong và bên ngoài với đường mổ nhỏ cho những trường hợp gãy phức tạp hai mâm chày cho kết quả chức năng khả dĩ, giảm thiểu biến chứng mô mềm, hạn chế được biến chứng lộ xương lộ nẹp.⁹

Hiện nay, kỹ thuật xâm lấn tối thiểu (Less Invasive Stabilization System-LISS) được sử dụng phổ biến ở các nước phát triển và đã có báo cáo về kết quả tốt. Hệ thống này giảm thiểu các biến chứng phẫu thuật bằng cách giảm thiểu tổn thương mô mềm, đặc biệt những trường hợp phần mềm sau chấn thương không tốt.

Để giảm thiểu biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là nhiễm trùng, điều trị theo giai đoạn là cần thiết trong gãy hở mâm chày phức tạp. Trong nghiên cứu này, 2 bệnh nhân gãy hở độ II đã được điều trị bằng phẫu thuật hai giai đoạn (làm sạch và sau đó là kết hợp xương).

Nấn chỉnh ổ gãy về đúng giải phẫu, kết hợp xương vững chắc để giúp vận động khớp gối sớm, đồng thời tránh được các biến chứng ở mức tối thiểu, là những mục tiêu chính trong điều trị phẫu thuật gãy mâm chày phức tạp.

Để có được sự ổn định của gãy mâm chày phức tạp thì cố định cả mâm chày trong và mâm chày ngoài là cần thiết. Sử dụng hai nẹp mang lại sự ổn định cao do cố định được cả hai mâm chày. Tuy vậy, tỷ lệ cao các biến chứng liên quan đến kỹ thuật này cũng đã được báo cáo. Theo Kavin và cộng sự nghiên cứu trên 137 bệnh nhân gãy mâm chày Schatzker V, VI được mổ mở kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường rạch da, tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng nông chiếm 9,2%. Ba trường hợp nhiễm trùng sâu (4,6%) phải tháo nẹp vít chuyển khung cố định ngoài. Có 2 trường hợp khớp giả phải mổ ghép xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng nông được quan sát thấy trong 2 trường hợp và không có trường hợp nào hoại tử phần mềm hay loét vết mổ dẫn đến lộ xương lộ nẹp được ghi nhận. Không có khớp giả. Tuy nhiên có 3 trường hợp (9%) hạn chế biên độ gối > 15°. Chúng tôi cũng có kết quả tốt và rất tốt chiếm 95,5%.

Bệnh nhân sau mổ có 67,6% có thể tiếp tục các công việc trước đây đã làm; 26,5% gặp khó khăn khi quay lại công việc cũ và 5,9% phải thay đổi công việc. Những bệnh nhân gặp khó khăn khi trở lại công việc cũ hoặc buộc phải thay đổi công việc chủ yếu vì lý hạn chế biên độ khớp gối và đau khi đi lại nhiều hoặc đứng lâu.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ điều trị gãy mâm chày Schatzker V, VI mang lại hiệu quả khả quan, với tỷ lệ rất tốt chiếm 74,3%, tốt chiếm 21,2% và trung bình chiếm 4,5%. Tỷ lệ biến chứng gặp 21% gồm đau gối (6%), nhiễm trùng nông (6%) và hạn chế biên độ gối (9%). Không ghi nhận trường hợp

nào có các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng sâu, lộ xương lộ nẹp, khớp giả, lệch trục hoặc ngắn chi trên 2,5cm. Kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ mang lại hiệu quả cao trong điều trị gãy mâm chày phức tạp, hạn chế đáng kể các biến chứng mà các phương pháp phẫu thuật thông thường khác dễ mắc phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Khatri K, Sharma V, Goyal D, Farooque K.** Complications in the management of closed high-energy proximal tibial plateau fractures. *Chin J Traumatol.* 2016;19(6):342-347. doi:https://doi.org/10.1016/j.cjte.2016.08.002
- 2 **Đặng Trung Kiên (2015),** "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày theo phân loại Schatzker V và VI bằng nẹp khoá tại bệnh viện Việt Đức," Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 5-60.
- 3 **Trần Đình Chiến (2006),** Bệnh học chấn thương chỉnh hình, NXB QĐND, tr.131-135
- 4 Prasad GT, Kumar TS, Kumar RK, Murthy GK,

- Sundaram N. Functional outcome of Schatzker type V and VI tibial plateau fractures treated with dual plates. *Indian J Orthop.* 2013;47(2):188-194. doi:10.4103/0019-5413.108915
- 5 **J. T. Watson (1994),** "High-Energy Fractures of the Tibial Plateau," *Orthopedic Clinics of North America*, Vol. 25, No. 4, 1994, pp. 723-752.
 - 6 **Subasi M, Kapukaya A, Arslan H, Ozkul E, Cebesoy O.** Outcome of open comminuted tibial plateau fractures treated using an external fixator. *J Orthop Sci.* 2007;12(4):347-353. doi:https://doi.org/10.1007/s00776-007-1149-7
 - 7 **A. Apley (1979),** "Fractures of the Tibial Plateau," *Orthopedic Clinics of North America*, Vol. 10, 1979, pp. 61-7
 - 8 **C. A. Gaunche and A. W. Markman (1993),** "Arthroscopic Management of Tibial Plateau Fractures," *Arthroscopy*, Vol. 9, No. 4, 1993, pp. 467-471.
 - 9 **Jiang R, Luo CF, Wang MC, Yang TY, Zeng BF.** A comparative study of Less Invasive Stabilization System (LISS) fixation and two-incision double plating for the treatment of bicondylar tibial plateau fractures. *Knee.* 2008;15(2):139-143. doi:10.1016/j.knee.2007.12.001

NHẬN XÉT HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH NHIỄM HELYCOBACTER PYLORI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải¹, Nguyễn Văn Tuấn², Trần Minh Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh nội soi và đặc điểm mô bệnh học viêm dạ dày mạn tính có nhiễm H. pylori ở trẻ em. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên toàn bộ trẻ em từ 3 đến 15 tuổi, đến khám và điều trị tại khoa Khám bệnh, khoa Tiêu hóa – Huyết học bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Tổng 31 trẻ được đưa vào nghiên cứu. Hình ảnh nội soi chủ yếu là viêm dạ dày xung huyết (23/31) với vị trí tổn thương chủ yếu ở toàn bộ niêm mạc (51,7%) và hang vị (32,2%). Mức độ viêm chủ yếu là mức độ vừa (54,8%) và đa số là viêm hoạt động mức độ vừa (38,7%). Mức độ nhiễm H. pylori mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (45,1%). Nhiễm H. pylori càng nặng, mức độ viêm càng nặng, mức độ hoạt động càng mạnh. **Kết luận:** Cần đẩy mạnh thực hiện xét nghiệm mô bệnh học ở những bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, đau bụng mạn tính, tiến tới thực hiện thường quy ở tất cả các bệnh nhân có chỉ định.

Từ khóa: Mô bệnh học, Viêm dạ dày mạn tính, Helycobacter Pylori

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGES AND HISTOPATHOLOGY OF CHRONIC GASTRITIS WITH HELYCOBACTER PYLORI AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Describe the endoscopic images and histopathology of chronic gastritis with helycobacter pylori at Nghe An Obstetrics and Pediatrics hospital. **Methods:** Cross-sectional description of all children from 3 to 15 years old in the Department of Examination, Department of Gastroenterology - Hematology at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** A total of 31 children were included in the study. The endoscopic image was mainly congestive gastritis (23/31) with lesions mainly in the entire mucosa (51.7%) and antrum (32.2%). The degree of inflammation was mainly moderate (54.8%) and the majority was moderate active inflammation (38.7%). Moderate level of H. pylori infection accounted for the highest rate (45.1%). The more severe the H. pylori infection, the more severe the inflammation, the stronger the activity level. **Conclusions:** It is necessary to step up the implementation of histopathological examination in patients with peptic ulcer disease, chronic abdominal pain, and proceed to routine testing in all patients with indications.

Keywords: Histopathology, Chronic gastritis, Helycobacter Pylori

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (*H. pylori*) là một trong những nguyên nhân nhiễm khuẩn mạn tính thường gặp nhất. Đặc biệt tình trạng nhiễm *H. pylori* đang ngày càng phổ biến ở trẻ em, tỷ lệ này là 37,1% [1].

Kĩ thuật mô bệnh học phát hiện *H. pylori* là công cụ để thực hiện chẩn đoán chính xác nhiễm *H. pylori* theo các phác đồ mới nhất trong nước và quốc tế.

Tuy nhiên, ở nước ta vẫn không nhiều nghiên cứu về viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H.P* ở trẻ em cũng như các đặc điểm về hình ảnh nội soi, mô bệnh học của bệnh ở trẻ em. Việc tìm hiểu các đặc điểm nội soi và mô bệnh học của bệnh, từ đó giúp nâng cao hiệu quả chất lượng chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng do vi khuẩn *H. pylori* ở trẻ em là rất cần thiết trong điều trị và chăm sóc trẻ bị viêm dạ dày mạn tính. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả hình ảnh nội soi và đặc điểm mô bệnh học viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 3 – 15 tuổi được chẩn đoán viêm dạ dày mạn tính do nhiễm *H. pylori* theo tiêu chuẩn ACG 2017 [5] tại khoa Khám bệnh, khoa Tiêu hóa – Huyết học bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử dùng kháng sinh trong vòng 1 tháng, dùng PPI trong vòng 2 tuần trước khi khám và điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021 tại khoa Khám bệnh, khoa Tiêu hóa – Huyết học bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

- Phân loại tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi [4]:

- Viêm dạ dày xung huyết; Viêm dạ dày trợt phẳng, Viêm dạ dày trợt lồi; Viêm dạ dày teo; Viêm dạ dày xuất huyết; Viêm dạ dày phì đại; Viêm dạ dày trào ngược dịch mật.

- Định khu tổn thương: Thân vị, hang vị, toàn bộ dạ dày

- Phân loại mô bệnh học [4]:

- Mức độ tổn thương viêm mạn trên MBH: Viêm nhẹ, viêm vừa, viêm nặng

- Phân loại tổn thương VDDMT trên MBH: Viêm mạn nông, viêm teo nhẹ, viêm teo vừa, viêm teo nặng

- Mức độ hoạt động viêm trên MBH: Thể không hoạt động, thể hoạt động (Hoạt động nhẹ, hoạt động vừa, hoạt động mạnh)

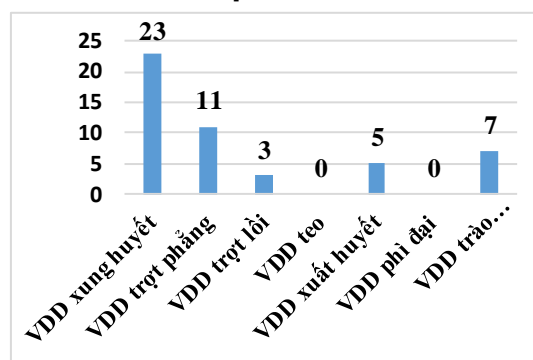
- Mức độ nhiễm *H. pylori* trên MBH của VDDMT: Không nhiễm *H. pylori*; Mức độ nhẹ (+); Mức độ vừa (++); Mức độ nặng.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý trên các phần mềm MS Excel 2013 và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 31 bệnh nhi thỏa mãn điều kiện với tuổi trung bình là $8,9 \pm 3,6$ tuổi. Nhóm tuổi từ 9-15 tuổi (58,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm 3-8 tuổi. Tỉ lệ trẻ nam (61,2%) lớn hơn trẻ nữ.

3.2. Hình ảnh nội soi



Biểu đồ 1: Hình ảnh nội soi VDDMT ở trẻ em

Nhận xét: Hình ảnh viêm dạ dày xung huyết có số lượng lớn nhất (23/31), không gặp hình ảnh viêm dạ dày teo, viêm dạ dày phì đại.

Viêm toàn bộ niêm mạc dạ dày là tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%), tiếp đến là viêm hang vị (32,2%), viêm thân vị và đáy vị chiếm tỉ lệ thấp nhất (16,1%).

3.3. Đặc điểm mô bệnh học. Đa số tổn thương viêm mạn trên MBH ở mức độ vừa (54,8%), mức độ viêm nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất (16,2%).

Bảng 1: Mức độ hoạt động của VDDMT trên MBH

Mức độ hoạt động viêm	n	Tỷ lệ
Thể không hoạt động	5	16,1%
Hoạt động nhẹ	8	25,8%
Hoạt động vừa	12	38,7%

Hoạt động mạnh	6	19,4%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mô bệnh học VDDMT hoạt động mức độ vừa (38,7%), tỉ lệ

không hoạt động và hoạt động mạnh gần tương đương nhau.

Mức độ nhiễm *H. pylori* chủ yếu là mức độ vừa (45,1%), nhiễm *H. pylori* mức độ nặng chiếm tỉ lệ ít nhất (22,7%), còn lại là nhẹ.

Bảng 2: Liên quan giữa mức độ nhiễm *H. pylori* và mức độ viêm trên MBH

Mức độ viêm trên MBH	Mức độ nhiễm <i>H. pylori</i> trên MBH				Tổng	p
	Nhẹ		Vừa và nặng			
	n	%	n	%		
Viêm nhẹ	5	16,1%	4	12,9%	29,0%	0,73
Viêm vừa	3	9,6%	14	45,2%	54,8%	0,004
Viêm nặng	2	6,5%	3	9,7%	16,2%	-
Tổng	10	32,2%	21	67,8%	100%	

Nhận xét: Trong nhóm mức độ viêm vừa, đa số có nhiễm *H. pylori* mức độ vừa và nặng (67,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong các nhóm viêm nhẹ và viêm nặng có mức độ nhiễm *H. pylori* nhẹ - vừa và nặng gần tương đương nhau.

Bảng 3: Liên quan giữa mức độ nhiễm *H. pylori* với mức độ hoạt động viêm trên MBH

Mức độ hoạt động viêm trên MBH	Mức độ nhiễm <i>H. pylori</i> trên MBH				Tổng
	Nhẹ		Vừa và nặng		
	n	%	n	%	
Không hoạt động	4	12,9%	1	3,2%	16,1%
Hoạt động nhẹ	5	16,1%	3	9,7%	25,8%
Hoạt động vừa	1	3,2%	11	35,5%	38,7%
Hoạt động mạnh	0	0%	6	19,4%	19,4%
Tổng	10	32,2%	21	67,8%	100%

Nhận xét: Nhóm VDDMT không hoạt động chủ yếu có nhiễm *H. pylori* mức độ nhẹ. Nhóm VDDMT hoạt động vừa, hoạt động mạnh chủ yếu có nhiễm *H. pylori* mức độ vừa và nặng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Nghiên cứu 31 bệnh nhân cho thấy nhóm trẻ từ 9-15 tuổi chiếm chủ yếu (58,1%), nam giới nhiều hơn nữ giới. Kết quả tương tự tác giả Nguyễn Văn Ngoan khi nhóm 10-15 tuổi chiếm chủ yếu 43,4% và tác giả Nguyễn Hữu Hải, nhóm trẻ từ 10-15 tuổi có tỷ lệ cao nhất với 41,2% [2],[3]. Có thể giải thích do nhóm trẻ 9-15 tuổi là nhóm có thể thực hiện nội soi thực quản dạ dày tá tràng dễ dàng hơn so với nhóm trẻ nhỏ tuổi. Ngoài ra cũng có thể giải thích, đến độ tuổi này thì biểu hiện lâm sàng do vi khuẩn *H. pylori* mới rõ ràng hơn, là nguyên nhân khiến phụ huynh đưa các cháu đi khám bệnh nhiều hơn.

Hình ảnh nội soi VDDMT do nhiễm *H. pylori* ở trẻ em. Hình ảnh nội soi viêm dạ dày xung huyết chiếm số lượng lớn nhất (23/31 trẻ), tiếp theo là các tổn thương viêm dạ dày trợt phẳng (11/31), không gặp hình ảnh viêm dạ dày teo và viêm dạ dày phì đại. Theo tác giả Nguyễn Văn Ngoan hình ảnh chủ yếu là viêm xung huyết và viêm trợt, tổn thương phì đại chiếm tỉ lệ rất nhỏ (1/143 trẻ), cũng không gặp hình ảnh viêm teo niêm mạc dạ dày. Các hình ảnh viêm phì đại hiếm gặp (bệnh Menetrier), viêm teo niêm

mạc cũng thường xuất hiện ở người lớn hơn trẻ em.

Viêm toàn bộ niêm mạc dạ dày là tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%), tiếp đến là viêm hang vị (32,2%), viêm thân vị và đáy vị chiếm tỉ lệ thấp nhất (16,1%). Các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hải và Nguyễn Văn Ngoan cũng cho thấy vị trí tổn thương chủ yếu là ở hang vị và toàn bộ niêm mạc dạ dày [2],[3]. Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế gây bệnh của vi khuẩn *H. pylori*, khi chúng khu trú chủ yếu ở khu vực hang vị.

Đặc điểm MBH của VDDMT do nhiễm *H. pylori*. Mức độ viêm chủ yếu là mức độ vừa (54,8%), mức độ nặng có tỉ lệ thấp nhất (16,2%). Có 5 bệnh nhân có MBH viêm không hoạt động (16,1%), đa số là viêm hoạt động mức độ vừa (38,7%). Nhiễm *H. pylori* mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất với 14/31 bệnh nhân (45,1%), mức độ nhẹ chiếm 10/31 bệnh nhân (32,2%), mức độ nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất với 7/31 bệnh nhân (22,7%).

Trong nhóm viêm vừa, đa số bệnh nhân có nhiễm *H. pylori* mức độ vừa và nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Còn trong mức độ viêm nhẹ, mức độ nhiễm *H. pylori* nhẹ và mức độ vừa - nặng là tương đương nhau với $p > 0,05$. Nhóm MBH viêm mức độ nặng có tỉ lệ

nhiễm *H. pylori* là tương đương nhau, tuy nhiên số lượng nhỏ nên sự chính xác chưa đảm bảo. Như vậy nhìn chung có sự liên quan giữa mức độ nhiễm *H. pylori* và mức độ viêm trên MBH. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với Nguyễn Văn Ngoan [3]. Điều này có thể giải thích khi chúng ta thừa nhận vai trò và khả năng gây bệnh của vi khuẩn *H. pylori*, đặc biệt là ở trẻ em, nhóm bệnh nhân gần như ít chịu tác động của các yếu tố gây viêm dạ dày liên quan đến đời sống sinh hoạt. Vi khuẩn *H. pylori* cùng với các yếu tố gây bệnh của nó như urease, độc tố Cag A, chất trung gian hóa học như interleukin... sẽ phát động quá trình viêm. Mức độ nhiễm khuẩn càng nặng thì quá trình viêm càng mạnh, tổn thương trên mô bệnh học sẽ càng nặng hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan tương đối rõ giữa mức độ nhiễm *H. pylori* và mức độ hoạt động trên MBH. Ở mức độ viêm không hoạt động và hoạt động nhẹ, nhóm nhiễm *H. pylori* nhẹ chiếm ưu thế. Ngược lại, các nhóm viêm hoạt động vừa và mạnh, nhóm nhiễm *H. pylori* mức độ vừa- nặng lại chiếm ưu thế. Như vậy, mức độ nhiễm *H. pylori* càng nặng, mức độ hoạt động viêm càng mạnh. Điều này hợp lý khi xem xét đến cơ chế gây bệnh của vi khuẩn *H. pylori*. Mức độ nhiễm *H. pylori* càng nặng, các độc tố, chất trung gian hóa học, enzym urease được tiết ra với mức độ càng lớn, tập trung càng nhiều bạch cầu trung tính hơn, dẫn đến phát động quá trình đáp ứng viêm mạnh mẽ hơn, mức độ hoạt động viêm càng mạnh hơn.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh nội soi chủ yếu là viêm dạ dày xung huyết (23/31) và không gặp hình ảnh viêm dạ dày teo hay viêm dạ dày phì đại với vị trí tổn thương chủ yếu ở toàn bộ niêm mạc (51,7%) và hang vị (32,2%).

Mức độ viêm chủ yếu là mức độ vừa (54,8%) và đa số là viêm hoạt động mức độ vừa (38,7%). Mức độ nhiễm *H. pylori* mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (45,1%). Nhiễm *H. pylori* càng nặng, mức độ viêm càng nặng, mức độ hoạt động càng mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoài Chân và cộng sự (2012)**. Nghiên cứu một số đặc điểm nội soi và tổn thương mô bệnh học ở trẻ em đau bụng tái diễn có hội chứng dạ dày tá tràng. Tạp chí Nhi khoa, 5, 3.
2. **Nguyễn Hữu Hải (2012)**. Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ nhiễm vi khuẩn với các biểu hiện lâm sàng, tổn thương trên nội soi và mô bệnh học ở các bệnh nhân viêm, loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa. Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Ngoan (2004)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.
4. **Dixon M.F, Genta R.M, Yardley J.H et al (1994)**, Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system, International workshop on the histopathology of gastritis, Houston. Am J surg pathol, 10,116-81.
5. **William D, Grigorios I, Colin W et al (2017)**, ACG clinical guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* infection. The American Journal of Gastroenterology, 112.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH ¹⁸FDG-PET/CT CỦA CÁC TỔN THƯƠNG TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Mai Huy Thông*, Nguyễn Kim Lưu*,
Ngô Văn Đan*, Nguyễn Hà Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ¹⁸FDG-PET/CT của các tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 43 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ

được chụp PET/CT trước điều trị Bệnh viện quân y 103 từ tháng 02/2017 – tháng 02/2022. **Kết quả:** 43 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ từ T2/2017 đến T2/2022. Kích thước trung bình khối u phổi là 40,98±21,53mm, có sự liên quan giữa chỉ số SUVmax và kích thước khối u nguyên phát. Giá trị SUVmax tăng theo giai đoạn T. Giá trị SUVmax trung bình của nhóm hạch >10mm là 10,59±6,12 cao hơn của nhóm hạch <10mm là 5,56±2,47. Sau chụp PET/CT n giai đoạn N0 chiếm 32,6%, giai đoạn N1 chiếm 23,3%, giai đoạn N2 chiếm 23,3%, giai đoạn N3 chiếm 20,9%. Giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M1 là 15,96±4,29 cao hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M0 là 14,57±8,26.

*Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Mai Huy Thông
Email: maihuythong27121995@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022
Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, ¹⁸FDG-PET/CT, SUVmax.

SUMMARY

STUDY ON ¹⁸FDG-PET/CT IMAGING CHARACTERISTICS OF LESIONS IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER BEFORE TREATMENT

Background: Study on ¹⁸FDG-PET/CT imaging characteristics of lesions in non-small cell lung cancer before treatment. **Methods:** Retrospective study, descriptive analysis on 43 non-small cell lung cancer patients undergoing PET/CT before treatment at Military Hospital 103 from February 2017 to February 2022. **Results:** 43 patients with non-small cell lung cancer from February 2017 to February 2022. The average size of lung tumor was 40.98±21.53mm, there was a correlation between SUVmax index and primary tumor size. The SUVmax value increased with stage T. The mean SUVmax value of the lymph node group >10mm was 10.59±6.12 higher than that of the node group <10mm was 5.56±2.47. After PET/CT scan, the N0 stage accounted for 32.6%, the N1 stage accounted for 23.3%, the N2 stage accounted for 23.3%, and the N3 stage accounted for 20.9%. The mean SUVmax value of the tumor in the M1 group of patients was 15.96±4.29, which was higher than that of the M0 group of patients was 14.57±8.26.

Keywords: PET/CT, Non small cell lung cancer, Staging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTP là loại ung thư chiếm vị trí hàng đầu về tỉ lệ mắc cũng như tỉ lệ tử vong trên toàn thế giới. Chỉ tính riêng năm 2020 trên thế giới có khoảng 2.206.771 trường hợp mới mắc, chiếm 11,4% tổng số ca mới mắc của tất cả các loại bệnh ung thư với số ca tử vong là 1.796.144 [1]. Ở Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020, ung thư phổi mới mắc là 26.262 ca (chiếm 14,4%), tử vong hơn 23.797 ca (chiếm 19,4%), chỉ sau ung thư gan. Ung thư phổi đứng hàng đầu về tỉ lệ mắc ở nam giới (36,8/100.000 dân) chỉ sau ung thư gan và thứ 2 ở nữ giới sau ung thư vú (11,8/100.000 dân). Tỉ lệ tử vong ở nam và nữ là 20,6/100.000 dân [2].

Đánh giá khối u nguyên phát và giai đoạn bệnh UTPKTBN dựa vào khám lâm sàng, chụp XQ, siêu âm, MRI, CT, xạ hình xương... Đây là những phương pháp chẩn đoán thông thường, đã đóng góp rất nhiều cho việc chẩn đoán giai đoạn nhưng giá trị chẩn đoán còn hạn chế. Chụp PET/CT sử dụng ¹⁸FDG vừa ghi hình giải phẫu, vừa ghi hình chuyển hoá tổn thương, có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn. PET/CT giúp xác định giai đoạn bệnh chính xác hơn giúp người thầy thuốc quyết định chiến lược điều trị đúng và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Ở Việt Nam, kỹ thuật chụp PET/CT mới bắt đầu ứng dụng trong ung thư từ năm 2009, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh của PET/CT của tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ¹⁸FDG -PET/CT của tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 43 bệnh nhân UTPKTBN mới phát hiện, được chụp ¹⁸FDG-PET/CT toàn thân đánh giá giai đoạn bệnh tại khoa Y học hạt nhân - Trung tâm CDHA Bệnh viện Quân y 103, trong thời gian từ 02/2017-12/2021. Tất cả BN được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thông thường như CT, siêu âm, X quang ngực, xét nghiệm huyết thanh... Bệnh nhân được chụp ¹⁸F- FDG PET/CT toàn thân tại các thời điểm trước điều trị.

Quy trình kỹ thuật chụp PET/CT theo hướng dẫn của Hội Y học hạt nhân Châu Âu năm 2010 [3]. Dược chất phóng xạ ¹⁸FDG được sản xuất tại Trung tâm Cyclotron, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Chụp PET/CT bằng máy PET/CT Discovery LightSpeed của hãng GE tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện K và Bệnh viện 103. Quy trình kỹ thuật chụp ¹⁸FDG -PET/CT: BN nhịn ăn 6 giờ, uống nước lọc và được kiểm tra glucose máu trước tiêm ¹⁸FDG không được vượt quá 11,1 mmol/l. Tiêm tĩnh mạch ¹⁸FDG với liều 0,14 - 0,15 mCi/kg. BN nằm trong phòng chờ nghỉ ngơi, sau 60 phút chụp CT định hướng và chụp CT liều thấp từ nền sọ đến giữa đùi. Chụp PET toàn thân với tốc độ 2,5 phút/bed. Kết quả ¹⁸FDG -PET/CT được phân tích và nhất trí bởi hai bác sỹ y học hạt nhân.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 2.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

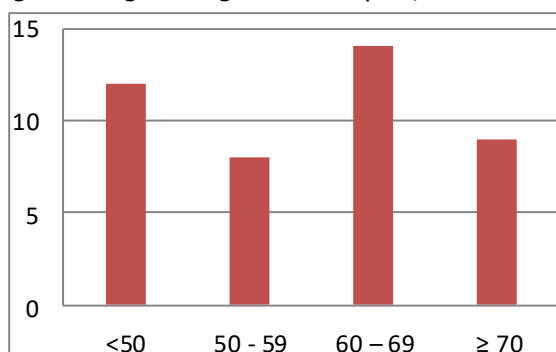
Nghiên cứu trên 43 BN ung thư phổi không tế bào nhỏ, trong đó có 33 bệnh nhân nam (76,7%) và 10 bệnh nhân nữ (23,3%), tỉ lệ nam/nữ là ~ 3,3:1 chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Kích thước u phổi theo giới tính

Bệnh nhân	Số bệnh nhân (n)	Kích thước trung bình (mm)	p
Nam	33	44,27±22,8	p>0,05
Nữ	10	30,1±11,99	
Tổng	43	40,98±21,53	

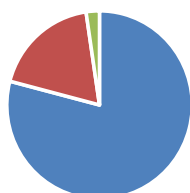
Nhận xét: Kích thước trung bình khối u phổi ở BN nam là 44,27±22,8 mm. Kích thước trung bình khối u phổi ở BN nữ là 30,1±11,99mm. Kích

thước khối u trung bình là $40,98 \pm 21,53$ mm. Tuy nhiên không có sự khác biệt về kích thước có ý nghĩa thống kê về giới tính với $p > 0,05$.



Biểu đồ 4: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong số tất cả 43 bệnh nhân trong nghiên cứu, tuổi trung bình là $58,67 \pm 12,09$. Trong đó độ tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 14 bệnh nhân (32,6 %).



Biểu đồ 5: Đặc điểm typ mô bệnh học

Nhận xét: Trong số 43 bệnh nhân nghiên cứu, có 34 bệnh nhân giải phẫu bệnh là UTBM tuyến chiếm tỉ lệ 79,1%, 8 bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UTBM vảy chiếm tỉ lệ 18,6%, 1 bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UTBMTKNT tế bào lớn chiếm 2,3%.

Bảng 2. Giá trị SUVmax theo kích thước khối u

Kích thước khối u(cm)	Số bệnh nhân(n)	Giá trị trung bình SUVmax	p
<3 cm (1)	13	$10,89 \pm 7,35$	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
3-5cm (2)	21	$14,54 \pm 4,51$	
5-7cm (3)	4	$16,78 \pm 6,63$	
>7cm (4)	5	$23,88 \pm 14,1$	

Nhận xét: Nghiên cứu trên 43 bệnh nhân với các nhóm kích thước u phổi nguyên phát chúng tôi nhận thấy kích thước càng lớn, giá trị SUVmax càng cao, sự khác biệt giữa SUVmax đối với kích thước khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Giá trị SUVmax u nguyên phát theo giai đoạn T

Giai đoạn khối u nguyên phát	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	SUVmax u trung bình	p
T1b (1)	4	9,3%	$8,75 \pm 6,30$	$P_{1,2,3,4,5,6} < 0,05$
T1c (2)	11	25,6%	$11,77 \pm 7,10$	
T2a (3)	12	27,9%	$14,39 \pm 5,31$	
T2b (4)	6	14%	$15,13 \pm 3,31$	
T3 (5)	4	9,3%	$16,78 \pm 6,63$	
T4 (6)	6	14%	$23,05 \pm 12,77$	
SUVmax trung bình			$14,73 \pm 7,88$	

Nhận xét: Giá trị trung bình SUVmax của giai đoạn T1b là $8,75 \pm 6,30$, của giai đoạn T1c là $11,77 \pm 7,10$, của giai đoạn T2a là $14,39 \pm 5,31$, của giai đoạn T2b là $15,13 \pm 3,31$, của giai đoạn T3 là $16,78 \pm 6,63$, của giai đoạn T4 là $23,05 \pm 12,77$. Nhận thấy giai đoạn T càng tăng lên thì SUVmax trung bình càng tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = < 0,05$.

Bảng 4. Giá trị SUVmax hạch vùng theo kích thước hạch

Hạch vùng	Số lượng hạch	Tỉ lệ (%)	Giá trị SUVmax trung bình	p
<10mm	21	48,8%	$5,56 \pm 2,47$	$P < 0,05$
> 10mm	22	51,2%	$10,59 \pm 6,12$	
Tổng	43	100%	$8,13 \pm 5,30$	

Nhận xét: SUVmax hạch vùng trung bình ở nhóm hạch có kích thước dưới 10 mm và nhóm hạch trên 10 mm có giá trị SUVmax trung bình lần lượt là $5,56 \pm 2,47$ và $10,59 \pm 6,12$. SUVmax trung bình của hạch vùng ở nhóm kích thước trên 10 mm lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm hạch có kích thước dưới 10 mm và tăng SUVmax, với $p < 0,05$.

Bảng 5. Giai đoạn N trên hình ảnh ¹⁸FDG PET/CT

Giai đoạn	Số BN (n =43)	Tỉ lệ (%)
N0	14	32,6%
N1	10	23,3%
N2	10	23,3%
N3	9	20,9%

Nhận xét: Sau chụp PET/CT thấy giai đoạn N0 có 14 bệnh nhân chiếm 32,6%, giai đoạn N1 có 10 bệnh nhân chiếm 23,3%, giai đoạn N2 có 10 bệnh nhân chiếm 23,3%, giai đoạn N3 có 9 bệnh nhân chiếm 20,9%.

Bảng 6. Giá trị SUVmax hạch vùng theo giai đoạn N

Giai đoạn N	Số BN	SUVmax trung bình	p
N1 (1)	10	$8,59 \pm 2,87$	$P_{1,2,3} > 0,05$
N2 (2)	10	$7,46 \pm 7,82$	
N3 (3)	9	$10,62 \pm 5,71$	

Nhận xét: Giá trị SUVmax trung bình của bệnh nhân có giai đoạn N1 là $8,59 \pm 2,87$, của bệnh nhân có giai đoạn N2 là $7,46 \pm 7,82$, của bệnh nhân có giai đoạn N3 là $10,62 \pm 5,71$. Tuy nhiên không có sự khác biệt về SUVmax trung bình có ý nghĩa thống kê đối với các giai đoạn $N(p > 0,05)$.

Bảng 7. Giá trị SUVmax trung bình của nhóm bệnh nhân M0 và M1

Giai đoạn	Giá trị SUVmax trung bình	P
M0	$14,57 \pm 8,26$	$p > 0,05$
M1	$15,96 \pm 4,29$	
Tổng	$14,73 \pm 7,88$	

Nhận xét: Nhận thấy giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M1 là $15,96 \pm 4,29$ cao hơn giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M0 là $14,57 \pm 8,26$. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Về kích thước khối u: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được kích thước trung bình của u là $40,98 \pm 21,53$ mm (14-119 mm) (bảng 1). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Dương Phú Triết Diễm [4] có kích thước u trung bình 46 mm. Kích thước u được xem như yếu tố tiên lượng đối với UTPKTBN giai đoạn sớm, chưa xâm lấn tại chỗ và chưa di căn hạch [5]. CLVT hiện nay vẫn là kỹ thuật hình ảnh chính mô tả kích thước và sự tương quan giữa tổn thương với các cấu trúc xung quanh.

Về liên quan giữa kích thước khối u, giai đoạn T với mức độ chuyển hóa: Về giá trị SUVmax trung bình theo kích thước khối u, chúng tôi nhận thấy, kích thước khối u càng lớn thì giá trị SUVmax trung bình càng tăng, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,012$. Đối với khối u kích thước ≤ 3 cm thì giá trị SUVmax trung bình là $10,89 \pm 7,35$, đối với kích thước từ 3-5cm, giá trị SUVmax trung bình là $14,54 \pm 4,51$, kích thước 5-7cm thì giá trị SUVmax trung bình là $16,78 \pm 6,63$, với khối u kích thước > 7 cm thì giá trị SUVmax trung bình là $23,88 \pm 14,1$. Nhận định kích thước u phối tăng thì giá trị SUVmax tăng tương đồng với nghiên cứu của FangFang Chen và cs (2015) trên 181 bệnh nhân [6]. Điều này có thể được giải thích do đối với các u có kích thước lớn có sự hiện diện của Glut 1 ở bề mặt u nhiều hơn nên tăng hấp thu FDG nhiều hơn và giá trị SUVmax sẽ cao hơn [7].

Về giá trị SUVmax trung bình theo giai đoạn T, chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình SUVmax của giai đoạn T1b là $8,75 \pm 6,30$, của giai đoạn T1c là $11,77 \pm 7,10$, của giai đoạn T2a là $14,39 \pm 5,31$, của giai đoạn T2b là $15,13 \pm 3,31$, của giai đoạn T3 là $16,78 \pm 6,63$, của giai đoạn T4 là $23,05 \pm 12,77$. Nhận thấy giai đoạn T càng tăng lên thì SUVmax trung bình càng tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = < 0,05$. Điều này dễ dàng nhận thấy vì giai đoạn T tương quan với kích thước khối u. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dương Phú Triết Diễm (2018) nghiên cứu trên 128 bệnh nhân [4].

Về giai đoạn hạch, kích thước hạch và liên quan với mức độ chuyển hóa: Về giá trị SUVmax hạch vùng theo kích thước hạch, chúng tôi nhận thấy đối với nhóm hạch kích thước trên 10mm có 22 bệnh nhân, giá trị SUVmax trung bình là $10,59 \pm 6,12$, nhóm hạch kích thước dưới 10mm có 21 bệnh nhân, giá trị SUVmax trung bình là $5,56 \pm 2,47$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này chứng tỏ kích thước hạch di căn càng tăng thì giá trị SUVmax trung bình càng tăng. Nghiên cứu của Mai Trọng Khoa và cs (2012) kích thước hạch di căn cũng được chia làm 4 nhóm ≤ 1 cm; $> 1-2$ cm; $> 2-3$ cm; > 3 cm, SUVmax trung bình tương ứng là 4,75; 5,72; 7,84; 7,92. Mỗi liên quan giữa kích thước hạch và SUVmax có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [8].

Về giá trị SUVmax theo giai đoạn N, chúng tôi nhận thấy sau chụp PET/CT giai đoạn N1 có 10 bệnh nhân chiếm 23,3%, giai đoạn N2 có 10 bệnh nhân chiếm 23,3%, giai đoạn N3 có 9 bệnh nhân chiếm 20,9%. Giá trị SUVmax trung bình của bệnh nhân có giai đoạn N1 là $8,59 \pm 2,87$, của bệnh nhân có giai đoạn N2 là $7,46 \pm 7,82$, của bệnh nhân có giai đoạn N3 là $10,62 \pm 5,71$. Tuy nhiên không có sự khác biệt về SUVmax trung bình có ý nghĩa thống kê đối với các giai đoạn $N(p > 0,05)$. Điều này có thể giải thích đó là giai đoạn N liên quan đến vị trí hạch chứ không liên quan đến số lượng hay kích thước hạch, do đó giá trị SUVmax trung bình đối với giai đoạn N không có khác biệt thống kê.

Về liên quan giữa giai đoạn M và mức độ chuyển hóa: Về giá trị SUVmax trung bình khối u giữa nhóm bệnh nhân có giai đoạn M0 và nhóm bệnh nhân giai đoạn M1, trong nghiên cứu của chúng tôi có 38 bệnh nhân nhóm M0 và 5 bệnh nhân nhóm M1, giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M1 là $15,96 \pm 4,29$ cao hơn giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M0 là

14,57±8,26. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Jing Gao, Xinyun Huang và cs (2020) nghiên cứu trên 17 bệnh nhân thấy nhóm bệnh nhân M0 có giá trị SUVmax trung bình là 4,5±2,0, nhóm bệnh nhân M1 có giá trị SUVmax trung bình là 6,3±2,3, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05(0,216)$ [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 43 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ chúng tôi nhận thấy kích thước khối u càng tăng thì mức độ chuyển hóa tại khối u càng tăng lên. Đồng thời mức độ chuyển hóa khối u cũng tăng lên khi giai đoạn T của khối u tăng lên. Có sự liên quan và khác biệt về mức độ chuyển hóa của hạch khi kích thước hạch tăng lên. Mức độ chuyển hóa trung bình của khối u ở bệnh nhân có di căn cao hơn ở bệnh nhân chưa có di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN2020**: 15-Lung-fact-sheet.pdf.
2. **GLOBOCAN2020**: 704-viet-nam-fact-sheets.pdf.

3. **Patricia M de Groot. et all.** (2018). The epidemiology of lung cancer. *Translational Lung Cancer Research*, 7(3), 220.
4. **Dương Phú Triết Diễm (2018)**. Đặc điểm của ung thư phổi không tế bào nhỏ trên hình ảnh PET/CT với 18F-FDG.
5. **Zhang J. et all.** (2015). Relationship between tumor size and survival in non-small-cell lung cancer (NSCLC): an analysis of the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) registry. *Journal of thoracic oncology: official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 10(4).
6. **FangFang C. et all.** (2015). Ratio of maximum standardized uptake value to primary tumor size is a prognostic factor in patients with advanced non-small cell lung cancer.
7. **Ogawa J. et all.** (1997). Glucose-transporter-type-I-gene amplification correlates with sialyl-Lewis-X synthesis and proliferation in lung cancer. *International journal of cancer*, 74(2).
8. **Mai Trọng Khoa và cộng sự (2011)**. Giá trị của PET/CT trong chẩn đoán bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ.
9. **Jing Gao, Xinyun Huang. Et all.** (2020). Performance of Multiparametric Functional Imaging and Texture Analysis in Predicting Synchronous Metastatic Disease in Pancreatic Ductal Adenocarcinoma Patients by Hybrid PET/MR: Initial Experience, .

NHẬN XÉT SỰ THAY ĐỔI THEO CHIỀU ĐỨNG VÀ CHIỀU TRƯỚC SAU TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG Ở BỆNH NHÂN SAU KHI NONG XƯƠNG HÀM TRÊN CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA MINIVIS

Phạm Thị Hồng Thùy¹, Trịnh Thị Thái Hà²,
Phạm Thị Thu Hằng³, Vũ Quang Hưng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi theo chiều đứng và chiều trước sau trên phim sọ nghiêng tại ở các bệnh nhân sau nong hàm nhanh có minivis hỗ trợ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 2020-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 36 bệnh nhân có chỉ định nong hàm nhanh bằng khí cụ MSE. Phim sọ nghiêng của các bệnh nhân được chụp lúc trước điều trị (T0), sau khi ngừng nong hàm (T1) và sau 6 tháng duy trì (T2). Các thông số trên phim đánh giá sự thay đổi tại ba thời điểm khác nhau được thu thập, phân tích và kiểm định bằng các test phù

hợp. **Kết quả nghiên cứu:** Các thông số đánh giá theo chiều đứng và trước sau tại ba thời điểm cho thấy không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Khí cụ MSE không làm thay đổi kích thước của xương hàm trên theo chiều đứng và chiều trước sau.

Từ khóa: Phim sọ nghiêng, MSE, minivis.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE VERTICAL AND ANTEROPOSTERIOR CHANGES ON THE CEPHALOMETRIC IN PATIENTS AFTER MINIVIS SUPPORTED MAXILLARY EXPANSION

Objectives: To describe the vertical and anteroposterior changes on cephalometric radiographs in patients after rapid maxillary expansion with minivis support at the Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital and the Department of Odonto-Stomatology, the Hospital of Hai Phong Medical University from 2020-2022. **Materials and methods:** 36 patients treated maxillary expansion by MSE appliance. Their cephalometrics were taken before treatment (T0), immediately after stopping the expansion (T1) and after 6 months of maintenance (T2). The parameters

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-ĐH Y Hà Nội

³Bệnh viện Trung Ương quân đội 108

⁴Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hồng Thùy

Email: pthongthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

on the cephalometric assessing the change at three different time points were collected, analyzed and verified by suitable tests. **Results:** The parameters evaluated vertically and anteroposteriorly at three time points showed no statistically significant changes.

Conclusion: The MSE appliance did not change the vertical and anteroposterior size of the maxillary bone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nong nhanh xương hàm trên (RME) được coi là một phương pháp điều trị hiệu quả những trường hợp hẹp chiều ngang xương hàm trên (XHT). Kỹ thuật này được mô tả lần đầu tiên bởi Angell năm 1860- một phương pháp điều trị tạo ra sự mở đường khớp giữa hàm trên kèm theo sự dịch chuyển xuống và ra phía trước của xương hàm trên. Những sự thay đổi này kèm theo sự nghiêng và trôi của các răng sau hàm trên dẫn đến sự tự xoay chuyển của xương hàm dưới (XHD) theo hướng xuống dưới và ra sau. Để điều trị thành công với khí cụ nong nhanh truyền thống, những sự thay đổi trên kích thước dọc, trước sau cần phải được đánh giá chi tiết, cụ thể.

Rất nhiều nghiên cứu cũng đã báo cáo rằng RME^{1,2} gây ra tình trạng khớp cắn hở, làm XHT dịch chuyển xuống dưới và ra trước. Các nghiên cứu này đã thu thập dữ liệu trên phim sọ nghiêng của bệnh nhân trước và sau điều trị nong hàm. Các lý giải cũng được đưa ra nhằm giải thích tác dụng mở khớp cắn của phương pháp RME, dưới tác dụng của lực nong hàm khớp khẩu cái bị tách ra thành hai nửa theo hình kim tự tháp với đáy rộng ở phía vòm miệng và phần đỉnh ở mũi. Hai nửa XHT dịch chuyển sang hai bên không song song, xương ổ răng bị uốn cong về phía má, răng sau cũng bị nghiêng và trôi³.

Gần đây với các ứng dụng ngày càng phổ biến trong chỉnh hình răng mặt, các bác sĩ đã kết hợp minivis với ốc nong nhanh (MSE) để làm giảm các hiệu ứng làm nghiêng răng và xương ổ răng, như vậy sẽ không gây ra tình trạng mở khớp cắn và tăng độ nhô của mặt. Thực tế cho thấy khí cụ MSE làm mở khớp khẩu cái gần như song song^{4,5}, sự nghiêng răng và xương ổ răng là giảm hơn so với phương pháp RME thông thường, đặc biệt có thể điều trị trên cả bệnh nhân ngừng tăng trưởng và bệnh nhân trưởng thành. Các nghiên cứu đánh giá cụ thể về sự thay đổi theo chiều đứng và chiều trước sau của khí cụ MSE trên phim đo sọ nghiêng vẫn còn rất ít, do vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu là mô tả sự thay đổi trên kích thước dọc và trước sau ở các bệnh nhân hẹp chiều ngang xương hàm trên điều trị bằng khí cụ nong xương MSE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp chiều ngang xương hàm trên tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Các bệnh nhân được chỉ định nong nhanh xương hàm trên bằng ốc nong kết hợp với minivis (khí cụ nong MSE-hãng Biomaterial, Hàn Quốc). Các bệnh nhân được chụp phim sọ nghiêng trước khi điều trị (T₀), tại thời điểm ngừng nong hàm (T₁) và sau 6 tháng duy trì (T₂).

Các góc sử dụng trong nghiên cứu:

Các thông số đánh giá theo chiều đứng:

- Góc trục mặt: tạo bởi PT-Gn và Ba-Na, bình thường là $90 \pm 3,5^\circ$ (Ricketts 1981).

- Chiều cao tầng mặt dưới (LFH): góc tạo bởi trục thân xương hàm dưới (Xi đến PM) và đường thẳng từ Xi đến gai mũi trước (ANS). Giá trị bình thường là $46 \pm 3^\circ$ (Ricketts 1981).

- Góc mặt phẳng hàm dưới (MPA): góc tạo bởi mặt phẳng Frankfort và mặt phẳng hàm dưới, giá trị bình thường $26 \pm 4,5^\circ$ lúc 9 tuổi, sau mỗi 3 năm giá trị giảm đi 1° (Ricketts 1981).

- Góc mặt phẳng khẩu cái (PPA): góc tạo bởi mặt phẳng khẩu cái và mặt phẳng FH, giá trị bình thường là $1 \pm 3,5^\circ$, không thay đổi theo tuổi (Ricketts 1981).

- Góc trục Y: Góc tạo bởi đường thẳng SGN và SN, giá trị bình thường là $66 \pm 5^\circ$ (Brodie 1953)

- Góc giữa mặt phẳng khẩu cái và mặt phẳng hàm dưới (PP-MP): bình thường là $28 \pm 6^\circ$ (Siriwat và Jarabak 1985).

Các thông số đánh giá theo chiều trước

sau: - Độ sâu của xương hàm trên (FH-NA): Góc tạo bởi đường NA và mặt phẳng FH, cho thấy vị trí theo chiều trước sau của xương hàm trên, giá trị bình thường $90 \pm 3^\circ$, (Ricketts 1981).

- Độ nhô của mặt (A-NPo): Khoảng cách từ A tới đường NPo, cho thấy vị trí của XHT so với XHD, giá trị bình thường 2 mm lúc 9 tuổi, tăng 1mm sau mỗi 3 năm, (Ricketts 1979).

- Góc SNA (SN-NA): tạo bởi đường thẳng SN và NA, giá trị bình thường $82 \pm 2^\circ$ (Steiner 1960).

- Góc SNB (SN-NB): giá trị bình thường là $78 \pm 2^\circ$, (Steiner 1960).

- Góc ANB (NA-NB): giá trị bình thường $2 \pm 2^\circ$, (Steiner 1960).

Phim của bệnh nhân sau khi chụp sẽ được thu thập, vẽ và phân tích trên phần mềm Webceph.

Các giá trị tại thời điểm T₀, T₁, T₂, sự chênh lệch tại các thời điểm được ghi nhận và so sánh bằng các test kiểm định phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các thông số đánh giá theo chiều đứng trên phim sọ nghiêng tại thời điểm T0 (độ)

Góc	Giá trị bình thường		T0	
	Mean	SD	Mean	SD
Góc trục mặt	90	3,5	88,86	2,76
LFH	46	3,0	44,44	2,91
MPA	26	4,5	23,06	5,25
PPA	1	3,5	0,16	3,43
Góc trục Y	66	5,0	66,05	2,97
PP-MP	28	6,0	22,49	5,88

Các thông số đánh giá theo chiều đứng trên phim sọ nghiêng ở nhóm đối tượng nghiên cứu tại thời điểm ban đầu thấp hơn so với giá trị chuẩn, tuy nhiên sự chênh lệch này là không đáng kể.

Bảng 2: Các thông số đánh giá theo chiều trước sau trên phim sọ nghiêng tại thời điểm T0 (độ)

Chỉ số	Giá trị bình thường		T0	
	Mean	SD	Mean	SD
FH-NA	90	3,0	88,22	3,28
A-Npo(mm)	2	2,0	1,57	3,14
SNA	82	2,0	84,15	3,88
SNB	78	2,0	82,44	4,32
ANB	2	2,0	1,62	2,73

Các thông số đánh giá theo chiều trước sau trên phim sọ nghiêng ở nhóm đối tượng nghiên cứu tại thời điểm ban đầu nhỏ hơn giá trị bình thường, riêng chỉ số SNA, SNB lại cao hơn so với giá trị bình thường.

Bảng 3: Các thông số đánh giá theo chiều đứng trên phim sọ nghiêng tại thời điểm T1, T2 (độ)

Góc	T0		T1		T2		T1-T0	T2-T1
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Góc trục mặt	88,86	2,76	88,88	3,27	88,85	3,27	0,02	-0,03
LFH	44,44	2,91	44,54	3,65	44,73	3,38	0,1	0,19
MPA	23,06	5,25	22,79	5,99	23,27	5,88	-0,27	0,48
PPA	0,16	3,43	0,65	2,11	0,68	1,93	0,49	0,03
Góc trục Y	66,05	2,97	65,95	3,21	66,29	2,99	-0,1	0,34
PP-MP	22,49	5,88	22,25	6,23	22,19	5,88	-0,24	-0,06

Tại thời điểm ngừng nong hàm, các giá trị góc MPA, góc trục Y, PP-MP có giảm nhẹ so với trước khi nong hàm. Các giá trị còn lại có xu hướng tăng nhẹ so với giá trị ban đầu. Sau 6 tháng duy trì các giá trị góc trục mặt và PP-MP giảm nhẹ, còn các giá trị khác tăng nhẹ so với thời điểm ngừng nong. Tuy nhiên những sự thay đổi này đều rất nhỏ, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4: Các thông số đánh giá theo chiều trước sau trên phim sọ nghiêng tại thời điểm T1, T2

Biến số	T0		T1		T2		T1-T0	T2-T1
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
FH-NA	88,22	3,28	88,20	2,94	88,43	2,89	-0,02	0,23
A-NPo	1,57	3,14	1,84	3,46	2,10	3,12	0,27	0,26
SNA	84,15	3,88	84,61	3,90	83,86	3,28	0,46	-0,75
SNB	82,44	4,32	82,50	3,83	82,56	4,26	0,06	0,06
ANB	1,62	2,73	2,04	2,83	1,88	2,68	0,42	-0,16

Tại thời điểm ngừng nong hàm đa số các giá trị đều tăng nhẹ so với ban đầu, sau 6 tháng duy trì, các giá trị SNA, ANB giảm nhẹ, còn các giá trị khác tăng so với thời điểm ngừng nong. Sự dao động của các giá trị này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tác động của MSE trên các chỉ số xương theo chiều dọc.

Trục mặt và chiều cao tăng mặt dưới.

Theo Ricketts⁷ các chỉ số trục mặt và chiều cao tăng mặt dưới không đổi theo thời gian và không bị ảnh hưởng bởi sự tăng trưởng. Do đó, bất kỳ thay đổi nào về các thông số này sẽ chỉ ra những thay đổi theo chiều dọc của xương do cơ học chỉnh nha chứ không phải do tăng trưởng.

Hầu hết các nghiên cứu trước đó đã báo cáo những thay đổi đáng kể về kích thước dọc sau

khí nong nhanh xương hàm trên (Haas², Wertz¹) những nghiên cứu này được thực hiện khi đã hoàn thành việc nong rộng khớp giữa khẩu cái, hoặc không quá 3 tháng sau khi duy trì. Theo các tác giả này, trục mặt mở ra sẽ tăng kích thước dọc sau khi hoàn thiện điều trị với RME. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, trục mặt không thay đổi đáng kể sau khi điều trị với MSE.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy sự tăng nhẹ về chiều cao tăng mặt dưới $0,1^\circ$ (T1) và $0,19^\circ$ (T2) sau khi điều trị bằng MSE và sau theo dõi 6 tháng. Sự chênh lệch quan sát được này có thể là do khi hai nửa XHT mở ra dẫn đến sự trôi nhẹ

của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên dẫn đến sự tăng của tầng mặt dưới. Tuy nhiên, sự tăng giá trị trung bình của tầng mặt dưới này quá nhỏ để coi là có ý nghĩa lâm sàng. Giá trị này không đổi và không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn duy trì 6 tháng (giữa T1 và T2). Điều này cho thấy rằng bất kỳ sự thay đổi nào quan sát được giữa T1 và T2 là kết quả của điều chỉnh hình và điều trị chỉnh hình có thể đã đưa tới sự thay đổi cố định ngắn hạn của xương theo chiều dọc.

Góc mặt phẳng hàm dưới, góc trục Y.

Theo Ricketts, giá trị bình thường của độ dốc mặt phẳng hàm dưới so với FH là $26 \pm 4^\circ$ (giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn) đối với các bệnh nhân 9 tuổi, và giảm 1° mỗi 3 năm. Các tác giả đã nghiên cứu sự thay đổi của XHD ngay sau khi điều trị RME⁴ các tác giả này cho rằng XHD xoay ra phía sau sau khi điều trị bằng nong hàm. Ba tháng sau khi duy trì, Wertz¹ mô tả sự phục hồi có hệ thống của sự xoay sau hàm dưới sau nong nhanh hàm trên. Franchi³ đã cho rằng có hồi phục một phần của sự thay đổi chiều hướng XHD trong thời gian duy trì, tương tự, họ quan sát thấy sự phục hồi 10-15% của sự thay đổi xương nói chung. Do đó, có vẻ như nếu sự thay đổi điều trị này bắt đầu hồi phục hoặc tái phát trong khi ốc nong vẫn còn duy trì tại chỗ, thì sự xoay ra sau sẽ hồi phục hoàn toàn sau khi tháo khí cụ RME. Xu hướng này của sự di chuyển XHD được xác nhận bởi Chang và cộng sự⁸. Tuy nhiên, các thay đổi dài hạn ở góc mặt phẳng XHD ($0,85^\circ$) được báo cáo bởi những tác giả này có thể ít hay không có giá trị lâm sàng. Có lý do để cho rằng sự làm phẳng và dần đều của cung răng trong giai đoạn điều trị chỉnh nha cố định góp phần làm đóng khớp cắn.

Dữ liệu theo dõi sau 6 tháng duy trì của chúng tôi cho thấy không có sự thay đổi nào của góc mặt phẳng hàm dưới, mặc dù có sự giảm nhẹ không có ý nghĩa thống kê lâm sàng ($p > 0,05$) (Bảng 3). Các xu hướng tương tự cũng được quan sát đối với những thay đổi trong giá trị trục Y, không có sự khác biệt đáng kể giữa các thời điểm.

Mặt phẳng khẩu cái (PPA, PP-MP). Trung bình, độ nghiêng mặt phẳng khẩu cái không cho thấy sự thay đổi đáng kể nào giữa các thời điểm khác nhau. Hầu hết các tác giả đã nhận thấy rằng mặt phẳng khẩu cái dịch chuyển xuống dưới sau nong hàm. Sự di chuyển xuống dưới này hoặc song song với vị trí ban đầu² hoặc là kết quả của sự xoay sau. Những tác giả này cũng mô tả sự xoay ra trước ở một phần nhỏ các bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không

quan sát được sự thay đổi đáng kể nào. Mặc dù trung bình mặt phẳng khẩu cái thay đổi độ nghiêng ít hơn 1° giữa To và T1 tiếp theo đó là xoay nhẹ xuống dưới ($0,03^\circ$) giữa T1 và T2, những quan sát này không có ý nghĩa quan trọng về mặt thống kê hoặc lâm sàng.

Tác động của MSE lên các thông số của xương theo chiều trước sau

Độ sâu xương hàm trên, góc SNA. Trong nghiên cứu này, độ sâu của XHT không có thay đổi đáng kể ở các thời điểm khác nhau, cũng như với sự phát triển bình thường. Giá trị góc SNA trung bình trước khi điều trị là: $84,15 \pm 3,88^\circ$, khi ngừng nong hàm là $84,61 \pm 3,9^\circ$, sau 6 tháng duy trì là $83,86 \pm 3,28^\circ$. Như vậy, dường như không có thay đổi nào xảy ra theo chiều trước sau của hàm trên sau khi điều trị MSE và chỉnh nha.

Các tác giả trước đây đã báo cáo về sự dịch chuyển nhẹ của XHT về phía trước^{1,2}, tuy nhiên trong một số trường hợp, hàm trên đã được báo cáo là lui sau. Hầu hết các nghiên cứu này đều định lượng mức độ di chuyển ra trước của điểm A, và không có nghiên cứu nào so sánh giá trị đó với dữ liệu quy chuẩn. Theo Franchi³ vị trí cuối cùng của hàm trên là không thể đoán trước. Wertz¹ đã mô tả sự quay trở lại của điểm A về vị trí ban đầu của nó trong 50% các trường hợp 3 tháng sau khi duy trì.

Độ nhô của mặt. Độ nhô của khuôn mặt giảm đáng kể tại thời điểm ngừng nong hàm, nhưng lại tăng nhẹ trở lại sau thời gian duy trì (Bảng 4). Sự khác biệt này có thể là do MSE làm lỏng các khớp kết nối XHT do vậy có thể dẫn tới sự dịch chuyển nhẹ của điểm A.

Kết quả của nghiên cứu này khác với kết quả của các nghiên cứu trước đó nhưng phù hợp với kết quả của Chang⁸, tức là không tìm thấy thay đổi đáng kể nào về hàm trên và điểm A, gợi ý rằng có sự tái lập vị trí của XHT và điểm A sau điều trị chỉnh nha và duy trì.

Góc SNB. Hầu hết các tác giả đều đồng ý rằng sự di chuyển ra sau XHD là kết quả của sự xoay sau gây ra bởi nong nhanh, đi kèm là điểm B lui sau. Chỉ Wertz¹ và Chang⁸ đã mô tả sự di chuyển ra trước của điểm B sau điều trị với nong nhanh. Wertz cho rằng xương hàm dưới có thể được đưa ra trước hoặc lui sau với RME, và có xu hướng trở về vị trí ban đầu trong giai đoạn duy trì. Kết quả của nghiên cứu này không ghi nhận sự thay đổi đáng kể nào ở SNB giữa các thời điểm, mặc dù có sự tăng $0,72^\circ$ giữa T1 và T2, chỉ số này quá nhỏ để quan sát trên lâm sàng.

Góc ANB. Góc ANB giảm nhẹ sau khi nong hàm, từ 1,62° còn 2,04° ở T1 và 1,88° ở T2. Không có sự khác biệt đáng kể giữa các thời điểm, vì vậy điều trị MSE không ảnh hưởng tới mối tương quan trước sau của XHT và XHD. Điều này phù hợp với những nghiên cứu khác^{3,8}, khi nhận thấy rằng sau điều trị và sau duy trì, XHT và XHD của nhóm đã điều trị cho thấy các di chuyển tương tự như trong nhóm chứng, tức là không có sự khác biệt thống kê hay có ý nghĩa lâm sàng.

Như vậy các chỉ số trên phim sọ nghiêng cho thấy không có sự thay đổi có ý nghĩa lâm sàng sau khi nong hàm nhanh bằng khí cụ MSE. Điều này có thể giải thích do khí cụ MSE được tăng cường thêm 4 minivis, xuyên qua hai bản xương vỏ, đã tạo ra một sự neo chặn khá vững ổn, như vậy lực nong hàm tạo ra bởi ốc nong nhanh sẽ truyền trực tiếp lên hai nửa khớp khớp cắn. Nhờ đó, hai nửa khớp gần như được tách ra theo hướng song song với nhau theo hướng phía trước-sau và hướng trên dưới. Mặt phẳng khớp cắn gần như ít có sự xoay, các răng cũng ít có sự trôi do sự xoay mở của hai nửa XHT. Tất cả đã dẫn đến sự ổn định của các chỉ số đánh giá theo hướng trước sau và theo chiều đứng^{4,5}.

Nghiên cứu gần đây nhất năm 2021 của J.S.An⁵ cũng cho kết luận rằng bệnh nhân điều trị hẹp chiều ngang XHT bằng khí cụ MSE không có sự thay đổi theo chiều trước sau và chiều đứng sau khi nong hàm.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nong nhanh xương hàm trên bằng MSE không làm thay đổi chiều dọc và chiều trước sau của xương hàm trên và hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wertz RA.** Skeletal and dental changes accompanying rapid midpalatal suture opening. *Am J Orthod.* 1970;58(1):a1-66.
2. **Haas AJ.** Long-term posttreatment evaluation of rapid palatal expansion. *Angle Orthod.* 1980; 50(3):18e-217.
3. **Franchi L, Baccetti T, McNamara IA.** Long-term effects of rapid maxillary expansion. A posteroanterior cephalometric evaluation. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 121(2): 129-35.
4. **Kapetanovic , Christina I. Theodorou.** Efficacy of Miniscrew-Assisted Rapid Palatal Expansion (MARPE) in late adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Orthodontics.* 2021, 1–11.
5. **Jung-Sub An, Bo-Yeon Seo.** Comparison of dentoskeletal and soft tissue changes between tooth-borne and tooth-bone-borne hybrid nonsurgical rapid maxillary expansions in adults: a retrospective observational study. *BMC Oral Health.* 2021, 21:658
6. **Islam Elkenawy , Layla Fijany, Ozge Colak, Ney Alberto Paredes.** An assessment of the magnitude, parallelism, and asymmetry of microimplant-assisted rapid maxillary expansion in non-growing patients. *Progress in Orthodontics,* 2020, 21:42.
7. **Ricketts RM.** Perspectives in the clinical application of cephalometrics. *Angle Orthod.* 1981;51:i15-150.
8. **Chang JY, McNamaraJA,Ir, Herberger TA.** A longitudinal study of skeletal side effects induced by rapid maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997; 1r2(3)330-337.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ TRỰC TIẾP Y TẾ TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 8 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2019-2021

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Phạm Ngọc Thủy Tiên², Hoàng Thy Nhac Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 8 thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập dữ liệu của toàn bộ các lượt điều trị đái tháo đường

type 2 tại Bệnh viện Quận 8 trong giai đoạn 2019-2021. Số liệu được tổng hợp, sau đó xử lý và phân tích bằng Excel. **Kết quả:** Trong giai đoạn 2019-2021, nghiên cứu ghi nhận tổng số lượt điều trị bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 8 là 28.002 lượt có BHYT, trong đó, số lượt điều trị ngoại trú là 27.538, chiếm 98,3%. Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là 60,15 (±13,12) tuổi. Kết quả phân tích ghi nhận chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú là 3.694.295 ± 3.136.003 đồng và chi phí cho một lượt điều trị ngoại trú là 462.588 ± 238.392 đồng. Tổng chi phí trực tiếp y tế của mẫu nghiên cứu là 14,4 tỷ đồng, với chi phí thuốc và chi phí xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 69,4% và 13,5%. Toàn bộ người bệnh điều trị nội trú đều có bệnh kèm, có tỷ lệ nữ cao hơn, và có tuổi trung bình lớn hơn người bệnh điều trị

¹Bệnh viện Quận 8 Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

ngoại trú. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy trong trường hợp người bệnh nội trú, chi phí cho một đợt điều trị là không nhỏ, tạo một gánh nặng kinh tế nhất định cho người bệnh và hệ thống y tế. Do đó, để giảm gánh nặng điều trị bệnh, người dân cần bắt đầu bằng việc duy trì lối sống và chế độ ăn lành mạnh, thường xuyên luyện tập thể dục, và tiếp cận sớm với các dịch vụ y tế trong chăm sóc cho người bệnh đái tháo đường.

Từ khóa: Chi phí điều trị trực tiếp y tế, Đái tháo đường type 2, Bệnh viện Quận 8.

SUMMARY

THE DIRECT MEDICAL COST OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT DISTRICT 8 HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY FROM 2019 TO 2021

Objective: The study was conducted to analyze the direct medical cost of type 2 diabetes mellitus treatment at the District 8 Hospital in Ho Chi Minh City from 2019 to 2021. **Materials and methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted by collecting and analyzing data of all hospital visits of patients with type 2 diabetes at District 8 Hospital from 2019 to 2021. The data was aggregated, processed, and analyzed by Excel. **Results:** From 2019 to 2021, the total number of hospital visits for type 2 diabetes at District 8 Hospital was 28,002 with health insurance, of which the number of outpatient visits was 27,538, accounting for 98.3%. The average age of the study sample was 60.15 (± 13.12) years old. The analysis results showed that the average cost per inpatient visit was 3,694,295 \pm 3,136,003 VND and the average cost per outpatient visit was 462,588 \pm 238,392 VND. The total direct medical cost of the sample was 14.4 billion VND, with medication costs and testing costs accounting for high proportions of 69.4% and 13.5% respectively. When comparing the characteristics of the inpatient group to those of the outpatient group, there were differences as follows: 100% of inpatients had comorbidities, the percentage of women was higher, and the mean age was higher. **Conclusion:** The study showed that the cost per inpatient treatment visit was high, placing an economic burden on patients and the healthcare system. To reduce the treatment burden, diabetes management should begin at an early stage by adopting a healthy diet, routine physical exercise, and having early access to diabetes care.

Key words: Direct medical cost, Type 2 diabetes, District 8 Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây phổ biến ở nhiều nước trên thế giới. Theo thống kê năm 2021 của Liên đoàn đái tháo đường thế giới (International Diabetes Federation - IDF), hiện nay, có khoảng 537 triệu người trưởng thành (20-79 tuổi) đang sống chung với bệnh đái tháo đường, và con số này được dự đoán sẽ tăng lên khoảng 643 triệu vào năm 2030, chủ yếu là tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [1]. Tại Mỹ, tổng chi phí

y tế ước tính vào năm 2017 liên quan đến điều trị bệnh đái tháo là 327 tỷ USD, trong đó, chi phí trực tiếp y tế là 237 tỷ USD, với chi phí thuốc là 71,2 tỷ USD. Trung bình, những người mắc bệnh đái tháo đường có mức chi phí chi trả cho y tế cao hơn khoảng 3,3 lần so với mức chi trả của người không mắc bệnh [2].

Ở Việt Nam, bệnh đái tháo đường được dự báo là một trong bảy căn bệnh gây tử vong và tàn tật hàng đầu vào năm 2030. Theo dữ liệu cập nhật của IDF năm 2021, Việt Nam có gần 4 triệu người mắc bệnh với tỷ lệ được điều chỉnh theo tuổi là 6,1%, trong đó, tỷ lệ mắc bệnh chưa được chẩn đoán là 51,5%, và chi phí trung bình cho điều trị của mỗi người bệnh là 418,1 USD/năm [1],[3]. Chi phí cho điều trị bệnh đái tháo đường là rất lớn, với thành phần chi phí rất đa dạng, ngoài các chi phí trực tiếp y tế, còn có các chi phí trực tiếp ngoài y tế, cũng như các chi phí gián tiếp. Đái tháo đường là bệnh mạn tính, người bệnh phải dùng thuốc liên tục và suốt đời, tạo ra một gánh nặng kinh tế không nhỏ cho bản thân họ và gia đình, cũng như cho hệ thống y tế.

Bệnh viện Quận 8 là một bệnh viện đa khoa hạng II tại thành phố Hồ Chí Minh, thực hiện nhiệm vụ cấp cứu, khám chữa bệnh, chăm sóc y tế cho người dân trong khu vực. Hầu hết người bệnh đến khám chữa bệnh tại Bệnh viện Quận 8 là những người có tham gia BHYT, với tỷ lệ người ngoài độ tuổi lao động cao, và điều trị các bệnh mạn tính. Người bệnh đái tháo đường type 2 được khám và điều trị ngoại trú và nội trú tại Bệnh viện Quận 8 theo phác đồ chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2 của bệnh viện, dựa trên phác đồ chuẩn của Bộ Y tế. Tỷ lệ người bệnh đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Quận 8 không ít, nhưng đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào phân tích các chi phí liên quan đến điều trị đái tháo đường tại Bệnh viện Quận 8. Việc xác định rõ chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh là cần thiết, giúp cho các nhà quản lý, các cán bộ y tế có thêm thông tin để cân nhắc trong việc ra quyết định lựa chọn điều trị, vừa đảm bảo hiệu quả của hoạt động chăm sóc y tế cho người bệnh, vừa đảm bảo sử dụng nguồn lực một cách tối ưu. Trong bối cảnh này, nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 8 thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua hồi cứu dữ liệu của toàn bộ các lượt điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Quận 8 thành phố Hồ Chí Minh

trong giai đoạn 01/01/2019 đến 31/12/2021, được chẩn đoán bệnh đái tháo đường type 2 (ICD-10 = E11), có BHYT. Những trường hợp người bệnh có hồ sơ không đầy đủ thông tin hoặc không có hồ sơ lưu sẽ không được chọn vào nghiên cứu để tổng hợp và phân tích.

Với phương pháp chọn mẫu toàn bộ, trong giai đoạn 2019-2021, có 28.002 lượt điều trị đái tháo đường type 2 đạt tiêu chí nghiên cứu và được đưa vào tổng hợp phân tích.

2.2. Nguồn dữ liệu và biến số nghiên cứu: từ hồ sơ người bệnh, những dữ liệu liên quan đến đặc điểm người bệnh (tuổi, giới tính, nơi ở, có bệnh kèm) và chi phí trực tiếp y tế (chi phí khám bệnh, chi phí thuốc, chi phí xét nghiệm, chi phí chẩn đoán hình ảnh, chi phí thủ thuật-phẫu thuật, chi phí vật tư y tế) được trích xuất, tổng hợp, và phân tích theo mục tiêu nghiên cứu.

2.3. Phân tích và xử lý thống kê: Các biến số phân loại được mô tả thông qua tần số và tỷ lệ%, các biến số chi phí được mô tả theo giá trị trung bình (độ lệch chuẩn). Các giá trị chi phí và

tỷ lệ người bệnh nội trú và ngoại trú theo từng nhóm đặc điểm của người bệnh được so sánh bằng các phép kiểm kê tương ứng, với $p \leq 0,05$ tương ứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Dữ liệu được tổng hợp, sau đó xử lý và phân tích bằng Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Trong giai đoạn 2019-2021, nghiên cứu ghi nhận tổng số lượt điều trị bệnh đái tháo đường type 2 có BHYT tại Bệnh viện Quận 8 là 28.002 lượt, trong đó, số lượt điều trị ngoại trú là 27.538, chiếm 98,3%. Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là 60,15 ($\pm 13,12$) tuổi; 29,6% thuộc nhóm tuổi 60-69; và 8,1% trên 80 tuổi. Mẫu nghiên cứu có 58,9% là nam, 94,6% lượt điều trị đái tháo đường có bệnh kèm theo; 52,2% lượt điều trị nội trú nằm viện từ 5 đến 10 ngày. Toàn bộ người bệnh điều trị nội trú đều có bệnh kèm, có tỷ lệ nữ cao hơn, và có tuổi trung bình lớn hơn người bệnh điều trị ngoại trú. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh đái tháo đường type 2 có BHYT tại Bệnh viện Quận 8 giai đoạn 2019-2021

	Nội trú	Ngoại trú	Tổng	p value
Tổng lượt điều trị	464 (1,7%)	27.538 (98,3%)	28.002 (100%)	-
Năm khám bệnh				
2019	136 (29,3%)	8.389 (30,4%)	8.525 (30,5%)	p=0,327
2020	208 (44,8%)	11.419 (41,5%)	11.627 (41,5%)	
2021	120 (25,9%)	7.730 (28,1%)	7.850 (28,0%)	
Giới tính				
Nam	136 (29,3%)	11.368 (41,3%)	11.504 (41,1%)	p<0,001
Nữ	328 (70,7%)	16.170 (58,7%)	16.498 (58,9%)	
Tuổi trung bình\pmSD	63,96 \pm 12,41	60,09 \pm 13,12	60,15 \pm 13,12	p<0,001
≤ 39 tuổi	19 (4,1%)	1.667 (6,1%)	1.686 (6,0%)	
40-49 tuổi	34 (7,3%)	3.560 (12,9%)	3.594 (12,8%)	
50-59 tuổi	102 (22,0%)	7.931 (28,8%)	8.033 (28,7%)	
60-69 tuổi	148 (31,9%)	8.134 (29,5%)	8.282 (29,6%)	
≥ 80 tuổi	48 (10,3%)	2.204 (8,0%)	2.252 (8,1%)	
Mức hưởng BHYT				
80%	301 (64,9%)	18.905 (68,7%)	19.206 (68,6%)	p=0,214
95%	45 (9,7%)	2.456 (8,9%)	2.501 (8,9%)	
100%	118 (25,4%)	6.177 (22,4%)	6.295 (22,5%)	
Nơi sống				
Thành phố Hồ Chí Minh	415 (89,4%)	25.299 (91,9%)	25.714 (91,8%)	p=0,058
Khác	49 (10,6%)	2.239 (8,1%)	2.288 (8,2%)	
Bệnh kèm				
Có bệnh kèm	464 (100%)	26.016 (94,5%)	26.480 (94,6%)	p<0,001*
Không có bệnh kèm	0(0%)	1.522 (5,5%)	1.522 (5,4%)	
Số ngày điều trị				
1 ngày	-	27.538 (100%)	27.538 (98,3%)	-
2 - 4 ngày	161 (34,7%)	-	161 (0,6%)	
5-10 ngày	242 (52,2%)	-	242 (0,9%)	

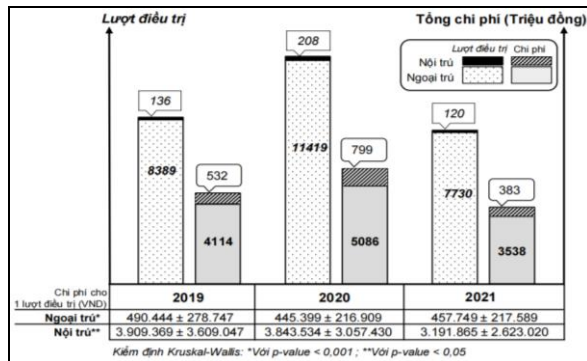
> 10 ngày	61 (13,1%)	-	61 (0,2%)	
Tổng chi phí điều trị (tỷ đồng)	1,7 (11,9%)	12,7 (88,1%)	14,4 (100%)	-
Chi phí trung bình cho một lượt điều trị (đồng)	3.694.295 ± 3.136.003	462.588 ± 238.392	516.138 ± 623.459	p < 0,001**

*Phép kiểm Fisher ; ** Kiểm định Kruskal-Wallis

3.2. Chi phí trực tiếp y tế: tổng chi phí trực tiếp y tế của mẫu nghiên cứu là 14,4 tỷ đồng, với chi phí thuốc và chi phí xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao hơn các chi phí khác, có giá trị lần lượt là 69,4% và 13,5% (Bảng 2). Có sự khác biệt về chi phí trung bình trong điều trị giữa các năm. Năm 2021 có tổng lượt điều trị và tổng chi phí điều trị nội trú và ngoại trú bệnh đái tháo đường type 2 thấp hơn năm 2019 và 2020, với giá trị chi phí trung bình cho một lượt điều trị ngoại trú là 457.749 ± 217.589 đồng; và chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú là 3.191.865 ± 2.623.020 đồng. (Hình 1).

Bảng 2. Cơ cấu chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh đái tháo đường type 2 cho người có BHYT tại Bệnh viện Quận 8 giai đoạn 2019-2021

Thành phần	Năm 2019 (N=4,6 tỷ đồng) (100%)	Năm 2020 (N=5,9 tỷ đồng) (100%)	Năm 2021 (N=3,9 tỷ đồng) (100%)	Giai đoạn 2019-2021 (N=14,4 tỷ đồng) (100%)
Khám bệnh	0,31 (6,6%)	0,42 (7,1%)	0,28 (7,1%)	1,00 (6,9%)
Thuốc	3,36 (72,2%)	3,97 (67,5%)	2,70 (68,9%)	10,03 (69,4%)
Xét nghiệm	0,56 (11,9%)	0,85 (14,4%)	0,55 (14,0%)	1,95 (13,5%)
Chẩn đoán hình ảnh	0,07 (1,6%)	0,15 (2,6%)	0,11 (2,8%)	0,34 (2,4%)
Thủ thuật-phẫu thuật	0,09 (1,9%)	0,08 (1,3%)	0,04 (1,0%)	0,21 (1,4%)
Vật tư y tế	0,07 (1,6%)	0,11 (1,9%)	0,11 (2,8%)	0,30 (2,0%)
Khác	0,19 (4,2%)	0,31 (5,2%)	0,13 (3,4%)	0,63 (4,4%)



Hình 1. Mô tả số lượt điều trị và chi phí điều trị bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 8 giai đoạn 2019-2021

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả được đặc điểm chung và chi phí trong điều trị đái tháo đường type 2 của người bệnh có BHYT tại Quận 8 trong giai đoạn 2019-2021. Phần lớn người bệnh có hộ khẩu tại thành phố Hồ Chí Minh, do đây là điều trị bệnh mãn tính và thực hiện tại bệnh viện hạng 2. Tất cả người bệnh điều trị đái tháo đường nội trú đều có bệnh kèm, với tỷ lệ người cao tuổi cao hơn nhóm người bệnh điều trị ngoại trú. Điều này phù hợp với diễn tiến của bệnh đái tháo đường type 2, đồng thời phù hợp với tình trạng sức khỏe của những người bệnh cao tuổi,

vì càng lớn tuổi, càng phát sinh nhiều bệnh, đặc biệt là những bệnh có cùng yếu tố liên quan đến bệnh đái tháo đường. Kết quả so sánh đặc điểm của mẫu nghiên cứu giữa điều trị nội trú và ngoại trú ghi nhận không có sự khác biệt về số người điều trị giữa các năm, nơi sống, và mức hưởng BHYT trong điều trị nội trú và ngoại trú. Ngược lại, có sự khác biệt về độ tuổi, phân bố giới tính, và việc có bệnh kèm giữa những người bệnh nội trú và ngoại trú. Năm 2021 có số lượt điều trị nội trú và ngoại trú thấp hơn hẳn hai năm trước đó do sự bùng phát mạnh mẽ của đại dịch Covid-19, thành phố Hồ Chí Minh thực hiện các biện pháp giãn cách xã hội trong một thời gian dài, Bệnh viện Quận 8 theo chủ trương chung của thành phố, tập trung nguồn lực cho phòng chống dịch. Về mức hưởng BHYT, mức 80% chiếm tỷ lệ cao nhất so với hai mức còn lại.

Cơ cấu chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh đái tháo đường tại Bệnh viện Quận 8 qua các năm khá tương đồng, cao nhất là chi phí thuốc với tỷ lệ năm 2019; 2020; 2021 lần lượt là 72,2%; 67,5%; 68,9% và thấp nhất là chi phí cho thủ thuật-phẫu thuật với tỷ lệ năm 2020; 2021 lần lượt là 1,3%; 1,0%; trong khi đó chi phí thấp nhất vào năm 2019 là chi phí cho vật tư y tế với tỷ lệ 1,6%. Do chi phí thuốc năm 2019 là cao nhất so với năm 2020 và 2021, và cũng chiếm cấu phần lớn nhất do đó dẫn đến chi phí

điều trị trung bình cho 1 đợt ngoại trú và nội trú năm 2019 là lớn nhất so với các năm còn lại. Tỷ lệ chi phí cho khám bệnh năm 2020 và 2021 là xấp xỉ nhau với 7,1% tăng 0,5% so với năm 2019 là 6,6%. Chi phí cho chẩn đoán hình ảnh và vật tư y tế tăng dần qua các năm với tỷ lệ đều là 2,8% vào năm 2021. Trong khi đó chi phí cho thủ thuật-phẫu thuật lại giảm dần qua từng năm với tỷ lệ năm 2019;2020;2021 lần lượt là 1,9%; 1,3%; 1,0%; có thể thấy rằng tình trạng bệnh nặng cần phẫu thuật đã thuyên giảm, sức khỏe người bệnh ngày một tốt hơn.

Tỷ lệ nữ giới trong nhóm người bệnh nội trú cao hơn nhóm người bệnh ngoại trú, và kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam [4], [5]. Mẫu nghiên cứu có gần hai phần ba là người bệnh cao tuổi, và đặc điểm này tương đồng với đặc điểm của người bệnh đái tháo đường tại Bệnh viện Quận 6 [4]. Trong những người điều trị nội trú, 52,2% người bệnh điều trị từ 5 đến 10 ngày; tương đồng với tỷ lệ điều trị nội trú của người bệnh tại một bệnh viện cùng hạng ở thành phố Hồ Chí Minh [4].

Có sự khác biệt về chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú giữa các năm, trong đó chi phí trung bình của năm 2019 là cao nhất (3.909.369 ± 3.609.047 triệu đồng), và chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú năm 2021 là thấp nhất (3.191.865 ± 2.623.020 triệu đồng) trong giai đoạn 2019-2021. Giá trị này cao hơn so với chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú cùng giai đoạn được ghi nhận trong các nghiên cứu trước [4], [5].

So với chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú (3.694.295 ± 3.136.003 đồng), người bệnh ngoại trú trả chi phí thấp hơn bảy lần cho một lượt điều trị (462.588 ± 238.392 đồng). Giá trị chi phí trung bình cho một lượt điều trị ngoại trú bệnh đái tháo đường tương đồng so với nghiên cứu tại thành phố Long Khánh của Nguyễn Thanh Hùng và cộng sự [6], và thấp hơn so với chi phí trung bình ghi nhận được từ nghiên cứu của Lê Văn Phó và cộng sự [7].

Ngoài những chi phí trực tiếp y tế mà người bệnh chi trả cho điều trị đái tháo đường, các chi phí điều trị biến chứng cũng có giá trị đáng kể. Một nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tổng chi phí y tế trực tiếp là 435 triệu USD, và khoảng 70% tổng chi phí y tế trực tiếp được cho là do các biến chứng liên quan đến bệnh đái tháo đường [8].

Với phương pháp chọn mẫu toàn bộ, và sự hỗ trợ của hệ thống lưu trữ dữ liệu điện tử của Bệnh

viện Quận 8, nghiên cứu đã thu thập được số lượng lớn dữ liệu, đảm bảo độ tin cậy của kết quả, đồng thời, có được kết quả phân tích cho giai đoạn ba năm, với cả dữ liệu điều trị nội trú và ngoại trú. Các nghiên cứu tiếp theo cần thực hiện thêm các loại chi phí khác như chi phí điều trị biến chứng, chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí gián tiếp, để bổ sung kết quả bước đầu ghi nhận được từ nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong trường hợp người bệnh nội trú, chi phí cho một đợt điều trị là không nhỏ, trong đó chi phí thuốc chiếm tỷ lệ lớn nhất, tạo một gánh nặng kinh tế nhất định cho người bệnh và hệ thống y tế. Do đó, người dân cần điều chỉnh lối sống, theo dõi sức khỏe để được chẩn đoán sớm và quản lý bệnh kịp thời, phù hợp, giảm thiểu tối đa chi phí trong điều trị bệnh đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. International Diabetes Federation (IDF) (2021).** The IDF Diabetes Atlas 10th Edition.
- 2. American Diabetes Association (2018).** Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*. 41, pp. 917-928.
- 3. Ngoc Nguyen Bich, Lin Zhou Lu, Ahmed Waqas (2020).** Diabetes: What Challenges Lie Ahead for Vietnam?. *Ann Glob Health*. 86 (1), pp.1.
- 4. Nguyễn Thị Anh Thư, Phùng Đức Nhật, Tô Hoàng Linh (2021).** Chi phí điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Quận 6 Tp.HCM. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 142 (6), tr. 119-125.
- 5. Nguyễn Thị Bích Thủy, Vũ Xuân Phú, Nguyễn Quỳnh Anh (2013).** Chi phí trực tiếp chi cho y tế và chi phí trực tiếp chi ngoài y tế của người bệnh đái tháo đường tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội, năm 2013. *Y học thực hành*. 893 (11), tr. 6-10.
- 6. Nguyễn Thanh Hùng, Lê Đăng Tú Nguyễn, Trương Văn Đạt, Trần Đình Trung, và cộng sự (2022).** Phân tích chi phí trực tiếp cho y tế và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú bệnh tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 508 (2), tr. 262-267.
- 7. Lê Văn Phó, Nguyễn Thị Thu Hà, Tạ Văn Trầm (2022).** Chi phí điều trị trực tiếp cho người bệnh đái tháo đường ngoại trú tại phòng khám nội tiết bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 508 (2), tr. 152-156.
- 8. Huy Tuan Kiet Pham, Thi Tuyet Mai Kieu, Tuan Duc Duong, Khoa Dieu Van Nguyen, Nam Quang Tran, et al (2020).** Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study. *Diabetes Res Clin Pract*. 162, pp. 108051.

ĐẶC ĐIỂM DỊ TẬT KHE HỞ MÔI VÀ/HOẶC VÒM MIỆNG Ở TRẺ EM ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2019-2021

Nguyễn Văn Giáp¹, Nguyễn Thị Trang²,
Lê Ngọc Tuyền³, Nguyễn Hà Lâm⁴, Nguyễn Hữu Thắng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và một số đặc điểm về cân nặng, răng miệng hay những khó khăn mà trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng thường gặp phải. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 196 trẻ dưới 15 tuổi có dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam mắc dị tật (64,8%) lớn hơn nữ (35,2%). Phần lớn trẻ sinh ra trong gia đình có địa vị kinh tế và học vấn thấp hoặc trung bình, người cha có thói quen sử dụng rượu và thuốc lá. Khoảng 60% trẻ gặp khó khăn khi ăn và bú, tiếp đến là vấn đề về nói, giao tiếp và bệnh nhiễm trùng. Phần lớn trẻ có cân nặng bình thường nhưng tỷ lệ thiếu cân tương đối cao, chiếm 12,8%. Nhìn chung, trẻ thường gặp các vấn đề về răng miệng, trong đó được báo cáo nhiều nhất là thiếu chỗ mọc răng (45,9%), bất thường về vị trí (38,8%) và chậm mọc răng (25,5%), trong khi hơn 16% cha mẹ không biết về các vấn đề răng miệng. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ nam mắc dị tật nhiều hơn trẻ nữ. Tỷ lệ trẻ mắc dị tật khe hở môi hoặc vòm miệng đơn thuần nhiều gấp hơn 2 lần tỷ lệ trẻ mắc đồng thời hai dị tật này. Cha mẹ của trẻ có trình độ học vấn và kinh tế ở mức thấp hoặc trung bình. Tỷ lệ người mẹ hút thuốc lá thụ động khá cao. Khó khăn khi cho ăn, khi bú và vấn đề răng miệng thường gặp nhất và cần sự quan tâm của cha mẹ.

Từ khóa: Đặc điểm, Khe hở môi và/hoặc vòm miệng, Trẻ em Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLEFT LIP AND/OR PALATE IN CHILDREN ATTENDED TO TREATMENT AT HANOI CENTRAL ODONTO-STOMATOLOGY HOSPITAL, 2019-2021

Objective: The current study aimed to describe demographic characteristics and some characteristics of weight, dental health or challenges that children often face. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 196 children under 15 years of age with cleft lip and/or palate who

attended to treatment at Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. **Result:** The proportion of male (64.8%) was higher than that of female (35.2%). The majority of children with cleft lip and/or palate were found in families with low or medium socioeconomic status and level of education (47.66%) and their father used to smoke and drink alcohol frequently. About 60% of children had challenges including eating and sucking, followed by problems with speech, communication and infections. Most children have normal weight but the rate of underweight was recorded quite high, accounting for 12.8%.

Conclusion: The rate of male children with malformations was higher than that of the latter. The rate of children with cleft lip or cleft palate alone is over 2 times higher than that with these two malformations simultaneously. The parents had low or medium socioeconomic status and level of education. The percentage of mothers had been exposed to maternal passive smoking was quite high. Children often had dental problems, in which the most reported were lack of gap for teeth (45.9%), tooth position abnormalities (38.8%), and delayed teething (25.5%), while more than 16% of parents unknown about dental problems of their child. Summally, challenges composed of eating, sucking and dental health were the most common in children with cleft lip and/or cleft palate and need parental attention.

Keywords: Characteristics, Cleft lip and/or palate, Children, Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê, dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng (KHMVM) là dạng dị tật sọ mặt bẩm sinh phổ biến nhất với tỷ lệ 7,9/10.000 trẻ mỗi năm. Tình trạng này biểu hiện bằng sự kết nối bất thường giữa miệng và mũi có thể thấy hoặc không thấy được trên môi và chỉ ảnh hưởng đến vòm miệng [1]. Một số nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng tỷ lệ mắc dị tật này cao nhất ở người châu Á, tiếp đến là người da trắng và ít gặp nhất ở những người gốc Phi [1]. Châu Á và Nam Mỹ là hai khu vực có tỷ lệ mắc dị tật cao ở mức 2/1000 trẻ [2]. Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi, hở vòm miệng, trung bình cứ 500 em mới sinh thì có 1 em mắc [3].

KHMVM có căn nguyên phức tạp, chịu ảnh hưởng của cả yếu tố di truyền và môi trường. Trong đó, các yếu tố nguy cơ như người mẹ tiếp xúc với khói thuốc trong quá trình mang thai, nhiễm virus, sử dụng thuốc, nhiễm kim loại

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

⁴Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giáp

Email: giapnguyentn@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

nặng, thuốc trừ sâu đều có thể liên quan đến dị tật KHMVM [2].

KHMVM không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến ngoại hình, biến dạng về mặt thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống của trẻ mà còn có thể tạo ra gánh nặng về tâm lý, kinh tế đối với gia đình và xã hội. Trẻ mắc bệnh này thường kèm theo nhiều biến chứng khác nhau, thường gặp là các biến chứng liên quan đến giọng nói và khuôn mặt [4]. Một số dị tật bẩm sinh đi kèm cũng được ghi nhận là dị dạng hệ thần kinh, tim bẩm sinh, hay các bệnh lý chức năng như hạn chế phát triển hàm trên, mất thính lực và nhiễm trùng tai tái phát [2]. Trẻ bị khe hở môi hay hở vòm miệng cũng gặp nhiều khó khăn khi ăn uống, bú mớm. Các bình sữa với núm vú đặc biệt có thể giúp trẻ bú dễ hơn. Trong một số trường hợp, trẻ có thể phải cần đến vòm miệng giả để giúp trẻ có thể ăn uống được.

Quá trình theo dõi sức khỏe lâu dài ở những người mắc dị tật này còn cho thấy nguy cơ tử vong gia tăng, nguy cơ mắc các bệnh ung thư vú, ung thư não ở nữ giới và ung thư phổi ở nam giới cũng tăng. Ngoài ra, nguy cơ nhập viện do các biến chứng tâm thần ở nhóm này được ghi nhận cao hơn đáng kể so với những người bình thường [4]. Vì vậy có thể nói, ảnh hưởng của dị tật KHMVM sẽ theo người bệnh trong suốt cuộc đời.

Do đó, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 196 trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội nhằm mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và các đặc điểm dị tật khe hở môi vòm miệng ở trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em dưới 15 tuổi có dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội; Trẻ có người chăm sóc trực tiếp đi cùng (gia đình, cha mẹ, ông bà).

Trường hợp trẻ >15 tuổi có KHMVM chưa phẫu thuật và trẻ em dị tật KHMVM có cha mẹ bị các bệnh tật liên quan đến bệnh lý về tâm thần, thần kinh không được chọn vào nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Dịch tễ học mô tả có phân tích được thực hiện từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2021.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu mô tả xác định một tỷ lệ hiện mắc [5]:

$$Z^2 \frac{p(1-p)}{1-\alpha/2 (pe)^2}$$

N=

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu;

p: Tỷ lệ ước đoán quần thể $p = p = 0,29$ (Tỷ lệ trẻ có dị tật khe hở vòm miệng toàn bộ đến khám và điều trị tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2017)

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; ϵ : Sai số tương đối mong muốn chọn $\epsilon = 0,25$.

Với các giá trị đã chọn, cỡ mẫu đã dự trừ thêm 10% là 165 trẻ, trên thực tế chúng tôi đã nghiên cứu 196 trẻ em.

- **Chọn mẫu:** Tất cả các bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán xác định khe hở môi và vòm miệng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương HN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp nhập và phân tích số liệu. Tất cả các cha mẹ trẻ có KHMVM đưa trẻ đến Bệnh viện khám sẽ được phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi được biên soạn sẵn, công khai và thống nhất trên một mẫu chung với các câu trả lời cho trước.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu định lượng thu thập được qua phỏng vấn quan sát sẽ được nhập bằng chương trình Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 8.0.

Biện pháp khống chế sai số: Thống nhất tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu, tiêu chí của quy trình nghiên cứu, cách thức thu thập thông tin. Điều tra viên được tập huấn kỹ và thống nhất về các tiêu chí đánh giá, cách thu thập số liệu, và được khám thử trong buổi tập huấn. Các phiếu hỏi và phiếu khám phải kiểm tra lại, hoàn thiện và sửa chữa các số liệu bị thiếu, số liệu vô lý trước khi phân tích. Giám sát viên phải giám sát chặt chẽ việc thu thập thông tin, nhập liệu (nhập lại ngẫu nhiên 10% số phiếu để kiểm tra sự chính xác).

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được thông báo và nói rõ mục đích nghiên cứu. Cha mẹ trẻ tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin được bảo mật. Điều trị triệt để cho các đối tượng tham gia nghiên cứu nếu có bệnh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Viện Sốt rét – Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương và được sự chấp thuận của cha mẹ học sinh, của lãnh đạo Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương nơi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhân khẩu học của trẻ (n=196)

	SL	%
Tuổi (tháng)		
Trung vị	19	
Khoảng tứ phân vị	8 - 72	
Thấp nhất – Cao nhất	5 – 180 (tháng tuổi)	
Giới		
Nam	127	64,8
Nữ	69	35,2
Gia đình có trẻ khác mắc dị tật		
Có	19	9,7
Không	177	90,3

Nghiên cứu tiến hành trên 196 trẻ có độ tuổi từ 5-180 tháng tuổi, trong đó tuổi trung vị là 19 tháng tuổi. Về giới tính, trẻ mắc dị tật đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương cho thấy có 127 trẻ nam (64,8%) và 69 trẻ nữ (35,2%), tương đương 1,84 nam : 1 nữ. Tỷ lệ gia đình có trẻ khác mắc dị tật KHMVM như trẻ là 9,7%.

Bảng 3.2. Đặc điểm chung của cha mẹ (n=196)

	SL	%
Trình độ học vấn của cha		
≤ THPT	83	42,3
Trung cấp, CĐ	93	47,5
ĐH/ Trên ĐH	20	10,2
Trình độ học vấn của mẹ		
≤ THPT	86	37,6
Trung cấp, CĐ	89	45,4
ĐH/ Trên ĐH	21	10,7
Thu nhập bình quân của mỗi người trong gia đình (triệu đồng)		
Trung vị	8,5	
Khoảng tứ phân vị	5 - 10	
Min - Max	0-152(triệu đồng)	
Tình trạng hút thuốc và uống rượu của bố		
Không sử dụng thuốc, rượu	16	8,2
Chỉ hút thuốc	8	4,1
Chỉ uống rượu	19	9,7
Sử dụng cả thuốc, rượu	153	78,1
Tần suất hút thuốc của bố		
Thường xuyên	103	52,6
Ít khi	51	26,0
Không	26	13,3
Tần suất sử dụng rượu của bố		
Thường xuyên	47	24,0
Ít khi	119	60,7
Không	13	6,6

Tìm hiểu thông tin trình độ học vấn và thu nhập của cha mẹ thấy rằng trẻ mắc dị tật thường sinh ra trong các gia đình có trình độ học vấn và thu nhập ở mức thấp hoặc trung bình thấp.

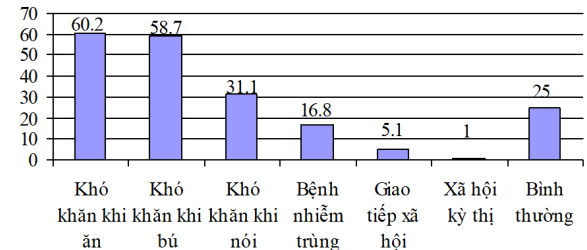
Kết quả cho thấy Bảng 3.2, gần 80% cha của trẻ có sử dụng cả thuốc và rượu, trong khi đó tỷ lệ chỉ hút thuốc hoặc rượu hoặc không sử dụng cả hai chiếm tỷ lệ thấp. Tần suất thường xuyên hút thuốc và sử dụng rượu ở người cha lần lượt là 52,6% và 24%.

3.2. Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng và một số vấn đề sức khỏe trẻ mắc KHMVM mắc phải



Biểu đồ 3.1. Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng

Trong tổng số 196 trẻ em mắc dị tật KHMVM đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương, hình thái khe hở môi hoặc vòm miệng đơn thuần chiếm đa số với 132/196 trẻ tương đương 67,3%, gấp hơn 2 lần trẻ mắc đồng thời cả hai dị tật.



Biểu đồ 3.2. Những vấn đề mà trẻ hở môi/vòm gặp phải

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự khi phát hiện tỷ lệ trẻ gặp khó khăn khi ăn, bú chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 60,2% và 58,7%; tiếp đến là các vấn đề liên quan đến ngôn ngữ, các bệnh nhiễm trùng và hạn chế giao tiếp. Vấn đề này cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu trước đây.

Bảng 3.3. Vấn đề cân nặng của trẻ

	n	%
Vấn đề về cân nặng		
Bình thường	149	76,0
Thừa cân	3	1,5
Thiếu cân	25	12,8
Không quan tâm	19	9,7

Có 25/196 trường hợp trẻ mắc dị tật KHMVM bị thiếu cân, chiếm gần 13%. Còn lại hơn 2/3 trẻ phát triển cân nặng bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự chênh lệch về giới tính rõ ràng hơn các nghiên cứu trước đây. Tỷ lệ này tại Trung Quốc là 1,13 nam : 1 nữ [6]; tại Iran là 45% trẻ nữ và 55% trẻ nam tương đương 1,22 nam : 1 nữ [7]. Nhưng nhìn chung, các kết quả trước đây đều chỉ ra rằng nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Để làm rõ hơn tỷ lệ mắc bệnh theo giới, các nghiên cứu cho biết trẻ nam có tỷ lệ sinh ra mắc dị tật khe hở môi, khe hở môi và vòm miệng cao hơn nữ giới nhưng tỷ lệ trẻ nữ sinh ra mắc dị tật khe hở vòm miệng lại cao hơn nam giới [7]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ gia đình có tiền sử mắc dị tật là 9,7% thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu trước đây tại Iran với 22,4% và hầu hết trẻ sơ sinh mắc dị tật đều là con đầu trong gia đình [7].

Kết quả khảo sát về trình độ học vấn và thu nhập của cha mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Alfwaress FS (2017) cho biết hầu hết trẻ sinh ra mắc dị tật đều ở các gia đình có địa vị xã hội trung bình [8]; Sima Dabbaghi Galeh (2020) cũng cho biết phần lớn trẻ mắc dị tật trong nghiên cứu của họ cũng tới từ những gia đình có tình trạng kinh tế, xã hội trung bình (47,66%) [7].

Tần suất thường xuyên hút thuốc và sử dụng rượu ở người cha lần lượt là 52,6% và 24%. Như vậy, có thể nói tỷ lệ bà mẹ đã từng hút thuốc thụ động khá cao. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Iran với gần 30% bà mẹ hút thuốc thụ động trong quá trình mang thai [7].

Tổng hợp từ nhiều nghiên cứu trước đây, trẻ mắc dị tật KHMVM thường kèm theo nhiều biến chứng khác nhau. Trong đó, những biến chứng thường gặp nhất liên quan đến giọng nói và khuôn mặt. Ngoài ra, một số biến chứng khác được kể đến như các vấn đề liên quan đến ăn uống, nhiễm trùng tai và nguy cơ tử vong cao nếu trẻ không được tiếp cận với dịch vụ y tế hoặc được điều trị tại những cơ sở y tế kém phát triển [4]. Mức độ nghiêm trọng của KHMVM còn gây khó cho con bú, nhiễm trùng tái phát đường hô hấp, viêm tai giữa, thay đổi thính giác và giọng nói, cũng như gây ra nhiều vấn đề về khớp cắn và thẩm mỹ [9]. Nghiên cứu của Alfwaress FS (2017), có 80% trẻ bị KHMVM mắc chứng khó nuốt và sau khi phẫu thuật tỷ lệ này giảm còn 14% [8]. Nghiên cứu tại Ấn Độ (2018) cho thấy gần 80% cha mẹ có con mắc dị tật KHMVM phản

hồi rằng họ gặp khăn khi cho trẻ ăn [10]. Hậu quả của việc khó cho trẻ ăn/bú kéo dài có thể khiến tình trạng dinh dưỡng của trẻ trở nên kém đi, phát triển thể chất chậm, không đủ cân nặng so với những trẻ khác.

Bên cạnh đó, khi theo dõi những trường hợp mắc cả hai dị tật KHM và KHVM nhận thấy nhóm này có thể gặp những biểu hiện khác như mất thính giác, khó thở, rối loạn khớp và ngữ âm, chứng khó nuốt cao hơn những người chỉ bị KHM hoặc KHVM [8]. Quá trình theo dõi sức khỏe lâu dài cho thấy nguy cơ tử vong gia tăng ở cả nam và nữ. Ngoài ra, nguy cơ nhập viện do các biến chứng tâm thần ở nhóm này được cho biết là cao hơn đáng kể so với những người bình thường [4]. Vì vậy có thể nói, ảnh hưởng của dị tật KHMVM sẽ theo người bệnh trong suốt cuộc đời.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phần nào cho thấy sự chênh lệch giới tính trong nhóm trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng với tỷ lệ nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây. Trẻ mắc dị tật thường ở trong gia đình có trình độ văn hóa – kinh tế ở mức thấp hoặc trung bình. Tỷ lệ trẻ mắc dị tật khe hở môi hoặc vòm miệng đơn thuần nhiều gấp hơn 2 lần tỷ lệ trẻ mắc đồng thời hai dị tật này. Tỷ lệ người cha sử dụng rượu và/hoặc hút thuốc thường xuyên nên tỷ lệ bà mẹ khi mang thai hút thuốc thụ động cũng khá cao. Kết quả nghiên cứu cũng cho biết, khó khăn khi bú và ăn là hai vấn đề nổi bật, thường gặp nhất do vậy ảnh hưởng đến các vấn đề về cân nặng, dinh dưỡng như tỷ lệ trẻ thiếu cân còn cao. Vì vậy, tuyên truyền, giáo dục sức khỏe và hướng dẫn thực hành chăm sóc trẻ có thể được đề xuất nhằm chăm sóc trẻ tốt nhất thông qua tác động đến cha mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shoichiro A Tanaka RCM, Daniel C Jupiter, John M Menezes (2012).** Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. *Plast Reconstr Surg*, **129(3)**, 511e–518e.
2. **Yanfen Yang HL, Ruixin Ma, Lei Jin (2018).** Prevalence of Cleft Lip/Palate in the Fangshan District of Beijing, 2006-2012. *Cleft Palate Craniofac J*, **55(9)**, 1296–1301.
3. **Lâm Hoài Phương (2007),** Dị tật bẩm sinh hàm mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **George Wehby CHC (2010).** The Impact of Orofacial Clefts on Quality of Life and Health Care Use and Costs. *Oral Dis*, **16(1)**, 3–10.
5. **Vũ Quang Hưng, Phạm Thị Nhung, Đoàn Trung Hiều (2021).** Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **503(2)**, 247–251.

6. **Yingxian Zhu HM, Qinghui Zeng, et al (2021).** Prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Guangdong province, China, 2015–2018: a spatio-temporal descriptive analysis. *BMJ Open*, **11(8)**, e046430.
7. **Sima Dabbaghi Galeh, Masoud Nouri-Vaskeh, Mahdiah Alipour, Shahin Abdollahi Fakhim (2020).** Clinical and Demographical Characteristics of Cleft Lip and/or Palate in the Northwest of Iran: An Analysis of 1500 Patients. *Cleft Palate Craniofac J*, **58(10)**, 1281–1286.
8. **Alfwaress FS, Khwaileh FA, Rawashdeh MAA, Alomari MA, Nazzal MS (2017).** Cleft lip and palate: demographic patterns and the associated communication disorders. *J Craniofac Surg*, **28(8)**, 2117–2121.
9. **Manuella Santos Carneiro ALMEIDA RHWL, Karolline Batista LEAL, Camila Helena Machado da Costa FIGUEIREDO, Bianca Marques SANTIAGO, Alexandre Rezende VIEIRA (2020).** Analysis of permanent second molar development in children born with cleft lip and palate. *J Appl Oral Sci*, **28**, e20190628.
10. **Falak Naz SM, Sandeep Kaur Bali and Shazana Nazir (2018).** Awareness of feeding plates among the parents of cleft lip and palate children in Kashmiri population-an original research. *IJADS*, **4(4)**, 67–69.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm, Nguyễn Hải Long, Lưu Vũ Dũng,
Vũ Thị Minh Phương, Đoàn Xuân Quảng(*)

TÓM TẮT

Hiện nay, phương pháp nút động mạch tử cung giúp người bệnh giảm triệu chứng và thể tích khối u xơ cơ tử cung mà không cần phẫu thuật. Mục tiêu: tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung sau 6 tháng điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 63 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị UXCTC tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng có chỉ định nút ĐMTC từ tháng 10/2018- 6/2020. **Kết quả:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố (tuổi, số lần mang thai, đường kính trước sau tử cung, thể tích u xơ tử cung, vị trí u xơ tử cung, kích thước hạt nút mạch, thời gian nút mạch) không liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung < 50% sau 6 tháng điều trị. Khối u xơ có tăng sinh mạch nhiều có kết quả thành công cao hơn khối u xơ có tăng sinh ít hoặc vừa 1,5 lần với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có yếu tố tăng sinh mạch u xơ tử cung ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều trị.

Từ khóa: nút động mạch tử cung, u xơ tử cung, mối liên quan

SUMMARY

RESEARCH ON SOME FACTORS RELATED TO EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS BY UTERINE ARTERY EMBOLIZATION AT HAI PHONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Currently, uterine artery embolization method helps patients reduce symptoms and volume of uterine fibroids without surgery. **Objective:** to study some

factors related to the effectiveness of uterine volume reduction after 6 months of treatment. **Subjects and methods:** 63 patients were examined, diagnosed and treated for uterine fibroids at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital with indications for uterine artery embolization from October 2018 to June 2020. **Results:** Multivariate regression analysis showed factors (age, number of pregnancies, anteroposterior diameter of Uterine, volume of uterine fibroids, location of uterine fibroids, node size, duration of time embolization) was not associated with a reduction in uterine volume < 50% after 6 months of treatment. Fibroid tumors with high angiogenesis had a higher success rate than fibroids with little or moderate angiogenesis by 1.5 times with $p < 0,05$. **Conclusion:** Multivariable regression analysis showed that only uterine fibroid angiogenesis factor independently affected treatment outcome.

Keywords: uterine artery embolization, uterine fibroids, relationship

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (UXCTC) là khối u phụ khoa lành tính thường gặp nhất. UXCTC thường được phát hiện ở độ tuổi sinh sản và hiện diện gần 40% ở những phụ nữ trên 40 tuổi [1,2].

Hiện tại, có rất nhiều phương pháp điều trị như nội khoa và ngoại khoa cho UXCTC tuy nhiên hiệu quả của các phương pháp này có những hạn chế... Hiện nay, phương pháp nút động mạch tử cung (ĐMTC) không những giúp người bệnh giải quyết hiệu quả triệu chứng và giảm thể tích khối UXCTC không cần phải trải qua phẫu thuật mà còn giúp bảo tồn tử cung. Hiệu quả của nút ĐMTC làm giảm triệu chứng lâm sàng như đau bụng, rong kinh, rong huyết, chèn ép, giảm kích thước UXCTC và còn giúp bảo

(*)Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: Drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

tồn được tử cung[3,4].

Để đánh giá hiệu quả của nút mạch, nhiều nghiên cứu dựa vào sự giảm thể tích tử cung < 50% sau 6 tháng điều trị. Sự giảm kích thước tử cung này có ý nghĩa đối với việc cải thiện các triệu chứng đau bụng, rong kinh... Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung sau 6 tháng điều trị u cơ tử cung bằng phương pháp nút động mạch tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 63 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị UXCTC tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng có chỉ định nút ĐMTC từ tháng 10/2018- 6/2020.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Được chẩn đoán UXCTC đã điều trị nội khoa thất bại

- U xơ tái phát sau phẫu thuật bóc u xơ.
- Muốn giữ lại tử cung vì lý do cá nhân.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ.

- UXCTC nghi ngờ ác tính

- Toàn trạng nguy hiểm cho can thiệp (bệnh tim mạch, tiểu đường, suy thận, rối loạn đông máu...)

- Bệnh nhân sau mãn kinh.
- Suy giảm miễn dịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Lấy tất cả các trường hợp nhập viện trong thời gian từ tháng 10/2018 đến 6/2020 có chỉ định làm UAE, đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.2. Chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi
- Số lần mang thai
- Đường kính trước sau tử cung đo bằng siêu âm
- Thể tích u xơ tử cung đo bằng siêu âm
- Vị trí u xơ tử cung
- Kích thước hạt nút mạch
- Thời gian nút mạch

2.3. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

- Các thông tin cá nhân đều được đảm bảo giữ bí mật.

- Nghiên cứu nhằm mục đích đóng góp vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi (n=63)	Tỷ lệ (%)
Tuổi:		
< 35	23	34,3
35-45	27	42,9
≥45	13	20,6
Số lần mang thai		
Chưa mang thai	12	19
1 lần	13	20,6
≥ 2 lần	38	60,3
Đường kính trước sau tử cung đo bằng SA		
≤60 mm	23	36,5
60-80 mm	28	44,4
> 80 mm	12	19
Thể tích UXCTC đo bằng SA		
≤100 cm ³	51	76,1
100-250 cm ³	11	16,4
> 250 cm ³	5	7,5
Khối u tăng sinh mạch		
Nhiều	42	62,7
Vừa và ít	25	37,3
Vị trí UXCTC		
Loại 1	2	3,2
Loại 2	9	14,3
Loại 3	7	11,1
Loại 4	45	71,4
Kích thước hạt nút mạch		
≤ 500 μm	31	49,2
500-700 μm	25	39,7
>700 μm	7	11,1
Thời gian nút mạch		
Trên 40 phút	37	58,7
≤ 40 phút	26	41,3

Nhận xét: -Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38,6±7,3 tuổi. Nhóm tuổi từ 35-45 chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%.

- Số bệnh nhân mang thai ≥ 2 chiếm đa số (60,3%).

- Đường kính trước sau trung bình tử cung đo bằng ngả âm đạo là 67,5±16,5mm. Trong đó nhóm có kích thước 60-80mm chiếm nhiều nhất 44,4%.

- Dựa vào phân bố bách phân vị 25% -75% phân bố thể tích tử cung ta chọn chia ngưỡng: nhóm thể tích dưới 100 cm³ chiếm đa số 76,1% trường hợp.

- Khối UXCTC tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,7%

- Đa số UXCTC loại 4 chiếm tỉ lệ 71,4%.

- Kích thước hạt nút tắc ≤ 500 μm chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,2%.

- Thời gian nút mạch trên 40 phút chiếm tỷ cao hơn với 58,7%.

Phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa một số yếu tố với hiệu quả giảm thể tích UXCTC sau điều trị.

Bảng: Phân tích hồi quy đa biến mô liên hệ giữa các yếu tố với giảm thể tích UXCTC 50% sau 6 tháng điều trị

Yếu tố	Giảm < 50% (n=21)	Giảm ≥50% (n=43)	OR*	95%CI	P*
Tuổi: < 35 35-45 ≥45	0 2 (7,1%) 5 (38,5%)	22 (100%) 26 (92,9%) 8 (61,5%)	0,90	0,59-0,82	0,21
Tiền sử mang thai Chưa có ≥1 con	4(28,6%) 3(6,2%)	10(71,4%) 46(93,8%)	1,07	0,08-0,30	0,27
Đường kính trước sau tử cung đo bằng SA ≤60 mm 60-80 mm > 80 mm	3(10,7%) 2(16,7%) 1(4,3%)	25(89,3%) 10(83,3%) 22(95,7%)	0,94	0,05-0,66	0,29
Thể tích UXCTC ≤ 100 cm ³ 100-250 cm ³ ≥250 cm ³	3(27,2%) 1(20%) 3(6,4%)	8(72,8%) 4(80%) 44(93,6%)	0,90	0,04-0,68	0,16
Tăng sinh mạch máu Tăng ít, vừa Tăng nhiều	6(24%) 1(2,6%)	19(76%) 37(97,4%)	1,5	0,14-0,62	0,03
Vị trí khối u: Loại 1 Loại 2 Loại 3 Loại 4	0(0%) 1(11,1%) 0(0%) 6(13,3%)	2(100%) 8(88,9%) 9(100%) 39(86,7%)	0,91	0,03-0,18	0,49
Kích thước hạt nút mạch UXCTC ≤ 500 μ 500-700 >700	2(28,5%) 3(9,7%) 2(8%)	5(71,5%) 28(90,3%) 23(92%)	0,99	0,01-0,12	0,84
Thời gian nút mạch Trên 40 phút ≤ 40 phút	1(2,7%) 6(23%)	36(97,3%) 20(77%)	1,1	0,01-0,36	0,28

Nhận xét: Khi đưa tám yếu tố trên vào phương trình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu chỉ còn 1 yếu tố thực sự ảnh hưởng đến kết quả điều trị UXCTC bằng phương pháp nút động mạch tử cung là: Khối u có mức tăng sinh mạch nhiều có tỷ lệ thành công nhiều hơn 1,5 lần khối u có tăng sinh mạch ít và vừa với $p=0,03$ ($OR = 1,5$; $95\%CI=0,14-0,62$) với các yếu tố còn lại là như nhau.

IV. BÀN LUẬN

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình 38,6 tuổi (từ 24 đến 52 tuổi). Tương tự các nghiên cứu khác của Watson 2002[5] và Bapuraj JR[6] độ tuổi trung bình từ 42-44 tuổi. Nhóm tuổi từ 35-45 chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (60,9%), điều này phù hợp với tỷ lệ UXTC thường hay gặp ở lứa tuổi này.

Số người bệnh chưa có con trong mẫu nghiên cứu chỉ chiếm 19%, chỉ bằng 1/4 so với nhóm

người bệnh đã có 1 và 2 con (20,7 + 60,3), điều này chứng tỏ nếu có phương pháp nào có thể bảo tồn tử cung, an toàn, người bệnh sẽ dễ dàng chấp nhận hơn là phương pháp cắt bỏ tử cung khi đã đủ con.

Đường kính trước sau trung bình tử cung đo bằng siêu âm ngã âm đạo là $67,5 \pm 16,5$ mm, nhỏ nhất 46 mm, lớn nhất 112 mm. Căn cứ vào biểu đồ phân bố số liệu ta chọn ngưỡng cắt 60-80 mm để phân nhóm, trong đó nhóm kích thước 60-80 mm chiếm nhiều nhất 44,4% trường hợp. Nhóm kích thước ≥80 mm chiếm 19% và còn lại nhóm ≤60 mm chiếm 36,5%.

Hầu hết tất cả các trường hợp có 1 UXCTC chiếm 93,6%, còn lại có 4 trường hợp có 2 UXCTC. Hơn một nửa trường hợp UXCTC ở thân tử cung, và có 4(6%) trường hợp ở đoạn eo và có 10(14,9%) trường hợp dưới niêm mạc. Theo Lê Lệnh Lương[7] UXCTC nằm trong cơ TC gặp 22/30 trường hợp chiếm 73,0%, thể dưới thanh

mạch gặp ít nhất chiếm tỷ lệ 10%.

Trung bình thể tích tử cung đo bằng siêu âm ngã âm đạo là $89,7 \pm 95,3 \text{ cm}^3$, nhỏ nhất $7,2 \text{ cm}^3$ và lớn nhất có thể tích 500 cm^3 . Căn cứ vào biểu đồ phân bố thể tích tử cung nhóm nghiên cứu đã chia ngưỡng: nhóm thể tích ≤ 100 , từ 100 đến 250 và $\geq 250 \text{ cm}^3$. Nhóm có thể tích UXCTC nhóm thể tích $\leq 100 \text{ cm}^3$ chiếm phần lớn các trường hợp (76,1%). Thể tích UXCTC trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của tác giả Lê Lệnh Lương[7], kích thước UXCTC được lựa chọn làm can thiệp từ 3 - 7cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,4%. Số BN và trọng lượng khối u được lựa chọn làm can thiệp chủ yếu từ 20 - 100g gặp 19/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 63,3%, có 4/30 trường hợp khối u có trọng lượng $< 20\text{g}$ chiếm tỷ lệ 13,4%.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy kích thước trung bình của u trước nút mạch là 54,14 mm. Trong đó u nhỏ nhất 25 mm, u lớn nhất 99 mm. Theo Laurent và cs[3] nghiên cứu 58 trường hợp sau nút động mạch tử cung để điều trị UXCTC, kích thước trung bình u là $57 \pm 29,1 \text{ mm}$, trong đó u nhỏ nhất là 13 mm và to nhất là 140 mm.

Trong nghiên cứu này, thời gian trung bình thực hiện nút mạch là 50 phút (thời gian tối thiểu là 40 phút, tối đa là 85 phút) và thời gian hậu phẫu là 45 giờ (thời gian tối thiểu là 24 giờ, tối đa là 72 giờ).

Phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa một số yếu tố với hiệu quả giảm thể tích UXCTC sau điều trị. Khi phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa 8 biến số có $p < 0,05$ giảm thể tích UXCTC trên 50% sau 6 tháng điều trị thì chỉ có yếu tố tăng sinh mạch UXCTC ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều. So với nhóm BN tăng sinh mạch vừa và ít, nhóm thực hiện nút mạch có tăng sinh mạch nhiều có xu hướng tăng tỷ lệ giảm thể tích UXCTC sau điều trị 6 tháng lên 1,5 lần (OR = 1,5; 95%CI=0,14-0,62) và $p=0,03$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong phân tích hồi quy đa biến với $p < 0,05$. The Seiji và cs[8] thì nhóm tăng sinh mạch giảm thể tích khối u nhiều hơn nhóm không tăng sinh mạch $p < 0,05$, cũng với kết quả tương tự, theo Jha và cs[9] nghiên cứu trên 125 khối u sau 3 tháng nút mạch thấy nhóm tăng sinh mạch giảm trọng lượng u nhiều hơn nhóm không tăng sinh mạch là 35% với $p < 0,05$. Điều này có nghĩa rằng những khối u giàu mạch máu sẽ có kết quả điều trị tốt hơn những khối u không tăng sinh mạch vì khối u tăng sinh mạch thường kèm theo

nhiều tế bào cơ trơn hơn là tế bào xơ nên sau khi nút mạch chúng sẽ tiêu nhanh hơn các tế bào xơ.

V. KẾT LUẬN

Khối u xơ có tăng sinh mạch nhiều có kết quả thành công cao hơn khối u xơ có tăng sinh ít hoặc vừa 1,5 lần với $p < 0,05$, OR= 1,5, 95%CI = 0,14-0,64.

KIẾN NGHỊ. Thêm phương pháp nút mạch cho các bác sĩ điều trị bệnh lý UXCTC song song với các phương pháp khác. Đặc biệt, cho những bệnh nhân có UXCTC muốn bảo tồn tử cung để sinh đẻ hay nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marshall LM, Spiegelman D, Goldman MB, et al (1998)**, "A prospective study of reproductive factors and oral contraceptive use in relation to the risk of uterine leiomyomata", Fertil Steril 70, tr. 432.
2. **Dương Thị Cường, Nguyễn Đức Hình (1999)**, "U xơ tử cung", Phụ khoa dành cho Thầy thuốc thực hành, nhà xuất bản y học, tr. 88- 107.
3. **Laurent Brunereau, Denis Herbreteau, Sophie Gallas, Jean-philippe Cottier, Jean-Luclebrun, Francois Tranqant, Florence Fanchier, Gilles Body and Philippe Rouleaus (2000)**, "Uterine Artery Embolization in the primary Treatment of Uterine Leiomyomas", AJR. 175, tr. 1267-1272.
4. **Pron G, Banett 3, Comanen A. Wall1, Asch M. Stidennan K for the Ontario Fibroid Embolization Collaborative Group (2003)**, "Uterine fibroids reduction and symptoms relief after uterine artery embolization for fibroids", Fertil Steril 79; tr. 120-7.
5. **Watson GMT, Walker WJ (2002)**, "Uterine artery embolisation for treatment of symptomatic fibroids in 114 women, reduction in size of fibroids and women's views of success of the treatment", Br J Obstet Gynaecol 2002; 109: 129-35. 109, tr. 129-35.
6. **Bapuraj JR, Suri S, Sidhu R et al (2002)**, "Uterine embolisation for the treatment of symptomatic uterine fibroids: short-term results of work in progress", Aust NZJ Obstet Gynaecol. 42; tr. 508-12.
7. **Lê Lệnh Lương, Nguyễn Văn Sơn (2011)**, "Đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật nút mạch trong điều trị UXCTC tại Bệnh viện Thanh Hóa", Tạp chí Điện quang Việt Nam, tr. 120-125.
8. **Isonishi, Seiji và các cộng sự. (2008)**, "Analysis of prognostic factors for patients with leiomyoma treated with uterine arterial embolization", American journal of obstetrics and gynecology. 198(3), tr. 270.e1-6.
9. **Jha RC, Ascher SM, Imaoka I, Spies JB (2000)**, "Symptomatic fibroleiomyomata: MR imaging of the uterus before and after uterine arterial embolization", Radiology, tr. 228-235.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THẢO MỘC - SV TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 KHÔNG TRIỆU CHỨNG, MỨC ĐỘ NHẸ VÀ VỪA TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN SỐ 2 TỈNH BẮC GIANG

Trần Trọng Dương*, Nguyễn Thị Minh**

TÓM TẮT

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá so sánh trên 2 nhóm bệnh nhân COVID-19 sử dụng phác đồ điều trị của Bộ Y tế, ngoài ra nhóm nghiên cứu có sử dụng thêm THẢO MỘC - SV trong hỗ trợ điều trị: Các triệu chứng lâm sàng thay đổi từ ngày thứ 3; ngày thứ 5 chỉ còn 45.97% bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng; ngày thứ 6 còn 17.24% bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng; ngày thứ 7 chỉ còn 1.14% bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng; Ngày điều trị trung bình của nhóm nghiên cứu là: 8.17 ± 2 ngày; dài nhất: 13 ngày; ngắn nhất: 02 ngày; Thời gian khỏi bệnh: < 7 ngày: 17.24%; 7-10 ngày: 75.36% (chiếm tỷ lệ cao); 10-12 ngày: 8.05% và trên 12 ngày là 1.15%; THẢO MỘC - SV giúp hỗ trợ rút ngắn thời gian âm tính của bệnh nhân COVID-19 thông qua xét nghiệm Realtime RT-PCR:

+ Sau 03 ngày điều trị: có 17.24% bệnh nhân có kết quả âm tính.

+ Sau 07 ngày điều trị: có 73.56% bệnh nhân âm tính.

+ Sau 10 ngày điều trị: chỉ còn duy nhất 1 bệnh nhân trong tổng số 87 bệnh nhân nghiên cứu.

Từ khóa: THẢO MỘC - SV.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE CLINICAL, PARACLINICAL EFFICACY OF THAO MOC - SV IN SUPPORTING THE TREATMENT OF ASYMPTOMATIC, SMALL AND MEDIUM-LEVEL COVID-19 PATIENTS AT BAC GIANG PROVINCE NO. 2 DIFFERENT HOSPITAL

In this study, we compared 2 groups of COVID-19 patients using the treatment regimen of the Ministry of Health, in addition, the research group used additional THAO MOC - SV in treatment support: clinical symptoms change from day 3; on the 5th day, only 45.97 % of patients remained with clinical symptoms; on the 6th day, 17.24% of patients still had clinical symptoms; on the 7th day, only 1.14% of patients still had clinical symptoms; The average treatment day of the study group was: 8.17 ± 2 days; longest: 13 days; shortest: 02 days; Recovery time: < 7 days: 17.24%; 7-10 days: 75.36% (high rate); 10-12 days: 8.05% and over 12 days is 1.15%; Herbs - SV helps to shorten the negative time of COVID-19 patients through Realtime RT-PCR test:

*Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Dương

Email: bsduongretechco@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

+ After 03 days of treatment: 17.24% of patients had negative results.

+ After 07 days of treatment: 73.56% of patients were negative.

+ After 10 days of treatment: there is only 1 patient in total 87 patients studied.

Keywords: THAO MOC - SV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút lây truyền từ động vật sang người và gây bệnh cho người từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng, đe dọa tính mạng của người bệnh như Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV) năm 2002 và Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS-CoV) năm 2012. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch Viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu. Vi rút SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (như qua giọt bắn, hạt khí dung, không khí) và qua đường tiếp xúc. Vi rút cũng có khả năng lây truyền cao tại các cơ sở y tế, những nơi đông người và ở không gian kín. Bên cạnh đó, vi rút cũng liên tục biến đổi tạo ra nhiều biến thể khác nhau trên toàn thế giới làm cho khả năng lây lan mạnh hơn và khó kiểm soát hơn. Người bệnh COVID-19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng: từ nhiễm không có triệu chứng, tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, suy hô hấp cấp (ARDS), sốc nhiễm trùng, suy chức năng đa cơ quan và tử vong, đặc biệt ở những người cao tuổi, người có bệnh mạn tính hay suy giảm miễn dịch, hoặc có đồng nhiễm hay bội nhiễm các căn nguyên khác như vi khuẩn, nấm. Cơ chế bệnh sinh của bệnh có vai trò của "cơn bão cytokine" và huyết khối mạch phổi trong các ca bệnh có suy hô hấp nặng và nguy kịch.

Nhằm đánh giá thêm về độ an toàn và hiệu quả của việc sử dụng THẢO MỘC - SV đối với việc hỗ trợ điều trị bệnh nhân COVID-19, chúng tôi tiến hành nghiên cứu việc sử dụng THẢO MỘC - SV cho những bệnh nhân mức độ không triệu chứng, mức độ vừa và nhẹ đang điều trị tại Bệnh viện Dã số 2 tỉnh Bắc Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

*Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân COVID-19 không triệu chứng, mức độ vừa và nhẹ đang điều trị tại Bệnh viện Dã số 2 tỉnh Bắc Giang.

*Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Dã chiến số 2 tỉnh Bắc Giang từ tháng 11/2021-03/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân và so sánh trước sau điều trị.

*Cỡ mẫu nghiên cứu: Căn Theo Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19, thì tỷ lệ bệnh nhân COVID-19 không triệu chứng, mức độ nhẹ và vừa khoảng 90-93%, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $p=0,93$; $1-p=0,07$. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính tỷ lệ trong một quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p \cdot (1 - p)}{\epsilon^2}$$

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng độ tin cậy 95%, khoảng sai lệch 5%, tỷ lệ bệnh nhân COVID-19 không triệu chứng, mức độ nhẹ

và vừa: 94%, ta có: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,94$; $\epsilon = 0,05 \Rightarrow n \sim 87$, trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn nghiên cứu đánh giá 87 bệnh nhân cho mỗi nhóm.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân COVID-19 không triệu chứng: là người nhiễm SARS-CoV-2 được khẳng định bằng xét nghiệm Realtime RT-PCR dương tính, nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

+ Bệnh nhân COVID-19 mức độ nhẹ (Viêm đường hô hấp trên cấp tính): Người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ, tê lưỡi; Không có các dấu hiệu của viêm phổi hoặc thiếu ô xy, nhịp thở ≤ 20 lần/phút, SpO₂ $\geq 96\%$ khi thở khí trời.

+ Thời gian kết quả test nhanh dương tính và

Bảng 3.2. Phân loại nhóm bệnh nhân theo nhóm tuổi (n1=n2=87) Đơn vị tính: Người

Nhóm tuổi	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		Cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<10	2	2.29	0	0	2	1.15
10-19	4	4.59	10	11.49	14	8.04
20-29	30	34.49	38	43.69	68	39.08
30-39	14	16.11	11	12.65	25	14.37

Realtime RT-PCR dương tính dưới 72 giờ.

+ Không phân biệt tuổi và giới tính.
+ Bệnh nhân đồng ý và tuân thủ quy trình nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân COVID-19 thuộc các mức độ khác: Mức độ vừa (Viêm phổi); Mức độ nặng (Viêm phổi nặng); Mức độ nguy kịch.

+ Thời gian kết quả test nhanh dương tính và Realtime RT-PCR dương tính từ 72 giờ trở lên.

+ Bệnh nhân không đồng ý nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không tuân thủ quy trình nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Kết quả được các phần mềm thống kê y học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức y sinh của Viện Khoa học ứng dụng và Y Dược Phương Đông.

2.5. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu này được thực hiện trên bệnh nhân COVID-19 không triệu chứng và mức độ nhẹ, vừa các mức độ khác chưa tiến hành triển khai nghiên cứu kết quả sử dụng của sản phẩm.

- Các tiêu chí đánh giá chuyên sâu, đầy đủ như các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, miễn dịch, chuyên sâu chưa đầy đủ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá so sánh trên 2 nhóm bệnh nhân COVID-19 sử dụng phác đồ điều trị của Bộ Y tế, ngoài ra nhóm nghiên cứu có sử dụng thêm THẢO MỘC – SV trong hỗ trợ điều trị.

Bảng 3.1. Phân loại nhóm bệnh nhân theo giới (n1=n2=87) ĐVT: Người

Nhóm	Nam		Nữ	
	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Nhóm NC	50	57.47	37	42.52
Nhóm chứng	51	58.62	36	41.37
Cộng:	101	100.0	73	100.0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam và nữ ở hai nhóm tương đồng nhau: Nhóm chứng: Nam (58.62%), nữ (41.37%); Nhóm nghiên cứu: Nam (57.47%), nữ (42.52%); sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

40-49	18	20.69	12	13.79	30	17.25
50-59	12	13.79	12	13.79	24	13.79
60-69	5	5.75	3	3.45	8	4.59
≥ 70	2	2.29	1	1.14	3	1.73
Cộng:	87	100.00	87	100.00	174	100.00
p>0.5						
Nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình: 36.67±3 tuổi; Cao nhất: 90 tuổi; thấp nhất: 6 tuổi						
Nhóm chứng: Tuổi trung bình: 33.49±3 tuổi; Cao nhất: 108 tuổi; thấp nhất: 11 tuổi.						

Nhận xét: Bệnh nhân trong nghiên cứu này đồng đều ở các nhóm tuổi, có 02 bệnh nhân dưới 10 tuổi (1.15%), bệnh nhân ít tuổi nhất là 06 tuổi (nhóm nghiên cứu), bệnh nhân cao tuổi nhất là 108 tuổi (nhóm chứng); nhóm 10-19 tuổi: 8.04%; nhóm 20-29 tuổi: 39.08%; nhóm 30-39 tuổi: 14.37%; nhóm 40-49 tuổi: 17.25%; nhóm 50-59 tuổi: 13.79%; nhóm 60-69 tuổi: 4.59% và nhóm từ 70 tuổi trở lên: 1.73%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0.05.

Trong 2 nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về nhóm tuổi, sự khác nhau giữa 2 nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 3.3. Phân loại các nhóm bệnh nhân theo bệnh/bệnh nền (n1=n2=87)

Nhóm bệnh nền	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	3	3.44	2	2.29
Viêm phổi	70	80.46	75	86.20
Đái tháo đường	26	29.88	23	26.43
COPD	20	22.98	15	17.24
Ung thư	7	8.04	4	4.59
Bệnh thận mạn tính	5	5.74	2	2.29
Béo phì/Thừa cân	11	12.64	9	10.34
Tim mạch	18	20.69	13	14.94
Bệnh lý thần kinh	7	8.04	2	2.29
Hen phế quản	15	17.24	11	12.64
Tăng huyết áp	23	26.43	22	25.28
Bệnh gan	7	8.04	2	2.29
Bệnh khác	12	13.79	0	0
p>0.05				

Nhận xét: Qua kết quả bảng trên cho thấy, các biến chứng và bệnh nền thường gặp trên bệnh nhân COVID-19 chủ yếu là: Viêm phổi, đái tháo đường, tăng huyết áp, COPD, tim mạch... Có sự tương đồng về biến chứng và các bệnh nền giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.4. Tỷ lệ tiêm vaccine phòng COVID-19 ở các nhóm (n1=n2=87)

Tiêm vaccine	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 mũi	19	21.84	22	25.28
2 mũi	50	57.47	57	65.53
Chưa tiêm	18	20.69	8	9.19
Cộng:	87	100.0	87	100.0
p>0.05				

Nhận xét: Trong cả 2 nhóm nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân chủ yếu đã được tiêm đủ 2 mũi vaccine phòng COVID-19 theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Hai nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về tỷ lệ tiêm vaccine, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0.05.

Bảng 3.5. Lý do vào viện (n1=n2=87)

Lý do vào viện	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ho	85	97.70	73	83.90
Sốt	79	90.80	81	93.10
Mệt mỏi nhiều	85	97.70	78	89.65

Đau/rất họng	85	97.70	80	91.95
Giảm/mất vị giác	34	39.08	25	28.73
Đau, tức ngực	57	65.51	58	66.67
Đau đầu	54	62.06	46	52.87
Tê bì chân tay	40	45.97	40	45.97
Khó thở	34	39.08	50	57.47
Đau nhức cơ bắp	59	67.81	26	29.88
Chảy nước mũi	55	63.21	58	66.67
Giảm/mất khứu giác	33	39.93	33	37.93
Hoa mắt, chóng mặt	29	33.33	15	17.24
Nôn/buồn nôn	30	34.48	10	11.49
Cơ khó thở	22	25.28	18	20.69
Tiêu chảy	38	43.67	39	44.82
Khác	18	20.69	5	5.74

Nhận xét: Trong kết quả tại bảng trên: Đau rất họng; Mệt mỏi nhiều; Sốt; Ho; Đau tức ngực; chảy nước mũi; Đau đầu; Đau nhức cơ bắp; Khó thở; Tiêu chảy; Giảm/mất khứu giác; Giảm/mất vị giác; Hoa mắt, chóng mặt; Nôn/buồn nôn...

Bảng 3.6. Phân loại bệnh nhân các nhóm nghiên cứu (n1=n2=87)

Phân loại bệnh nhân	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân vừa	78	89.65	75	86.20
Bệnh nhân nhẹ	9	10.35	12	13.80
Cộng:	87	100.00	87	100.00

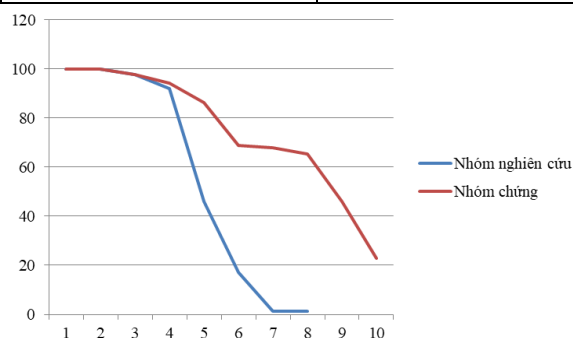
p>0.05

Nhận xét: Trong 2 nhóm nghiên cứu: có 89.65% (nhóm nghiên cứu) và 86.2 % (nhóm chứng) bệnh nhân phân loại mức độ vừa; 10.35% (nhóm nghiên cứu), 13.80% (nhóm chứng) bệnh nhân phân loại mức độ bệnh nhân nhẹ. Mức độ bệnh nhân tương đồng ở cả 2 nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0.05.

Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng theo ngày điều trị bệnh nhân của các nhóm (n1=n2=87)

Ngày điều trị	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngày 1	87	100.0	87	100.0
Ngày 2	87	100.00	87	100.0
Ngày 3	85	97.70	85	97.70
Ngày 4	80	91.95	82	94.25
Ngày 5	40	45.97	75	86.20
Ngày 6	15	17.24	60	68.96
Ngày 7	1	1.14	59	67.81
Ngày 8	1	1.14	57	65.51
Ngày 9	0		40	45.97
Ngày 10 trở lên	0		20	22.98

p<0.05



Hình 3.1. Triệu chứng lâm sàng theo ngày điều trị bệnh nhân của các nhóm (n1=n2=87)

Nhận xét: Qua kết quả trên bảng trên ta thấy: Việc sử dụng thuốc điều trị cho bệnh nhân ở hai nhóm có sự khác biệt về kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Sự chuyển biến dấu hiệu lâm sàng thay đổi qua từng ngày đặc biệt ở nhóm nghiên cứu: Ngày 1 và 2, bệnh nhân ở cả hai nhóm chưa có sự thay đổi về các triệu chứng lâm sàng.

Bảng 3.8. Thuốc điều trị bệnh nhân COVID-19 theo nhóm tác dụng

Thuốc điều trị	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ho, sốt, triệu chứng	87	100.00	87	100.00
Bệnh nền	64	73.56	62	71.26
Kháng sinh	75	86.20	72	92.75
Vitamin, khoáng chất	87	100.00	87	100.00
Điều hòa miễn dịch	87	100.00	80	91.95
Chống đông	35	40.22	32	36.78
Kháng Vi rút, kháng thể đơn dòng	0	0	0	0
Thuốc khác	87	100.00	87	100.00
THAO MỘC - SV	87	100.00	0	0

p=0,069>0,05

Nhận xét: Việc sử dụng thuốc điều trị cho bệnh nhân COVID-19 theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Các thuốc theo hướng dẫn của Bộ Y tế đều được sử dụng cho cả hai nhóm. Việc sử dụng thuốc của hai nhóm theo hướng dẫn của Bộ Y tế không có sự khác biệt. Tuy nhiên, bên nhóm nghiên cứu trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thêm THẢO MỘC – SV với liều 20ml/lần x 3 lần/ngày đến khi bệnh nhân ra viện, theo kết quả thu được có thể thấy, xịt họng có hiệu quả tốt trong việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân chưa được sử dụng kháng thể đơn dòng và thuốc kháng Vi rút trong điều trị.

Bảng 3.9. Liều pháp oxy của 2 nhóm bệnh nhân (n1=n2=87)

Liều pháp oxy	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		Cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thở oxy qua gọng kính	14	16.09	17	19.54	31	17.81
Thở oxy qua mask	10	11.49	9	10.34	19	10.91

p>0.05

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chung của hai nhóm có 17.81% bệnh nhân được thở oxy qua gọng kính, 10.91% bệnh nhân được thở oxy qua mask. Tiêu chuẩn và cỡ mẫu hai nhóm chúng tôi chọn tương đồng, do vậy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.10. Những phản ứng không mong muốn sau dùng thuốc (n1=n2=87)

Tác dụng không mong muốn	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		Cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nôn, buồn nôn	2	2,0	3	3,0	5	2,5
Hoa mắt, chóng mặt	4	4,0	6	6,0	10	5,0
Tiêu chảy	5	5,0	18	18,0	23	11,5
Táo bón	4	4,0	2	2,0	6	3,0
Cộng:	15	15,0	29	29,0	44	22,0

p=0,035<0,05

Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có một số tác dụng không mong muốn xuất hiện trong quá trình điều trị cho bệnh nhân: 11,5% bệnh nhân bị tiêu chảy; 5,0% bệnh nhân bị hoa mắt, chóng mặt; 3,0% bệnh nhân bị táo bón và 2,5% bệnh nhân có nôn, buồn nôn.

Trong nhóm nghiên cứu: có 5 bệnh nhân có dấu hiệu tiêu chảy, 4 bệnh nhân hoa mắt, chóng mặt và táo bón, 2 bệnh nhân nôn, buồn nôn. Trong nhóm chứng: 18 bệnh nhân tiêu chảy, 6 bệnh nhân hoa mắt chóng mặt, 3 bệnh nhân nôn, buồn nôn và 2 bệnh nhân táo bón.

Bảng 3.11. Số ngày điều trị của bệnh nhân 2 nhóm

Số ngày	Nhóm nghiên	Nhóm chứng
---------	-------------	------------

điều trị	cứu		chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 7ngày	15	17.24	1	1.15
[7-10) ngày	64	73.56	5	5.75
[10-12) ngày	7	8.05	37	42.53
>12 ngày	1	1.15	44	50.57
Ngày điều trị trung bình	8.17 ± 2 ngày		12.18 ± 2 ngày	
Cộng:	87	100,0	87	100,0
	Ngày điều trị ngắn nhất: 02 ngày Ngày điều trị dài nhất: 13 ngày		Ngày điều trị ngắn nhất: 05 ngày. Ngày điều trị dài nhất: 24 ngày.	

p<0.05

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi: Kết quả nghiên cứu chung của 2 nhóm: Có 9.19% bệnh nhân khỏi bệnh dưới 7 ngày; 39.66% bệnh nhân khỏi bệnh từ 7-10 ngày;

25.29% bệnh nhân khỏi bệnh từ 10-12 ngày và 25.86% bệnh nhân khỏi bệnh trên 12 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm với $p=0.035<0.05$.

Bảng 3.12. Kết quả chụp X-quang tim phổi của bệnh nhân (n1=n2=87)

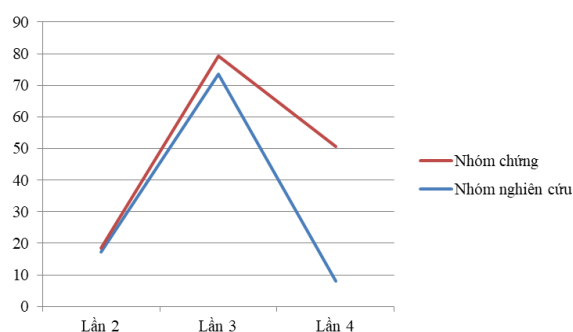
Kết quả chụp X-quang tim phổi	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		Cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chụp 02 lần	75	86.20	76	87.35	151	86.78
Chụp 03 lần	12	13.80	11	12.65	23	13.22
Có tổn thương	78	89.65	75	86.20	153	87.93
Không tổn thương	9	10.35	12	13.80	21	12.07
Cộng:	87	100.00	87	100.00	174	100.00

$p>0.05$

Nhận xét: Kết quả cho thấy: 86.78% bệnh nhân được chụp phổi 2 lần; 13.22% bệnh nhân được chụp phổi 03 lần; có 87.93% bệnh nhân có tổn thương phổi và 12.07% bệnh nhân không có tổn thương phổi. Kết quả chụp và tổn thương phổi của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p>0.05$.

Bảng 3.13. Kết quả xét nghiệm Realtime RT-PCR (n1=n2=87) Đơn vị tính: Người

Kết quả xét nghiệm Realtime RT-PCT	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lần 1	Âm tính	0	0	0
	Dương tính	87	-	87
Lần 2	Âm tính	15	17.24	1
	Dương tính	72	-	86
Lần 3	Âm tính	64	73.56	5
	Dương tính	8	-	81
Lần 4	Âm tính	7	8.04	37
	Dương tính	1	-	34



Hình 3.2. Kết quả xét nghiệm Realtime RT-PCR (n1=n2=87)

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy:

- Xét nghiệm RT-PCR lần 1 có 100% bệnh nhân của hai nhóm có kết quả dương tính, đây là kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân lúc nhập viện điều trị.

- Lần xét nghiệm RT-PCR lần 2 được thực hiện sau 3 ngày kể từ ngày nhập viện và dùng THẢO MỘC – SV cho nhóm nghiên cứu: Nhóm nghiên cứu có 17.24% bệnh nhân có kết quả âm tính, bên nhóm chứng tỷ lệ này là 1.14%;

- Xét nghiệm RT-PCR lần 3 sau 07 ngày nhập viện: Nhóm nghiên cứu có 73.56% bệnh nhân âm tính, nhóm chứng tỷ lệ này là 5.74%.

- Xét nghiệm RT-PCR lần 4 sau 10 ngày nhập viện: Nhóm nghiên cứu có 8.04% bệnh nhân âm tính và chỉ còn duy nhất 1 bệnh nhân còn kết quả dương tính; trong khi trong nhóm chứng có 42.52% bệnh nhân âm tính vẫn còn 34 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm dương tính.

Những trường hợp dương tính còn lại, có ngưỡng chu kỳ (CT) chưa đảm bảo theo quy định sẽ được xét nghiệm test kháng nguyên nhanh trước khi ra viện.

V. KẾT LUẬN

- Các triệu chứng lâm sàng thay đổi từ ngày thứ 3; ngày thứ 5 chỉ còn 45.97% bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng; ngày thứ 6 còn 17.24% bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng; ngày thứ 7 chỉ còn 1.14% bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng.

- Ngày điều trị trung bình của nhóm nghiên cứu là: 8.17 ± 2 ngày; dài nhất: 13 ngày; ngắn nhất: 02 ngày; Thời gian khỏi bệnh: < 7 ngày: 17.24%; 7-10 ngày: 75.36% (chiếm tỷ lệ cao); 10-12 ngày: 8.05% và trên 12 ngày là 1.15%.

- THẢO MỘC – SV giúp hỗ trợ rút ngắn thời gian âm tính của bệnh nhân COVID-19 thông qua xét nghiệm Realtime RT-PCR:

+ Sau 03 ngày điều trị: có 17.24% bệnh nhân có kết quả âm tính.

+ Sau 07 ngày điều trị: có 73.56% bệnh nhân âm tính.

+ Sau 10 ngày điều trị: chỉ còn duy nhất 1 bệnh nhân trong tổng số 87 bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 4689/QĐ-BYT ngày 06/10/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19.
2. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 5525/QĐ-BYT ngày 01/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn phân loại nguy cơ người nhiễm SARS-COV-2 và định hướng xử trí, cách ly, điều trị.
3. Oliveira NA, Sandini TM, Cornelio-Santiago HP et al (2020), "Acute and subacute (28 days) toxicity of green coffee oil enriched with diterpenes cafestol and kahweol in rats", Regul Toxicol Pharmacol. 2020; 110:104517.
4. Nair AB, Jacob S. (2016), "A simple practice guide for dose conversion between animals and human", J Basic Clin Pharm. 2016;7(2):27-31.
5. D Kanjanapothi, A Panthong, N Lertprasertsuke et al (2004), "Toxicity of crude rhizome extract of Kaempferia galanga L. (Proh Hom)", J Ethnopharmacol. 2004; 90(2-3): 359-65.
6. Kim HY, Zuo G, Lee SK, Lim SS (2020), "Acute and subchronic toxicity study of nonpolar extract of licorice roots in mice", Food Sci Nutr. 2020; 8(5): 2242-2250.
7. Nafiu Bidemi Abdulrazaq, Maung Maung Cho, Ni Ni Win, Rahela Zaman, Mohammad Tariqur Rahman (2012), "Beneficial effects of ginger (Zingiber officinale) on carbohydrate metabolism in streptozotocin-induced diabetic rats", Br J Nutr. 2012; 108(7): 1194-201.
8. Wilson Jacob Filho, Caio Cezar Lima, Marcos Rodolfo Ramos Paunksnis, Ariana Aline Silva, Mauro Sérgio Perilhão, Marina Caldeira, Danilo Bocalini & Romeu Rodrigues de Souza (2018), Reference database of hematological parameters for growing and aging rats, The Aging Male, 21:2, 145-148.
9. Wikivet (2012), Rat haematology Available from <https://en.wikivet.net/indexPhp?title-ReportHaematologysolidid=140051>.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long¹, Đặng Kiều Oanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả tình trạng lạm dụng rượu và các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp được chẩn đoán tại bệnh viện Bạch mai trong thời gian 3 tháng năm 2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 92 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm tụy cấp tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu khi chẩn đoán là $46,9 \pm 12,4$ tuổi (từ 25-80). Tỷ lệ nam/nữ là 4,2/1. Số bệnh nhân viêm tụy cấp do nguyên nhân lạm dụng rượu là 56,5%. Trong đó 91,3% bệnh nhân được chẩn đoán có biểu hiện đau bụng cấp. Điểm đau khi vào viện được tự người bệnh đánh giá VAS trung bình là $6,59 \pm 1,65$, trong đó mức đau dữ dội VAS 7 – 9 điểm có tới 29 người bệnh (31,53%). **Kết luận:** Việc phòng ngừa lạm dụng rượu ở những bệnh nhân viêm tụy cấp là rất cần thiết giúp ngăn ngừa tái lại tình trạng viêm tụy cấp.

Từ khoá: lạm dụng rượu, viêm tụy cấp

SUMMARY

SEVERAL RISK FACTORS AND SYMPTOMS FOR

¹Trung tâm tiêu hóa gan mật, bệnh viện Bạch mai

²Trường cao đẳng y tế, bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbmb@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

ACUTE PANCREATITIS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Our study aims to describe the situation of alcoholic abuse and clinical characteristics of acute pancreatitis patients at Bach Mai hospital during three months in 2009. **Subjects and methods:** We conducted this descriptive study on 92 acute pancreatitis patients diagnosed at Bach Mai Hospital from March, 2019 to June, 2019. **Results:** The median age at diagnosis was 46.9 ± 12.4 years (range 25-80) and male/female ratio was 4.2/1. The proportions of alcoholic abuse were 56.5%. There were 91.3% of patients diagnosed with acute abdominal pain. The average visual analog scale VAS assessed by admitted patients was 6.59 ± 1.65 , of which the severe pain 7-9 points were with 29 patients (31.53%). **Conclusions:** The prevention of alcohol abuse in patients with acute pancreatitis is essential to prevent the recurrence of this condition.

Keywords: Alcohol abuse; acute pancreatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy do hoạt hoá các proenzym ngay tại tụy, gây viêm tụy, tụy tự tiêu huỷ và giải phóng các enzym tiêu protid và enzym tiêu lipid vào máu, vào trong ổ bụng, quá trình này có thể ảnh hưởng tới các tổ chức cơ quan ở quanh tụy và xa tụy. Viêm tụy cấp là một bệnh tiêu hoá cấp tính thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Đây là bệnh lý có liên quan đến lối sống của xã

hội ngày nay. Diễn biến, biến chứng nặng của bệnh luôn được coi là cấp cứu ảnh hưởng tới tình trạng sống của người bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh khá cao với tần số 5-73 trường hợp/ 100.000 dân/năm, trong đó 10 - 30% là VTC nặng. Tỷ lệ tử vong chung của bệnh từ 10-15% và đối với người bệnh VTC nặng tỷ lệ tử vong có thể đạt 30 - 40% [1]. Diễn biến của bệnh thường rất phức tạp, khó tiên lượng, ở VTC thể nhẹ tụy có thể bị phù nề, khoảng 85% hồi phục hoàn toàn không để lại di chứng, thể nặng có thể gây tử vong 5 - 15% [2]. Viêm tụy cấp có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, có thể do thuốc, do sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ... tuy nhiên rượu là một nguyên nhân khá thường gặp trên lâm sàng và có thể gây viêm tụy cấp tái lại nhiều lần. Chính vì vậy nghiên cứu của chúng tôi nhằm tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây viêm tụy cấp, nhằm có những can thiệp truyền thông bước đầu cho cộng đồng, giúp giảm thiểu tỷ lệ mắc viêm tụy cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân được chẩn đoán Viêm tụy cấp (VTC) tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

Chẩn đoán VTC: theo tiêu chuẩn Atlanta có sửa đổi 2012.

Chẩn đoán dựa vào

- Triệu chứng lâm sàng: đau bụng thượng vị đột ngột, đau dữ dội đau xuyên ra sau lưng

- Triệu chứng cận lâm sàng: Amylase hoặc Lipase máu tăng gấp 3 lần giới hạn trên của giá trị bình thường

- Siêu âm tụy to toàn bộ hoặc một phần, đường viền tụy mờ, mật độ âm không đều, giảm âm hoặc hỗn hợp âm, có thể có các ổ dịch quanh tụy và các khoang trong ổ bụng.

- Chụp cắt lớp vi tính: tụy to một phần hoặc toàn bộ, bờ không đều, sau tiêm thuốc cản quang nhu mô tụy ngấm thuốc không đều có thể những vùng không ngấm thuốc do hoại tử, có thể có dịch quanh tụy và trong ổ bụng.

Chẩn đoán xác định phải phải có đau vùng thượng vị và một trong hai triệu chứng cận lâm sàng hay kết quả chụp CT.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại khoa tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai.

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu sẽ được tiến hành từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2019. Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Tiêu hóa – Bệnh viện Bạch Mai.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu,

mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh như trên trong thời gian nghiên cứu

Thu thập thông tin. Thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án thống nhất

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo các bước sau:

**Phần 1:* Thông tin chung của người bệnh và các thông tin liên quan đến bệnh tật:

- Đặc điểm về tuổi, giới tính, thể trọng, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, địa dư, thu nhập, thói quen ăn, uống rượu bia và tiền sử sỏi mật.

- Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index): Thang phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) dành cho người châu Âu và thang phân loại của Hiệp hội đái đường các nước châu Á (IDI & WPRO) được áp dụng cho người châu Á:

+ Cân nặng thấp: <18,5

+ Bình thường: 18,5 - 22,9

+ Thừa cân \geq 23

+ Tiền béo phì: 23 - 24,9

+ Béo phì độ I: 25 - 29,9; Béo phì độ II: \geq 30

**Phần 2:* Các thông tin liên quan đến bệnh tật và điều trị bao gồm:

- Thời gian mắc bệnh, bệnh kèm theo

- Dấu hiệu bệnh: Các triệu chứng lâm sàng của người bệnh VTC khi vào viện như: Đau bụng, bí trung tiện, nôn, buồn nôn, chướng bụng, sốt

- Mức độ đau khi vào viện: Thang điểm đau VAS: Bệnh nhân được nhìn vào một thước có biểu thị các mức độ đau theo hình ảnh, sau đó bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình theo hình ảnh đó, phía sau thước chia thành 10 vạch, mỗi vạch cách nhau 10mm, điều dưỡng xác định điểm đau tương ứng với điểm mà bệnh nhân vừa chỉ ở mặt trước của thước.

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS như sau:

Từ 1-3: Đau nhẹ

Từ 5-7: Đau trung bình

Từ 8-10: Đau nặng

Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, sau đó nhập bằng phần mềm Excel 2010 và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS 20.0, vẽ biểu đồ bằng chương trình Microsoft word 10.0 nhằm mô tả, so sánh, nhận biết số liệu.

Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi đã được thông qua hội đồng đạo đức y học của bệnh viện Bạch mai.

- Nghiên cứu được sự cho phép của ban lãnh đạo khoa phòng bệnh viện và sự đồng ý, tự nguyện tham gia hợp tác của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm về độ tuổi và giới tính của bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện Bạch mai. Nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 92 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy cấp đưa vào nghiên cứu (Bảng 1):

Bảng 1. Đặc điểm tuổi giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi (n=92)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30 tuổi	4	4,34
Từ 30 - 39 tuổi	23	25
Từ 40 - 49 tuổi	34	36,95
Từ 50 - 59 tuổi	17	18,47
≥ 60 tuổi	14	14,90
Giới (nam/nữ)(%)	70/22	76,4/23,6

Đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 46,88 ± 12,44; thấp nhất là 25 tuổi; cao nhất là 80 tuổi. Phần lớn bệnh nhân là nam giới chiếm 76,4%.

3.2 Một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện Bạch mai

Bảng 2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử sử dụng rượu	Nghiện rượu	52	56,52
	Không	40	43,47
Thời gian sử dụng rượu	Dưới 3 năm	16	17,39
	Trên 3 năm	76	82,61
Số ml rượu sử dụng hằng ngày	Không thường xuyên	12	13,04
	Dưới 100ml	13	14,13
	Từ 100 - 250 ml	14	16,27
	Trên 250 ml	53	57,05

Có 55,6% người bệnh nghiện rượu, 82,61 % người bệnh sử dụng rượu trên 3 năm và lượng rượu hằng ngày chủ yếu trên 250 ml chiếm 57,06%.

Bảng 3. Đặc điểm thói quen ăn uống ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thói quen ăn uống	Thường xuyên	Trung bình	Hiếm khi
Ăn các loại đồ chiên/xào/nướng	26 (28,26%)	48 (52,17%)	18 (19,56%)
Sử dụng các loại thực phẩm chế biến có sẵn	12 (13,04%)	56 (60,86%)	24 (26,0)

		(%)	8%)
Sử dụng đồ uống có nhiều đường	17 (18,47%)	50 (54,34%)	25 (27,17%)

- Thói quen sử dụng đồ chiên/xào/nướng ở mức trung bình chiếm 52,17%

- Thói quen sử dụng các loại thực phẩm chế biến có sẵn chiếm 60,86%

- Thói quen sử dụng đồ uống có nhiều đường chiếm 54,34%.

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hoàn cảnh khởi phát (N=92)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghiện rượu	24	26,08
Sau bữa ăn thịnh soạn, có rượu bia	10	10,86
NN cơ học như Tắc mật/sỏi túi mật	11	11,95
RLMM mỡ máu	42	45,65
Viêm tụy mạn tính	6	6,52
Chưa rõ nguyên nhân	16	44,56

Các nguyên nhân thuận lợi gây khởi phát đợt VTC là: có 26,08% người bệnh sau sử dụng rượu có bị VTC, 10,86% sau khi ăn các bữa ăn thịnh soạn, 11,95% người bệnh có nguyên nhân cơ học như tắc mật/sỏi túi mật. Một số nguyên nhân khác gián tiếp có thể gây nên VTC đó là: Thể trạng béo/ Tăng mỡ máu (44,73%).

3.3 Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Viêm tụy cấp tại bệnh viện Bạch mai

Bảng 5: Đặc điểm lâm sàng trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	Thời điểm vào viện		Thời điểm sau 3 ngày	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	84	91,30	29	31,52
Nôn và buồn nôn	59	64,13	17	18,47
Bụng chướng	58	63,04	27	29,34
Sốt	19	20,65	7	7,60
Vàng da	25	27,17	5	5,43
Bí trung tiện	47	51,08	6	6,52

Các triệu chứng bệnh của người bệnh đã giảm rõ rệt sau 3 ngày vào viện, đau bụng buồn nôn, bụng chướng còn chiếm tỷ lệ cao 31,52%, 18,47%, 29,24%.

Bảng 6: Mức độ đau trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Điểm VAS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Từ 1 – 3	6	6,52
Từ 4 – 6	57	61,95
Từ 7 – 9	29	31,53
X ± SD	5,69 ± 1,65	

Điểm đau khi vào viện được tự người bệnh đánh giá VAS trung bình là $6,59 \pm 1,65$. Người bệnh đau ở mức đau từ 4 - 6 chiếm 61,95%, ở mức đau dữ dội VAS 7 - 9 có tới 29 người bệnh (31,53%).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 92 bệnh nhân viêm tụy cấp chúng tôi nhận được kết quả và bàn luận như sau:

55,3% có tiền sử VTC. Bị 1 lần có 22 người bệnh (23,91%). Có 1 người bệnh bị VTC đến 9 lần, 1 người bệnh bị 7 lần, 2 người bệnh bị 5 lần. Hầu hết các trường hợp VTC các lần trước đều không tìm được nguyên nhân (75% không biết nguyên nhân). Có thể do người bệnh nằm điều trị tại tuyến dưới nên không phát hiện được nguyên nhân hoặc các yếu tố nguy cơ không được loại bỏ như nghiện rượu, tăng tryglycerid máu, giun chui ống mật hay sỏi mật, viêm tụy mạn nên tỷ lệ tái phát cao. Hai nguyên nhân thường gặp nhất gây VTC là nghiện rượu và các nguyên nhân cơ học gây tắc nghẽn như sỏi đường mật, giun chui đường mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra một số yếu tố thuận lợi gây VTC trong nghiên cứu như sau:

Tiền sử nghiện rượu/bia 56,58% các người bệnh nghiện rượu bia trong nghiên cứu. Đa số, người bệnh đều đã sử dụng rượu lâu năm (trên 3 năm) 81,39%. Mỗi ngày sử dụng trên 250 ml rượu (58,14%) Để giải thích cho quá trình nghiện rượu gây nên VTC, một số giả thuyết cho rằng, nghiện rượu gây kết tủa các protein ở trong ống tụy nhỏ và ảnh hưởng độc tố tới tụy, trong nhiều năm, quá trình này dẫn đến xơ và teo tuyến tụy, thêm vào đó mỡ máu cũng đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của VTC do rượu. Có giả thuyết cho rằng rượu gây mất trương lực cơ thắt Oddi làm dịch trào vào ống tụy gây VTC, hoặc trào ngược dịch mật vào do tăng trương lực cơ Oddi. Một số giả thuyết khác cho rằng, giải phóng các gốc tự do hoặc do rượu tăng kích thích tiết chất acetylcholin gây tăng tiết men tụy gây viêm tụy cấp [3, 4].

Đau bụng: VTC là bệnh lý cấp cứu bụng rất phổ biến, thường xuất hiện với các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và rầm rộ với các biểu hiện tại chỗ và toàn thân, khi vào viện, hầu hết các người bệnh có nhiều triệu chứng bệnh liên quan của viêm tụy cấp. Đau bụng (90,21%). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Trần Công Hoàn cũng chỉ ra 100% người bệnh VTC đến viện đều đau bụng. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu

của Malferthener JW., Buchler AJ dấu hiệu này gặp trên 90% [5]. Tính chất đau bụng trong viêm tụy cấp thường khởi phát đột ngột, tiến triển cấp thường nặng.

Điểm VAS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,59 \pm 1,65$. Chủ yếu phân bố điểm đau VAS từ 5 -7 điểm (61,84%), có 31,59% người bệnh đau ở mức độ 8 - 10 điểm. Vị trí đau khu trú vùng thượng vị, có thể lan vòng theo bờ sườn bên trái lan vòng ra sau lưng. Kiểu đau: đau chói, đau đâm xuyên sâu lưng, đau liên tục thường không có khoảng nghỉ. Tính chất đau khác nhau thường có định hướng tới các nguyên nhân khác nhau. VTC do sỏi, tính chất đau điển hình là đột ngột đau bụng vùng thượng vị, đau lan ra sau lưng. Các trường hợp đau do rượu hoặc đau do nguyên nhân chuyển hóa thường tính chất đau không đột ngột và không khu trú dữ dội như trong trường hợp do sỏi.

Nôn và buồn nôn: Triệu chứng nôn và buồn nôn đứng thứ hai ở người bệnh VTC, chiếm tỷ lệ 64,13% [6]. Đối với người bệnh VTC do tác dụng của enzym tụy được hoạt hóa đã gây tổn thương tụy và xung quanh tụy kích thích gây nôn. Theo Ranson dấu hiệu này chiếm 54,92% [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng rượu là nguyên nhân thường gặp gây ra viêm tụy cấp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, và là nguyên nhân chính gây tái phát nhiều lần, và triệu chứng đau bụng nhiều là một dấu hiệu cảnh báo bệnh nhân viêm tụy cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mallédant Y, Malbrain MLNG, Reuter DA:** What's new in the management of severe acute pancreatitis? *Intensive Care Med* 2015, 41(11):1957-1960.
- Halonen KI, Pettilä V, Leppäniemi AK, Kemppainen EA, Puolakkainen PA, Haapiainen RK:** Multiple organ dysfunction associated with severe acute pancreatitis. *Critical care medicine* 2002, 30(6):1274-1279.
- Pupelis G, Plaudis H, Grigane A, Zeiza K, Purmalis G:** Continuous veno-venous haemofiltration in the treatment of severe acute pancreatitis: 6-year experience. *HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association* 2007, 9:295-301.
- Lappalainen-Lehto R, Koistinen N, Aalto M, Huhtala H, Sand J, Nordback I, Seppä K:** Goal-related outcome after acute alcohol-pancreatitis -- a two-year follow-up study. *Addictive behaviors* 2013, 38(12):2805-2809.
- Mortele KJ, Wiesner W, Intriore L, Shankar S, Zou KH, Kalantari BN, Perez A, vanSonnenberg E, Ros PR, Banks PA et al:** A Modified CT Severity Index for Evaluating Acute Pancreatitis: Improved

Correlation with Patient Outcome. American Journal of Roentgenology 2004, **183**(5):1261-1265.

6. Bertilsson S, Håkansson A, Kalaitzakis E: Acute Pancreatitis: Impact of Alcohol Consumption

and Seasonal Factors. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire) 2017, **52**(3):383-389.

7. Basurto Ona X, Rigau Comas D, Urrutia G: Opioids for acute pancreatitis pain. The Cochrane database of systematic reviews 2013(7):Cd009179.

KẾT QUẢ MANG THAI Ở TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Hồng*, Nguyễn Phương Sinh*, Bé Thị Hoa*,
Đương Tiến Minh*, Bùi Ngọc Diệp*, Hoàng Quốc Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Trung tâm sản phụ khoa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 165 sản phụ tuổi từ 10-19, có thai, đến khám và điều trị tại Trung tâm sản phụ khoa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2020. **Kết quả và kết luận:** Nhóm tuổi 18-19 chiếm tỉ lệ cao nhất 75,2%; nhóm sản phụ 10-13 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 0,6%. Sản phụ tuổi vị thành niên sống ở nông thôn chiếm 76,4%, nhóm sản phụ dân tộc thiểu số là 53,3%. Sản phụ vị thành niên là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 42,4%, 16,3% là học sinh sinh viên. Sản phụ vị thành niên mang thai có thiếu máu là 24,5%, 1,2% tiền sản giật, 1,2% bệnh tim mạch, 0,6% Basedow. Tỉ lệ sản phụ vị thành niên đẻ non là 10,9%. Tỉ lệ mổ lấy thai là 51,4%. Tỉ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng <2500g là 16,8%, có 14% trẻ suy hô hấp sau sinh. Có 1,9% tai biến băng huyết và 1,9% tai biến chấn thương đường sinh dục sau sinh.

Từ khóa: Mang thai, tuổi vị thành niên, mổ lấy thai, đẻ non, sơ sinh thấp cân.

SUMMARY

STUDYING OUTCOMES OF ADOLESCENT PREGNANCIES IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate clinic characteristics, subclinic characteristics and outcomes of adolescent pregnancies in Obstetric and Gynecology centre at Thai Nguyen national hospital. **Subject and method:** A cross-sectional study on 165 pregnant women aged 10-19 in Obstetric and Gynecology centre at Thai Nguyen national hospital from 01/ 2020 to 12/ 2020. **Results and conclusions:** The rate of adolescent pregnant women aged 18-19 was the highest at 75,2% while the group of aged 10-13 was the lowest at 0,6%. Adolescent pregnant women living in rural

areas accounted for 76.4%, and ethnic minority women were 53.3%. Adolescent pregnancies were farmers accounted for the highest rate 42.4%, 16.3% were students. Adolescent pregnant women with anemia were 24.5%, pre-eclampsia were 1.2%, cardiovascular disease were 1.2% and Basedow were 0.6%. The rate of preterm birth in adolescent pregnancies was 10,9%. 51,4% of women had cesarean section. The prevalence of newborns who had birthweight under 2500g was 16,8% and 14% of infants had postpartum respiratory failure. About complications, there were 1.9% postpartum haemorrhage and 1.9% postpartum genitourinary trauma.

Keywords: pregnancy, adolescence, cesarean section, preterm birth, low birth weight.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), vị thành niên (VTN) là những người từ 10 đến 19 tuổi [7]. Đây là giai đoạn chịu nhiều tác động bởi những yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội. Tỷ lệ mang thai ở tuổi vị thành niên đang ngày càng tăng, báo cáo của WHO năm 2018 cho thấy tỷ lệ mang thai ở tuổi vị thành niên trên toàn thế giới là 44/1.000 trong số trẻ gái có độ tuổi từ 15 – 19 [7]. Kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, mang thai ở tuổi VTN liên quan đến nhiều nguy cơ về sức khỏe và xã hội. Thai kỳ của trẻ VTN có nguy cơ cao bị thiếu máu, sinh non, sinh nhẹ cân [4]. Tỷ lệ mổ lấy thai cũng cao hơn so với nhóm tuổi từ 20 trở lên. Biến chứng liên quan đến thai kỳ và sinh đẻ là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ gái từ 15-19 tuổi. Những đứa trẻ sinh ra từ mẹ VTN có tỷ lệ chết trước 1 tuổi, nhẹ cân, suy dinh dưỡng, bệnh tật cũng cao hơn nhiều so với con của các mẹ ở độ tuổi trưởng thành [6]. Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, chưa có nghiên cứu về mang thai ở tuổi VTN. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Trung tâm Sản phụ khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các sản phụ vị thành niên tại Trung tâm sản phụ

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng
Email: drnguyenthinhong77@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 14.4.2022
Ngày duyệt bài: 25.4.2022

khoa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2020.

2. Nhận xét kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Trung tâm sản phụ khoa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân có tuổi từ 10-19, có thai, đến khám và điều trị tại khoa Sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2020.

❖ Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân tuổi từ 10-19 tính đến ngày vào viện.
- Có thai.
- Hồ sơ được ghi chép đầy đủ.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

• Những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, chuyển viện, trốn viện.

- Bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Quy trình thu thập số liệu: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện theo bộ phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu, lấy tất cả các những bệnh nhân có tuổi từ 10-19, có thai, đến khám và điều trị tại Trung tâm Sản Khoa Bệnh viện TW TN trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Chỉ số biến số nghiên cứu: Tuổi, địa dư, dân tộc nghề nghiệp, xét nghiệm, tình trạng thai nghén, chỉ định mổ, trọng lượng sơ sinh, tình trạng sơ sinh sau sinh, tình trạng mẹ sau sinh.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n) N = 165	Tỷ lệ (%) 100
Tuổi	10-13	1	0,6
	14-17	40	24,2
	18-19	124	75,2
	Trung bình	Tuổi mẹ trung bình: 18,08 ± 1	
Địa chỉ	Thành thị	39	23,6
	Nông thôn	126	76,4
Dân tộc	Kinh	77	46,7
	Khác	88	53,3
Nghề nghiệp	Tự do	40	24,2
	Nông dân	70	42,4

	Công nhân	28	17
	Học sinh, sinh viên	27	16,3

Nhận xét: - Sản phụ trong độ tuổi từ 18-19 chiếm tỷ lệ cao nhất 75,2%, nhóm 14-17 tuổi chiếm 24,2%. Các sản phụ có độ tuổi từ 13-19, trung bình là 18,08 ± 1.

- Tỷ lệ sản phụ tuổi vị thành niên sống ở nông thôn là 76,4%.

- Số sản phụ làm nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 42,4% và 16,3% là học sinh sinh viên.

Bảng 3.2. Phân bố tình trạng và mức độ thiếu máu

Mức độ thiếu máu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	123	74,6
Thiếu máu nhẹ	35	21,2
Thiếu máu vừa	6	3,6
Thiếu máu nặng	1	0,6
Tổng	165	100,0

Nhận xét: Có 74,6% trường hợp không có thiếu máu, 25,4% trường hợp có thiếu máu trong đó tỉ lệ thiếu máu nhẹ chiếm 21,2%, thiếu máu vừa là 3,6% và thiếu máu nặng là 0,6%.

Bảng 3.3. Tình trạng thai khi vào viện

Chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chuyển dạ đủ tháng	89	54
Đẻ non	18	10,9
Đọa đẻ non	13	7,9
Sẩy thai	6	3,6
Đọa sẩy thai	15	9,1
Thai chết lưu	4	2,4
Chứa ngoài tử cung	8	4,8
Xin đình chỉ thai	12	7,3
Tổng số	165	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ chuyển dạ đủ tháng cao nhất chiếm 54%, tỉ lệ đẻ non là 10,9%, có 7,3% trường hợp xin đình chỉ thai nghén.

Bảng 3.4. Bệnh lý người mẹ khi mang thai

Bệnh lý mẹ khi mang thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sản giật	2	1,2
Bệnh tim mạch	2	1,2
Basedow	1	0,6
Thiếu máu	42	25,5
Khác	5	3,0
Không có bệnh	113	68,5
Tổng	165	100,0

Nhận xét: Sản phụ thiếu máu 25,5% cao nhất, tiền sản giật 1,2%, bệnh tim mạch 1,2%, 3% mắc bệnh khác.

3.2. Kết quả mang thai

Bảng 3.5. Phương pháp xử trí

Phương pháp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
-------------	--------------	-----------

Chuyển dạ đẻ	50	46,7
Gây chuyển dạ	2	1,9
Mổ lấy thai	55	51,4
Tổng	107	100.0

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ chuyển dạ đẻ tự nhiên là 46,7%, tỷ lệ mổ lấy thai là 51,4%.

Bảng 3.6. Cân nặng trẻ sơ sinh sau sinh

Trọng lượng thai (gram)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<2500	18	16,8
2500 đến <3500	67	62,6
≥ 3500	22	20,6
Tổng	107	100

Nhận xét: Có 16,8% trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2500 gam, 62,6% trường hợp có cân nặng từ 2500 đến dưới 3500gam.

Bảng 3.7. Tình trạng trẻ sơ sinh sau sinh

Tình trạng sơ sinh	n	%
Bình thường	92	86
Suy hô hấp	15	14
Tổng	107	100

Nhận xét: Có 14% trường hợp trẻ sơ sinh có tình trạng suy hô hấp sau sinh.

Bảng 3.8. Tai biến sản khoa sau sinh

Tai biến sau sinh	n	%
Băng huyết	2	1,9
Chấn thương sinh dục	2	1,9
Không tai biến	103	96,3
Tổng	107	100

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ không có tai biến sau sinh là 96,3%, có 1,9% sản phụ có tai biến băng huyết và 1,9% trường hợp chấn thương sinh dục sau sinh.

IV. BÀN LUẬN

Ở bảng 3.1 các sản phụ có độ tuổi từ 13-19, trung bình là $18,08 \pm 1$ tuổi. So sánh với tác giả Đỗ Thu Thủy tuổi trung bình của sản phụ là $18,2 \pm 1,03$ [1], tác giả Nguyễn Thanh Hải là 18 ± 1 [4] thì kết quả của chúng tôi có sự tương đồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vẫn còn có đến 24,8% sản phụ dưới 18 tuổi. Sinh đẻ ở độ tuổi càng thấp càng làm tăng các nguy cơ cho mẹ và thai nhi như làm tăng nguy cơ sảy thai, đẻ non và các biến chứng khác trong thai kỳ, chuyển dạ và sau sinh với mẹ và thai.

Tỷ lệ sản phụ tuổi vị thành niên sống ở nông thôn là 76,4%, nhiều hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hải (65,2%) [4]. Tỷ lệ sản phụ dân tộc dân tộc thiểu số là 53,3%, nhiều hơn đáng kể so với các tác giả khác như Nguyễn Thanh Hải (10,9%) [4] Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cs (1,6%) [3]. Sở dĩ có sự khác nhau này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại Thái

Nguyên là tỉnh miền núi phía Bắc nơi có nhiều dân tộc thiểu số hơn so với địa điểm nghiên cứu của hai tác giả trên là tại Huế Và Cần Thơ. Hơn nữa khi VTN mang thai bố mẹ cũng muốn đưa ra trung tâm cách xa nhà khám để đảm bảo kín đáo không gặp người thân quen. Con số này cũng cho thấy phần lớn các sản phụ VTN là người dân tộc thiểu số kết hôn sớm đồng thời sinh sống chủ yếu ở vùng nông thôn miền núi khó khăn ít cơ hội tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc thai sản, họ không được trang bị đầy đủ kiến thức về sức khỏe sinh sản, đặc biệt kiến thức về ngừa thai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ là học sinh sinh viên chiếm 16,3%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kim Hoàn (17,6%) [5] tuy nhiên tỷ lệ sản phụ là nông dân và làm nghề tự do thấp hơn tác giả này (66,6% so với 80,1%) trong khi tỷ lệ công nhân lại cao hơn (17% so với 2,3%). Nguyên nhân là do hiện nay tại Thái Nguyên càng ngày càng có nhiều khu công nghiệp mới mở thậm chí nhiều nơi không yêu cầu bằng tốt nghiệp THPT nên các bạn trẻ có xu hướng xin vào làm công nhân. Tuy vậy, tỷ lệ đối tượng không có nghề nghiệp ổn định vẫn còn cao. Do có thai sớm ngay từ khi mới tốt nghiệp THPT hoặc thậm chí chưa tốt nghiệp làm các em chỉ có thể ở nhà làm ruộng, không nghề nghiệp hoặc làm những việc tự do. Việc mang thai và sinh đẻ ở độ tuổi này làm ảnh hưởng không nhỏ tới cơ hội học tập và nghề nghiệp của các em trong tương lai.

Sản phụ vị thành niên thiếu máu chiếm 25,4%, tỷ lệ này lớn hơn nghiên cứu của Đỗ Thu Thủy (14%) [1] Nguyễn Hà Ngọc Uyên (21%) [3]. Nguyên nhân là do đối tượng nghiên cứu chúng tôi khác so với nghiên cứu của các tác giả này, chúng tôi nghiên cứu trên tất cả các sản phụ VTN mang thai bất kể tuổi thai nào, trong khi 2 tác giả trên chỉ chọn các sản phụ đến đẻ có tuổi thai trên 22 tuần. Trong số các sản phụ thiếu máu thì có 3,6% là thiếu máu vừa và 0,6% là thiếu máu nặng chủ yếu rơi vào các trường hợp chứa ngoài tử cung vỡ có chảy máu ổ bụng gây mất máu cấp. Ngoài ra đa phần các trường hợp là thiếu máu nhẹ, đây là bệnh lý thường gặp khi mang thai do sự tăng nhu cầu sắt cho mẹ và thai trong thai kỳ. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp tiền sản giật, 2 trường hợp mắc bệnh tim mạch và 1 trường hợp Basedow, đây là các bệnh toàn thân có ảnh hưởng nhiều đến kết cục thai kỳ và đòi hỏi cần khám thai, quản lý thai nghén kết hợp với cả các chuyên khoa khác nhằm phòng các biến chứng cho mẹ và thai.

Tỉ lệ sản phụ chuyển dạ đẻ tự nhiên là 46,7%, tỉ lệ mổ lấy thai là 51,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ đẻ đường âm đạo thấp hơn và tỉ lệ mổ lấy thai cao hơn các nghiên cứu của tác giả khác như Nguyễn Thị Lan Hương (có 13% mổ lấy thai năm 2017 và 17,8% mổ lấy thai năm 2018) [2] hay Phạm Thị Kim Hoàn (đẻ thường là 79,5%; 1,9% sản phụ đẻ thủ thuật và 18,6% sản phụ được mổ lấy thai) [5]. Sự khác nhau ở đây có thể là do số lượng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn 2 tác giả trên, những sản phụ càng nhỏ tuổi thì khung chậu thường chưa phát triển hoàn chỉnh để đảm nhận chức năng sinh đẻ, cũng như nhiều sản phụ còn ít tuổi, khó hợp tác với nhân viên y tế trong quá trình rặn đẻ, vì vậy bác sĩ thường lựa chọn mổ lấy thai. Quá trình chuyển dạ ở những sản phụ trẻ tuổi cũng thường có nguy cơ đẻ khó hơn như chuyển dạ kéo dài, đầu không lọt, suy thai, rối loạn cơ co tử cung... Các yếu tố này làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm sản phụ dưới 20 tuổi tại các bệnh viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp gây chuyển dạ, là 2 trường hợp sản phụ mang thai dị tật lớn cần đình chỉ thai nghén. Đáng chú ý là tuổi thai khi nhập viện khá lớn (24 tuần), qua đây có thể thấy sản phụ không đi khám thai từ sớm, khi phát hiện dị tật thì tuổi thai đã lớn, việc đình chỉ thai nghén ảnh hưởng ít nhiều đến sức khỏe và tâm lý của các em.

Phân tích bảng 3.6 và 3.7, tỉ lệ trẻ có cân nặng dưới 2500 gam và trẻ sơ sinh có tình trạng suy hô hấp sau sinh lần lượt là 16,8% và 14%, tương đồng với nghiên cứu của Njim T. (lần lượt là 15,5% và 13,2%) [6], thấp hơn so với tác giả Phạm Thị Kim Hoàn (35,5% và 30,9%) [5]. Nguyên nhân là do tỉ lệ đẻ non trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,9% trong khi của tác giả Phạm Thị Kim Hoàn là 42,2% [5]. Qua đây có thể thấy thai nghén của sản phụ vị thành niên có rất nhiều nguy cơ cho thai nhi như đẻ non, nhẹ cân và suy hô hấp.

Trong số 107 ca sinh có 2 ca có tai biến bằng huyết sau sinh cần dùng thuốc tăng co tích cực và 2 ca chấn thương đường sinh dục, đều rơi vào các trường hợp đẻ đường âm đạo. Tỉ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hà Ngọc Uyên [3]: 2 trường hợp băng huyết sau sinh chiếm tỉ lệ 2%, 1 trường hợp nhiễm trùng hậu sản chiếm tỉ lệ 1%, 1 trường hợp rách tầng sinh môn phức tạp chiếm tỉ lệ 1%. Trong 2 trường hợp rách phức tạp tầng sinh môn của chúng tôi, có 1 trường hợp là sản phụ chỉ mới 14 tuổi, 1 trường hợp sản phụ sinh con to 3500g

đều đến viện rất muộn khi ngôi thai đã lọt thấp, tuy nhiên khoa Sản bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên có đội ngũ Bác sĩ có trình độ chuyên môn cao, xử trí tai biến kịp thời, các sản phụ sau đó đều phục hồi tốt và ổn định xuất viện.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi 18-19 chiếm tỉ lệ cao nhất 75,2%; nhóm sản phụ 10-13 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 0,6%.

- Sản phụ tuổi vị thành niên sống ở nông thôn với tỉ lệ 76,4%, nhóm sản phụ dân tộc thiểu số là 53,3%. Sản phụ vị thành niên là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 42,4%, 16,3% là học sinh sinh viên.

- Sản phụ vị thành niên mang thai có thiếu máu là 24,5%, 1,2% tiền sản giật, 1,2% bệnh tim mạch, 0,6% Basedow.

- Tỉ lệ sản phụ vị thành niên đẻ non là 10,9%.

- Tỉ lệ sản phụ vị thành niên mổ lấy thai là 51,4%.

- Tỉ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng <2500g là 16,8%, có 14% trẻ suy hô hấp sau sinh. Có 1,9% tai biến bằng huyết và 1,9% tai biến chấn thương đường sinh dục sau sinh.

KIẾN NGHỊ. Tăng cường các chương trình giáo dục sức khỏe sinh sản cho vị thành niên để hạn chế thấp nhất tỉ lệ mang thai sinh đẻ ở tuổi vị thành niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Trang Đỗ Thu Thủy, Đào Thiên Hương, Trần Tú Anh, (2017). "Nghiên cứu thực trạng sinh đẻ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015", Tạp chí Phụ sản, 15 (2). tr 107-111.
2. Nguyễn Thanh Phong Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thị Hoàn, (2019). "Nhận xét tình hình sinh đẻ của sản phụ tuổi vị thành niên tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương, năm 2017-2018", Kỷ yếu hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp-2019, tr 30-38.
3. Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự, (2018). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các sản phụ vị thành niên đến sinh tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2016-2017"
4. Nguyễn Thanh Hải và cộng sự, (2020). "Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ", Tạp chí Phụ Sản, 18 (3). tr 27-33.
5. Phạm Thị Kim Hoàn và cộng sự, (2020). "Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở sản phụ dưới 18 tuổi tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ năm 2017 đến năm 2019."
6. Tsi Njim and Valirie Ndiip Agbor, (2018). "Adolescent deliveries in rural Cameroon: comparison of delivery outcomes between primipara and multipara adolescents", BMC research notes, 11 (1). pp 427.
7. World Health Organization, (2014). "Adolescent Preg-nancy", pp 17-19.

TỈ LỆ THIẾU MÁU TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN ĐANG LỌC MÁU CHU KỲ CÓ ĐIỀU TRỊ ERYTHROPOIETIN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH, NĂM 2022

Hồ Tấn Thông¹, Nguyễn Thanh Hiệp², Nguyễn Quỳnh Trúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu trong bệnh thận mạn là một vấn đề phổ biến của nhóm bệnh nhân này, đặc biệt là những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối phụ thuộc vào máy lọc máu chu kỳ, mặc dù thuốc Erythropoietin vẫn đang được sử dụng rộng rãi. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định tỉ lệ thiếu máu trên bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kỳ có điều trị Erythropoietin; tỉ lệ kém đáp ứng với điều trị này, và một số yếu tố liên quan đến việc kém đáp ứng này ở những bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kỳ có điều trị Erythropoietin, bao gồm nồng độ phospho máu, dinh dưỡng, dự trữ sắt và tình trạng viêm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu thực hiện từ 01/09/2020 đến 01/12/2020. Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật lấy mẫu ngẫu nhiên. **Kết quả:** Trong 95 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 100% bệnh nhân có thiếu máu, trong đó hơn 50% là thiếu máu vừa hoặc nặng. Tỉ lệ kém đáp ứng với Erythropoietin là 36,8%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 4 yếu tố có liên quan với sự kém đáp ứng với Erythropoietin là nồng độ Phospho máu ($p=0,042$), sắt huyết thanh ($p=0,023$), nồng độ CRP máu ($p=0,007$) và nồng độ Albumin máu ($p=0,041$). **Kết luận:** Nghiên cứu xác nhận lại các yếu tố truyền thống gây tình trạng kém đáp ứng với Erythropoietin. Điều này một lần nữa khẳng định việc cần thiết của xét nghiệm định kỳ với bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ để có thể vừa phát hiện sớm thiếu máu, kém đáp ứng với điều trị Erythropoietin, vừa điều trị bổ sung kịp thời, cải thiện tối đa hiệu quả của việc điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Từ khóa: thiếu máu, lọc máu chu kỳ, bệnh thận mạn, Bệnh viện Nhân dân Gia Định

SUMMARY

PREVALENCE OF ANEMIA IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS WITH ERYTHROPOIETIN TREATMENT AND SOME RELATED FACTORS AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL, YEAR 2022

Background: Anemia in chronic kidney disease is always a common issue in those who routinely have hemodialysis even after the widely use of Erythropoietin in treatment regimens. Therefore, our

study's objectives are to estimate the anemia rate, the rate of Erythropoietin hyporesponsiveness, and possibly associated factors, including the phosphorus level, nutrition status, iron status and inflammation condition of patients with hemodialysis. **Methods:** During the months from September to December 2020, a cohort study was conducted using simple random sampling in Nhan Dan Gia Dinh hospital. All incident Erythropoietin users were characterized at baseline and the difference between the baseline hemoglobin (Hb) value, that is the Hb value after 30 days use of Erythropoietin and the outcome Hb value were calculated and defined as delta Hb (ΔHb). Incident ESA users were defined as hyporesponsive if $\Delta Hb < 0$ g/dL. **Results:** In 95 patients in the study, 100% has anemia, based on the definition of WHO, >50% with moderate or severe anemia. Erythropoietin hyporesponsiveness rate is 36.8%. Our study finds out 4 variables associated with the hyporesponsiveness are phosphorus ($p=0.042$), iron serum ($p=0.023$), CRP ($p=0.007$) and Albumin ($p=0.041$). **Conclusions:** Our study confirmed the traditional factors associated with Erythropoietin hyporesponsiveness. Once again, it is asserted that periodical laboratory tests are critical not only in the early findings of anemia or Erythropoietin hyporesponsiveness, but also in supplement therapy in order to improve the ultimate end point of anemia therapy in patients with hemodialysis.

Keywords: anemia, cyclic dialysis, chronic disease, Gia Dinh People's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc Erythropoietin (Erythropoietin stimulating agent - ESA) là thuốc điều trị chính trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn [5]. Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội Cải thiện Kết quả Toàn cầu về Bệnh thận – Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)-2012 đã khuyến cáo rằng mức Hemoglobin mục tiêu cần đạt được là 11-12 g/dL ở những bệnh nhân BTM có điều trị với thuốc kích thích Erythropoietin. Mặc dù được điều trị đầy đủ với thuốc này, một số bệnh nhân vẫn còn thiếu máu hoặc thậm chí kém hoặc không đáp ứng với nhóm thuốc này. Tình trạng này làm cho việc điều trị thiếu máu trở nên khó khăn hơn[1].

Việc tìm hiểu các yếu liên quan đến thiếu máu ở những bệnh nhân lọc máu chu kỳ có điều trị với Erythropoietin chắc chắn sẽ cải thiện hiệu quả của điều trị, giảm chi phí y tế và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bệnh thận mạn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định,

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Tấn Thông

Email: hotantthong97@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

nhằm khảo sát tỉ lệ thiếu máu cũng như các yếu tố liên quan, hy vọng góp thêm dữ liệu, giúp các bác sĩ lâm sàng đạt được mục tiêu điều trị cho nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 01/09/2020 đến 01/12/2020 trên tất cả những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, Tp. Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu, chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng từ một tỉ lệ

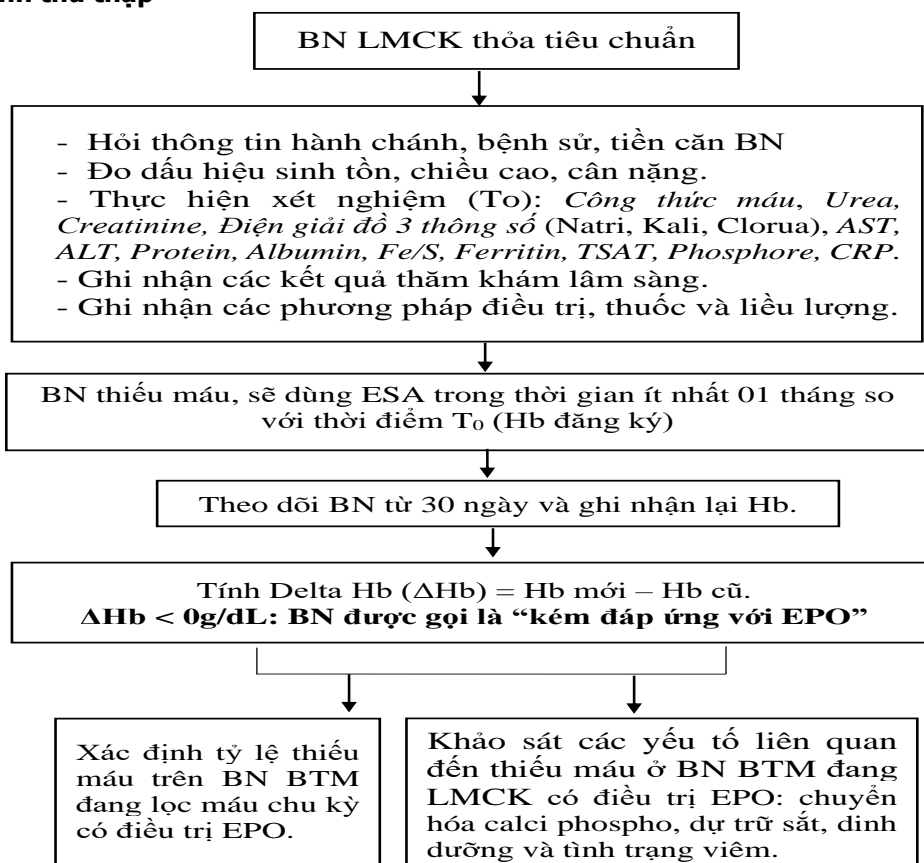
$$n = (Z_{1-\alpha/2})^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- $p = 0,57$, là tỉ lệ thiếu máu (mục tiêu 1) ở bệnh nhân bệnh thận mạn theo Hướng dẫn điều trị thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2015 [1], $d = 0,1$; $\alpha = 0,05$; và $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Thay vào công thức, cỡ mẫu $n \geq 94,15$. Cỡ mẫu dự trừ là 95.

- $p = 0,64$, là tỉ lệ kém đáp ứng với điều trị Erythropoietin (mục tiêu 2) theo tác giả Huỳnh Trinh Trí [4], $d = 0,1$; $\alpha = 0,05$; và $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Thay vào công thức, cỡ mẫu $n \geq 88,5$. Cỡ mẫu dự trừ là 89.

Vì vậy, chúng tôi chọn cỡ mẫu 95 bệnh nhân để phù hợp với cả hai mục tiêu.

Quy trình thu thập



2.3. Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu. Các số liệu được nhập liệu quản lý bằng phần mềm Excel, SPSS 26.0. Các biến định tính sẽ được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (trong trường hợp các giá

trị có phân phối bình thường – chuẩn). So sánh biến định tính dùng kiểm định χ^2 (Chi-Square Test) hay kiểm định Fisher's exact (được sử dụng khi có quá 20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5). So sánh biến định lượng dùng kiểm định t (nếu phân phối bình thường), phép

kiểm Wilcoxon (nếu phân phối không bình thường), trường hợp từ 3 nhóm trở lên bằng phân tích phương sai (One-way Anova). Dùng phép kiểm Pearson hoặc Spearman để khảo sát mối tương quan giữa các biến số tùy thuộc biến số có hoặc không có phân phối chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được xem xét có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Người tham gia được nêu rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định. Các số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (n=96)

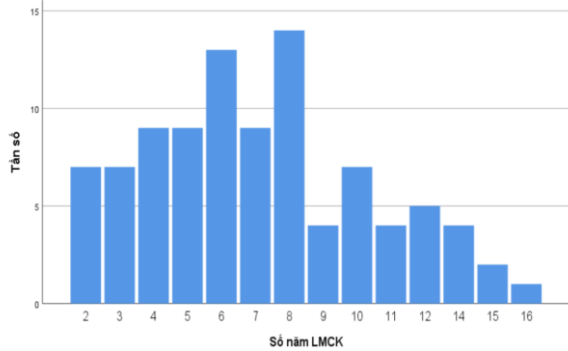
	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<40	15	15,8
	40-59	54	56,8
	≥60	26	27,4
Giới tính	Nữ	55	57,9
	Nam	40	42,1

Bệnh nhân có độ tuổi từ 40 – 59 chiếm đa số (56,8%) trong nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,4 \pm 12,0$. Tỷ lệ nam giới gần tương đương với nữ giới với tỉ số nữ: nam = 1,4:1. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,124$).

Bảng 2. Một số yếu tố tương quan giữa 2 nhóm kém đáp ứng và không kém đáp ứng với điều trị EOP

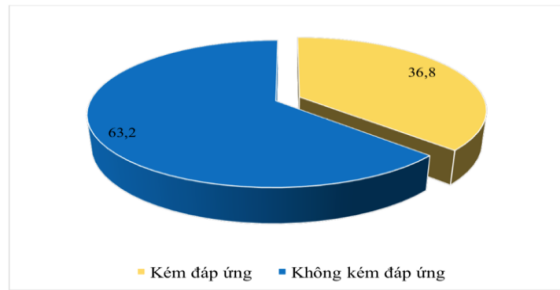
	Yếu tố	Trung bình	SD	p
Phospho	Kém đáp ứng	2,2mmol/L	0,6	0,042
	Không	2,0mmol/L	0,5	
Sắt huyết thanh	Kém đáp ứng	10,9 μ mol/L	5,6	0,023
	Không	14,1 μ mol/L	7,9	
Ferritin	Kém đáp ứng	196,1ng/mL	33,5	0,314
	Không	234,3ng/mL	164,9	
CRP	Kém đáp ứng	10,1mg/L	0,3	0,007
	Không	8,6mg/L	1,9	
Protid	Kém đáp ứng	72,9g/L	0,0	0,238
	Không	74,4g/L	6,1	
Albumin	Kém đáp ứng	37,5g/L	0,2	0,041
	Không	38,6g/L	2,5	

Nồng độ Phospho trung bình của nhóm kém đáp ứng với EPO cao hơn nhóm không có kém đáp ứng với EPO. Sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p=0,042$). Nồng độ sắt huyết thanh trung bình của nhóm kém đáp ứng với EPO thấp hơn nhóm không có kém đáp ứng với EPO. Sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p=0,023$). Nồng độ CRP máu trung bình của nhóm kém đáp ứng với EPO cao



Biểu đồ 1. Thời gian lọc máu chu kỳ (năm)

Thời gian LMCK ngắn nhất là 2 năm chiếm tỉ lệ là 7,4% và dài nhất là 16 năm chiếm tỉ lệ 1,1%. Số năm LMCK trung bình của bệnh nhân BTM là $7,2 \pm 6,8$ năm.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ bệnh nhân kém đáp ứng với Erythropoietin

Đa số bệnh nhân có đáp ứng với điều trị EPO, chỉ có 36,8% bệnh nhân kém đáp ứng

hơn nhóm không có kém đáp ứng với EPO. Sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p=0,007$). Nồng độ Albumin máu trung bình của nhóm kém đáp ứng với EPO thấp hơn nhóm không có kém đáp ứng với EPO. Sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p=0,041$). Với kết quả ở trên, chúng tôi thực hiện hồi quy nhị biến logistics đối với biến số có tương quan với sự kém đáp ứng với

Erythropoietin là biến CRP máu và Albumin máu. Kết quả, chúng tôi có bảng sau:

Bảng 3. Bảng mô hình hồi quy phù hợp

	12 log likelihood	Cox&Snell R ²	Nargelkerke R ²
Step1	108,6	0,156	0,218

Giá trị 0,218 gần với giá trị 1 hơn. Vì vậy, mô hình Nargelkerke R² là mô hình phù hợp.

Từ đó, chúng tôi có bảng phân loại như sau:

Bảng 4. Tỷ lệ dự đoán đúng đối với biến CRP

Quan sát	Dự đoán		
	Kém đáp ứng Erythropoietin	Không kém đáp	Dự đoán đúng

Bảng 5. Các hệ số trong phương trình hồi quy

	B	S.E	Wald	Df	p	Exp (B)
CRP	0,4	0,2	9,8	1	0,002	1,5
Albumin	-0,3	0,1	6,6	1	0,01	0,8
Hằng số	5,8	3,6	2,6	1	0,108	334,8

Với kết quả trên, chúng tôi thế vào để được phương trình hồi quy nhị biến logistics như sau:

$$\ln \frac{P_i}{1-P_i} = 5,8 + 0,4 \text{ CRP} - 0,3 \text{ Alb}$$

Như vậy, qua phương trình này, với giá trị của CRP và Alb, chúng ta có thể tiên đoán được khả năng bệnh nhân đó bị kém đáp ứng với Erythropoietin là bao nhiêu.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ thiếu máu. Nồng độ huyết sắc tố trung bình của đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi là $9,8 \pm 2,2$ g/L. Kết quả này gần như tương đương với nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Hùng với Hb trung bình là $9,82 \pm 1,51$ [2], nghiên cứu mới nhất của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2021) là $9,4 \pm 1,9$ g/dL [3], và khá gần với kết quả của Nguyễn Hoàng Trung Vân với Hb trung bình ở bệnh nhân LMCK là $10,83 \pm 1,53$ [6]. Tuy nhiên, kết quả chúng tôi hơi thấp hơn so với kết quả một nghiên cứu ở Hoa Kỳ năm 2004 với nồng độ huyết sắc tố trung bình là $12,2 \pm 1,6$ g/dL và nghiên cứu tổng hợp các nước Châu Âu có Hb trung bình là $11,0$ g/dL. Điều này có thể do ở các nước phát triển, bệnh nhân được phát hiện bệnh sớm và điều trị bảo tồn BTM tốt nên tình trạng thiếu máu của bệnh nhân ít nặng nề hơn so với các nước đang phát triển như nước ta.

2. Yếu tố liên quan

Phospho. Rối loạn canxi-phospho liên quan đến sự tiết bất thường PTH ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn là một vấn đề được nhiều người quan tâm. Đặc trưng là sự giảm canxi máu và tăng phospho máu. Sự thay đổi nồng độ của phospho biểu hiện sớm ngay từ khi có tổn thương cầu thận. Khi mức lọc cầu thận dưới 60

		ứng	(%)
Kém đáp ứng Erythropoietin	16	19	45,7
Không kém đáp ứng	7	53	88,3
Tỷ lệ dự đoán đúng toàn bộ			72,6

Khả năng nồng độ CRP máu giúp dự đoán đúng được sự kém đáp ứng Erythropoietin là 72,6%, với điểm cắt là 50%.

Từ đó, chúng tôi tiếp tục trình bày các hệ số trong phương trình hồi quy nhị biến logistics

ml/phút/1,73 m², các biến đổi sinh hóa bắt đầu xuất hiện: phospho máu tăng nhẹ, canxi máu bắt đầu giảm. Kết quả của chúng tôi ghi nhận phospho máu là $2,1 \pm 1,0$ mmol/L. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả nồng độ Phospho trung bình cao hơn khi so sánh với nghiên cứu tại Ai Cập của tác giả Zaki và cộng sự là $4,6 \pm 1,3$ mg/dL ($1,8 \pm 0,4$ mmol/L) [6].

Tăng phospho máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn bao gồm cả tăng nồng độ trong tế bào và trong huyết thanh. Ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, quá trình bài tiết nước tiểu ngày càng giảm, lượng phospho được huy động từ xương gần như không được đào thải ra theo đường tự nhiên.

Sắt huyết thanh và Ferritin. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ sắt huyết thanh và ferritin trung bình lần lượt là $12,9 \pm 14,6$ $\mu\text{mol/L}$ và $220,2 \pm 355,4$ ng/mL (bảng 3.14 & 3.16). So với các nghiên cứu trong nước, kết quả của nghiên cứu chúng tôi hơi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [3] với kết quả sắt huyết thanh lần lượt là $14,1 \pm 2,9$ $\mu\text{mol/L}$ và xét nghiệm ferritin trong máu cho kết quả là $401,6 \pm 343,5$ ng/mL, nhưng các chỉ số trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn trong giới hạn bình thường. Điều này có lẽ là kết quả của nỗ lực hạn chế các trường hợp ứ sắt bằng cách xét nghiệm sắt huyết thanh và ferritin định kỳ và chỉnh liều thuốc theo kết quả có được, nhằm tránh tình trạng ứ sắt cho các bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại bệnh viện. Kết quả của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh trung bình các nồng độ sắt huyết thanh giữa nhóm kém đáp ứng Erythropoietin và nhóm không kém đáp ứng

$p = 0,023 < 0,05$. Tuy nhiên, Khi thực hiện test T độc lập để so sánh nồng độ ferritin trung bình giữa 2 nhóm trên, thì kết quả lại cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Nồng độ CRP máu. Protein C hoạt hóa (C-reactive protein – CRP, mg/L) là một xét nghiệm mà được sử dụng để xác định mức độ rủi ro tìm tòi cho các bệnh lý tim mạch, đau tim và đột quỵ. Ở bệnh nhân bệnh thận mạn thì CRP cao là một yếu tố nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch. Kết quả nồng độ CRP máu trong nghiên cứu chúng tôi là $9,2 \pm 4,6$ mg/L. Kết quả này cao hơn so với CRP trung bình $6,59$ mg/L của tác giả Huỳnh Trinh Trí và cộng sự được thực hiện tại An Giang. Điều này có thể giải thích cho sự ảnh hưởng của tình trạng viêm mạn này lên kết quả nồng độ sắt huyết thanh và ferritin thấp hơn khi so với kết quả với tác giả này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi tiến hành so sánh nồng độ CRP máu trung bình giữa 2 nhóm kém đáp ứng với Erythropoietin và không kém đáp ứng, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm này, $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu trước đó cả trong và ngoài nước, và được giải thích là do tình trạng viêm nói chung của cơ thể, sẽ ảnh hưởng đến việc tiêu thụ sắt, làm giảm hiệu quả của Erythropoietin.

Nồng độ Albumin huyết thanh. Nồng độ Albumin huyết thanh (g/L) đối với bệnh thận mạn trước khi điều trị thay thế thận hoặc trong suốt quá trình điều trị thay thế thận ảnh hưởng trực tiếp đến nguy cơ tử vong trong tương lai. Kết quả nồng độ Albumin huyết thanh trong nghiên cứu chúng tôi là $38,2 \pm 5,2$ g/L, cao hơn một chút so với kết quả của nghiên cứu tại An Giang của tác giả Huỳnh Trinh Trí [4] với kết quả là $33,47 \pm 4,96$ g/L. Tuy nhiên, khi so sánh kết quả của nghiên cứu chúng tôi với kết quả của các nghiên cứu nước ngoài thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thấp hơn. Tiến hành test T để tìm sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình của nồng độ Albumin máu giữa 2 nhóm kém đáp ứng và không kém đáp ứng với Erythropoietin. Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình này, $p = 0.041 < 0,05$. Điều này chứng tỏ nồng độ Albumin thấp có ảnh hưởng hiệu quả điều trị thiếu máu với Erythropoietin.

Phân tích hồi quy về các mối tương quan. Việc sử dụng Albumin huyết thanh để đánh giá và theo dõi tình trạng dinh dưỡng liên quan đến các giá trị định sau: giảm albumin huyết thanh có tương quan rất chặt chẽ với tình trạng tử vong ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nồng độ Albumin huyết thanh (g/L) càng thấp thì tỉ lệ không đáp ứng Erythropoietin càng cao. Điều này cho thấy, mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi có số lượng mẫu tương đối nhỏ hơn các nghiên cứu khác nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự như các nghiên cứu ngoài nước. Phân tích hồi quy đa biến đối với các yếu tố liên quan, thì kết quả là chỉ có nồng độ CRP và Albumin máu là có tương quan. Kết quả tương quan của nồng độ CRP và Albumin máu với sự kém đáp ứng với Erythropoietin tỉ lệ tiên đoán đúng là 73%. Phương trình hồi quy nhằm tiên đoán khả năng xảy ra việc kém đáp ứng với Erythropoietin có dạng:

$$\ln \frac{Pi}{1-Pi} = 5,8 + 0,4 \text{ CRP} - 0,3 \text{ Alb}$$

Trong đó, Ln là logarit cơ số e, Pi là xác suất bệnh nhân bị kém đáp ứng với Erythropoietin, CRP là nồng độ CRP, và Alb là nồng độ của Albumin trong máu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu xác nhận lại các yếu tố truyền thống gây tình trạng kém đáp ứng với Erythropoietin. Điều này một lần nữa khẳng định việc cần thiết của xét nghiệm định kỳ với bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ để có thể vừa phát hiện sớm thiếu máu, kém đáp ứng với điều trị Erythropoietin, vừa điều trị bổ sung kịp thời, cải thiện tối đa hiệu quả của việc điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế Việt Nam (2015)** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thận - tiết niệu, Government Document, 3, 1-139
2. **"Võ Thanh Hùng (2020)**, "Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng và nồng độ leptin huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kỳ và lọc màng bụng liên tục ngoại trú", Đại học y dược Huế."
3. **"Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Anh Thơ (2021)**, "Khảo sát đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), pp. 193-198."
4. **Huỳnh Trinh Trí, Lữ Công Trung, Mã Lan Thanh, Trần Ngọc Giải (2013)** "Đánh giá các yếu tố gây kém đáp ứng với điều trị Erythropoietin ở bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo". Kỷ yếu Hội Nghị Khoa học Bệnh viện An Giang, Số tháng 10/2013
5. **"Amnuay K., Srisawat N., Wudhikarn K., et al. (2019)**, "Factors associated with erythropoiesis-stimulating agent hyporesponsiveness anemia in chronic kidney disease patients", Hematology reports, 11 (3), pp. 8183-8183."
6. **"Zaki H. M. (2017)**, "Erythropoietin hyporesponsiveness among egyptian hemodialysis patients", J Medicine, 6 (2), pp. 285-98."

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2020

Nguyễn Thị Song Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An, thành phố Hải Phòng năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Trong danh mục thuốc điều trị nội trú tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng, nhóm thuốc kháng sinh chiếm 19,5% số khoản mục nhưng lại chiếm tới 62,8% về giá trị. Kháng sinh nhóm Beta-lactam được sử dụng nhiều, chiếm 56,6% số khoản mục và 80,2% giá trị. Trong nhóm thuốc kháng sinh, thuốc tiêm truyền chiếm 69,9% số khoản mục và 98,3% về giá trị. Bệnh viện sử dụng chủ yếu là kháng sinh generic dưới dạng thuốc đơn thành phần và phần lớn là các thuốc khi sử dụng không cần phải hội chẩn. Kháng sinh nhập khẩu chiếm 49,4% số khoản mục và 53,6% về giá trị. Tính trên liều DDD cho thấy tổng DDD/100 ngày giường của kháng sinh đã sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An là 64,6. Chủ yếu thuốc kháng sinh được sử dụng ở 4 khoa là Ngoại tiêu hóa, Sản, Ngoại chấn thương chỉnh hình và khoa Hồi sức tích cực, chiếm gần 50% tổng liều DDD, trong đó khoa Ngoại tiêu hóa sử dụng kháng sinh nhiều nhất (16 555,5 DDD, chiếm 14,4%).

SUMMARY

ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION OF ANTIBIOTIC USE IN INPATIENT TREATMENT AT KIEN AN HOSPITAL, HAI PHONG CITY IN 2020

A cross-sectional descriptive study was conducted to analyze the list of antibiotics used (83 items in total) in inpatient treatment at Kien An Hospital in 2020. Results: Antibiotics had the greatest use-value (accounting for 62,8%) of the total. Beta-lactam antibiotics were mainly used (made up 56,6% of items and 80,2% of values). Parenteral antibiotics accounted for 69,9% of items and 98,3% of use-value. Brand-name antibiotics made up 9,6% of items and 6,3% of use-value. Imported antibiotics accounted for 49,4% in terms of items and 53,6% in use-value. Single-component antibiotics dominated with the proportion of 97,6% and 99,9%, in terms of items and use-values, respectively. Antibiotics that need a consultation before use accounted for 12,0% and 13,5% in terms of the number of items and their use-value. Department of Gastroenterology had the

highest total dose of antibiotic DDD (16 555,5 DDD, accounting for 14,4%). Total DDD/100 bed-days of antibiotics was 64,6, in which beta-lactam antibiotics was 46,9. It is considered to add high-bioavailable oral antibiotics to replace parenteral ones.

Từ khóa: Thuốc kháng sinh, điều trị nội trú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng thuốc kháng sinh không hợp lý có thể dẫn đến giảm hiệu quả điều trị, tăng chi phí điều trị của người bệnh và gia tăng khả năng kháng thuốc. Sử dụng thuốc kháng sinh hợp lý tại bệnh viện là cần thiết, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị các bệnh nhiễm khuẩn, đảm bảo an toàn, giảm thiểu biến cố bất lợi cho người bệnh, giảm khả năng xuất hiện đề kháng kháng sinh, giảm chi phí nhưng không ảnh hưởng tới chất lượng điều trị.

Bệnh viện Kiến An là bệnh viện đa khoa hạng I tuyến Thành phố, với cơ cấu 550 giường kế hoạch. Tại đây, nhóm thuốc kháng sinh chiếm phần lớn trong tổng giá trị sử dụng thuốc. Do vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Phân tích cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An, thành phố Hải Phòng năm 2020, nhằm cung cấp thêm thông tin về thực trạng sử dụng kháng sinh, từ đó điều chỉnh các biện pháp quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện được tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Toàn bộ 83 khoản mục thuốc kháng sinh đã được sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An năm 2020.

- **Phương pháp nghiên cứu:**

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng tài liệu sẵn có tại Bệnh viện là Danh mục thuốc kháng sinh đã sử dụng, báo cáo xuất nhập tồn thuốc trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An năm 2020 được trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được làm sạch, nhập liệu, mã hóa và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

$$P = \frac{k}{N} \times 100\%$$

+ Tính tỉ lệ %:

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà

Email: songhakt@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

+ Tính DDD/100 ngày giường của hoạt chất kháng sinh:
- Tra liều DDD hoạt chất KS trên trang web: http://www.whooc.no/atc_ddd_index-

$$\text{Tổng lượng DDD} = \frac{\text{Liều DDD của hoạt chất KS} \times \text{Tổng lượng DDD} \times 100}{\text{Tổng số giường} \times \text{Công suất giường} \times 365}$$

DDD/100 ngày giường =

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng trên tổng giá trị tiêu thụ thuốc điều trị nội trú tại Bệnh viện
Bảng 1. Cơ cấu thuốc kháng sinh trên tổng giá trị sử dụng thuốc nội trú

STT	Nhóm thuốc	Số khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SL	Tỷ lệ (%)	GT (1000 VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc kháng sinh	83	19,5	24 683 630,4	62,8
2	Thuốc khác	343	80,5	14 652 353,1	37,2
Tổng		426	100	39 335 983,5	100

Kết quả cho thấy nhóm thuốc kháng sinh chiếm 19,5% số khoản mục, tuy nhiên chiếm tới 62,8% tổng số tiền thuốc sử dụng trong điều trị nội trú.

Cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng trong điều trị nội trú theo nhóm cấu trúc hoá học
Bảng 2. Cơ cấu thuốc kháng sinh theo nhóm cấu trúc hóa học

STT	Nhóm kháng sinh	Số khoản mục		GTSD	
		SL	Tỷ lệ (%)	GT(1000 VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	Beta-lactam	47	56,6	19 807 145,1	80,2
1.1	Cephalosporin thế hệ 3	17	20,5	7 416 562,5	30,0
1.2	Penicillin	12	14,5	4 715 210,0	19,1
1.3	Cephalosporin thế hệ 2	8	9,6	3 580 322,1	14,5
1.4	Carbapenem	5	6,0	2 434 869,9	9,9
1.5	Cephalosporin thế hệ 4	4	4,8	1 137 333,0	4,6
1.6	Cephalosporin thế hệ 1	1	1,2	522 847,7	2,1
2	Quinolon	10	12,0	2 892 414,0	11,7
3	Peptid	4	4,8	9 015 100,0	3,7
4	Aminoglycosid	6	7,2	188 933,3	0,8
5	Macrolid	3	3,6	5 926,3	0,02
6	Lincosamid	1	1,2	2 306,6	0,01
7	Các nhóm kháng sinh khác	12	14,5	885 396,2	3,6
Tổng (1+2+3+4+5+6+7)		83	100	24 683 630,4	100

Kết quả ở bảng 2 cho thấy trong các nhóm kháng sinh theo cấu trúc hóa học, nhóm beta-lactam được sử dụng nhiều nhất, chiếm 56,6% số khoản mục và tới 80,2% về giá trị. Trong đó, các cephalosporin thế hệ 3 có số khoản mục và giá trị sử dụng cao. Các nhóm kháng sinh khác chiếm tỷ lệ không đáng kể.

Cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện theo một số tiêu chí khác. Cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng tại bệnh viện Kiên An được phân tích theo một số tiêu chí quan trọng khác như đường dùng, thuốc biệt dược gốc, generic, theo nguồn gốc xuất xứ...Kết quả được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Cơ cấu thuốc kháng sinh đã sử dụng tại Bệnh viện theo một số tiêu chí khác

STT	Tiêu chí	Số khoản mục		Giá trị sử dụng	
		SL	Tỷ lệ (%)	GTSD (1000 VNĐ)	Tỷ lệ (%)
Cơ cấu thuốc kháng sinh theo đường dùng					
1	Đường tiêm - truyền	58	69,9	24 271 148,9	98,3
2	Đường uống	22	26,5	313 477,3	1,3
3	Đường dùng khác	3	3,6	99 004,2	0,4
Cơ cấu thuốc kháng sinh biệt dược gốc, thuốc kháng sinh generic					
1	Thuốc generic	75	90,4	23 130 932,0	93,7
2	Thuốc biệt dược gốc	8	9,6	1 552 698,4	6,3
Cơ cấu thuốc kháng sinh theo nguồn gốc xuất xứ					
1	Thuốc nhập khẩu	41	49,4	13 224 282,4	53,6

2	Thuốc sản xuất trong nước	42	50,6	11 459 348,0	46,4
Cơ cấu thuốc kháng sinh theo thành phần					
1	Thuốc đơn thành phần	81	97,6	24670 737,8	99,9
2	Thuốc đa thành phần	2	2,4	12 892,6	0,1
Cơ cấu thuốc kháng sinh cần hội chẩn trước khi sử dụng căn cứ theo TT 30/2018/TT-BYT					
1	Thuốc không cần hội chẩn	73	88,0	21 343 293,0	86,5
2	Thuốc cần hội chẩn	10	12,0	3 340 337,4	13,5
Tổng theo mỗi tiêu chí		83	100	24 683 630,4	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các thuốc kháng sinh đường tiêm - truyền có tỷ lệ về số khoản mục và giá trị sử dụng cao hơn nhiều so với các thuốc kháng sinh còn lại (69,9% về số lượng và 98,3% về giá trị). Thuốc kháng sinh biệt dược gốc chiếm tỷ lệ nhỏ về số khoản mục và giá trị sử dụng. Thuốc kháng sinh nhập khẩu và thuốc sản xuất trong nước có số khoản mục gần tương đương nhau, tuy nhiên về giá trị sử dụng, thuốc nhập khẩu cao hơn so với thuốc sản xuất trong nước (thuốc nhập khẩu chiếm 53,6% và thuốc sản xuất trong nước là 46,4%). Thuốc kháng sinh đơn thành phần chiếm tỷ lệ vượt trội

về cả số khoản mục và giá trị sử dụng của tất cả các kháng sinh (97,6% số khoản mục và 99,9% về giá trị). Thuốc kháng sinh đa thành phần ít được sử dụng hơn. Các thuốc kháng sinh cần hội chẩn trước khi sử dụng chiếm tỷ lệ nhỏ về số khoản mục và giá trị sử dụng.

Mức độ tiêu thụ thuốc kháng sinh trong điều trị nội trú tại Bệnh viện theo liều DDD. Nghiên cứu về mức độ tiêu thụ thuốc kháng sinh, chúng tôi phân tích tổng liều DDD của thuốc đã sử dụng, kết quả được trình bày trong các bảng sau:

Bảng 4. Số DDD của thuốc kháng sinh đã sử dụng theo khoa lâm sàng

STT	Khoa lâm sàng	Số lượng DDD	Tỷ lệ (%)
1	Khoa Ngoại tiêu hoá	16 555,5	14,4
2	Khoa Sản	15 042,2	13,1
3	Khoa Ngoại chấn thương và chỉnh hình	12 417,4	10,8
4	Khoa Hồi sức tích cực	11 797,7	10,2
5	Khoa Ngoại thần kinh và lồng ngực	9 342,0	8,1
6	Khoa Ngoại tiết niệu	9 092,4	7,9
7	Khoa Nội tổng hợp	8 743,2	7,6
8	Khoa Phụ khoa	6 532,1	5,7
9	Khoa Truyền nhiễm	5 466,2	4,7
10	Khoa Ung bướu	5 138,3	4,5
11	Khoa Tim mạch	5 104,3	4,4
12	Các khoa khác	9 955,5	8,6
Tổng		113 941,6	100

Kết quả cho thấy, chủ yếu thuốc kháng sinh được sử dụng ở 4 khoa là Ngoại tiêu hóa, Sản, Ngoại chấn thương chỉnh hình và khoa Hồi sức tích cực, chiếm gần 50% tổng liều DDD, trong đó khoa Ngoại tiêu hóa sử dụng kháng sinh nhiều nhất (16 555,5 DDD, chiếm 14,4%).

Bảng 5. Số DDD/100 ngày giường của kháng sinh

STT	Nhóm kháng sinh	Tổng liều DDD	DDD/100 ngày giường
1	Beta-lactam	82 738,9	46,9
1.1	Penicillin	22 562,5	12,8
1.2	Cephalosporin	56 682,4	32,1
1.3	Carbapenem	3 494,0	2,0
2	Quinolon	13 962,8	7,9
3	Aminoglycosid	2 402,4	1,4
4	Peptid	949,8	0,5
5	Macrolid	277,6	0,1
6	Các nhóm kháng sinh khác	13 602,8	7,7
Tổng (1+2+3+4+5+6)		113 941,6	64,6

Tổng DDD/100 ngày giường của kháng sinh đã sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An là 64,6. Trong đó, nhóm beta-lactam có số DDD/100 ngày giường cao nhất (46,9), cao thứ hai là

nhóm quinolon với liều DDD/100 ngày giường là 7,9. Các nhóm kháng sinh khác (bao gồm nhóm 5-nitro-imidazol, co-trimoxazol, linezolid, doxycyclin) có DDD/100 ngày giường cao thứ ba.

IV. BÀN LUẬN

Về cơ cấu thuốc kháng sinh trên tổng giá trị tiêu thụ thuốc điều trị nội trú. Tại nhiều quốc gia, kháng sinh là thuốc được thường xuyên kê đơn, chiếm 30 đến 50% thuốc được kê đơn. Lượng tiêu thụ kháng sinh vẫn đang có xu hướng tăng lên hàng năm. Kháng sinh chiếm phần lớn, khoảng 20 đến 40% ngân sách y tế bệnh viện, và vẫn đang ngày càng tăng trong tổng lượng tiêu thụ dược phẩm tại các nước đang phát triển [6]. Tại Bệnh viện Kiến An, thuốc kháng sinh là nhóm thuốc có số khoản mục và chi phí sử dụng lớn nhất (chiếm tỷ lệ 19,5% và 62,8%). Giá trị sử dụng của thuốc kháng sinh cao có thể lý giải do đặc thù bệnh viện đa khoa và cơ cấu bệnh tật của Bệnh viện rất đa dạng; ngoài ra, thuốc kháng sinh sử dụng trong điều trị nội trú phần lớn là các thuốc dùng đường tiêm - truyền, có giá thành cao.

Về cơ cấu thuốc kháng sinh theo nhóm cấu trúc hoá học. Thuốc kháng sinh nhóm beta-lactam chiếm tỷ lệ cao nhất; 56,6% số khoản mục và 80,2% giá trị sử dụng. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ giá trị sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2017, với kháng sinh nhóm beta-lactam chiếm 40,6% khoản mục và 56,5% giá trị sử dụng [4], và với nghiên cứu tại Trung tâm Y tế huyện An Phú năm 2018, beta-lactam (49,0 % khoản mục; 92,0 % giá trị) [3]. Điều này tương tự với xu hướng chung của các bệnh viện khác tại các nước trên thế giới, trong một nghiên cứu về tình hình sử dụng kháng sinh trong 303 bệnh viện tại 53 nước trên thế giới năm 2018: Penicilin phối hợp với một chất ức chế beta-lactamase là kháng sinh được chỉ định thường xuyên nhất, nhất là tại các nước khu vực Bắc Âu và Tây Âu (và đặc biệt là các bệnh viện tại Bỉ). Các cephalosporin thế hệ ba, chủ yếu là ceftriaxon là loại kháng sinh được chỉ định phổ biến nhất ở Châu Á, Châu Mỹ Latinh và các nước thuộc khu vực phía nam và đông Châu Âu [7]. Như vậy, đa số các bệnh viện hiện nay sử dụng thuốc kháng sinh nhóm beta-lactam, đây là nhóm thuốc có phổ kháng khuẩn rộng, hiệu quả điều trị cao và ít tác dụng phụ. Mặc dù mức độ sử dụng kháng sinh là khác nhau ở từng quốc gia, bệnh viện, tuy nhiên các nghiên cứu đều có một điểm chung là lượng kháng sinh sử dụng nhiều và xu hướng sử dụng kháng sinh chủ yếu là nhóm beta-lactam, đặc biệt là phân nhóm cephalosporin thế hệ 3.

Về cơ cấu thuốc kháng sinh theo đường dung. Các thuốc kháng sinh đường tiêm - truyền sử dụng có tỷ lệ về số khoản mục và giá trị sử dụng cao hơn nhiều so với các thuốc kháng sinh còn lại (lần lượt là 69,9% và 98,3%). Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu gần đây tại Việt Nam như ở Bệnh viện Quân y 354 năm 2017, kháng sinh chủ yếu là đường tiêm, truyền (50,9 % khoản mục; 86,5 % giá trị) [4]. Thuốc kháng sinh đường tiêm truyền chiếm giá trị cao do được sử dụng phổ biến trong điều trị nội trú với các trường hợp nhiễm khuẩn nặng hoặc bệnh nhân không dung nạp đường uống, không đáp ứng yêu cầu điều trị và đơn giá của kháng sinh đường tiêm truyền hầu hết cao hơn gấp nhiều lần so với kháng sinh đường uống. Bệnh viện cần có chiến lược giám sát chặt chẽ việc sử dụng thuốc tiêm, tiêm truyền, cần nhắc chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống khi có thể dựa trên các đánh giá lâm sàng theo hướng dẫn tại Quyết định 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 của Bộ Y tế [2] để hạn chế tai biến và tiết kiệm chi phí cho người bệnh. Danh mục thuốc kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện năm 2020 có 5 khoản mục kháng sinh ciprofloxacin, tuy nhiên tất cả đều là thuốc dùng đường tiêm - truyền. Bệnh viện có thể xem xét bổ sung vào danh mục kháng sinh ciprofloxacin đường uống để có thể áp dụng thay thế, xuống thang cho một số thuốc kháng sinh dùng đường tiêm - truyền đang được sử dụng tại Bệnh viện như: ciprofloxacin, cefotaxim, ceftriaxon, eftazidim, cefepim, gentamicin, tobramycin.

Về cơ cấu thuốc kháng sinh theo thuốc biệt dược gốc và thuốc generic. Thuốc kháng sinh biệt dược gốc chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, 9,6% và 6,3% về số khoản mục và giá trị sử dụng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 354 khi thuốc kháng sinh generic được ưu tiên sử dụng (86,8% khoản mục; 79,0% giá trị) [4]. Theo Thông tư 21/2013/TT-BYT quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện, nguyên tắc xây dựng danh mục thuốc là ưu tiên thuốc generic [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy chính sách quản lý của bệnh viện, các thuốc biệt dược gốc, có giá thành cao được quản lý đặc biệt, được sử dụng cho những đối tượng xác định. Bệnh viện đã chú trọng đến việc lựa chọn các thuốc generic thay thế cho các thuốc biệt dược gốc nhằm giảm chi phí điều trị. Điều này giúp tiết kiệm chi phí tiền thuốc cho người bệnh, đồng thời làm giảm

gánh nặng cho ngân sách của bệnh viện.

Về cơ cấu thuốc kháng sinh theo nguồn gốc xuất xứ. Thuốc kháng sinh nhập khẩu và thuốc kháng sinh sản xuất trong nước có số khoản mục gần tương đương nhau. Về giá trị sử dụng, thuốc kháng sinh nhập khẩu cao hơn so với thuốc kháng sinh sản xuất trong nước (53,6% và 46,4%). Tuy nhiên tỷ lệ này chênh nhau không nhiều. Kết quả thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện khác như Bệnh viện Quân y 354, giá trị thuốc kháng sinh nhập khẩu chiếm tỷ lệ cao (81,0 %)[4], tại Trung tâm Y tế huyện An Phú, tỉnh An Giang, giá trị thuốc kháng sinh sản xuất trong nước chiếm tỷ lệ cao (82,2%) [3]. Điều này cho thấy, Hội đồng thuốc và điều trị tại Bệnh viện Kiến An đã cân đối danh mục thuốc được sử dụng tại Bệnh viện, ưu tiên sử dụng các thuốc kháng sinh sản xuất trong nước theo hướng dẫn của Thông tư 21/2013/TT-BYT[1]. Từ đó, tạo được nguồn cung cấp ổn định, giá thành rẻ, đảm bảo nhu cầu điều trị và hơn nữa làm giảm gánh nặng về chi phí thuốc cho ngân sách bệnh viện cũng như cho bệnh nhân.

Về cơ cấu thuốc kháng sinh theo thành phần. Trong một nghiên cứu phân tích doanh số bán thuốc kháng sinh từ 75 quốc gia trên thế giới năm 2015, kháng sinh kết hợp liều cố định chiếm 22% tổng lượng kháng sinh tiêu thụ trong năm. Các quốc gia có số lượng kháng sinh kết hợp liều cố định cao nhất là Ấn Độ, Trung Quốc và Việt Nam. Mức tiêu thụ thuốc kháng sinh kết hợp liều cố định cao trên toàn cầu, đặc biệt là ở các nước có thu nhập trung bình. Kháng sinh kết hợp liều cố định được tiêu thụ nhiều nhất là amoxicillin/clavulanat và sulfamethoxazole/trimethoprim[7]. Tại Bệnh viện Kiến An, thuốc kháng sinh đơn thành phần chiếm tỷ lệ vượt trội về cả số khoản mục và giá trị sử dụng của tất cả các kháng sinh với tỷ lệ lần lượt là 97,6% và 99,9%. Thuốc kháng sinh đa thành phần ít được sử dụng hơn. Trong đó bao gồm các kháng sinh có hoạt chất là metronidazol + neomycin sulfate + nystatin và sulfamethoxazol + trimethoprim. Mặc dù chưa xây dựng bộ tiêu chí lựa chọn thuốc đơn thành phần và thuốc đa thành phần nhưng Hội đồng thuốc và điều trị của Bệnh viện luôn ưu tiên thuốc ở dạng đơn chất và đã cân nhắc lựa chọn các thuốc đa thành phần đã được chứng minh về hiệu quả điều trị và độ an toàn để sử dụng theo hướng dẫn của Thông tư 21/2013/TT-BYT [1].

Về cơ cấu thuốc kháng sinh cần hội chẩn trước khi sử dụng theo Thông tư 30/2018/TT-

BYT. Các thuốc kháng sinh cần hội chẩn trước khi sử dụng chiếm lần lượt là 12,0% và 13,5% về tỷ lệ số khoản mục và giá trị sử dụng. Kết quả cho thấy bệnh viện đã có sự lưu ý, kiểm soát sử dụng những thuốc kháng sinh này.

Về mức độ tiêu thụ thuốc kháng sinh trong điều trị nội trú tại Bệnh viện theo liều DDD. Khoa Ngoại tiêu hoá có tổng liều DDD kháng sinh cao nhất (16 555,5 DDD, chiếm 14,4%). Khoa Sản, khoa Ngoại chấn thương và chỉnh hình, khoa Hồi sức tích cực, khoa Ngoại thần kinh và lồng ngực, Ngoại tiết niệu và Nội tổng hợp là các khoa có tổng liều DDD kháng sinh cao tiếp theo. Cơ cấu này là hợp lý do tại các khoa đó tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật cao, sau phẫu thuật bệnh nhân thường được chỉ định sử dụng kháng sinh. Khoa Hồi sức tích cực là khoa có ghi nhận nhiều bệnh lý nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn bệnh viện, tỉ lệ bệnh nhân nhiễm vi khuẩn đa kháng cao; khoa Nội thường có bệnh nhân cao tuổi, mắc kèm nhiều bệnh lý nền phức tạp nên tỷ lệ sử dụng kháng sinh nhiều, thời gian sử dụng kéo dài.

DDD/100 ngày giường của kháng sinh năm 2020 tại Bệnh viện là 64,6. Trong đó, nhóm cephalosporin có số DDD/100 ngày giường cao nhất. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Thủy Nguyên Hải Phòng, kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 có mức độ tiêu thụ lớn nhất: 15,6 DDD/100 giường/ngày, chiếm đa số trong nhóm cephalosporin với 93,5%, đặc biệt ceftizoxim là kháng sinh có mức tiêu thụ lớn trong nhóm này (82,8%) [5].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã phân tích được cơ cấu danh mục thuốc kháng sinh được sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An thành phố Hải Phòng năm 2020, trong đó những điểm nổi bật nhất ghi nhận được là: Thuốc kháng sinh generic được sử dụng chiếm tỷ lệ cao (trên 90% cả về số lượng và giá trị); thuốc sản xuất trong nước được chú trọng sử dụng; Thuốc đơn thành phần được dùng với tỷ lệ cao (97,6% số lượng và 99,9% về giá trị). Tuy nhiên một số kết quả cần được xem xét như: Thuốc kháng sinh chiếm giá trị sử dụng lớn nhất trong tổng số thuốc sử dụng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện (62,8%). Trong đó, chiếm phần lớn là nhóm kháng sinh beta- lactam (56,6% số khoản mục và 80,2% giá trị); thuốc kháng sinh đường tiêm - truyền có giá trị sử dụng cao, chiếm 98,3%. Thực trạng này là căn cứ quan trọng cho việc xây dựng các chiến lược trong chương trình quản lý kháng sinh, góp

phần nâng cao chất lượng sử dụng thuốc tại bệnh viện, bao gồm: bổ sung các thuốc kháng sinh đường uống sinh khả dụng cao để có thể thay thế kháng sinh đường tiêm.

Để việc sử dụng thuốc được hoàn thiện hơn, Bệnh viện có thể xem xét bổ sung kháng sinh ciprofloxacin đường uống để có thể thay thế, xuống thang cho một số thuốc kháng sinh dùng đường tiêm - truyền đang được sử dụng tại Bệnh viện như: ciprofloxacin, cefotaxim, ceftriaxon, ceftazidim, cefepime, gentamicin, tobramycin. Bên cạnh đó, Bệnh viện cần xây dựng danh mục kháng sinh chuyển từ đường tiêm/truyền sang đường uống tại bệnh viện, căn cứ theo "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", ban hành kèm theo Quyết định 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 21/2013/TT-BYT, "Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện".
2. Bộ Y tế (2020), Quyết định số 5631/QĐ-BYT, Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn

thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện".

3. Nguyễn Thị Thanh Hương, Đoàn Văn Giang (2020), "Phân tích danh mục thuốc kháng sinh sử dụng tại Trung tâm Y tế huyện An Phú, tỉnh An Giang năm 2018", Tạp chí Dược học, Tập 60, số 4 (2020), tr.15-18.
4. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Xuân Trung (2019), "Phân tích danh mục thuốc kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2017", Tạp chí Dược học, Tập 59, số 4 (2019), tr. 84-87.
5. Phạm Văn Trường, Đỗ Thị Bích Diệp, Nguyễn Thị Thu Phương, Trương Đình Phong (2021), "Thực trạng sử dụng kháng sinh cephalosporin trong điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng, năm 2019", Tạp chí Y học dự phòng, Tập 31, số 5 - 2021, tr. 32-38.
6. Bortone, B., Jackson, C., Hsia, Y., Bielicki, J., Magrini, N., & Sharland, M. (2021), High global consumption of potentially inappropriate fixed dose combination antibiotics: Analysis of data from 75 countries. Plos one, 16(1), e0241899]
7. Peter Zarb Ann Versporten, Isabelle Caniaux, Marie-Francoise Gros, Nico Drapier, Mark Miller, và các cộng sự (2018), "Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey".

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT KHỚP VAI BẰNG GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG

Phạm Quang Minh*, Vũ Hoàng Phương*

TÓM TẮT

Thực hiện các biện pháp giảm đau sau phẫu thuật khớp vai có ý nghĩa lớn trong thực hành lâm sàng. Các phương pháp giảm đau sau mổ đều có ưu điểm và nhược điểm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm **mục tiêu:** so sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khớp vai của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang tiêm một lần hoặc truyền liên tục dưới hướng dẫn siêu âm. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được tiến hành tại BV Việt Đức từ 3 – 8/2021. 61 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm. **Kết quả:** các chỉ số nhân trắc, ASA, loại phẫu thuật giữa 2 nhóm không có sự khác biệt. Điểm VAS lúc nghỉ trung bình của 2 nhóm đều dưới 4 tại các thời điểm nghiên cứu, điểm VAS nhóm truyền liên tục (nhóm I) thấp hơn nhóm tiêm một lần (nhóm II) tại thời điểm nghiên cứu từ T16 đến T48, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm VAS trung bình khi vận động của các bệnh nhân ở nhóm I thấp hơn nhóm II từ thời điểm T12 đến T72,

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** điểm VAS khi nghỉ và vận động của nhóm truyền liên tục thấp hơn so với nhóm tiêm một lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê từ giờ thứ 12 sau phẫu thuật. Các tác dụng không mong muốn thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Từ khóa: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay, siêu âm, giảm đau, Ropivacain.

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PAIN RELIEF AFTER SHOULDER JOINT SURGERY BY INTERSCALENE BRACHIAL PLEXUS BLOCK

Applying pain relief methods after shoulder surgery has great value in clinical practice. All analgesia techniques have advantages and also disadvantages. We conduct research to compare the effectiveness of pain relief after shoulder joint surgery by interscalene brachial plexus block under ultrasound guidance with single shot or continuous infusion. Prospective, randomized clinical trial study will be conducted at Viet Duc Hospital from 3 to 8/2021. 61 patients, divided into 2 groups. **Results:** anthropometric indices, ASA, type of surgery between the 2 groups did not have any difference. The average resting VAS score of both groups was below 4 at all the time points of the study, the VAS score of the continuous infusion group (group

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 22.4.2022

I) was lower than that of the single shot group (group II) at the time points of the study from T16 to T48, difference was statistically significant with $p < 0,05$. The average moving VAS score of the group I was lower than in group II from the time point T12 to T72, the difference was statistically significant with $p < 0,05$. **Conclusion:** VAS scores at rest or movement were lower in the continuous infusion group than in the single injection group, the difference was statistically significant from the 12th hour after surgery. Some side effects were low and no difference between the 2 groups.

Keywords: brachial plexus block, ultrasound, analgesia, ropivacain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các phẫu thuật vùng chi trên thì phẫu thuật khớp vai là loại phẫu thuật gây đau sau mổ nghiêm trọng, nhu cầu opioid có thể tương tự như nhu cầu sau cắt dạ dày hoặc phẫu thuật lồng ngực[1]. Nằm trong chiến lược giảm đau đa phương thức, các nghiên cứu cho thấy các biện pháp gây tê vùng vừa mang lại hiệu quả cao lại ít tác dụng không mong muốn hơn so với sử dụng opioid đơn thuần[2]. Hiện nay, gây tê đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang vẫn là phương pháp giảm đau hiệu quả nhất trong phẫu thuật vai[3]. Phương pháp tiêm 1 lần cho thấy hiệu quả giảm đau tốt trong 24 giờ đầu, kĩ thuật an toàn và tỉ lệ biến chứng thấp nhưng có những lo ngại liên quan đến cơn đau bùng phát (rebound pain) và hiệu quả kiểm soát cơn đau không đầy đủ sau 24 giờ[3]. Phương pháp luồn cathete vào đám rối thần kinh cánh tay giúp duy trì giảm đau dài hơn, hiệu quả hơn nhưng có thể xuất hiện các tác dụng không mong muốn như yếu cơ hay tê bì cánh tay. Ở Việt Nam chúng tôi chưa thấy đề tài nào nghiên cứu về hiệu quả giảm đau sau mổ khớp vai của phương pháp truyền liên tục thuốc tê qua catheter ĐRTKCT đường liên cơ bậc thang vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khớp vai bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang tiêm một lần hoặc truyền liên tục dưới hướng dẫn của siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật khớp vai. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Gây mê 2- Trung tâm gây mê hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 3/2021 đến tháng 8/2021.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tuổi ≥ 18 tuổi, ASA I-II, Đồng ý thực hiện thủ thuật và hợp tác với thầy thuốc.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** tiền sử rối loạn tâm

thần, khó khăn trong giao tiếp. Bệnh nhân có chống chỉ định của gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân. Đau mạn tính thường xuyên phải sử dụng thuốc giảm đau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: công thức tính cỡ mẫu dựa trên công thức kiểm định sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình. Với 61 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu được rút thăm ngẫu nhiên chia thành 2 nhóm.

- Nhóm I: truyền liên tục thuốc tê qua cathete

- Nhóm II: tiêm một lần thuốc tê

2.2.3. Tiến hành

Phương tiện nghiên cứu: Máy theo dõi đa thông số: điện tim, huyết áp, nhịp thở, SpO₂. Máy siêu âm có đầu dò linear tần số 5 – 12 MHz. Thuốc gây tê: Anaropin 0,5%(Ropivacaine 5mg/ml). Thang điểm đau nhìn hình đồng dạng (VAS) của Astra – Zeneca.

Tiến hành: Tất cả BN đều được gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang trước khi gây mê. Hướng đầu kim gây tê Touhy vào giữa rãnh thần kinh C5-C6.

***Nhóm I:** luồn catheter qua kim gây tê vào sao cho quan sát rõ đầu catheter dưới màn hình máy siêu âm, sau đó tiêm 10ml ropivacain 0,5%.

***Nhóm II:** tiêm 1 liều thuốc tê 10ml ropivacain 0,5% qua kim Touhy

Đánh giá hiệu quả gây tê: sau khi gây tê đánh giá cảm giác, vận động. Những bệnh nhân không tê đủ loại khỏi nghiên cứu.

Quy trình gây mê

- Khởi mê: Fentanyl 2 mcg/kg, Propofol 2 – 3 mg/kg, Rocuronium 0,6 - 0,8 mg/kg

- Duy trì mê: Sevofluran. Nhắc lại thuốc giảm đau 25mcg/lần fentanyl mỗi khi huyết áp hoặc tần số tim tăng hơn 20% so với nền của bệnh nhân và giãn cơ theo thời gian phẫu thuật.

- Thoát mê: sau phẫu thuật, bệnh nhân được chuyển về phòng hồi tỉnh. Tiêm thuốc dự phòng nôn. Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi tại phòng hồi tỉnh. Rút ống nội khí quản khi có đủ tiêu chuẩn.

Giảm đau sau mổ. Khi điểm VAS ≥ 4 tiến hành dùng thuốc giảm đau

Nhóm I: bolus 10 ml ropivacain 0,2 % đến khi điểm VAS < 4 thì tiến hành chạy liên tục ropivacain 0,1% với thông số máy:

+ Liều nền: 4 ml/h

+ Bolus: 2 ml

+ Thời gian khóa 20 phút

+ Liều tối đa: 24ml/4h

Nhóm II: chuẩn độ bằng morphin đến khi điểm VAS < 4 thì tiến hành chạy PCA theo thông số máy

- + Liều bolus: 1mg (1ml)
- + Thời gian khóa: 10 phút
- + Liều tối đa: 20mg/4h

Tại bệnh phòng: Các bệnh nhân sau khi được chuẩn độ tại phòng hồi tỉnh ổn định chuyển về khoa tiếp tục theo dõi theo các tiêu chí nghiên cứu đã đề ra. Bệnh nhân được truyền 1g paracetamol mỗi 12 giờ trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật. Bệnh nhân ở nhóm I nếu vẫn còn

đau nhiều thì được dùng thêm 5mg morphin tiêm dưới da mỗi 6 giờ.

Đánh giá điểm đau VAS nghỉ ngơi và VAS vận động theo thang điểm từ 0 đến 10 theo thời gian: T2, T4, T6, T8, T12, T16, T20, T24, T36, T48, T72 tương ứng với thời gian sau phẫu thuật: 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 16 giờ, 20 giờ, 24 giờ, 36 giờ, 48 giờ, 72 giờ sau phẫu thuật.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

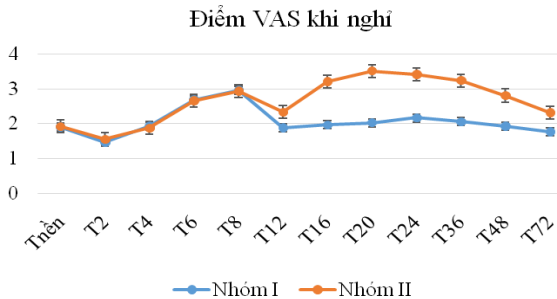
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân bố	Nhóm	Nhóm I (n=30)	Nhóm II (n=31)	P
		Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ 49,95 ± 10,07 Min-Max 26 - 71	
Giới: Nam/Nữ	14/16	14/17		
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	22,09 ± 2,09	22,45 ± 2,34	
	Min-Max	17,63 - 25,4	17,78 - 26,91	
ASA: I/II	17/13	19/12		

Nhận xét: Tuổi trung bình, giới, BMI, ASA của 2 nhóm tương đương nhau. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2. Đánh giá đau giữa 2 nhóm

3.2.1. Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi



Biểu đồ 3.1. Điểm VAS khi nghỉ ngơi

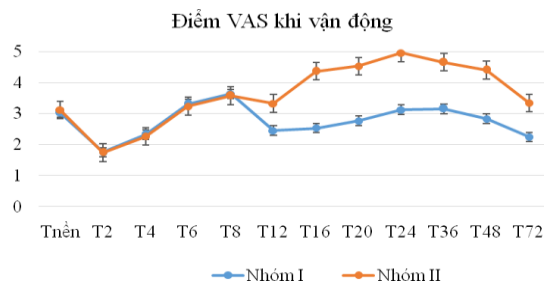
Nhận xét: điểm VAS khi nghỉ của 2 nhóm đều <4 tại các thời điểm nghiên cứu, trong đó điểm VAS của các bệnh nhân ở nhóm I thấp hơn ở nhóm II vào các thời điểm từ T16 đến T48 có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

3.2.2. Điểm VAS khi vận động chi trên

Bảng 3.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm	Nhóm I n1 (%)	Nhóm II n2 (%)	P
		Buồn nôn và/hoặc nôn	Độ 0 28 (93,3%)	
	Độ I, II 2 (6,7%)	Độ I, II 8 (25,8%)		
Khản tiếng		1	0	>0,05
Ngứa		2 (6,7%)	3 (9,7%)	>0,05
Tê bì sau 24 giờ		5 (16,6%)	0	<0,05

Bảng 3.12. Điểm VAS khi vận động



Biểu đồ 3.2. Điểm VAS khi vận động

Nhận xét: Điểm VAS trung bình khi vận động của của các bệnh nhân ở nhóm I thấp hơn các bệnh nhân ở nhóm II từ thời điểm T12 đến T72, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong đó các bệnh nhân ở nhóm II có điểm VAS vận động >4 tại các thời điểm T16 đến T48.

3.3. Một số tác dụng không mong muốn

Ức chế vận động sau 24 giờ	ĐỘ 0	28(93,3%)	31(100%)	>0,05
	ĐỘ I	2(6,7%)	0(0%)	

Nhận xét: nhóm 1 có tỷ lệ tê bì nhiều hơn nhóm 2, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ khàn tiếng, ức chế vận động nhiều hơn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các tác dụng phụ khác không có sự khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy các bệnh nhân có đặc điểm nhân trắc, ASA và loại phẫu thuật tương tự nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này hạn chế được tối đa các yếu tố nhiễu trong việc đánh giá đau cũng như các tác dụng không mong muốn.

4.1. Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi. Điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi ở cả 2 nhóm đều nhỏ hơn 4 ở mọi thời điểm nghiên cứu. Như vậy sau mổ 100% các bệnh nhân hầu như cảm thấy ít đau khi ở trạng thái nghỉ ngơi. Điều này chứng tỏ cả 2 phương pháp đều mang lại kết quả giảm đau tốt cho bệnh nhân. Tuy nhiên các bệnh nhân ở nhóm I có điểm đau thấp hơn các bệnh nhân ở nhóm II tại các thời điểm sau phẫu thuật T16, T20, T24, T36, T48 có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu của tác giả J. Sabesan [4] cho điểm đau VAS nhóm truyền liên tục tại các thời điểm T12, T16, T20, T24, T48 cao hơn kết quả của chúng tôi. Điểm đau VAS trung bình cao hơn có thể giải thích là do loại phẫu thuật. Chúng tôi lấy tất cả các bệnh nhân phẫu thuật khớp vai kể cả nội soi, trong khi các tác giả khác chỉ lấy bệnh nhân phẫu thuật thay khớp vai hoặc phẫu thuật chóp xoay có mức độ đau cao hơn. Tuy nhiên các nghiên cứu đều có đặc điểm chung là đau sau phẫu thuật khớp vai thường có cường độ cao nhất trong vòng 24 giờ (ngày thứ nhất) đầu sau phẫu thuật, bớt đi ở ngày thứ 2 và giảm nhiều hơn ở ngày thứ 3.

4.2. Điểm đau VAS khi vận động. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm đau VAS vận động sau phẫu thuật giữa 2 nhóm là tương đương nhau tại các thời điểm T2, T4, T6, T8, T12 ($p > 0,05$). Từ thời điểm T12 đến T72 điểm VAS vận động ở nhóm I thấp hơn ở nhóm II có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình khi vận động của các bệnh nhân ở nhóm I đều dưới 4 tại các thời điểm sau phẫu thuật cho thấy hiệu quả giảm đau tốt của phương pháp truyền thuốc tê liên tục qua catheter. Các bệnh nhân ở nhóm II có điểm VAS vận động trung bình cao hơn 4 tại các thời điểm: T16 (4,36); T20 (4,52); T24 (4,95); T36 (4,65) và T48 (4,4). Kết quả này cũng tương tự các giả khác.

4.3. Các tác dụng không mong muốn. Chúng tôi tập trung vào các tác dụng tê bì, ức

chế vận động, khàn tiếng. Các tác dụng khác ít gặp và không nghiêm trọng.

Các bệnh nhân trong nhóm II các triệu chứng tê bì, ức chế vận động không còn sau 16 giờ sau khi gây tê, trong khi đó ở nhóm I có 5 bệnh nhân tê tay nhẹ, 2 bệnh nhân có mức ức chế vận động ở mức độ I theo thang điểm Bromange trong quá trình truyền liên tục thuốc tê để giảm đau sau mổ tuy nhiên các triệu chứng này đều nhẹ không làm bệnh nhân khó chịu nhiều và chúng tôi không phải tạm dừng truyền thuốc tê để xử lý vấn đề này. Tác giả Linda Le [5] khi so sánh 2 nhóm 50 bệnh nhân truyền liên tục thuốc tê ropivacain với nồng độ và thể tích khác nhau: nhóm I: nồng độ 0,2%, liều nền 8ml/giờ; nhóm II: nồng độ 0,4%, liều nền 4ml/giờ, cho kết quả tỉ lệ tê tay trên 2 nhóm là 33%(nhóm I) và 19%(nhóm II) qua đo tác giả nhận xét tăng thể tích thuốc tê truyền liên tục có liên quan đến tăng tỉ lệ triệu chứng tê bì, dị cảm ở bàn tay.

Liên quan đến yếu cơ, trong nghiên cứu của tác giả Shin [6] khi đánh giá chức năng vận động của bàn tay theo thang điểm MMT (Manual muscle test scores) (thang từ 0 điểm ứng với mất hoàn toàn sức nắm bàn tay; tối đa 5 điểm ứng với sức mạnh hoàn toàn đầy đủ) cho thấy điểm MMT trung bình ở 2 nhóm truyền thuốc tê liên tục và nhóm PCA morphin là như nhau đều $> 4,5$ điểm tại 24 giờ và 48 giờ sau phẫu thuật. Như vậy yếu cơ gặp tỷ lệ ít và không gây hậu quả nghiêm trọng. Tác giả Fredrickson [7] nghiên cứu trên 1505 bệnh nhân được truyền liên tục thuốc tê ropivacain 0,2% với liều nền 2ml/giờ. Kết quả cho thấy yếu vận động là 74 bệnh nhân (5%) trong đó chỉ có 2 bệnh nhân (0,1%) yếu vận động nhiều.

Tê bì, dị cảm, ức chế vận động ở tay bị gây tê gây phiền hà khó chịu cho bệnh nhân sau phẫu thuật, tuy nhiên với việc sử dụng thuốc tê ropivacain nồng độ thấp 0,1% ít gây ảnh hưởng đến chức năng vận động và thể tích chạy thuốc tê hợp lý (4ml/giờ, bolus 2ml/30phút) nên những tác dụng phụ của phương pháp giảm đau này đều ở mức độ nhẹ không gây khó chịu nhiều cho bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang truyền liên tục dưới

hướng dẫn của siêu âm cho phép giảm đau sau mổ tốt và kéo dài hơn so với tiêm một lần. Hiệu quả giảm đau có sự khác biệt rõ sau phẫu thuật 12h kể cả bệnh nhân nằm yên hay vận động, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phương pháp truyền liên tục làm tăng tỷ lệ tác dụng không mong muốn như khàn tiếng, tê bì và yếu cơ. Tuy nhiên các tác dụng phụ này không nặng nề và không để lại hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fredrickson MJ, K.S., Chen CY.**, Postoperative analgesia for shoulder surgery: a critical appraisal and review of current techniques. *Anaesthesia*, 2010; p. 608-624.
2. **Richman JM, L.S., Courpas G, et al.**, Does continuous peripheral nerve block provide superior pain control to opioids? A meta-analysis. *Anesth Analg*, 2006; p. 102(1):248-257.
3. **Davis JJ, S.J., Greis PE, Burks RT, Tashjian RZ.** and doi:10.1016/j.jclinane.2008.08.022, Interscalene block for postoperative analgesia using only ultrasound guidance: the outcome in 200 patients. *J Clin Anesth*, 2009; p. 21(4):272-277.
4. **Sabesan VJ, S.R., Petersen-Fitts GR, et al.**, A prospective randomized controlled trial to identify the optimal postoperative pain management in shoulder arthroplasty: liposomal bupivacaine versus continuous interscalene catheter. *J Shoulder Elbow Surg*, 2017; p. 26(10): 1810-1817.
5. **Le LT, Loland VJ, Mariano ER, et al.** Effects of Local Anesthetic Concentration and Dose on Continuous Interscalene Nerve Blocks: A Dual-Center, Randomized, Observer-Masked, Controlled Study. *Reg Anesth Pain Med*. 2008;33(6):518-525.
6. **Shin SW, Byeon GJ, Yoon JU, et al.** Effective analgesia with ultrasound-guided interscalene brachial plexus block for postoperative pain control after arthroscopic rotator cuff repair. *J Anesth*. 2014;28(1):64-69.
7. **Fredrickson MJ, Leightley P, Wong A, Chaddock M, Abeysekera A, Frampton C.** An analysis of 1505 consecutive patients receiving continuous interscalene analgesia at home: a multicentre prospective safety study. *Anaesthesia*. 2016;71(4):373-379.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG MÁU ĐO BẰNG ROTEM Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN ĐƯỢC GHÉP GAN

Ngô Văn Thảo, Nguyễn Quốc Kính,
Phạm Thị Vân Anh, Đào Kim Dung, Lưu Quang Thủy(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số đông máu và các rối loạn đông máu trong phẫu thuật ghép gan. Bên cạnh đó, đánh giá mối tương quan giữa chỉ số đông máu cơ bản và các chỉ số của xét nghiệm ROTEM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 34 BN nhận gan. BN được lấy máu xét nghiệm ĐMCB và Rotem tại 6 thời điểm: Sau khởi mê (To); kết thúc giai đoạn phẫu tích (T1); kết thúc giai đoạn vô gan (T2); sau tái tưới máu (5 phút sau khi thả kẹp miệng nối tĩnh mạch) (T3); giai đoạn gan mới (T4), và ngày đầu tiên sau gan ghép (T5). Trong mổ, BN được truyền máu và các chế phẩm máu theo phác đồ gợi ý truyền máu của bệnh viện Việt Đức. Các kết quả xét nghiệm được đối chiếu với khoảng tham chiếu của labo xét nghiệm và được so sánh với thời điểm To. Các chỉ số xét nghiệm ĐMCB được phân tích tương quan với các chỉ số tương ứng trên ROTEM. **Kết quả:** Rối loạn đông máu dạng giảm đông rất thường gặp ở BN nhận gan, đặc biệt là ở giai đoạn tái tưới máu (APTT kéo dài gặp ở 76,5%, giảm fibrinogen gặp 79,4% và giảm tiểu cầu gặp ở 91.2%

BN) và giai đoạn gan mới (PT kéo dài gặp ở 35.3%). Tuy nhiên, tình trạng đông máu có xu hướng trở về bình thường vào ngày đầu sau ghép. Có mối tương quan chặt giữa các chỉ số ĐMCB và chỉ số ROTEM: PT với CT- EXTEM (r: 0,394); aPTT với CT- INTEM (r: 0,61); Số lượng tiểu cầu với A10 – EXTEM (r: 0,819); nồng độ fibrinogen với MCF - EXTEM (r: 0,631). **Kết luận:** BN nhận gan thường gặp rối loạn giảm đông trong giai đoạn tái tưới máu và giai đoạn gan mới. Các xét nghiệm ROTEM có mối tương quan tốt với các chỉ số xét nghiệm ĐMCB, có thể giúp quyết định điều trị sớm hơn.

Từ khóa: Ghép gan, rối loạn đông máu, ROTEM, truyền máu.

SUMMARY

EVALUATE THE CHANGES OF SOME COAGULATION INDEXES IN ROTEM TEST FOR LIVER TRANSPLANTATION

Objectives: To evaluate the changes of some coagulation indexes and the coagulation disorders in liver transplant surgery as well as the correlation between the basic coagulation indexes and the ROTEM values. **Methods:** Descriptive study on 34 patients getting liver transplantation. The patient had coagulation blood test and ROTEM test at 6 time points: After induction stage of anesthesia (To); the end of the dissection phase (T1); the end of the anhepatic (no liver) phase (T2); after reperfusion (5 min after release of the venous anastomosis) (T3);

(*)Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Thảo

Email: ngovanthao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

new liver phase (T4), and the first day of postimplantation (T5). During surgery, the patient received blood products transfusion according to the protocol of Viet Duc hospital. The test results are compared with the reference range of the test laboratory and compared with the To point index. The basic coagulation indexes was analyzed and correlated with the corresponding index on ROTEM test.

Results: Hypocoagulation was very common in liver recipients, especially in the reperfusion phase (prolonged APTT in 76.5%, fibrinogen reduction in 79.4% and thrombocytopenia in 76.5%. in 91.2% of patients) and new liver stage (prolonged PT was seen in 35.3%). However, the coagulation indexes tended to return to normal value on the first day after transplantation. There is a strong correlation between the basic coagulation indexes and the ROTEM indexes: PT with CT- EXTEM (r: 0.394); aPTT with CT- INTEM (r: 0.61); Platelet count with A10 - EXTEM (r: 0.819); fibrinogen concentration with MCF - EXTEM (r: 0.631).

Conclusions: Patients receiving liver often experience hypocoagulation disorders during the reperfusion phase and the new liver phase. ROTEM values have a strong correlation with the basic coagulation indexes, which can help to make treatment decisions earlier.

Key words: Liver transplantation, coagulation disorder, ROTEM, blood transfusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan có vai trò quan trọng trong nhiều hoạt động chuyển hoá cần thiết cho sự sống, trong đó có quá trình đông cầm máu. Ghép gan có liên quan đến chảy máu lớn và làm thay đổi tình trạng huyết động của BN, đặc biệt trong giai đoạn vô gan khi chức năng gan bị suy giảm nghiêm trọng và giai đoạn gan mới khi chưa hồi phục được chức năng. Các xét nghiệm đông máu cơ bản (ĐMCB) chỉ thăm dò chức năng đông máu của huyết tương để hình thành thrombin và không đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành cục máu đông sau khi hình thành thrombin ban đầu, cũng như các yếu tố góp phần vào sức mạnh của cục máu đông như fibrinogen và chức năng tiểu cầu. Do vậy, độ nhạy và độ đặc hiệu không cao và có khi ít liên quan đến bệnh cảnh lâm sàng. ROTEM là xét nghiệm tại chỗ (point of care) đánh giá toàn thể quá trình đông máu của cơ thể, cung cấp thông tin liên quan đến sự hình thành cục máu đông (tức là sự hình thành thrombin), động học quá trình hình thành cục máu đông, cường độ cục máu đông và sự hoà tan của cục máu do quá trình tiêu sợi huyết. Theo Laura Smart và cs (2017), ROTEM cho thấy sự giảm đáng kể các chế phẩm máu cần truyền huyết tương tươi đông lạnh, khối hồng cầu hay tiểu cầu¹. Tại Việt Nam, ROTEM đã được áp dụng trong phẫu thuật ghép gan. Tuy nhiên chưa rõ sự thay đổi của các chỉ

số đông máu đo bằng ROTEM trong quá trình ghép gan như thế nào và có sự tương quan với các chỉ số ĐMCB hay không? Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 34 bệnh nhân người lớn có chỉ định ghép gan và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thời gian và địa điểm: Phòng mổ ghép tạng, khoa Hồi sức tích cực 2 và Trung tâm ghép tạng- Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 9/2020.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiền cứu và hồi cứu

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện

2.2.4. Xử lý kết quả nghiên cứu: Số liệu nghiên cứu được xử lý phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung:

Bảng 1: Các đặc điểm chung của BN nhận gan

Thông số	Tiêu chí	Giá trị
Tuổi (X ± SD)	Năm	51.50 ± 10.93
ASA (%)	II	38.24
	III	50
	IV	11.76
Nguyên nhân ghép gan (%)	Xơ gan	79.41
	Viêm gan B	88.24
	Viêm gan C	5.88
	Viêm gan B+ C	2.94
	U gan	35.29
Child – Pugh	Bệnh Wilson	2.94
	A	20.59
	B	20.59
MELD score (X ± SD)	C	58.82
	Điểm	22.7 ± 12,37
Lượng máu truyền	Khối hồng cầu (ml)	1491 ± 1392
	Huyết tương tươi đông lạnh (ml)	1260 ± 1076
	Tủa lạnh (ml)	130 ± 184
	Tiểu cầu (ml)	245 ± 217

Độ tuổi trung bình là 51 tuổi với phần lớn ASA là III, IV. Nguyên nhân chính cần ghép gan là xơ gan (79%), với mức độ xơ gan là Child – Pugh C (58.8%).

3.2. Sự thay đổi tình trạng đông máu ở BN ghép gan**Bảng 2. Sự thay đổi của các chỉ số ĐMCB**

Chỉ số	T0	T1	T2	T3	T4	T5
PT (%)	54.67	62.22	62.64*	57.04	56.23	62.77
aPTT (s)	45.66	40.60	46.21	82.07*	40.58	36.46
Fibrinogen (g/l)	2.27	2.15	2.06	1.80*	1.95	2.52
Tiểu cầu (G/l)	92.74	99.68	92.27	83.26*	98.22	88.64

Tỷ lệ prothrombin đều giảm ở các giai đoạn trong phẫu thuật. Tương ứng với nó là sự thay đổi của chỉ số CT – EXTEM khi thấp nhất ở giai đoạn vô gan ($p < 0,05$). Thời gian aPTT dài nhất trong giai đoạn tái tưới máu và có xu hướng trở về bình thường vào ngày đầu. Tương tự với nó là xu hướng của CT – INTEM khi nó kéo dài trong suốt thời gian phẫu thuật được biệt là giai đoạn tái tưới máu. Nồng độ fibrinogen thấp nhất trong giai đoạn tái tưới máu, và trở về bình thường ở giai đoạn gan mới. Số lượng tiểu cầu ở mức thấp trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt ở giai đoạn tái tưới máu, tuy nhiên có xu hướng tăng dần ở giai đoạn gan mới. Tương ứng với nó là sự bất thường ở chỉ số A10 – EXTEM và MCF – EXTEM (bảng 4, bảng 5).

Bảng 3: Sự thay đổi của các chỉ số ROTEM quan trọng

Chỉ số	T0	T1	T2	T3	T4	T5
CT- EXTEM (s)	70.53	66.04	61.27*	66	65.27	65
A10 - EXTEM	38.33	42.67	42.17	36.50*	38.37	39.2
MCF - EXTEM	48.84	49.43	46.63*	45.92	49.16	48.91
CT- INTEM (s)	254.9	244.44	225.93	367.17	260.9	212.85
A10 – INXTEM	37	41.67	39.69	33.17*	37	36.4

Bảng 4. Tỷ lệ BN có tình trạng giảm đông

Tiêu chuẩn	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Tăng aPTT (%)	38.2	38.2	44.1	94.2	35.3	14.7
Tăng CT- INTEM (%)	23.5	39.1	23.5	76.5	40	20.6
Giảm PT (%)	67.6	70.6	64.7	73.5	91.2	61.8
Tăng CT-EXTEM (%)	26.5	20.6	26.5	26.5	35.3	20.6
Giảm Fibrinogen (%)	47.1	47.1	62.1	79.4	55.9	20.6
Giảm MCF- EXTEM (%)	64	61.9	70.8	67.6	52	54.5
Giảm tiểu cầu (%)	82.3	83.3	88.2	91.2	82.4	82.4
Giảm A10- EXTEM (%)	61.8	60.9	70.6	82.3	64.7	67.6

Tỷ lệ rối loạn đông máu được chẩn đoán dựa vào XN ĐMCB và ROTEM là khác nhau. Cao hơn ở ĐMCB. Ví dụ như số BN giảm tỷ lệ prothrombin đều lớn hơn 50%, nhiều nhất là giai đoạn gan mới (có 91.2% số BN), trong khi đó, nếu dựa vào CT – EXTEM thì số lượng BN rối loạn nhỏ hơn và cao nhất (35.3% số BN). Trong các rối loạn thì rối loạn do giảm tiểu cầu và giảm PT là gặp nhiều nhất. Nhưng nếu dựa vào ROTEM thì rối loạn do giảm fibrinogen và do giảm tiểu cầu mới là gặp nhiều nhất.

3.3. Mối tương quan giữa các xét nghiệm ĐMCB và ROTEM:**Bảng 5. Mối tương quan giữa các xét nghiệm ĐMCB và Rotem**

	Biến số	Hệ số tương quan (r)	p
Nội sinh	aPTT và CT- INTEM	0,61	< 0,05
Ngoại sinh	PT và CT - EXTEM	0,394	< 0,05
Tiểu cầu	Số lượng TC và A10 – EXTEM	0,819	< 0,05
Nồng độ fibrinogen	Nồng độ Fibrinogen vs MCF – EXTEM	0,631	< 0,05

Các chỉ số xét nghiệm ĐMCB và ROTEM có mối quan hệ chặt chẽ với nhau, ngoại trừ xét nghiệm PT và CT – EXTEM ($r: 0,394$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 34 BN người lớn. Phần lớn BN được phân loại ASA III – IV, vì bệnh lý gan giai đoạn cuối hoặc u gan ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của BN². Hơn một nửa BN ở mức Child- Pugh C, điều này cũng ảnh hưởng đến việc cầm máu

trong ghép gan. Tương ứng với tình trạng xơ gan, điểm MELD trung bình là 22.77 ± 12.37 . Trung bình mỗi BN được truyền ít các chế phẩm máu hơn khi so sánh với nghiên cứu của Trần Thị Hằng³. Điều này có thể là do việc vận dụng phác đồ truyền máu theo ROTEM được nhiều hơn cũng như trình độ của phẫu thuật viên có

thể tốt hơn trong quá trình phẫu thuật³.

Thời gian aPTT thay đổi trong các giai đoạn phẫu thuật. Tỷ lệ BN có thời gian aPTT kéo dài phổ biến nhất là trong giai đoạn tái tưới máu (94.2%). Theo ROTEM, tỷ lệ BN có CT-INTEM kéo dài chủ yếu vẫn ở trong giai đoạn tái tưới máu (76.5%)^{1,3}. Tuy nhiên, khi thời gian CT-INTEM kéo dài (>240s), thì chúng tôi cho thêm xét nghiệm HEPTTEM, kết quả là CT-HEPTTEM bình thường. Điều này chứng tỏ có sự lẫn heparin trong mẫu máu xét nghiệm. Heparin có thể giải phóng trong quá trình tái tưới máu hoặc sử dụng khi phẫu thuật viên thực hiện miệng nối động mạch. Như vậy, việc căn cứ vào aPTT để truyền các chế phẩm đông máu là không chính xác trong ghép gan. Tỷ lệ prothrombin giảm ở hầu hết BN ghép gan, nhiều nhất là ở giai đoạn gan mới (91.2%). Tuy nhiên, tỷ lệ BN có tăng thời gian CT-EXTEM ở các giai đoạn trong phẫu thuật lại thấp hơn so với tỷ lệ giảm PT. Sự giảm tỷ lệ prothrombin được lý giải do ở BN xơ gan, gan giảm tổng hợp các yếu tố như II, V, XII, X. Còn ở BN mắc bệnh gan giai đoạn cuối còn có sự giảm tổng hợp các yếu tố chống đông máu như anti-thrombin, protein S và protein C. Do vậy mà xét nghiệm đo cục máu đông khảo sát quá trình đông máu toàn phần dường như ít có sự thay đổi hơn. Chính vì vậy, việc truyền huyết tương tươi đông lạnh trong ghép gan là việc cần cân nhắc, không nên chỉ dựa vào xét nghiệm thời gian prothrombin.

Nồng độ fibrinogen có xu hướng giảm dần từ giai đoạn khởi mê đến khi vô gan, thấp nhất ở giai đoạn tái tưới máu. Tuy nhiên có xu hướng tăng dần ở giai đoạn gan mới. Ở BN được ghép gan, nồng độ fibrinogen thường bị giảm sau khi tái tưới máu do tiêu sợi huyết vì sự thiếu máu cục bộ của gan ghép giải phóng chất hoạt hoá plasminogen mô (tPA) vào hệ tuần hoàn trong quá trình tái tưới máu. Giảm nồng độ fibrinogen có thể giải quyết bởi việc truyền tủa lạnh yếu tố VIII và fibrinogen cô đặc⁴. Số lượng tiểu cầu luôn ở mức thấp trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt ở giai đoạn tái tưới máu, tuy nhiên có xu hướng tăng dần khi gan mới hoạt động. Tiểu cầu thường giảm ở BN bị suy gan do giảm sản xuất thrombopoietin ở gan và bị tiêu thụ ở lách ở những BN lách to do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ biên độ cục máu đông A10 (INTEM, EXTEM) và MCF (INTEM, EXTEM) đều nhỏ hơn ngưỡng bình thường, đặc biệt là giai đoạn tái tưới máu. Điều này chứng tỏ do có sự giảm tiểu cầu đã gây ảnh hưởng đến quá trình hình thành cục máu đông.

Tuy nhiên, trong phẫu thuật ghép gan, người ta hạn chế truyền tiểu cầu trong giai đoạn phẫu tích, ngay cả ở những BN bị giảm tiểu cầu nặng. Chức năng tiểu cầu có thể bình thường ngay cả khi số lượng tiểu cầu thấp ở BN suy gan. Điều này là do nồng độ yếu tố vWF cao và ADAMTS-13 ở mức độ thấp. Do đó mà vWF có thể liên kết với một lượng nhỏ tiểu cầu đã hoạt hoá và ít có khả năng bị ADAMTS-13 phân cắt. Hơn nữa, các tiểu cầu bị cô lập ở lách ở những BN tăng áp lực tĩnh mạch cửa có thể được huy động trong quá trình chảy máu⁵. Do vậy, hạn chế tối đa việc truyền tiểu cầu ngay cả khi số lượng tiểu cầu thấp, nhất là khi việc nối động mạch gan không được thuận lợi do nguy cơ hình thành huyết khối.

Khi khảo sát mối tương quan giữa các xét nghiệm ĐMCB với ROTEM, thì chỉ số CT- EXTEM có mối tương quan trung bình⁶. Do vậy, việc dựa vào tỷ lệ prothrombin thấp để truyền huyết tương tươi đông lạnh là điều chưa chính xác ở BN xơ gan⁷. Chỉ số CT- INTEM và thời gian thromoplastin hoạt hoá từng phần có mối tương quan cao, kết quả này cao hơn của nghiên cứu Kim⁸. Giữa tiểu cầu và A10- EXTEM có mối tương quan rất tốt với hệ số tương rất tốt với hệ số tương quan $r = 0.819$. Tiểu cầu tham gia vào quá trình tạo cục máu đông và tạo sức bền của cục máu. Chính vì vậy nên chúng ta chỉ cần dựa vào chỉ số ROTEM để đánh giá chức năng tiểu cầu mà không cần mất thời gian chờ đợi kết quả xét nghiệm số lượng tiểu cầu. Giữa nồng độ fibrinogen và các chỉ số MCF (EXTEM) có mối tương quan tốt, với hệ số tương quan lần lượt là 0.631. Điều này cho thấy vai trò của fibrinogen trong sự hình thành và tạo độ bền của cục máu đông. Do vậy, việc phân tích các rối loạn đông máu và sử dụng các chế phẩm đông máu theo ROTEM được thực hiện sớm hơn rất nhiều so với việc dựa vào kết quả ĐMCB.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhận gan thường gặp rối loạn giảm đông trong giai đoạn tái tưới máu và giai đoạn gan mới. Các xét nghiệm ROTEM có mối tương quan tốt với các chỉ số xét nghiệm ĐMCB, có thể giúp quyết định điều trị sớm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smart L. Rotational Thromboelastometry or Conventional Coagulation Tests in Liver Transplantation: Comparing Blood Loss, Transfusions, and Cost. :8.
2. Rouillet S, Freyburger G, Cruc M, et al. Management of bleeding and transfusion during liver transplantation before and after the introduction of a rotational thromboelastometry-

- based algorithm. Liver Transplantation. 2015;21(2):169-179. doi:10.1002/lt.24030
3. **Trần Thị Hằng.** Đặc điểm rối loạn đông máu và bước đầu nhận xét hiệu quả ứng dụng Rotem trên bệnh nhân ghép gan từ người cho chết não tại Bệnh viện Việt Đức. Y học Việt Nam. Published online April 17, 2018.
 4. **Hashir A, Singh SA, Krishnan G, Subramanian R, Gupta S.** Correlation of early ROTEM parameters with conventional coagulation tests in patients with chronic liver disease undergoing liver transplant. Indian J Anaesth. 2019;63(1):21-25. doi:10.4103/ija.IJA_334_18
 5. **Chow JH, Lee K, Abuelkasem E, Udekwu OR, Tanaka KA.** Coagulation Management During Liver Transplantation: Use of Fibrinogen Concentrate, Recombinant Activated Factor VII, Prothrombin Complex Concentrate, and Antifibrinolytics. Semin Cardiothorac Vasc Anesth. 2018;22(2):164-173. doi:10.1177/1089253217739689
 6. **Dumitrescu G, Januszkiewicz A, Ågren A, Magnusson M, Wahlin S, Wernerman J.** Thromboelastometry. Medicine (Baltimore). 2017; 96(23):e7101. doi:10.1097/ MD.00000000000007101
 7. **Kim B, Quan ML, Goh RY, et al.** Comparison of Prolonged Prothrombin and Activated Partial Thromboplastin Time Results With Thrombelastograph Parameters. Lab Med. 2013;44(4):319-323. doi:10.1309/LM2KBXKISKD9B1EA
 8. **Kamel Y, Hassanin A, Ahmed AR, et al.** Perioperative Thromboelastometry for Adult Living Donor Liver Transplant Recipients with a Tendency to Hypercoagulability: A Prospective Observational Cohort Study. TMH. 2018;45(6):404-412. doi:10.1159/000489605

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KỸ NĂNG TRUYỀN THÔNG - GIÁO DỤC SỨC KHỎE PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI 4 XÃ THUỘC HUYỆN ĐẠI TỪ, TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2018

Bùi Duy Hưng¹, Nguyễn Công Trình², Nguyễn Minh Tuấn¹,
Hạc Văn Vinh³, Lê Hải Yến¹, Dương Thị Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tay chân miệng cho nhân viên y tế tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng. Chọn mẫu chủ đích toàn bộ nhân viên y tế xã (cán bộ y tế và y tế thôn bản) của 4 xã Hoàng Nông, Bản Ngoại, Khôi Kỳ và Bình Thuận tại Huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên. **Kết quả:** Hiệu quả can thiệp của nhân viên y tế: về kiến thức, thái độ, thực hành lần lượt 0,1%; 28,5% và 34,4%; về tư vấn, nói chuyện sức khỏe lần lượt 37,8%, và 41,6%. **Kết luận:** Để phòng chống dịch bệnh tay chân miệng có hiệu quả cần nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhân viên y tế tuyến xã. Trong đó cần chú trọng xây dựng các chương trình cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống dịch bệnh tay chân miệng phù hợp với từng đối tượng để huy động tối đa sự tham gia của cộng đồng.

Từ khóa: Nhân viên y tế; Giáo dục sức khỏe; Phòng bệnh; Bệnh tay chân miệng.

¹Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

²CTCP Bệnh viện Quốc tế Công Vinh, Hiệp Hòa, Bắc Giang

³ Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Hưng

Email: buiduyhungyhcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 22.4.2022

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO IMPROVE COMMUNICATION SKILLS - HEALTH EDUCATION OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE PREVENTION FOR HEALTH WORKERS IN 4 COMMUNES OF DAI TU DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE 2018

Objective: The objective of this study was to evaluate the effectiveness of interventions to improve communication skills - health education of HFM prevention for health workers in 4 communes of Daitu district in Thai Nguyen. **Methods:** The interventional study design was applied in this study. All of healthcare staffs and health workers in 4 communes of Daitu districts were recruited in this study. **Results:** Intervention effectiveness of health workers: in terms of knowledge, attitude, and practice, respectively 0.1%; 28.5% and 34.4%; on counseling, talking about health 37.8%, and 41.6%, respectively. **Conclusions:** To effectively prevent hand, foot and mouth disease, it is necessary to improve health communication and education for health workers at commune level. In which, it is necessary to focus on building programs to update knowledge and skills to prevent hand, foot and mouth disease suitable for each audience to maximize the participation of the community

Keywords: health workers; Health education; Prevention; Hand, foot and mouth disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, do các

virus thuộc nhóm đường ruột gây ra. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt nhóm dưới 3 tuổi, với các biểu hiện sốt (từ 37,5°C), biếng ăn, mệt mỏi, đau họng, loét miệng hoặc bọng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, vùng mông, đầu gối. Các trường hợp có thể nặng và biểu hiện triệu chứng thần kinh như viêm màng não, viêm não hoặc liệt do Enterovirus gây ra [1], [6].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, Tay chân miệng đã xảy ra tại nhiều quốc gia, nhưng tập trung chủ yếu và đe dọa sức khỏe trẻ em tại các nước khu vực Châu Á - Thái Bình Dương [7], [10]. Bệnh thường tự khỏi, tuy nhiên trong những năm gần đây đã có nhiều người bệnh TCM tử vong. Tại Trung Quốc, chỉ tính năm 2009 đã có 353 trẻ tử vong, năm 2010 số tử vong đã tăng lên 876 trẻ, năm 2011 số tử vong là 506 trẻ. Nếu chỉ tính riêng số trẻ tử vong trên số trẻ mắc bệnh nặng thì tỷ lệ này là 2,6-6,2% [8]. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế, trường hợp mắc bệnh TCM đầu tiên được phát hiện vào năm 2003 và bệnh có xu hướng tăng dần theo thời gian. Bệnh TCM chính thức được đưa vào hệ thống báo cáo thường quy của Bộ Y tế từ năm 2011. Năm 2011, cả nước ghi nhận 112.370 ca mắc tại 63 tỉnh/thành, số tử vong là 169 ca. Phía Nam chiếm 60% số mắc và 85,8% số ca tử vong của cả nước, trường hợp tử vong ở trẻ dưới 3 tuổi là 79,6% [2]. Hiện nay, bệnh TCM chưa có vắc xin dự phòng và thuốc điều trị đặc hiệu chủ yếu là điều trị triệu chứng và biến chứng.

Thái Nguyên là một tỉnh miền núi, cửa ngõ giao lưu kinh tế - xã hội giữa vùng trung du miền núi với vùng đồng bằng Bắc Bộ; điều kiện sống, điều kiện vệ sinh và trình độ nhận thức của người dân còn chưa cao. Dịch bệnh tay chân miệng bùng phát tại Thái Nguyên từ năm 2011 với 236 ca mắc tay chân miệng được giám sát và liên tục là bệnh có tỷ lệ mắc cao trong những năm gần đây. Trên 9 huyện thành của tỉnh Thái Nguyên thì huyện Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc cao nhất trong năm 2011-2015[4]. Dịch bệnh gia tăng đồng nghĩa với việc cần một lực lượng y tế dự phòng mạnh. Mặt khác, công tác phòng chống dịch bệnh của Thái Nguyên vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn, nhất là tại tuyến huyện. Điều này chỉ ra sự cần thiết của việc áp dụng một số biện pháp can thiệp nhằm hỗ trợ tuyến y tế cơ sở nâng cao năng lực phòng chống dịch trong phòng bệnh tay chân miệng trong đó có kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK). Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ*

năng truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tay chân miệng cho nhân viên y tế tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2018".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên y tế xã bao gồm cán bộ y tế và y tế thôn bản

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Đại từ, tỉnh Thái Nguyên, là huyện thuộc địa bàn miền núi, có tỷ lệ mắc bệnh TCM khá cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2018 - 4/2018

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng

2.3.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu chủ đích toàn bộ NVYT xã bao gồm cán bộ y tế (CBYT) và y tế thôn bản (YTTB). Sau đó phân chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm can thiệp: 55 NVYT của xã Hoàng Nông và Bản Ngoại gồm 15 CBYT và 40 YTTB

+ Nhóm đối chứng: 53 NVYT của xã Khôi Kỳ và Bình Thuận gồm 14 CBYT và 39 YTTB

2.3.3. Nội dung can thiệp: Tập huấn kiến thức về bệnh TCM cho NVYT xã; Kỹ năng thực hành nói chuyện, tư vấn về phòng chống bệnh TCM

2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của NVYT được xây dựng bởi nghiên cứu viên, được thử nghiệm điều tra và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi chính thức thu thập số liệu. Bộ công cụ có tổng số 30 câu hỏi (10 câu hỏi đánh giá kiến thức; 10 câu hỏi đánh giá thái độ và 10 câu hỏi đánh giá thực hành). Các câu hỏi/chỉ tiêu được lượng hóa bằng cách cho điểm (đúng 1 điểm, sai hoặc không có ý kiến 0 điểm). Tiếp theo tính tổng điểm cho từng biến: kiến thức, thái độ, thực hành. Phân loại theo 3 mức, theo thang điểm Bloom: $\geq 80\%$ (8 - 10 điểm): Mức độ tốt; $60 - < 80\%$ (6 - 7 điểm): Mức độ trung bình; $< 60\%$ (< 6 điểm): Mức độ kém.

- Kỹ năng thực hành của NVYT trong nâng cao sức khỏe (NCSK), tư vấn sức khỏe (TVSK) về phòng bệnh TCM được tính dựa vào tỷ lệ phần % và phân loại theo 3 mức theo thang điểm Bloom: $\geq 80\%$ (8 - 10 điểm): Mức độ tốt; $60 - < 80\%$ (6 - 7 điểm): Mức độ trung bình; $< 60\%$ (< 6 điểm): Mức độ kém.

- Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp theo công thức:

Chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$CSHQ (\%) = \frac{p_1 - p_2}{p_1} \times 100$$

Trong đó: CSHQ: Chỉ số hiệu quả
 p₁: Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu trước can thiệp
 p₂: Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu sau can thiệp
 Hiệu quả can thiệp: HQCT (%) = CSHQ_{CT} - CSHQ_{ĐC}

Trong đó: HQCT: Hiệu quả can thiệp
 CSHQ_{CT}: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp
 CSHQ_{ĐC}: Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng
2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vấn trực tiếp NVYT về bệnh tay chân miệng dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị.
2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả cải thiện KAP của NVYT xã về phòng chống TCM

Bảng 3.1. Sự thay đổi về KAP của NVYT xã về phòng chống TCM

Đối tượng	KAP	Nhóm CT (%)		Nhóm ĐC (%)		p
		Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
CBYT	Kiến thức tốt	8(53,3%)	10(66,7%)	12(85,7%)	10(71,4%)	p _{1,2} (TB-TH) < 0,05 p _{3,4} > 0,05 p _{1,3} > 0,05 p _{2,4} > 0,05
	Thái độ tốt	7(46,7%)	13(81,3%)	9(64,3%)	11(78,6%)	
	Thực hành tốt	6(40%)	12(80,0%)	7(50%)	8(57,1%)	
YTTB	Kiến thức tốt	21(52,5%)	30(75%)	19(48,7%)	21(53,8%)	p _{1,2} (KT-TH) < 0,05 p _{3,4} > 0,05 p _{1,3} > 0,05 p _{2,4} (KT-TH) < 0,05
	Thái độ tốt	26(65%)	32(80%)	25(64,1%)	24(61,5%)	
	Thực hành tốt	6(15%)	17(42,5%)	8(20,5%)	8(20,5%)	

Nhận xét: KAP của CBYT tại 02 xã can thiệp thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có thái độ và thực hành của CBYT ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Ở 2 xã can thiệp thái độ tốt tăng từ 46,7% lên 81,3% với p < 0,05. Thực hành của CBYT thay đổi tương đối rõ rệt tăng từ 40% lên 80,0% với p < 0,05.

KAP của YTTB tại 02 xã can thiệp thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có kiến thức và thực hành của YTTB ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Ở 2 xã can thiệp kiến thức tốt tăng từ 52,5% lên 75% với p < 0,05. Thực hành của YTTB có sự thay đổi tăng từ 15% lên 42,5% với p < 0,05.

Bảng 3.2. Hiệu quả cải thiện KAP của NVYT xã về phòng chống TCM

KAP	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%) CSHQ _{CT} - CSHQ _{ĐC}
	CSHQ _{CT}	CSHQ _{ĐC}	
Kiến thức	20,1	20,0	0,1
Thái độ	36,3	7,8	28,5
Thực hành	45,4	11,0	34,4

Nhận xét: Chỉ số hiệu quả về KAP tại xã can thiệp lần lượt 20,1%, 36,3% và 45,4% trong khi đó các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 20,0%, 7,8% và 11,0%. Hiệu quả can thiệp về KAP lần lượt 0,1%, 28,5% và 34,4%.

3.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện kỹ năng TT- GDSK của NVYT xã

Bảng 3.3. Sự thay đổi kỹ năng TT- GDSK của NVYT về phòng chống TCM

Kỹ năng	Địa điểm	Nhóm đối chứng	Nhóm can thiệp	p
	Sau can thiệp	8 (15,1%)	19 (34,5%)	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Nói chuyện sức khỏe (Tốt)	Trước can thiệp	12 (22,6%)	13 (23,6%)	> 0,05
	Sau can thiệp	12 (22,6%)	24 (43,6%)	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Kỹ năng tư vấn, nói chuyện sức khỏe tăng lên sau can thiệp. Với tư vấn sức khỏe từ 18,2% lên 34,5% với p < 0,05. Còn kỹ năng nói chuyện sức khỏe tăng từ 23,6% lên 43,6%, p < 0,05. Nhóm chứng không thay đổi có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn trước và sau can thiệp.

Bảng 3.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện kỹ năng TT- GDSK của NVYT xã

Kỹ năng	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%) CSHQ _{CT} - CSHQ _{ĐC}
	CSHQ _{CT}	CSHQ _{ĐC}	

Tư vấn sức khỏe	47,4	9,6	37,8
Nói chuyện sức khỏe	45,8	4,2	41,6

Nhận xét: CSHQ về kỹ năng tư vấn và NCSK tại xã can thiệp lần lượt 47,4% và 45,8%, CSHQ tại xã đối chứng lần lượt 9,6% và 4,2%. HQCT về kỹ năng tư vấn và NCSK lần lượt 37,8%, và 41,6%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng KAP của CBYT cơ sở tại 02 xã can thiệp thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có thái độ và thực hành của CBYT ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở 2 xã can thiệp thái độ tốt tăng từ 46,7% lên 81,3% với $p < 0,05$. Thực hành của CBYT thay đổi tương đối rõ rệt tăng từ 40% lên 80% với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả về thái độ và thực hành cho NVYT cơ sở. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [3], [5], [9]. Kết quả cho thấy cần duy trì và mở rộng các mô hình TT-GDSK nâng cao kiến thức và thực hành về phòng TCM đặc biệt NVYT và cộng đồng.

KAP của YTTB tại 02 xã can thiệp thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có kiến thức và thực hành của YTTB ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở 2 xã can thiệp kiến thức tốt tăng từ 52,5% lên 75% với $p < 0,05$, thực hành của YTTB có sự thay đổi tăng từ 15% lên 42,5% với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [3], [5], [9]. Chỉ số hiệu quả về kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT cơ sở tại xã can thiệp lần lượt 20,1%, 36,3% và 45,4% trong khi đó chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 20,0%, 7,8% và 11,0%. Hiệu quả can thiệp về KAP của NVYT cơ sở lần lượt 0,1%, 28,5% và 34,4%.

Kỹ năng tư vấn, nói chuyện sức khỏe tăng lên sau can thiệp. Đối với kỹ năng tư vấn sau can thiệp tăng từ 18,2% lên 34,5% với $p < 0,05$. Kỹ năng nói chuyện sức khỏe cũng tăng từ 23,6% lên 43,6%, $p < 0,05$. Ở nhóm không can thiệp, không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về kỹ năng tư vấn và nói chuyện sức khỏe ở giai đoạn trước và sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả về kỹ năng tư vấn và NCSK tại xã can thiệp lần lượt 47,4% và 45,8% trong khi đó các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 9,6% và 4,2%. Hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn và nói chuyện sức khỏe lần lượt 37,8%, và 41,6%. Kết quả cho thấy mặc dù can thiệp đã mang lại hiệu quả cho một số kỹ năng đối với NVYT cơ sở tuy nhiên để duy trì các hoạt động can thiệp ở địa bàn nghiên cứu và mở rộng ra các xã khác, yếu tố không thể thiếu được đó là tiếp tục đẩy mạnh TT-GDSK,

hướng dẫn cộng đồng hành động. Cần có qui định cho NVYT xã, thôn những người trực tiếp thực hiện chăm sóc sức khỏe lồng ghép giáo dục trong công việc hàng ngày, tạo được thói quen nghề nghiệp về TT-GDSK và nên xây dựng các chỉ tiêu cụ thể về TT-GDSK cho mỗi NVYT xã, thôn.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp của nhân viên y tế xã: về kiến thức, thái độ, thực hành lần lượt 0,1%; 28,5% và 34,4%; về tư vấn, nói chuyện sức khỏe lần lượt 37,8%, và 41,6%.

KIẾN NGHỊ. Để phòng chống dịch bệnh tay chân miệng có hiệu quả cần nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhân viên y tế tuyến xã. Trong đó cần chú trọng xây dựng các chương trình cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống dịch bệnh tay chân miệng phù hợp với từng đối tượng để huy động tối đa sự tham gia của cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2012)**, Quyết định 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng, Hà Nội.
- Trần Ngọc Hữu (2012)**, "Đặc điểm dịch tễ học của bệnh tay chân miệng ở 20 tỉnh thành phía nam giai đoạn 2005- 2011", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 16(3), tr. 19 - 24.
- Hồ Thị Thiên Ngân và cộng sự (2015)**, "Thực hành phòng bệnh tay chân miệng tại cộng đồng: Nghiên cứu cắt ngang tại khu vực phía nam năm 2014", Tạp chí Y học dự phòng. 5(165), tr. 464-469.
- Trung tâm KSBT tỉnh Thái Nguyên (2016)**, Báo cáo tổng kết Y tế dự phòng năm 2015, phương hướng nhiệm vụ năm 2016, Thái Nguyên.
- Ma, E., et al. (2011)**, "Effects of public health interventions in reducing transmission of hand, foot, and mouth disease", *Pediatr Infect Dis J.* 30(5), pp. 432-5.
- Wang, Y. R., et al. (2013)**, "Epidemiology and clinical characteristics of hand foot, and mouth disease in a Shenzhen sentinel hospital from 2009 to 2011", *BMC Infect Dis.* 13, p. 539.
- WHO (2011)**, A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD), Switzerland.
- WHO (2013)**, A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD), Switzerland.
- Zahari., Abu Zarin Bin, et al (2012)**, An interventional study on the knowledge, attitude and practice on hand, foot and mouth disease among the parents or caregivers of children aged 10 and below at Nanga Sekau resettlement scheme from 26th March to 10th June 2012, Faculty of Medicine and Health Science, University Malaysia Sarawak, Malaysia.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ MỨC ĐỘ PHÁT TRIỂN Sụn KHỚP CỦA LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU KẾT HỢP VỚI TẾ BÀO GỐC TRUNG MÔ TỪ MỠ TỰ THÂN

Cao Trường Sinh*, Đinh Nhân Dương*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá tính an toàn và mức độ phát triển sụn khớp trên cộng hưởng từ của liệu pháp điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu kết hợp với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân. **Đối tượng và phương pháp:** 60 khớp gối trên 30 bệnh nhân, 26 nữ, 4 nam, tuổi trung bình $58,63 \pm 11,11$, được chẩn đoán thoái hóa theo Hội khớp học Hoa Kỳ (ACR) giai đoạn II - III theo Kellgren và Lawrence. Tất cả được tiêm hỗn hợp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân tách chiết bằng bộ kit PRP, APC 30 PRP PROCEDURE PRAK và tế bào gốc trung mô từ mô mỡ bụng tự thân tách chiết bằng bộ kit ADI-25-01 ADIPOSEPROCEDURE PRAK với máy tách tế bào gốc Harvest của công ty TERUMO BCT- USA. **Kết quả:** Tỷ lệ khớp gối đau sau tiêm trên 3 giờ là 15/60 khớp (chiếm 25%). Trong đó 6 trường hợp đau kéo dài trên 24 giờ, 10% khớp gối tràn dịch sau tiêm. Không có BN biểu hiện nhiễm khuẩn khớp hay phần mềm quanh khớp sau tiêm. Có 73,3% bệnh nhân không đau kéo dài sau lấy mỡ bụng và không bị xuất huyết dưới da vùng bụng sau lấy mỡ. Sau 12 tháng điều trị: Có 52/60 (86,77%) khớp có thay đổi bề dày sụn và bề dày sụn khớp đùi chèn tăng từ $1,56 \pm 0,25$ mm trước điều trị lên đến $1,64 \pm 0,21$ mm. **Kết luận:** Liệu pháp điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu kết hợp với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân là an toàn, tỷ lệ tai biến tại chỗ thấp và không có biến chứng nhiễm trùng cũng như tai biến toàn thân. Cải thiện bề dày sụn khớp, bề dày sụn khớp trên cộng hưởng từ qua đó cải thiện chức năng vận động của khớp gối.

SUMMARY

TO EVALUATE THE SAFETY AND CARTILAGE GROWTH LEVELS OF KNEE OSTEOARTHRITIS THERAPY BY PLATELET RICH PLASMA IN COMBINATION WITH MESENCHYMAL STEM CELLS FROM AUTOLOGOUS ADIPOSE TISSUE

Aim: The aim of this study is to evaluate the safety and cartilage growth levels on magnetic resonance of knee osteoarthritis therapy by platelet-rich plasma combined with mesenchymal stem cells from autologous adipose tissue. **Objects and**

methods: 60 knee joints in 30 patients, 26 female, 4 male, mean age 58.63 ± 11.11 years, were diagnosed with degenerative disease according to American Society of Rheumatology (ACR) stage II - III according to Kellgren and Lawrence. All were injected with autologous platelet-rich plasma mixture extracted by PRP kit, APC 30 PRP PROCEDURE PRAK and autologous abdominal adipose stem cells were extracted by ADI-25-01 ADIPOSEPROCEDURE PRAK kit with machine Harvest stem cells from TERUMO BCT- USA. **Result:** The rate of knee pain after 3 hours of injection is 15/60 joints (25%). In which 6 cases of pain persisted for more than 24 hours, 10% of the knee joints effusion after injection. No patient showed infection of joints or soft tissues around the joints after injection. There were 73.3% patients with no persistent pain after fat removal and no bleeding under the skin of the abdomen after fat removal. After 12 months of treatment: 52/60 (86.77%) joints had a change in cartilage thickness and the cartilage thickness of the patellar joints increased from 1.56 ± 0.09 mm before treatment up to 1.65 ± 0.09 mm after treatment. **Conclusion:** The treatment of knee osteoarthritis with platelet-rich plasma combined with mesenchymal stem cells from autologous adipose tissue is safe, has a low rate of local complications, and has no infectious complications as well. whole body accident. Improve articular cartilage thickness articular cartilage thickness on magnetic resonance thereby improving the mobility function of the knee joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn trong điều trị là một vấn đề cần phải đặt ra và nghiên cứu kỹ trong quá trình thực hành lâm sàng và trước khi triển khai kỹ thuật mới. Hiện nay có một số phương pháp điều trị thoái hóa khớp gối như dùng thuốc giảm đau chống viêm, tiêm acid hyaluronic, huyết tương giàu tiểu cầu, tế bào gốc phẫu thuật dọn ổ khớp và cuối cùng là thay khớp.

Liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu (Platelet Rich Plasma-PRP) tự thân tiêm nội khớp là một biện pháp mới trong điều trị thoái hóa khớp. Huyết tương giàu tiểu cầu đã được chứng minh là có chứa các yếu tố tăng trưởng, làm phát triển sụn.

Liệu pháp tế bào gốc trung mô (Mesenchymal Stem Cells) là một cột mốc quan trọng trong y học tái tạo để điều trị thoái hóa khớp gối. MSCs đã không được áp dụng rộng rãi vì các vấn đề nguồn tế bào và nuôi cấy tế bào đặt tiền. Hơn nữa, tính hiệu quả và an toàn của nó đang được

*Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

khám phá [1]

Do vậy, liệu pháp kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân sẽ phát huy được cả 2 loại tác dụng vừa phát triển sụn và thay đổi, bổ sung, tái tạo sụn mới làm tăng hiệu quả điều trị. Tuy nhiên có nhiều bệnh nhân còn chưa yên tâm về tính an toàn của liệu pháp nên chưa lựa chọn phương pháp này coi như biện pháp điều trị tái tạo sụn hiệu quả.

Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích "đánh giá tính an toàn và mức độ phát triển sụn khớp của liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu kết hợp với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu và bệnh nhân.

Nghiên cứu này là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, đánh giá tính an toàn của thủ thuật trong ngày đầu, tuần đầu và kết quả bằng so sánh trước sau điều trị, được tiến hành trên 30 bệnh nhân, 26 nữ, 4 nam, tuổi trung bình $58,63 \pm 11,11$, thời gian mắc bệnh trung bình $5,3 \pm 4,6$ năm tương ứng 60 khớp gối được chẩn đoán thoái hóa theo Hội khớp học Hoa Kỳ (ACR), giai đoạn II - III theo Kellgren và Lawrence và có số lượng tiểu cầu bình thường. Bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp cộng hưởng từ trước khi tiêm.

2.2. Vật liệu và phương pháp.

Huyết

tương giàu tiểu cầu tự thân được tách từ 30ml máu ngoại vi theo quy trình của bộ kit PRP, APC 30 PRP PROCEDURE PRAK và hệ thống máy tách chiết thông minh Harvest của công ty TERUMO BCT- USA. Số lượng thu được 5ml

Tế bào gốc trung mô tự thân được lấy từ mô mỡ bụng của bệnh nhân và tách chiết bằng bộ kit ADI-25-01 ADIPOSEPROCEDURE PRAK (2 syrin, mỗi syrin 25 ml) và máy tách chiết tế bào gốc thông minh Harvest của công ty TERUMO BCT- USA. Số lượng thu được 10 ml.

Hai sản phẩm huyết tương giàu tiểu cầu và tế bào gốc được trộn với nhau (15ml) và được chia đều ra 2 syrin vô khuẩn dùng một lần, mỗi syrin 7.5 ml tiêm vào trong 1 khớp gối.

Tất cả quy trình đều được thực hiện trong phòng mổ, phòng tách chiết và tiêm vô khuẩn.

2.3. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

1). Đánh giá tính an toàn

- Tại khớp: Đau kéo dài sau tiêm; chảy máu; sưng; nhiễm trùng; tràn dịch

- Tại nơi lấy mỡ bụng: Đau, chảy máu; Xung huyết kéo dài; Nhiễm trùng.

2) Đánh giá kết quả trên cộng hưởng từ sau 12 tháng theo dõi so với trước điều trị

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, từ tháng 6/2020 đến tháng 11/2021.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0;

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đầu vào của bệnh nhân

Biến số	Nam	Nữ	Tổng
Số bệnh nhân	4 (13.3%)	26 (86.7%)	30 (100%)
Số khớp	8 (13.3)	52 (86.7)	60 (100%)
Tuổi (năm)	54.25 ± 9.57	59.31 ± 11.34	58.63 ± 11.11
Chiều cao	1.63 ± 0.03	1.55 ± 0.05	1.56 ± 0.05
Cân nặng	64.25 ± 7.27	53.5 ± 7.2	54.93 ± 8.00
BMI (kg/m ²)	24.0 ± 2.33	$22.1 \pm 2,2$	22.3 ± 2.28
Béo phì	0	2 (6,7%)	2 (6,7%)
Giai đoạn thoái hoá theo Kellgren và Lawrence			
Giai đoạn II	2 (3.3%)	10 (16.7%)	12 (20%)
Giai đoạn III	6 (10%)	42(70%)	48 (80%)
Số lượng tiểu cầu	220.25 ± 53.7	275.23 ± 90.44	267.9 ± 87.81

Trong mẫu nghiên cứu, số bệnh nhân nam 4 người chiếm 13,3% và số khớp tổn thương giai đoạn III chiếm 80%.

3.3. Đánh giá tính an toàn của liệu pháp

Bảng 2. Các tai biến tại khớp gối được tiêm

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %	
Đau khớp	Đau sau tiêm 0 - 3h	45	75

gối sau tiêm	Đau 3h - < 6h	4	6,7
	Đau 6h - < 12h	3	5
	Đau 12h - < 24h	2	3,3
	Đau \geq 24h	6	10
Tràn dịch khớp		6	10
Nhiễm khuẩn khớp		0	0,0
Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp		0	0,0

Tỷ lệ khớp gối đau sau tiêm trên 3 giờ là 15/60 khớp (chiếm 25%). Trong đó 6 trường hợp đau kéo dài trên 24 giờ, 10% khớp gối tràn dịch sau tiêm. Không có BN biểu hiện nhiễm khuẩn khớp hay phần mềm quanh khớp sau tiêm.

Bảng 3. Các tai biến tại vị trí lấy mỡ bụng

Đặc điểm		n	%	
Đau kéo dài tại vị trí lấy mỡ bụng	Hết đau sau 3 h	22	73,3	
	Đau kéo dài sau lấy mỡ bụng >3h	Chung	8	26,7
		Đau 3-<24h	7	23,3
		Đau > 24h	1	3,3
Xuất huyết	Không	22	73,3	

dưới da bụng	Có	8	26,7
	Thời gian trung bình	1,8±3,3	

- Có 73,3% bệnh nhân không đau kéo dài sau lấy mỡ bụng và không bị xuất huyết dưới da vùng bụng sau lấy mỡ.

- Tỷ lệ đau kéo dài vùng bụng sau lấy mỡ là 26,7%, trong đó đa số bệnh nhân đau trong vòng 1 ngày. Chỉ có 1 bệnh nhân đau kéo dài trên 24 giờ.

- Có 26,7% bệnh nhân bị xung huyết ở vùng bụng sau lấy mỡ. Thời gian xung huyết dài nhất là 1,8±3,3 ngày.

3.2.4. Đánh giá kết quả dựa trên sự thay đổi bề dày sụn trên cộng hưởng từ

Bảng 4. Sự thay đổi bề dày của sụn khớp trên MRI

Vị trí	Thời điểm	Điểm đo (mm)					
		Lõi cầu ngoài	p(t-s)	Lõi cầu trong	p(t-s)	Liên lõi cầu	p(t-s)
Đầu dưới xương đùi	Trước điều trị	1,40±0,10	0.00	1,35±0,16	0.00	1,57±0,11	<0.001
	Sau điều trị	1,46±0,11		1,42±0,15		1,64±0,12	
Đầu trên xương chày	Trước điều trị	1,39±0,10	0.00	1,35±0,16	0.00	1,56±0,12	<0.001
	Sau điều trị	1,45±0,12		1,43±0,16		1,63±0,12	
Khớp đùi chèn	Trước điều trị			1,56 ±0,09			<0.001
	Sau điều trị			1,65±0,09			

p(t-s): Giá trị p trước và sau điều trị

Bề mặt sụn khớp trên cộng hưởng từ ở các vị trí trên đều có sự cải thiện sau 12 tháng điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Số khớp thay đổi bề dày sụn trên MRI

	Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Khớp không thay đổi	0	0	8	100	8	13,33
Khớp thay đổi	12	23,07	40	76,92	52	86,77

Sau 12 tháng điều trị, có 8 khớp (13,33%) không thay đổi tổng bề dày sụn ở các vị trí đo (đầu dưới X.đùi, đầu trên X.Chày, khớp đùi chèn), gặp ở các khớp thoái hoá giai đoạn III.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với thoái hóa khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 58,63 ± 11,11 tuổi. Độ tuổi trung bình theo từng giới lần lượt là nam 54,25 ± 9,5, nữ 59,31 ± 11,34 (bảng 3.1).

Nhiều nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới chứng minh rằng thoái hóa khớp gối thường gặp ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Bùi Hải Bình (2016) tuổi trung bình của bệnh nhân thoái hóa khớp trong nghiên cứu là 61,0 ± 7,98 [2]. Nghiên cứu của Franssen M và cộng sự nghiên cứu dịch tễ học thoái hóa khớp ở Châu Á cho thấy: tỷ lệ thoái hóa khớp gối có triệu chứng chiếm 4,9% ở người trên 26 tuổi nhưng ở người trên 60 tuổi tỷ lệ này là 12,1% [3].

Giới cũng là yếu tố nguy cơ gây thoái hóa khớp, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới do liên quan đến nội tiết. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm 86,7% (Bảng 1).

Về tỷ lệ này, Yancheng Song và cộng sự (2020) tại Trung Quốc đã tiến hành phân tích meta 15 thử nghiệm lâm sàng điều trị thoái hóa khớp gối bằng tế bào gốc trung mô cho thấy nữ giới bị thoái hóa khớp gối nhiều hơn nam giới, tỷ lệ thoái hóa khớp gối ở nữ chiếm 80%

4.1.2 Tính an toàn của liệu pháp. Tỷ lệ khớp gối đau sau tiêm <3h là 45/60 khớp (chiếm 75%). 6 trường hợp đau kéo dài trên 24 giờ, chiếm 10%. Có 10% khớp gối tràn dịch sau tiêm và không gặp trường hợp nào nhiễm khuẩn khớp hay phần mềm quanh khớp sau tiêm.(bảng 2)

Đa số bệnh nhân hết đau sau lấy mỡ bụng 3h (chiếm 73,3%) và không bị xuất huyết dưới da vùng bụng sau lấy mỡ (chiếm 73,3%). Trong

ngiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đau sau lấy mỡ bụng chiếm 26,7%. Có 26,7% bệnh nhân bị xuất huyết ở vùng bụng sau lấy mỡ. Thời gian xuất huyết dài nhất là $1,8 \pm 3,3$ ngày. (bảng 3)

Tỷ lệ đau, biến chứng sau lấy mỡ bụng, sau tiêm của chúng tôi thấp, ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi không gặp bất kỳ tác dụng không mong muốn toàn thân nào như nhức đầu, chóng mặt, mẩn ngứa, chảy máu cũng như tình trạng sốc. Có thể nghiên cứu của chúng tôi sử dụng TBG mô mỡ tự thân có ưu điểm về nhiều mặt như: dễ lấy, mức độ can thiệp tối thiểu nên hạn chế được tối đa các biến chứng so với kỹ thuật lấy tế bào gốc tủy xương.

Khanh Hồng Thiên Bùi (2013) nhận thấy 100% bệnh nhân không có tác dụng phụ hoặc biến chứng liên quan đến quy trình điều trị như nhiễm trùng hoặc xuất hiện khối u tại khớp [4].

Tiến Trần Việt và cộng sự năm 2016 cho thấy đây là một kỹ thuật khá an toàn, tỷ lệ các biến chứng rất thấp. Không có BN nào có biến chứng nhiễm khuẩn khớp gối. Về phản ứng tiết dịch khớp, chỉ có 2 bệnh nhân có biểu hiện này ở mức độ nhẹ và hết hoàn toàn sau 3-5 ngày dùng thuốc giảm nê (Alpha- chymotrypsin) và không còn biểu hiện ở các tháng tiếp theo [6].

Năm 2012, tác giả Yong-Gon Koh và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả lâm sàng và hình ảnh ở 18 bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng tế bào gốc mô mỡ tự thân thu nhận ở vị trí dưới xương bánh chè cho thấy một vài trường hợp có đau khớp gối nhẹ sau tiêm kéo dài 2-3 ngày. Tuy nhiên có 1 bệnh nhân đau nhiều kèm theo có sưng khớp gối sau tiêm, các triệu chứng này tự hết sau 2 tuần [7].

Năm 2016, Liang-Jing Lu và cộng sự đã nghiên cứu trên 18 bệnh nhân thoái hóa khớp gối 2 bên được điều trị bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tiêm 3 mũi: trước điều trị, sau 3 tuần và sau 48 tuần. Không có trường hợp nào tử vong hoặc gặp biến cố nghiêm trọng trong quá trình nghiên cứu [8]. Nghiên cứu của Centeno tiến hành trong 2 năm điều trị cho 339 bệnh nhân thoái hóa khớp [9] có sử dụng tế bào gốc trung mô cho thấy đây là liệu pháp an toàn. Chưa phát hiện thấy trường hợp nào bị nhiễm khuẩn hay ung thư sau điều trị [9].

Yancheng Song và cộng sự (2020) tại Trung Quốc đã tiến hành phân tích meta các thử nghiệm lâm sàng điều trị thoái hóa khớp gối bằng tế bào gốc trung mô. Nghiên cứu đi đến kết luận: liệu pháp điều trị bằng tế bào gốc hiệu quả cải thiện chức năng vận động với bệnh nhân thoái hóa khớp gối, liệu pháp an toàn và tiềm

năng lớn cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối [1].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

4.2.1. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên MRI. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy: Bề mặt sụn khớp trên cộng hưởng từ ở các vị trí đều có sự cải thiện có ý nghĩa. Hầu hết các vị trí của khớp gối đều có sự cải thiện, sụn khớp dày lên trung bình từ 0,7-0,9 mm. Ở cả 3 vị trí đo của khớp đùi chèn đều có sự cải thiện từ $1,56 \pm 0,09$ lên $1,65 \pm 0,09$ sau 1 năm điều trị. Số liệu thể hiện ở bảng 4.

Sau 12 tháng điều trị có 8 khớp giai đoạn III (13,33%) không thay đổi tổng bề dày sụn ở các vị trí đo như đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và khớp đùi chèn (bảng 5).

Khảo sát hiệu quả điều trị qua các thông số trên cộng hưởng từ được nhiều tác giả áp dụng trong đánh giá hiệu quả của liệu pháp tế bào gốc từ mô mỡ tự thân hoặc liệu pháp huyết tương tươi giàu tiểu cầu trong điều trị thoái hóa khớp gối.

Tiến Trần Việt và cộng sự (2016) cho thấy có sự cải thiện bề dày sụn khớp trên cộng hưởng từ ở 4 vị trí mâm chày trong, mâm chày ngoài, lõi cầu trong và lõi cầu ngoài xương đùi tại thời điểm sau 6 tháng và 1 năm theo dõi nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu đa số là thoái hóa khớp gối nhẹ (giai đoạn I-II) nên sự khác biệt không rõ ràng [6].

Năm 2017, Thu Phạm Hoài nghiên cứu kết quả điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tự thân, tác giả nhận thấy: Bề dày sụn khớp ở vị trí lõi cầu xương đùi tăng từ $1,52 \pm 0,57$ mm trước điều trị lên $1,61 \pm 0,59$ mm sau 6 tháng và sau 1 năm điều trị là $1,65 \pm 0,56$ mm, bề dày sụn khớp ở vị trí mâm chày từ $1,59 \pm 0,59$ mm trước điều trị, sau 6 tháng điều trị là $1,68 \pm 0,59$ mm và sau 1 năm là $1,75 \pm 0,57$ mm [5].

Năm 2012, tác giả Yong-Gon Koh và cộng sự đánh giá kết quả lâm sàng và hình ảnh ở 18 BN thoái hóa khớp gối được điều trị bằng tế bào gốc mô mỡ tự thân thu nhận ở vị trí dưới xương bánh chè. Đánh giá sự cải thiện sụn khớp bằng thang điểm WORMS (whole organ magnetic resonance imaging score) cho thấy điểm WORMS giảm từ 60,0 xuống 48,3 điểm ($p < 0,01$). Đặc biệt, nghiên cứu này còn cho thấy có mối tương quan thuận giữa cải thiện các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh của thoái hóa khớp gối với số lượng TBG được tiêm vào. Nhóm tác giả nghiên cứu đã đưa ra kết luận tế bào gốc mô mỡ là nguồn tế bào có giá trị trong điều trị các tổn thương hủy hoại sụn khớp [7].

Năm 2016, tác giả Liang-jing Lu và cộng sự đã báo cáo nghiên cứu trên 18 bệnh nhân thoái hóa khớp gối 2 bên được điều trị bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tiêm 3 mũi: trước điều trị, sau 3 tuần và sau 48 tuần, cho thấy thể tích sụn khớp xương đùi, xương chày và xương bánh chè tăng ổn định trong toàn bộ thời gian theo dõi, có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng [8].

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu kết hợp với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân là an toàn, tỷ lệ tai biến tại chỗ tiêm, tại chỗ lấy mỡ bụng thấp, không có nhiễm trùng tại chỗ, nhiễm trùng toàn thân và không có tác dụng phụ toàn thân nào được ghi nhận. Sau 12 tháng điều trị bề dày sụn khớp phát triển tăng lên có ý nghĩa giúp cải thiện có hiệu quả chức năng khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yancheng Song et al (2020)**, Mesenchymal stem cell in knee osteoarthritis treatment: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Orthopaedic Translation* 24 (2020)121-130.
2. **Bùi Hải Bình (2016)**. Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. Luận án tiến sĩ

Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

3. **Fransen M, L. Bridgett, L. March et al (2011)**. The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*, 14 (2), 113-121.
4. **Khanh Hong-Thien Bui, Triet Dinh Duong, Nhan Thanh Nguyen et al (2014)**. Symptomatic knee osteoarthritis treatment using autologous adipose derived stem cells and platelet-rich plasma: a clinical study. *Biomedical Research and Therapy*, 1, 02-08.
5. **Thu Phạm Hoài Thu (2017)** " Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tự thân". Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Tiền Trần Việt và cộng sự (2015)**. Nghiên cứu ứng dụng tế bào gốc tự thân trong điều trị bệnh thoái hóa khớp. Đề tài độc lập cấp nhà nước, Học viện quân Y.
7. **Yong-Gon Koh, Seung-Bae Jo, Oh-Ryong Kwon et al (2012)**. Mesenchymal Stem Cell Injections Improve Symptoms of Knee Osteoarthritis. *The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 29 (4), 748-755.
8. **Liang-jing Lu et al (2016)**. Treatment with human adipose- derived mesenchymal stem cells for knee osteoarthritis. NCT 021626693. The 18th Congress of Asia Pacific League of Association for Rheumatology (APLAR 2016). Shanghai, China.
9. **Centeno CJ, Schultz J, Cheever M. et al(2010)**. Safety and complications reporting on the re-implantation of culture-expanded mesenchymal stem cells using autologous platelet lysate technique. *Curr Stem cell Res Ther*, 5 (1), 81-93.

MÔ HÌNH HỌC TẬP HÀNH VI VÀ NHÂN CÁCH Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA

Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả mô hình học tập hành vi và đặc điểm nhân cách ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 54 người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh RLCTH chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình 49,1±12,7, có trình độ học vấn cấp 2, hầu hết đã kết hôn (88,9%). Có 20,4% người bệnh RLCTH báo cáo đã từng chứng kiến triệu chứng tương tự triệu chứng hiện tại của người bệnh trước khi khởi phát bệnh. Các thang Hs - nghi bệnh(88,9%), Sc - tâm thần phân liệt (63,0%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý cao trên người bệnh RLCTH. Pt -

lo âu, ám ảnh (51,9%), D- trầm cảm (44,5%), Hy - rối loạn phân ly (40,7%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý trung bình. Có 3 thang cho điểm số trung bình ở mức bệnh lý (Tscore >70 hoặc Tscore<30) là thang Hs - nghi bệnh (81,9 ± 10,4), Sc - tâm thần phân liệt (73,4 ± 12,3) và thang Pt - lo âu, ám ảnh (70,8 ± 8,6).

Từ khóa: rối loạn cơ thể hóa; nhân cách

SUMMARY

BEHAVIOR LEARNING PATTERNS AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDER

We conducted a study with the goal of describing behavior learning patterns and personality characteristics of patients with somatization disorder. The study used cross-sectional descriptive method and included 54 patients who came for examination and treatment in National Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. Results show that the patients with somatization disorder were mainly female, with the average age was 49.1±12.7, and most of them were married (88.9%), had the education level of secondary school, 20.4% patients reported about experience the

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

symptoms similar to their current symptoms before the onset of the disorder. In MMPI, Hs - suspected disease (88.9%), Sc - schizophrenia (63.0%) were the scales had high rates of pathology in patients with somatization disorder. Pt - anxiety, phobia (51.9%), D - depression (44.5%), Hy - dissociative disorder (40.7%) had the average pathological rates. There were 3 scales had the mean score at the pathological level (Tscore >70 or Tscore <30): Hs - suspected disease (81.9 ± 10.4); Sc - schizophrenia (73.4 ± 12); and Pt scale - anxiety, obsession (70.8 ± 8.6).

Keywords: somatization disorder; personality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ thể hoá (RLCTH) là một rối loạn liên quan đến stress khá phổ biến. Ước tính tỉ lệ của rối loạn này ở cộng đồng là 0,4% và 5% số người bệnh ở các cơ sở điều trị nội trú bệnh nội khoa thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán.^{1,2} Bệnh cảnh lâm sàng của rối loạn cơ thể hoá rất đa dạng, gồm nhiều loại triệu chứng về cơ thể không giải thích được bằng các khám xét lâm sàng và cận lâm sàng. Căng thẳng tâm lý kéo dài từ thời thơ ấu tiềm ẩn dưới các khó chịu về thể chất cho thấy người bệnh có thể có các vấn đề trong gia đình như không được chăm sóc chu đáo, bị bỏ rơi, bị lạm dụng... Mô hình học tập hành vi cho rằng rối loạn cơ thể hoá đã được mô tả là những nhận thức hoặc phong cách nhận thức bất thường học được. Do đó, những trải nghiệm thời thơ ấu có thể đóng vai trò như những yếu tố cảm nhiễm của quá trình cơ thể hoá.³ Các triệu chứng của trẻ em thường là bản sao của các triệu chứng xảy ra ở các thành viên khác của gia đình.⁴ Mặt khác, người bệnh cơ thể hoá học được rằng có sự bù đắp cho bệnh tật của họ và bệnh tật thể chất được xã hội chấp nhận dễ dàng hơn là các rối loạn tâm lý.⁵ Một số đặc điểm nhân cách, chẳng hạn như tâm lý bất ổn, dễ xúc động, khó thích ứng... đã được chứng minh là có liên quan đến khả năng cao xuất hiện các triệu chứng cơ thể.⁶ Những người bệnh RLCTH thường có rối loạn nhân cách, đặc biệt là các loại rối loạn nhân cách nhóm B.⁷ Những nét nhân cách lệ thuộc - thụ động (passive - dependent), kịch tính (histrionic) và cảm tính - xâm hại (sensitive - aggressive) gặp ở người bệnh RLCTH cao gấp hai lần ở người bệnh lo âu và trầm cảm. Tỷ lệ mắc RLCTH ở người bệnh rối loạn nhân cách ranh giới cũng thấy tương đối cao. Yếu tố nhân cách còn liên quan tới bệnh sinh RLCTH theo cách thức khác như trong khái niệm "mù đọc cảm xúc" (alexithymia), thuật ngữ này dựa trên quan niệm phân tâm rằng người bệnh cơ thể hoá vì không thể diễn tả cảm xúc thành lời.⁸ Với mong muốn

tìm hiểu mô hình hành vi và đặc điểm nhân cách ở người bệnh rối loạn cơ thể hoá, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu là "Mô tả mô hình học tập hành vi và đặc điểm nhân cách ở người bệnh rối loạn cơ thể hoá".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: từ 15/8/2019 đến 31/7/2020.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn vào nghiên cứu những trường hợp là (i) người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn cơ thể hoá (F45.0) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, (ii) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng. Loại ra khỏi nghiên cứu những trường hợp (i) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (ii) người thân hoặc người chăm sóc không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin (iii) (v) người thân hoặc người chăm sóc và bản thân người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả người bệnh được chẩn đoán là rối loạn cơ thể hoá (F45.0) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10 từ 15/8/2019 đến 31/7/2020. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 54 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Biến số nghiên cứu. Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, cách thức người bệnh RLCTH biết đến triệu chứng, đặc điểm nhân cách theo thang MMPI.

• **Bảng kiểm kê nhân cách nhiều pha MMPI** (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Bảng kiểm kê nhân cách nhiều pha MMPI được xuất bản lần đầu tiên thông qua Đại học Minnesota vào năm 1942 và phiên bản thứ hai (MMPI-2) được xuất bản vào năm 1989. Đây là bài kiểm tra tâm lý được sử dụng rộng rãi nhất để đo lường tâm lý người trưởng thành trên thế giới. MMPI-2 được sử dụng trong các cơ sở sức khỏe tâm thần, y tế và việc làm⁹.

Mỗi phiên bản có số câu hỏi khác nhau. Với mỗi câu hỏi, người bệnh lựa chọn một trong hai đáp án đã cho sẵn là đúng hoặc không đúng. Kết quả các câu trả lời được qui ra điểm thô ban đầu

sau đó được chuyển thành điểm chuẩn T (điểm chuẩn T trung bình là 50 với độ lệch chuẩn là 10). Như vậy, điểm trong giới hạn bình thường là 40 – 60; từ 30 – 39 và 61 – 70 là trạng thái ranh giới; T > 70 hoặc T < 30 được xem như là có biểu hiện bệnh lý.⁹ Toàn bộ kết quả của trắc nghiệm được biểu thị trên thiết đồ nhân cách gồm 10 thang lâm sàng và 3 thang hiệu lực. Các thang lâm sàng được ký hiệu theo số và chữ cái.

Mười thang lâm sàng là:

1. Hs – Nghi bệnh (Hypochondriasis)
2. D – Trầm cảm (Depression)
3. Hy – Rối loạn phân ly (Hysteria)
4. Pd – Lệch lạc nhân cách (Personality deviation)
5. Mf – Giới tính (Masculinity – femininity)
6. Pa – Paranoia
7. Pt – Lo âu, suy nhược (Psychasthenia)
8. Sc – Tâm thần phân liệt (Schizophrenia)
9. Ma – Hưng cảm nhẹ (Hypomania)
10. Si – Hướng nội xã hội (Social introversion)

Ba thang hiệu lực là:

1. L (Lie): kiểm tra sự thành thật của các đối tượng.
2. F (Fix): kiểm tra giá trị ứng nghiệm của toàn bộ test.
3. K (Key): để hiệu chỉnh một số thang lâm sàng, đánh giá thái độ đối tượng đối với test.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bản viết hóa của Bảng kiểm kê nhân cách nhiều pha MMPI đang được sử dụng tại Viện sức khỏe Tâm thần gồm 368 câu hỏi

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu)

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng và người thân tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị. Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

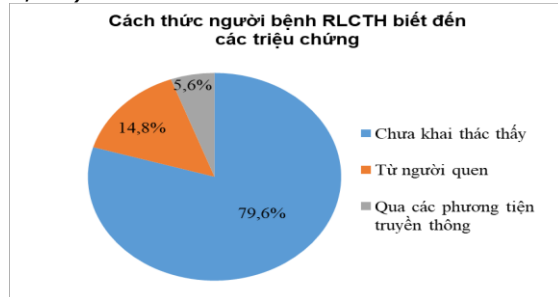
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (N=54)

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	13	24,1
	Nữ	41	75,9
Tuổi	TB	49,1±12,7	
	Min	23	

	Max	78	
Trình độ học vấn	Mù chữ	2	3,7
	Cấp 1	7	13,0
	Cấp 2	26	48,1
	Cấp 3	10	18,5
	ĐH (*)	7	13,0
	Sau ĐH	2	3,7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	3	5,6
	Kết hôn	48	88,9
	Ly thân	0	0
	Ly dị	2	3,7
	Góa bụa	1	1,8
Nghề nghiệp	Kinh doanh	7	13,0
	Làm ruộng	26	48,1
	CN lao động	5	9,2
	Nội trợ	1	1,8
	Viên chức	5	9,3
	Thất nghiệp	3	5,6
	Hưu trí	7	13,0

Tỉ lệ giới tính của người bệnh RLCTH là nữ: nam xấp xỉ 3:1. Độ tuổi trung bình của các người bệnh cơ thể hóa là 49,1±12,7. Về trình độ học vấn, một tỉ lệ lớn người bệnh (n=26 tương ứng 48,1%) có trình độ cấp 2. Hầu hết người bệnh (n=48 tương ứng 88,9%) đã kết hôn. Làm ruộng là nghề nghiệp hay gặp nhất trên người bệnh RLCTH (n=26, 48,1%). Nơi sống của người bệnh RLCTH thì thành thị chiếm tỉ lệ lớn nhất (n=26, 48,1%).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về cách thức người bệnh RLCTH biết đến các triệu chứng (N=54)

Có 20,4% người bệnh RLCTH báo cáo đã từng chứng kiến triệu chứng tương tự triệu chứng hiện tại của người bệnh trước khi khởi phát bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc chứng kiến các triệu chứng qua người quen là phổ biến nhất (n=8, 14,8%). Người quen trong nghiên cứu được ghi nhận bao gồm bố mẹ, vợ/ chồng hoặc hàng xóm,... Các phương tiện truyền thông như TV, báo đài, Internet cũng cung cấp kênh thông tin về triệu chứng cho 5,6% người bệnh (n=3) trước khi khởi phát bệnh.

Bảng 3.2. Đặc điểm diễn đồ nhân cách theo MMPI ở đối tượng nghiên cứu (N=27)

		Số lượng BN	%
Hs - nghi bệnh	Bình thường	3	11,1
	Ranh giới	0	0
	Bệnh lý	24	88,9
	Điểm TB	81,9 ± 10,4	
D - trầm cảm	Bình thường	11	40,7
	Ranh giới	4	14,8
	Bệnh lý	12	44,5
	Điểm TB	67,6 ± 11,9	
Hy - rối loạn phân ly	Bình thường	12	44,5
	Ranh giới	4	14,8
	Bệnh lý	11	40,7
	Điểm TB	66 ± 14,5	
Pd - Nhân cách bệnh	Bình thường	13	48,2
	Ranh giới	7	25,9
	Bệnh lý	7	25,9
	Điểm TB	63,6 ± 11,9	
Mf - Giới tính	Bình thường	25	92,6
	Ranh giới	2	7,4
	Bệnh lý	0	0,0
	Điểm TB	53,1 ± 6,9	
Pa - Ý tưởng bị hại	Bình thường	18	66,7
	Ranh giới	5	18,5
	Bệnh lý	4	14,8
	Điểm TB	61,3 ± 8,0	
Pt - lo âu, ám ảnh	Bình thường	6	22,2
	Ranh giới	7	25,9
	Bệnh lý	14	51,9
	Điểm TB	70,8 ± 8,6	
Sc - Tâm thần phân liệt	Bình thường	8	29,6
	Ranh giới	2	7,4
	Bệnh lý	17	63,0
	Điểm TB	73,4 ± 12,3	
Ma - Hưng cảm nhẹ	Bình thường	24	88,9
	Ranh giới	3	11,1
	Bệnh lý	0	0
	Điểm TB	53,0 ± 7,4	
Si - Nhân cách nội tâm	Bình thường	19	70,4
	Ranh giới	6	22,2
	Bệnh lý	2	7,4
	Điểm TB	59,7 ± 7,1	

Các thang Hs - nghi bệnh (88,9%), Sc - tâm thần phân liệt (63,0%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý cao trên người bệnh RLCTH. Pt - lo âu, ám ảnh (51,9%), D - trầm cảm (44,5%), Hy - rối loạn phân ly (40,7%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý trung bình. Pd - nhân cách bệnh (25,9%), Pa - ý tưởng bị hại (14,8%), Si - nhân cách nội tâm (7,4%) có tỉ lệ bệnh lý thấp. Mf - giới tính (0,0%), Ma - hưng cảm nhẹ (0,0%) là các thang không có người bệnh cho giá trị bệnh lý.

Về kết quả điểm số trung bình, có 3 thang cho điểm số trung bình ở mức bệnh lý (Tscore

>70 hoặc Tscore<30) là thang Hs - nghi bệnh (81,9 ± 10,4), Sc - tâm thần phân liệt (73,4 ± 12,3) và thang Pt - lo âu, ám ảnh (70,8 ± 8,6).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trong bảng 3.1 cho thấy số người bệnh nữ là 41, chiếm 75,9% và số người bệnh nam là 13, chiếm 24,1%. Tỉ lệ nữ : nam là 3,2:1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với lý thuyết về RLCTH khi tất cả các nghiên cứu dịch tễ đều chỉ ra rằng RLCTH gặp chủ yếu ở nữ hơn nam. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 49,1 ± 12,7. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Cao Thị Ánh Tuyết (2017) và Nguyễn Minh Quyết (2017) khi lần lượt báo cáo độ tuổi trung bình của người bệnh RLCTH là 46,3 ± 12,7 và 44,7 ± 13,9. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hơn một nửa người bệnh trong nhóm nghiên cứu có trình độ học vấn mức trung học cơ sở trở xuống (35 người bệnh, chiếm 64,8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Feder (2001) chỉ ra có 40,5% số người bệnh RLCTH chỉ đi học ≤ 8 năm hay trong nghiên cứu của Rief (2001) chỉ ra có 48,8% số người bệnh học hết trung học cơ sở. Nghề nghiệp cũng chịu ảnh hưởng từ trình độ học vấn nên khá dễ hiểu khi nghiên cứu của chúng tôi báo cáo 64,8% số người bệnh RLCTH làm những công việc lao động chân tay như làm ruộng, công nhân lao động, nội trợ hay thất nghiệp. Nghiên cứu của Trần Thị Hà An báo cáo kết quả tương tự khi chỉ ra có 45% số người bệnh là lao động chân tay và 20% là lao động tự do, chỉ có 20% số người bệnh lao động trí óc và 15% kinh doanh buôn bán. Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đã kết hôn (88,9%). So sánh với kết quả của Tổng điều tra dân số năm 2019, tỉ lệ dân số từ 15 tuổi trở lên hiện đang kết hôn là 69,2%. Như thế về cơ bản, nhóm người bệnh RLCTH có tỉ lệ kết hôn cao hơn dân số chung.

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo một kết quả khiêm tốn số người bệnh đã biết đến các triệu chứng RLCTH trước khi khởi phát bệnh. Trong nghiên cứu, có 11 người bệnh (chiếm 20,4% số người bệnh) biết đến các triệu chứng qua ít nhất một kênh như từ người quen xung quanh hay thông qua các phương tiện truyền thông Internet, ti vi, báo chí, (biểu đồ 3.1). Kết quả này là thấp hơn mong đợi khi các lý thuyết cổ điển về RLCTH và rối loạn phân ly đều nhấn mạnh đến mô hình học tập triệu chứng, học tập hành vi trong quá trình hình thành bệnh. Lý giải cho kết quả này, chúng tôi nhận thấy trong quá trình hỏi bệnh và thu thập số liệu, người bệnh

thường né tránh việc thừa nhận bản thân đã từng quan sát thấy các triệu chứng này trong quá khứ. Các người bệnh thường nhấn mạnh quá mức vào việc mình chưa từng biết đến các triệu chứng tương tự trước đây hoặc chỉ biết đến do quá trình tự tìm hiểu khi đã khởi phát bệnh. Ở một khía cạnh khác, tỉ lệ thấp các người bệnh báo cáo đã biết đến triệu chứng trước khi khởi phát bệnh cũng khiến chúng ta đặt ra câu hỏi: lý thuyết Freud và các mô hình học tập hành vi liệu đã đủ chưa để giải thích cho sự hình thành bệnh. Y học hiện đại đã chứng minh (dù chưa hoàn toàn đầy đủ), RLCTH cũng có những cơ sở di truyền - hóa sinh - giải phẫu - sinh lý khiến người bệnh này dễ mắc RLCTH hơn một người bệnh khác. Đã đến lúc chúng ta có cái nhìn toàn diện và công bằng hơn về người bệnh RLCTH, tránh nhìn nhận các người bệnh này đơn thuần như những người bệnh hay than phiền và có phần "giả bệnh".

Bảng 3.2 cho thấy thang nghi bệnh Hs có giá trị trung bình cao nhất trong các thang là $81,9 \pm 10$ và cũng cho số người bệnh báo cáo kết quả bệnh lý cao nhất là 24 người bệnh chiếm 88,9% số người bệnh thực hiện trắc nghiệm tâm lý MMPI. Tiếp đến là thang tâm thần phân liệt Sc với giá trị trung bình $73,4 \pm 12,3$ và 63,0 số người bệnh báo cáo kết quả bệnh lý. Thang lo âu, ám ảnh Pt cho giá trị trung bình ($70,8 \pm 8,6$) trên ngưỡng bệnh lý 70. Thang trầm cảm D báo cáo tỉ lệ bệnh lý là 44,5 và thang rối loạn phân ly Hy có tỉ lệ bệnh lý 40,7.

Kết quả chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Sook Park (1991), Trần Thị Hà An (2006) và Nguyễn Minh Quyết (2017) khi báo cáo thang nghi bệnh Hs là thang có giá trị trung bình T score và tỉ lệ bệnh lý cao nhất khi người bệnh thực hiện trắc nghiệm tâm lý MMPI.

Đặc biệt, nghiên cứu của Nguyễn Minh Quyết cũng được tiến hành tại Viện sức khỏe tâm thần báo cáo kết quả gần tương tự nghiên cứu của chúng tôi khi các thang có giá trị T score trung bình cao tiếp theo sau thứ tự là thang tâm thần phân liệt Sc, thang lo âu ám ảnh Pt, thang rối loạn phân ly Hy và thang trầm cảm D. Kết quả nghiên cứu của Sook Park cũng báo cáo các thang rối loạn phân ly Hy, tâm thần phân liệt Sc, ý tưởng bị hại Pa và lo âu ám ảnh Pt có giá trị cao hơn hẳn các thang khác.

Lý giải cho những kết quả này, George Garyfallos và cộng sự cho rằng 63% người bệnh rối loạn dạng cơ thể có rối loạn nhân cách, chủ yếu là các nét nhân cách kịch tính, lệ thuộc và các rối loạn nhân cách nhóm B. Kaplan và

Sadock cũng thấy người bệnh RLCTH hay phối hợp rối loạn nhân cách kịch tính và rối loạn nhân cách chống đối xã hội, và tỷ lệ các rối loạn nhân cách trên lâm sàng thực tế còn cao hơn kết quả trên trắc nghiệm tâm lý MMPI do người bệnh thực hiện.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 54 người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy người bệnh RLCTH chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình $49,1 \pm 12,7$, có trình độ học vấn cấp 2, hầu hết đã kết hôn (88,9%). Có 20,4% người bệnh RLCTH báo cáo đã từng chứng kiến triệu chứng tương tự triệu chứng hiện tại của người bệnh trước khi khởi phát bệnh. Các thang Hs - nghi bệnh (88,9%), Sc - tâm thần phân liệt (63,0%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý cao trên người bệnh RLCTH. Pt - lo âu, ám ảnh (51,9%), D - trầm cảm (44,5%), Hy - rối loạn phân ly (40,7%) là các thang có tỉ lệ bệnh lý trung bình. Có 3 thang cho điểm số trung bình ở mức bệnh lý (Tscore >70 hoặc Tscore <30) là thang Hs - nghi bệnh ($81,9 \pm 10,4$), Sc - tâm thần phân liệt ($73,4 \pm 12,3$) và thang Pt - lo âu, ám ảnh ($70,8 \pm 8,6$).

Khuyến nghị. Người bệnh Rối loạn cơ thể hóa thường than phiền nhiều về các triệu chứng cơ thể. Do đó, bác sĩ đa khoa và các bác sĩ chuyên khoa cần lưu ý để tránh bỏ sót.

Lời cảm ơn. Tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Creed F, Barsky A.** A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004; 56(4): 391-408. doi:10.1016/S0022-3999(03)00622-6
2. **Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML.** The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):413-418. doi:10.1016/S0022-3999(03)00624-X
3. **Kellner R.** Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(8):821-833. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790310089012
4. **Robinson RJ.** The Child and His Symptoms. A Comprehensive Approach. *Arch Dis Child.* 1978; 53(7): 608.
5. **Weddington WW.** The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life. *JAMA.* 1984;251(11): 1482-1483. doi:10.1001/jama.1984.03340350070037
6. **Pennebaker JW.** The Psychology of Physical Symptoms. Springer New York; 1982. doi:10.1007/978-1-4613-8196-9

7. **North CS.** The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci.* 2015;5(4):496-517. doi:10.3390/bs5040496
8. **Rofé Y, Rofé Y.** Conversion Disorder: A Review Through the Prism of the Rational-Choice Theory of Neurosis. *Eur J Psychol.* 2013;9(4):832-868. doi:10.5964/ejop.v9i4.621
9. **Floyd AE, Gupta V.** Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2020. Accessed November 5, 2020. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>

KẾT QUẢ GẦN CẮT GAN DO UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Trần Mạnh Hùng¹, Trần Quế Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả gần cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được mổ mở cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 – 4/2019. **Kết quả:** 67 bệnh nhân được phẫu thuật. Tuổi trung bình là 56,3 (30 – 76) tuổi. Nam/nữ = 6,4/1. Triệu chứng đau hạ sườn phải, ăn kém và gầy sút cân lần lượt là 83,6%, 41,8% và 17,9%. Nồng độ AFP huyết thanh trung bình là 635,1 (2,09 – 3968) ng/mL. Nhóm BN có nồng độ AFP < 20, 20 – 400, 401 – 1000, và > 1000 ng/mL lần lượt là 47,8%, 23,9%, 22,3%, và 6%. Kích thước trung bình u trên CLVT và bệnh phẩm lần lượt là 5,4 (2,7 – 8) và 5,3 (2,5 – 8,5) cm. U ở giai đoạn I, II, và III là 17,9%, 62,7%, và 19,4%. Cắt gan nhỏ chiếm 85,1%. Kiểm soát cuống gan chọn lọc, và Pringer lần lượt là 55,2% và 44,8%. Cắt nhu mô gan bằng Ligasure, Kelly + Ligasure, và Kelly lần lượt là 67,2%, 22,4%, và 10,4%. Có 8/67 BN phải truyền máu, chiếm tỷ lệ 11,9%. Lượng máu truyền trung bình là 542,9 mL (250 – 700). Thời gian mổ trung bình là 132,1 phút (90 – 195). Biến chứng sau mổ 17,9%, trong đó tràn dịch màng phổi, suy gan, rò mật lần lượt là 13,4%, 1,5%, và 0%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 12,8 (6-38) ngày. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan diễn biến âm thầm, triệu chứng không đặc hiệu. Bệnh nhân có chức năng gan tốt. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy u thường trên 5 cm, có dấu hiệu điển hình của HCC. Cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, biến chứng còn cao nhưng phần lớn là mức độ nhẹ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, u gan, cắt gan, cắt lớp vi tính, biến chứng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

Objectives: The research aimed to evaluate some of the clinical characteristics and short-term outcomes associated with hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** We conducted a retrospective study with a sample size of HCC confirmed by pathology. From April 2016 to April 2019, the patient underwent open hepatectomy at Bach Mai Hospital. **Results:** The study enrolled a total of 67 patients. The mean age was 56.3 years (30–76). The male/female ratio was equal to 6.4/1. Clinical symptoms of pain in the right upper quadrant, lack of appetite, and weight loss were prevalent in 83.6 %, 41.8%, and 17.9% of participants. The mean concentration of AFP in serum was 635.1 (2.09 - 3968) ng/mL. Patients with AFP levels of less than 20, 20 - 400, 401 - 1000, and >1000 ng/mL were 47.8 %, 23.9%, 22.3%, and 6%, respectively. The average tumor size on the CT scan and specimen was 5.4 (2.7 – 8) and 5.3 (2.5 – 8.5 cm, respectively). Tumors in stages I, II, and III accounted for 17.9%, 62.7%, and 19.4%. 85.1% of all were minor liver resections. Selective hepatic pedicle control and Pringer maneuver were 55.2% and 44.8%, respectively. Hepatic parenchymal resection with Ligasure, Kelly + Ligasure, and Kelly was 67.2%, 22.4%, and 10.4%, respectively. Eight patients required blood transfusions, accounting for 11.9 %. The mean blood transfusion was 542.9 mL (250 – 700). The average operative time was 132.1 minutes (90 - 195). Complications after surgery were 17.9%, of which pleural effusion, liver failure, and biliary leak were 13.4%, 1.5%, and 0%, respectively. After surgery, the average hospital stay was 12.8 (6-38) days. **Conclusion:** Clinical symptoms are not specific. The patient was indicated for surgery with good liver function. Computed tomography revealed that the tumor was massive, with typical HCC characteristics. Liver resection is an effective and safe treatment.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, liver tumor, liver resection, computed tomography, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBG) là một bệnh ác tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, chiếm 80% bệnh lý ác tính ở gan một vấn đề lớn đối với sức khỏe toàn cầu. Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc UTBG cao nhất liên quan đến nhiễm virus viêm gan B,C. Năm 2012, theo GLOBOCAN tại Việt Nam khoảng 22.0000 người mới mắc và 21.000 người tử vong/năm. Năm

2018, theo số liệu của GLOBOCAN trên thế giới ước tính có khoảng 782.451 ca mới mắc và 745,533 người chết vì căn bệnh này.⁽¹⁾ Bệnh gặp nhiều ở Châu Phi, Châu Á, trong khi ở Châu Âu và Bắc Mỹ ít gặp hơn. Việt Nam cũng là quốc gia có tỷ lệ mắc UTBG cao do liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B và virus viêm gan C. Tại Việt Nam, theo NC của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2014, tỷ lệ tử vong do ung thư gan chiếm 26,9%, tỷ lệ mắc là 30-40/100.000 người.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan được áp dụng nhưng phẫu thuật cắt gan được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất với tỉ lệ tử vong dưới 5% ở các trung tâm phẫu thuật lớn, nhiều kinh nghiệm. Ngoài ra việc lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật có chức năng gan tốt là một yếu tố quan trọng làm giảm nguy cơ suy gan, chườm máu sau mổ. Tỷ lệ tử vong, biến chứng còn phụ thuộc vào trình độ phẫu thuật viên ở các trung tâm khác nhau. Tại Việt Nam, nghiên cứu về phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, có tỉ lệ tử vong và chứng sau mổ lần lượt là 10,5% và 1,5% ⁽²⁾.

Thực tế hiện nay tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch mai số lượng BN ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật mở cắt gan trong những năm vừa qua ngày càng tăng, nhưng chưa có nhiều NC đánh giá đầy đủ về kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị UTBG tại đây. Vì vậy, đánh giá kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ là cần thiết nhằm nâng cao kết quả điều trị. Bài báo nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả gần mổ mở cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 đến 04/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm các BN UBGT được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 đến 4/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn: Các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan. Được thực hiện phẫu thuật mở cắt gan. Có hồ sơ bệnh án lưu đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN được phẫu thuật nội soi cắt gan. Các BN tử vong sau khi ra viện hoặc sau mổ do các nguyên nhân không liên quan tới UTBG như tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay các bệnh lý cấp tính như nhồi máu cơ tim hay tai biến mạch não...

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, kết quả chụp CLVT và siêu âm).

- Kết quả gần: kỹ thuật mổ, thời gian mổ, tai biến và biến chứng sau mổ

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt, mã số BM-2015-710-118, được ký bởi giám đốc Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2019 tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi thu thập được 67 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi, X ± SD (min – max)	56,3 ± 11,6 (30 – 76)
Giới, nam/nữ, n (%)	6,4/1
Tiền sử bệnh	
Viêm gan B, n (%)	37 (55,6)
Nghiên rượu, n (%)	6 (8,9)
Viêm gan C, n (%)	2 (2,2)
Thời gian phát hiện bệnh, n (%)	
< 1 tháng	3 (4,5)
1 – 3 tháng	55 (82)
> 3 tháng	9 (13,5)
Cơ năng, n (%)	
Đau bụng	56 (83,6)
Ăn kém	28 (41,8)
Sút cân	12 (17,9)
Thực thể, n (%)	
Gan to	13 (19,4)
Thiếu máu	9 (13,4)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ, đa số bị viêm gan B. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh khá nghèo nàn và kín đáo: diễn biến 1 – 3 tháng (86,5%), đau bụng (83,6%), ăn kém (41,8%), sờ thấy u (0%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	
Dấu ấn viêm gan, n (%)	
Viêm gan B	55 (82,1)
Viêm gan C	1 (1,5)
Child-Pugh A, n (%)	67 (100)
Hồng cầu (T/L)	4,8 ± 0,8 (3,9–5,1)
Tiểu cầu (G/l)	198,2 ± 85,5 (100 – 321)
Bilirubin toàn phần (mmol/l)	13,3 ± 6,7
Albumin (g/l)	40,9 ± 5,7
AFP (ng/ml)	635,1 ± 1118,3 (2,1 – 3968)
Đặc điểm cắt lớp vi tính của u gan (%)	
Bờ u rõ, n (%)	45 (67,2)
Ranh giới rõ	58 (86,6)

Giảm âm	30 (44,8)
Tăng sinh mạch	41 (61,2)
Huyết khối tĩnh mạch cửa	2 (3)
Di căn tạng	0 (0)
Dấu hiệu "Washout."	65 (97)
Độ biệt hóa u, n (%)	
Kém	7 (10,4)
Vừa	34 (50,7)
Cao	26 (38,9)

Giai đoạn bệnh theo TNM, n (%)	
GD 1	12 (17,9)
GD 2	42 (62,7)
GD 3	13 (19,4)

Nhận xét: Chức năng gan, đông máu trước mổ phần lớn giới hạn bình thường: 100% Child-Pugh A, tiểu cầu 198,2 G/L. 97% số trường hợp có dấu hiệu "Washout" trên CLVT, phần lớn u ở giai đoạn 2 và 3.

Bảng 3. Kích thước khối ung thư gan

Kích thước u	n (%)	CLVT	Giải phẫu bệnh
1 khối u kích thước ≤ 5cm,	35 (62,5)	3,6 ± 0,9	3,8 ± 8,1
1 khối u kích thước >5cm	18 (32,1)	8,3 ± 3,0	8,4 ± 3,3
≤ 3 khối u kích thước ≤ 3cm	2 (3,6)	2,6 ± 0,5	2,4 ± 0,4
> 3 khối u	1 (1,8)	5,3 ± 1,3	5,7 ± 2,6
Tổng	67 (100)	5,4 ± 3,0	5,3 ± 2,9

Nhận xét: CLVT có giá trị trong chẩn đoán u gan: kích thước u 5,4 ± 3,0 cm, không khác biệt so với giải phẫu bệnh.

Bảng 4. Kỹ thuật mổ và kết quả

Đặc điểm	
Đường mổ, n (%)	
Mercedes	2 (3)
Dưới sườn phải	46 (68,7)
Dưới sườn hai bên	4 (5,9)
Trên dưới rốn	8 (11,9)
Trên rốn	7 (10,5)
Kiểm soát cuồng gan, n (%)	
Chọn lọc	37 (55,2)
Toàn bộ (Pringle maneuver)	30 (44,8)
Phương tiện cắt gan, n (%)	
Pince Kelly	7 (10,4)
Ligasure	45 (67,2)
Kết hợp	15 (22,4)
Phương tiện cầm máu điện cắt, n (%)	
Dao đốt đơn cực	14 (20,9)
Dao đốt lưỡng cực	21 (31,4)
Dao đốt lưỡng cực + Khâu cầm máu	32 (47,7)

Nhận xét: Phần lớn mổ bụng đường dưới sườn, tất cả đều kiểm soát chủ động máu vào gan, sử dụng phối hợp nhiều phương tiện cắt nhu mô và cầm máu điện cắt gan.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	
Cắt gan lớn, n (%), thời gian mổ (X ± SD)	
Cắt gan phải	3(4,4), 4130 ± 21,2
Cắt gan trái (n=4)	5(5,9), 6130 ± 42,4
Cắt gan trung tâm (n=3)	3(4,4), 4160 ± 34,6
Cắt 2 hạ phân thùy, n (%), thời gian mổ (X ± SD)	

Cắt phân thùy sau	14 (20,9), 135 ± 40,6
Cắt thùy trái	10 (14,9), 94 ± 17,1
Hạ phân thùy 5,6	14 (20,9), 134,3 ± 36,5
Cắt một hạ phân thùy, n (%), thời gian mổ (X ± SD)	19 (28,6), 105 ± 57,7
Truyền máu trong mổ, n (%), ± SD (mL)	8 (11,9), 542,9 ± 184,1
Biến chứng, n (%)	
Suy gan sau mổ	1 (1,5)
Tụ dịch diện cắt gan	1 (1,5)
Tràn dịch màng phổi	9 (13,4)
Rò mật	0 (0)
Chảy máu	1 (1,5)
Thời gian nằm viện, (X ± SD) (min - max), ngày	12,8 ± 6,1 (6 - 38)

Nhận xét: Phần lớn là cắt gan nhỏ (85%). Thời gian mổ khác nhau giữa các kiểu cắt gan: trung bình là 132,1 phút, cắt gan trung tâm 160 phút, cắt thùy trái 94 phút. Truyền máu 8 BN (11,9%), nằm viện trung bình là 12,8 ngày. Biến chứng chung 17,9%, nhưng ít biến chứng nặng, không tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn ung thư biểu mô tế bào gan xuất hiện ở BN bị bệnh gan mạn tính hoặc xơ gan trước đó. Do đó, những BN cao tuổi mắc bệnh gan kéo dài thường dễ phát triển thành ung thư biểu mô tế bào gan. Các NC lớn gần đây được thực hiện ở châu Á cũng như Tây Âu và Bắc Mỹ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao nhất gặp ở độ tuổi 50-60. Kết quả của NC thu được giống như tuổi trung bình của BN ung thư biểu mô tế bào gan

qua NC của các tác giả: Nguyễn Quang Nghĩa (2012) $50,6 \pm 11,6$; Trần Công Duy Long (2013): $51,7 \pm 12,2$, Vũ Văn Quang (2018): $52,16 \pm 11,06$; Bai Ji (2012). Schwarts và cộng sự (2018) nhận xét: nam giới có nguy cơ mắc bệnh UTBG cao hơn phụ nữ. Sự khác biệt này càng thấy rõ rệt ở các khu vực có tỷ lệ mắc bệnh cao, tỷ lệ mắc UTBG ở nam giới cao hơn 2,1 đến 5,7 lần so với phụ nữ (trung bình (3,7: 1).

Kết quả từ NC cho thấy thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng cho tới khi đến viện từ 1 – 3 tháng chiếm tỷ lệ cao 82%, từ 3-6 tháng và >6 tháng chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 9% và 4,5%. Nhiều BN đau kéo dài, cảm giác tức nặng vùng hạ sườn phải do khối u tăng kích thước, gây căng giãn bao Glisson hoặc chèn ép các cấu trúc lân cận. Tuy nhiên không thấy rõ mối liên quan giữa triệu chứng đau và kích thước khối u. Thống kê cũng chỉ ra rằng, triệu chứng thực thể của UTBG rất nghèo nàn: 19,4% BN thăm khám thấy gan to, tương tự kết quả của Nguyễn Đình Song Huy (2016) nghiên cứu 2480 BN ung thư biểu mô tế bào gan thấy: 18,18% BN có gan to hoặc sờ thấy u⁽³⁾.

Đặc điểm cận lâm sàng. Do đó các yếu tố đông máu và kháng đông do gan sản xuất (các yếu tố II, V, VII, IX, X và fibrinogen, Antithrombin III, Protein C, Protein S) bị giảm, đồng thời tăng nồng độ các chất hoạt hóa Plasminogen. Vì vậy tỷ lệ Prothrombin là chỉ số xét nghiệm đông máu rất quan trọng trong đánh giá chức năng gan trước mổ. Cần đặc biệt lưu ý với những trường hợp có tỷ lệ prothrombin giảm do tỷ lệ này <50% ở ngày thứ 5 là nguy cơ của suy gan sau mổ⁽⁴⁾. Trong số các chỉ số đánh giá chức năng gan thì bilirubin là chỉ số có vai trò quan trọng nhất do đây là chỉ số rất khó điều chỉnh và phản ánh trung thành chức năng gan. Chính vì vậy một số tác giả đưa ra tiêu chuẩn để chỉ định cắt gan khi nồng độ bilirubin toàn phần < 34 $\mu\text{mol/l}$, đặc biệt bilirubin toàn phần <17 $\mu\text{mol/l}$ mới được tiến hành cắt gan lớn. Định lượng AFP rất quan trọng, có giá trị trong phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư biểu mô tế bào gan. Việc chọn mức giá trị của AFP để chẩn đoán UTBG hiện nay còn chưa thống nhất. NC của Schwarts và cộng sự (2018) thấy khi AFP = 20 ng/ml thì chẩn đoán UTBG có độ nhạy là 60%, độ đặc hiệu là 91%. Nếu AFP = 200 ng/ml thì độ nhạy chỉ còn 52,6% nhưng độ đặc hiệu tăng lên 99%. BN có mức AFP >1000 ng/ml có nguy cơ tái phát cao sau cắt và ghép gan, không phụ thuộc vào kích thước khối u. Tuy nhiên theo hướng dẫn mới nhất của Hiệp hội Nghiên cứu

bệnh Gan Mỹ và châu Âu đã loại AFP ra khỏi tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

Sinh thiết gan. Hiện nay, theo hướng dẫn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Mỹ, Hội Gan mật châu Âu, cũng như Mạng các Quốc gia về Ung thư (NCCN), xác định ung thư biểu mô tế bào gan chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Sinh thiết gan chỉ đặt ra trong những trường hợp khối u trên CLVT/CHT không thấy hình ảnh điển hình của ung thư biểu mô tế bào gan, hoặc hình ảnh nghi ngờ xuất hiện trên nền gan bình thường. Độ nhạy của sinh thiết gan phụ thuộc vào vị trí, kích thước khối u và cả trình độ của người thực hiện, dao động trong khoảng 70-90% cho khối u với mọi kích thước. Đặc điểm mô bệnh học thu được qua mảnh sinh thiết gan đôi khi rất khó xác định ung thư biểu mô tế bào gan hay không, nhất là khi u kích thước $\leq 2\text{cm}$. Vì vậy theo các hướng dẫn chẩn đoán của châu Âu, Mỹ hay Nhật Bản gần đây đã loại bỏ sinh thiết gan trước mổ ra khỏi tiêu chuẩn chẩn đoán UTBG. Tại Việt Nam theo hướng dẫn chẩn đoán điều trị của Bộ Y tế thì giải phẫu bệnh trước mổ vẫn là một tiêu chí chẩn đoán.

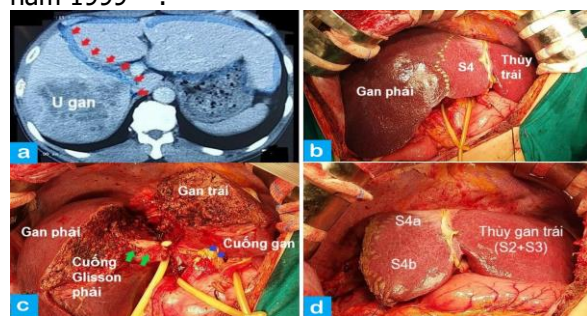
Chỉ định cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chức năng gan được xem là yếu tố rất quan trọng, liên quan đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Phân loại Child Pugh có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị. Daria Zorzi (2010), thống kê kết quả cắt gan điều trị UTBG cho thấy tỷ lệ tử vong sau mổ ở BN: Child A là 10%, Child B là 30% và Child C tới 80%. Đánh giá chức năng gan trước mổ dựa theo phân loại Child-Pugh được coi là tiêu chuẩn quan trọng khi chỉ định cắt gan. Hầu hết các tác giả thống nhất: chỉ định phẫu thuật cắt gan lớn khi BN ung thư biểu mô tế bào gan có chức năng Child A, cắt gan chọn lọc cho những BN Child B, không nên cắt gan cho những BN phân loại Child C.

Số lượng và kích thước khối u. Kích thước u > 5 cm là một trong các yếu tố tiên lượng và dấu hiệu nhận biết u không thuộc giai đoạn sớm trong phân loại giai đoạn HCC của BCLC năm 2002, BCLC năm 2011, tiêu chuẩn ghép gan Milan và toán đồ tiên lượng của Cho. Tại Nhật Bản, các NC cho thấy BN được chỉ định cắt gan có u kích thước trung bình nhỏ hơn: Yamamoto (2001): $2,6 \pm 1,0\text{cm}$. Yamazaki (2010): $3,1 \pm 0,9\text{cm}$, có thể giải thích điều này do tại Nhật Bản thì việc khám sàng lọc chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm hơn. Nếu thể tích phần gan còn lại đủ thì kích thước u lớn không phải là chống chỉ định cắt gan, nhưng thường liên quan đến việc phải

cắt gan lớn và khả năng giải phóng cũng như bộc lộ phần gan có u khó khăn. Hướng dẫn điều trị HCC mới nhất của AASLD năm 2011 và APASL năm 2010 cho thấy với khối u đơn độc thì bất kể kích thước nào đều có chỉ định cắt gan. Đánh giá phân loại giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan rất quan trọng vì quyết định đến chiến thuật điều trị và tiên lượng. Tuy nhiên, do đặc điểm khác biệt của ung thư biểu mô tế bào gan thường xuất hiện trên nền gan xơ nên chỉ định cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cần dựa vào 3 yếu tố chính: giai đoạn của khối u, chức năng gan, toàn trạng chung của BN.

Trong phẫu thuật cắt gan, nhất là những trường hợp cắt gan lớn thì đường mở bụng là một trong những yếu tố góp phần cho sự thành công của phẫu thuật. Tuy nhiên một số NC gần đây cho thấy ưu thế của đường dưới sườn phải so với đường Mercedes. NC của Heisterkamp (2008) so sánh giữa 2 nhóm BN mở bụng bằng đường chữ J và đường Mercedes cho kết quả nhóm mở bụng bằng đường chữ J có các biến chứng gần liên quan tới đường mổ cũng như tỷ lệ thoát vị thấp hơn (3% so với 19% và 7% so với 24%). Vấn đề lựa chọn đường mổ bụng nào giữa đường dưới sườn phải, đường chữ T hay đường Mercedes phụ thuộc nhiều vào thói quen phẫu thuật viên. Dựa vào các kết quả thu được các tác giả khuyến cáo nên sử dụng đường dưới sườn phải như đường mở bụng chính trong phẫu thuật cắt gan.

Kiểm soát mạch máu. Có thể kiểm soát dòng máu vào gan bằng cách kẹp toàn bộ cuống gan hoặc kiểm soát chọn lọc. Trong NC của chúng tôi, có hai kỹ thuật kiểm soát mạch máu đó là cặp cuống toàn bộ ngắt quãng và cặp cuống chọn lọc. Cặp cuống toàn bộ ngắt quãng (cặp 15 phút – thả 5 phút) được Belghiti đề xuất năm 1999⁽⁵⁾.



Hình 1. Cắt gan phải kiểm soát cuống chọn lọc theo Takasaki kết hợp kiểm soát cuống toàn bộ ngắt quãng ngoài gan.

Nguồn: Bệnh nhân Vũ Đức M, 59 tuổi, mã số C22/366 – 2018; a-u gan phải trên chụp cắt lớp

vi tính và đường cắt gan dự kiến (mũi tên đỏ); b-diện gan phải thiếu máu sau khi kiểm soát chọn lọc cuống gan phải; c-cắt nhu mô gan; d-gan trái còn lại sau cắt gan.

Kiểm soát chọn lọc các mạch máu vào gan có thể thực hiện ở mức độ thùy, phân thùy, thậm chí hạ phân thùy. Kỹ thuật này nhằm hai mục tiêu: (1) giới hạn tổn thương thiếu máu nhu mô trong vùng gan chuẩn bị cắt và (2) xác định chính xác ranh giới của vùng gan cần cắt bằng cách tạo vùng gan thiếu máu đổi màu. Kỹ thuật này có thể thực hiện an toàn trên khoảng 80% số BN cắt gan.

Cắt nhu mô gan. Để tiến hành cắt nhu mô gan có nhiều phương tiện khác nhau như: Kìm Kelly, dao siêu âm, dao Ligasure, dao CUSA, hoặc kết hợp các phương tiện trên. Nhu mô gan được cắt theo ranh giới giữa vùng: thẫm màu do thiếu máu nuôi dưỡng. Kỹ thuật phá vỡ nhu mô gan được Tôn Thất Tùng và cộng sự giới thiệu chính thức lần đầu vào năm 1963 và từ đó đã trở thành kỹ thuật tiêu chuẩn của phẫu thuật cắt gan. Phân tích gộp của Rahbari và cộng sự (2009) kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa trong thể tích máu mất, thời gian cắt nhu mô, thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa ép nhu mô gan và các phương pháp khác. Nhiều NC cho rằng dao CUSA giúp diện cắt phẳng, cầm máu tốt hơn, lượng máu mất ít nhưng thời gian cắt kéo dài. Trong khi sử dụng kìm Kelly cắt nhu mô gan nhanh và chi Bên cạnh cắt nhu mô gan, kiểm tra cầm máu diện cắt và rò mật cũng được tiến hành một cắt tỉ mỉ. Giordano (2010), Mouly (2013) khuyến cáo: các mạch máu trong nhu mô gan nên buộc, khâu những mạch lớn, clip các mạch nhỏ, kết hợp sử dụng dao đơn cực hoặc dao argon để cầm máu diện cắt.

Kết quả phẫu thuật cắt gan. Thời gian cắt nhu mô và phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện sử dụng để cắt gan. Thời gian mổ trung bình trong NC là $132,1 \pm 48,7$ phút. Trong đó cắt gan trung tâm có thời gian phẫu thuật dài nhất 160 phút. Chúng tôi thống nhất với nhận xét của tác giả: thời gian cắt gan trung tâm dài do đây là kĩ thuật khó, phức tạp, phẫu thuật viên phải thực hiện hai diện cắt, một diện cắt bên phải dây chằng tròn và một diện cắt bên trái tĩnh mạch gan giữa. Mất máu và truyền máu trong mổ đã được chứng minh là những yếu tố tiên lượng độc lập với biến chứng và tử vong trong và sau mổ. Nanashima và cộng sự cho rằng: bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất khoảng 850ml trở lên⁽⁶⁾. Trong NC của mình Hu (2009) đề nghị chỉ truyền

máu khi Hemoglobin < 70g/L.

Suy gan là biến chứng sau mổ quan trọng nhất của phẫu thuật cắt gan. Tỷ lệ suy gan sau mổ dao động từ 1,2-32% tùy tác giả, trong những NC gần đây, tỷ lệ này vào khoảng 8%. Biểu hiện của suy gan sau mổ bao gồm: vàng da, dịch cổ chướng nhiều, rối loạn đông máu và hôn mê gan⁽⁴⁾. Trong NC này chúng tôi sử dụng bộ tiêu chuẩn "50-50" của Belghiti (2005)⁽⁴⁾ để chẩn đoán suy gan sau mổ: tỷ lệ prothrombin <50% và nồng độ bilirubin >50 μ mol/l vào ngày thứ năm sau mổ. Về kết quả giải phẫu bệnh khối u sau mổ tương tự thống kê của Lê Văn Thành (2013): độ biệt hóa cao (17,7%), độ biệt hóa vừa (76%) và biệt hóa thấp (6,3%). NC của Zhang và cộng sự (2016) thấy: độ biệt hóa vừa, cao, thấp gặp lần lượt là 79,9%, 11,6% và 8,5%.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong NC này là 12,8 \pm 6,1 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 38 ngày. Kết quả thu được tương tự thời gian nằm viện trung bình qua các thống kê của các tác giả trong và ngoài nước: Hu (2009): 12 \pm 4 ngày⁽⁷⁾, Lê Lộc (2010): 13,7 \pm 2,3 ngày, Bai Ji (2012): 12 \pm 1,5 ngày⁽⁸⁾, Dương Huỳnh Thiện (2016); 10,4 \pm 2,4 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh khá nghèo nàn và kín đáo: diễn biến 1 – 3 tháng (86,5%), u thường lớn > 5 cm. Cắt gan nhỏ là chủ yếu (85%), thời gian mổ khác nhau giữa các

kiểu cắt gan, lâu nhất là cắt gan trung tâm (160 phút), nhanh nhất là cắt thùy trái (94 phút). Biến chứng sau mổ là 17,9%, nhưng ít biến chứng nặng, và không tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLÖBOCAN. Cancer fact sheet:** Liver cancer incidence and mortality 2018 [Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/11-Liver-fact-sheet.pdf>].
2. **Thành LV.** Đánh giá phẫu thuật cắt gan trong ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;217-22.
3. **Huy NĐS.** Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa U gan Bệnh viện Chợ Rẫy 2010-2015. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2016;11:82-8.
4. **Balzan S. BJ, Farges O.** The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. Annals of surgery. 2005;242(6):824-9.
5. **BJ, Noun R., Malafosse R.** Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study. Annals of surgery. 1999;229(3):369-75.
6. **NA, Abo T., Hamasak K.** Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy. Surgery today. 2013;43(5):485-93.
7. **HJX, Dai W. D., Miao X. Y.** Anatomic resection of segment VIII of liver for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients based on an intrahepatic Glissonian approach. Surgery. 2009;146(5):854-60.
8. **JB, Wang Y., Wang, G., Liu Y.** Curative resection of hepatocellular carcinoma using modified Glissonian pedicle transection versus the Pringle maneuver: a case control study. International journal of medical sciences. 2012;9(10):843-52.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Thị Mỹ Lệ¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là kết quả của quá trình viêm gây ra do sự mất cân bằng của yếu tố bảo vệ tế bào và yếu tố độc tế bào ở dạ dày và tá tràng, dẫn đến viêm hay loét dạ dày tá tràng. VLDDTT ở trẻ em chủ yếu là mạn tính, mà nguyên nhân chủ yếu do nhiễm *H. pylori*^[1]. Hiện nay, nội soi dạ dày tá tràng là thủ thuật xâm lấn, có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán, điều trị cũng như đánh giá hiệu quả điều trị viêm loét dạ dày tá tràng.

*Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Vào tháng 08/2019, Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi cũng đã tiến hành triển khai thủ thuật nội soi dạ dày tá tràng cho các trẻ có triệu chứng nghi ngờ viêm loét dạ dày tá tràng nhập viện. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của việc triển khai nội soi dạ dày tá tràng trong chẩn đoán và điều trị viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Mục tiêu:** 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em điều trị tại khoa Nhi tiêu hóa Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.* 2. *Xác định mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm *H.pylori*.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Các bệnh nhi chẩn đoán viêm, loét dạ dày tá tràng, được nội soi dạ dày tá tràng từ tháng 04/2020 đến 09/2021 tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ

viêm loét dạ dày tá tràng: Triệu chứng LS thường gặp nhất là đau bụng (chiếm 98,1%). Vị trí đau bụng thường gặp là thượng vị với 76,7%. xuất huyết tiêu hóa chiếm 19%. Triệu chứng thiếu máu 18,1%. Các chỉ số hồng cầu: MCV, MCH, MCHC, RWD, Hb ở trẻ VLDDTT có thiếu máu lẫn lộn là: 81,0fL, 26,9pg; 31,9g/dl, 13,7% và 12,2%. Có 73,3% trẻ được chẩn đoán qua nội soi là viêm dạ dày. Tỷ lệ xuất hiện ổ loét chiếm 26,7%. CLO-test dương tính chiếm tỉ lệ 43,8% và tỷ lệ nhiễm H. pylori là 32,4%. **Mối liên quan:** Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H.Pylori ($p < 0,05$). **Kết luận:** đau bụng (98,1%). Thiếu máu chiếm tỉ lệ 31,5%. Tỷ lệ nhiễm H.Pylori 32,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với nhiễm H.Pylori. Những trẻ có loét thì nguy cơ nhiễm H. pylori cao gấp 14,6 lần so với những trẻ không loét. Trẻ vừa xuất huyết tiêu hóa và nhiễm H. pylori có tỷ lệ loét cao hơn gấp 2,6 lần so với trẻ nhiễm H. pylori và không xuất huyết tiêu hóa.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng, Xuất huyết tiêu hóa, H. Pylori, Viêm dạ dày, Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PEPTIC ULCER DISEASE AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Background: Peptic ulcer disease is the result of an inflammatory caused by an imbalance of cytoprotective and cytotoxic factors in the stomach and duodenum, leading to inflammation or peptic ulcer. Peptic ulcer disease in children is mainly chronic, H. pylori [1] is considered to be the primary cause. Today, gastroduodenal endoscopy is an invasive procedure, playing an important role in the diagnosis, treatment, and effective evaluation. In August 2019, Quang Ngai Hospital for Women and Children also carried out a gastroduodenal endoscopy for children admitted to the hospital with symptoms of peptic ulcer disease. There have been no studies to evaluate the benefits of gastrointestinal endoscopy in the diagnosis and treatment of peptic ulcers disease in children at this hospital. **Objectives:** 1. Describe clinical and subclinical characteristics of peptic ulcer disease in children treated at Quang Ngai Hospital for Women and Children. 2. Determine the relationship between clinical and subclinical characteristics of peptic ulcer in a child and H.pylori infection. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on the pediatric age with peptic ulcers, with gastroduodenal endoscopy at Quang Ngai Hospital for Women and Children between April 2020 and September 2021. **Results:** Clinical and subclinical characteristics: The most cases, abdominal pain reaches 98.1%. Among abdominal locations, epigastric abdominal pain is 76.7%, gastrointestinal hemorrhage is 19.0%. Anemia accounts for 18.1%. Erythrocyte indices such as MCV, MCH, MCHC, RWD, Hb in children with peptic ulcer diagnosed anemia are 81.0fL, 26.9pg, 31.9g/dl,

13.7% and 12.2%, respectively. The figure for gastritis is 73.3%. The rate of ulcers reaches 26.7%. Positive CLO-test accounts for 43.8% and the proportion of H. pylori infection is 32.4%.

Relationship: There is a connection between age, sex, characteristics of abdominal pain, gastrointestinal hemorrhage, anemia, endoscopy result and H.Pylori infection result ($p < 0.05$). **Conclusions:** Abdominal pain is (98.1%), anemia accounts for 31.5%, H.Pylori infection reaches 32.1%. There is a statistically significant relationship between age, sex, characteristics of abdominal pain, gastrointestinal hemorrhage, anemia, endoscopy result and H.Pylori infection result. The risk of H. pylori infection in children with ulcers is 14.6 times compared with the others. The rate of children infected with both gastrointestinal hemorrhage and H. pylori infection is 2.65 times compared to children with H. pylori and without gastrointestinal hemorrhage.

Keywords: Peptic ulcer, Gastrointestinal hemorrhage, H. Pylori, Gastritis, Quang Ngai Hospital for Women and Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em ít gặp hơn người lớn, ngày càng có xu hướng trẻ hóa, chủ yếu là mạn tính do nhiễm H. pylori^[1]. Triệu chứng thường gặp là đau bụng tái diễn, thường đau vùng thượng vị hoặc quanh rốn và kéo dài, liên quan đến bữa ăn, chiếm tỷ lệ khoảng 73,8% đến 97,6%^{[8],[9]}. Chưa có sự thống nhất trong kết quả các nghiên cứu về vị trí đau, nghiên cứu của Nguyễn Thị Út^[9] (2010) cho thấy vị trí đau thường ở quanh rốn chiếm 73,2%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng^[4] (2017) có tỉ lệ đau quanh rốn là 24,4%, đau thượng vị chiếm 71,1%.

Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng (CLS) tìm H.pylori hiện nay được chia làm 2 nhóm: các test xâm lấn để phát hiện vi khuẩn trong mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày qua nội soi và các test không xâm lấn tránh được nội soi^[4]. Hình ảnh tổn thương của dạ dày tá tràng trên nội soi và kết quả chẩn đoán nhiễm H. pylori giúp các nhà LS đánh giá và phân loại VLDDTT và đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho bệnh nhi. Một vài nghiên cứu cho thấy đa số các bệnh nhi VLDDTT đều xác định kết quả CLS với Clotest dương tính^{[7][9]}. Tuy nhiên, nghiên cứu của Kato Seiichi^[3] cho thấy tỷ lệ nhiễm H. pylori trên bệnh nhân loét tá tràng, loét dạ dày có tỉ lệ khá thấp với 83,0% và 44,2%. Nghiên cứu này cũng tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm H. pylori và VLDDTT ở nhóm tuổi 10-16 tuổi, nhưng không liên quan ở độ tuổi dưới 9 khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác^{[2],[9]}. Có thể thấy kết quả đánh giá đặc điểm LS và CLS trong các nghiên cứu chưa có sự thống nhất. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm

tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Mục tiêu nghiên cứu

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em điều trị tại khoa Nhi Tiêu hóa Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.*

2. *Xác định mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm H.pylori.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian từ 04/2020 đến 09/2021.

Đối tượng nghiên cứu: gồm 117 bệnh nhi được chẩn đoán viêm, loét dạ dày tá tràng qua nội soi đến điều trị tại Khoa tiêu hóa, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Lâm sàng: có một trong các triệu chứng của bệnh lý dạ dày tá tràng có chỉ định nội soi tiêu hóa gồm: đau bụng, nôn, chán ăn, ợ hơi, ợ chua, chướng bụng, nóng rát thượng vị, ỉa phân đen, nôn ra máu, thiếu máu không giải thích được.

- Kết quả nội soi dạ dày tá tràng: có tổn thương viêm hoặc loét dạ dày tá tràng.

- Được làm CLO-test và mô học tìm H. pylori.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trong vòng 4 tuần và điều trị bằng PPI trong vòng 2 tuần trước khi nội soi (ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa).

Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Lập phiếu nghiên cứu

Mỗi trẻ sẽ có một phiếu nghiên cứu riêng theo mẫu in sẵn

- Bước 2: Thu thập mẫu:

+ Tất cả các bệnh nhân khi vào viện đều được khai thác kỹ về tiền sử, bệnh sử, tình trạng dùng thuốc trước đó.

+ Tiến hành khám lâm sàng và đánh giá toàn diện theo mẫu phiếu điều tra thống nhất.

+ Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được làm nội soi dạ dày - tá tràng, qua đó đánh giá tổn thương về mặt hình thái và làm CLO-test, mô học tìm H.pylori.

+ Xét nghiệm công thức máu, xác định tình trạng thiếu máu.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán VLDDTT do nhiễm H.pylori:

+ VLDDTT trên nội soi: Khi thấy sang thương loét hoặc viêm nốt, viêm xước, phù nề, sung huyết mức độ trung bình - nặng

+ VLDDTT trên giải phẫu bệnh: Khi thấy thâm nhiễm tế bào viêm \geq 2-5 tế bào lympho tương bào và/ hoặc đại thực bào trong 1 vi trường

- Nhiễm HP: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HP lần đầu ở trẻ em: Huyết thanh chẩn đoán dương tính và/ hoặc mô bệnh học và CLO-test cùng dương tính, Trường hợp đang xuất huyết tiêu hóa thì chỉ cần 1 trong các xét nghiệm trên dương tính.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm bảo vệ và nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, tuân thủ tất cả các nguyên tắc cơ bản cho các đối tượng tham gia nghiên cứu và tuân thủ tuyên ngôn Helsinki trong nghiên cứu y sinh học. Đề cương được sự chấp thuận và thông qua của hội đồng khoa học cấp bệnh viện và cấp cơ sở.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày ở trẻ em

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=105)	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi (năm)	< 7	23	21,9
	7-11	48	45,7
	>11	34	32,4
Giới	Nam	55	52,4
	Nữ	50	47,6
Tiền sử gia đình có bệnh lý VLDDTT	Có	67	63,8
	Không	38	36,2

Nhận xét: Nhóm tuổi 7-11 tuổi chiếm đa số với 45,7%. VLDDTT gặp ở trẻ nam và nữ có tỉ lệ xấp xỉ nhau. 63,8% trẻ mắc VLDDTT có tiền sử gia đình có bệnh lý VLDDTT.

2. Đặc điểm LS, CLS ở trẻ VLDDTT

Bảng 2. Đặc điểm LS ở trẻ VLDDTT

Đặc điểm	Tần số (n=105)	Tỷ lệ %	
Triệu chứng LS	Đau bụng	103	98,1
	Nôn, buồn nôn	62	59,0
	Chán ăn	58	55,2
	Chướng bụng	42	40,0
	Ợ chua	34	32,4
	Nóng rát	32	30,5
	Nôn ra máu	13	12,4
Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện (tháng)	Đi cầu phân máu	13	12,4
	< 3	70	66,7
	3 - 6	15	14,3
	7 - 12	8	7,6
> 12	12	11,4	

Thời gian đau bụng (tháng)	< 3	70	67,9
	3 - 6	14	13,6
	7 - 12	8	7,8
	> 12 tháng	11	10,7
Vị trí đau bụng	Thượng vị	79	76,7
	Quanh rốn	38	36,9
	Sau lưng	1	1,0
Xuất huyết tiêu hóa	Có	20	19,0
	Không	85	81,0
Thiếu máu	Có	19	18,1
	Không	86	81,9

Nhận xét: Triệu chứng LS thường gặp nhất là đau bụng (chiếm 98,1%). Vị trí đau bụng thường gặp là thượng vị với 76,7%. 19,0% trẻ có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa. Triệu chứng thiếu máu gặp ở 18,1% số trẻ trong nghiên cứu.

Bảng 3. Đặc điểm CLS ở trẻ VLDDTT

Đặc điểm	Tần số (n=105)	Tỉ lệ %
Chỉ số hồng cầu*	MCV	81,0 ± 9,33
	MCH	26,9 ± 5,3

	MCHC	31,9 ± 2,6	
	RWD	13,7 ± 1,5	
	Hb	12,2 ± 1,9	
Đặc điểm nội soi	Viêm dạ dày	77	73,3
	Viêm dạ dày, loét tá tràng	27	25,7
	Viêm dạ dày, loét dạ dày	1	1,0
Có ổ loét	Có	28	26,7
	Không	77	74,35
CLO-test	Dương tính	46	43,8
	Âm tính	59	56,2
Nhiễm H. pylori	Nhiễm	34	32,4
	Không nhiễm	71	67,6

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Các chỉ số hồng cầu: MCV, MCH, MCHC, RWD, Hb ở trẻ VLDDTT có thiếu máu lần lượt là: 81,0fL, 26,9pg; 31,9g/dl, 13,7% và 12,2%. Có 73,3% trẻ được chẩn đoán qua nội soi là viêm dạ dày. Tỷ lệ xuất hiện ổ loét chiếm 26,7%. CLO-test dương tính chiếm tỉ lệ 43,8% và tỷ lệ nhiễm H. pylori có 32,4%.

2. Các mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm H.pylori

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm LS, CLS ở trẻ VLDDTT với kết quả H. pylori

Đặc điểm	Nhiễm H. pylori		OR	p-value	
	Có	Không			
Nhóm tuổi	< 7 tuổi	6 (17,6%)	17 (24,0%)	7,3	0,00
	7-11 tuổi	7 (20,6%)	41 (57,7%)		
	>11 tuổi	21 (61,8%)	13 (18,3%)		
Giới	Nam	29 (85,3%)	26 (36,6%)	7,3	0,006
	Nữ	5 (14,7%)	45 (63,4%)		
Tính chất đau bụng	Lâm râm	15 (39,5%)	23 (60,5%)	2,65	0,039
	Liên tục	7 (17,5%)	33 (82,5%)		
	Từng cơn	11 (44,0%)	14 (56,0%)		
Xuất huyết tiêu hóa	Có	11 (32,4%)	23 (67,6%)	2,9	0,037
	Không	9 (12,7%)	62 (87,3%)		
Thiếu máu	Có	10 (29,4%)	24 (70,6%)	2,9	0,037
	Không	9 (12,7%)	62 (87,3%)		
Chỉ số hồng cầu*	Hb	12,0 ± 2,50	12,4 ± 1,5	14,66	0,00
	MCV	79,7 ± 9,3	81,6 ± 9,3		
	MCH	25,9 ± 2,9	27,3 ± 6,00		
	MCHC	32,0 ± 2,0	36,0 ± 3,4		
Kết quả nội soi có loét	Có loét	21 (75,0%)	13 (16,9%)	14,66	0,00
	Không loét	07 (25,0%)	64 (83,1%)		
Kết quả nội soi chẩn đoán	Viêm dạ dày	14 (41,2%)	63 (88,7%)	14,66	0,1
	VDD, LTT	19 (55,9%)	08 (11,3%)		
	VDD, LDD	1 (2,9%)	0 (0%)		

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H.Pylori (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng LS của bệnh VLDDTT do H. pylori ở trẻ em thường không có triệu chứng đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các triệu chứng của các bệnh lý khác. Trong đó, đau

bụng là triệu chứng bệnh nhi vào viện nhiều nhất [2-9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đau bụng chiếm 98,1%. Tuy nhiên, việc xác định chính xác được thời gian bị bệnh trên LS là không dễ vì những sai lệch chủ quan của đối tượng nghiên cứu. Điều này dẫn đến có một tỷ lệ khác biệt giữa kết quả của các nghiên cứu khi xác định thời gian đau bụng. Đặc điểm của đau bụng cũng thay đổi, có thể đau quanh rốn hoặc đau thượng vị. Nhưng kết quả này có sự tương đồng trong các nghiên cứu khác nhau [8]. Kết quả tìm thấy nổi bật các triệu chứng của thiếu máu trong các trẻ VLDDTT gồm: da xanh, niêm mạc nhạt, chóng mặt. Như vậy, LS trong VLDDTT thường không điển hình, tuy vậy có một số triệu chứng gợi ý VLDDTT ở trẻ em như đau bụng, nhất là vùng thượng vị, đau vị trí quanh rốn, nôn tái diễn, có liên quan đến bữa ăn; thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa; khó chịu, đau bụng một cách mơ hồ và những trẻ này cần khai thác bệnh sử kĩ càng và tốt nhất nên nội soi dạ dày tá tràng để kiểm tra.

Đặc điểm cận lâm sàng: Ở trẻ em, nhiễm H. pylori chủ yếu gây viêm loét hang vị dạ dày và loét tá tràng [8]. Clotest là xét nghiệm xâm lấn hữu ích nhất để chẩn đoán nhiễm H. pylori. Tỷ lệ Clostest (-) trong nghiên cứu này chiếm 56,2% cao hơn so với các nghiên cứu khác có thể do số lượng mẫu mô được lấy, vị trí sinh thiết, sử dụng kháng sinh và thuốc ức chế bơm proton trước đó đã ảnh hưởng đến độ nhạy của test. Tỷ lệ nhiễm H. pylori trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 32,4%, thấp hơn so với các nghiên cứu có liên quan [7],[9], nguyên nhân có thể do số lượng mẫu nghiên cứu ít hơn và các yếu tố ảnh hưởng đến tính chính xác của test mô học như: vị trí, kích thước và số mẫu sinh thiết, phương pháp nhuộm, thuốc ức chế bơm proton (PPI), kháng sinh. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này để chẩn đoán nhiễm H. pylori áp dụng đủ tiêu chuẩn theo Bộ Y tế, không chỉ dùng CLO-test, mà còn cần xét nghiệm mô học tìm H. pylori, nhiễm H. pylori khi cả CLO test và mô bệnh học cùng dương tính. Do đó, tỉ lệ nhiễm H. pylori trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu khác [6].

Mối liên quan: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H. Pylori. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến giới và kết quả nhiễm H. pylori, cụ thể trẻ nam có nguy cơ nhiễm H. pylori cao hơn gấp 7,3 lần so với trẻ nữ. Điều này có thể do các nghiên cứu trên đều dùng các test sàng lọc H. pylori trên diện rộng, không tập trung trên nhóm có mắc

bệnh VLDDTT, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn đã trình bày. Những trẻ có loét thì nguy cơ nhiễm H. pylori cao gấp 14,66 lần so với những trẻ không loét. Trẻ vừa xuất huyết tiêu hóa và nhiễm H. pylori có tỷ lệ cao hơn gấp 2,65 lần so với trẻ nhiễm H. pylori và không xuất huyết tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng (98,1%). Thiếu máu chiếm tỉ lệ 31,5%. Tỷ lệ nhiễm H. Pylori 32,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H. Pylori. Những trẻ có loét thì nguy cơ nhiễm H. pylori cao gấp 14,66 lần so với những trẻ không loét. Trẻ vừa xuất huyết tiêu hóa và nhiễm H. pylori có tỷ lệ cao hơn gấp 2,65 lần so với trẻ nhiễm H. pylori và không xuất huyết tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alimohammadi H (2017), "Childhood recurrent abdominal pain and Helicobacter pylori infection", Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health, 22(12), pp.860-864.
2. Aghareed M., Mohammed A. Alghamdi, Sumayah A. Fallatah, et al (2018), "Risk factors leading to peptic ulcer disease: systematic review in literature", International Journal of Community Medicine and Public Health, 5(10), pp.4617-4624.
3. Kato S., Nishno Y., Ozawa K., et al (2014), "The prevalence of Helicobacter pylori in Japanese children with gastritis or peptic ulcer disease", Journal of Gastroenterology, 39, pp.734-738.
4. Wang Y (2015), "Diagnosis of Helicobacter pylori infection: Current options and developments", World J Gastroenterol, 21(40), pp.11221-35.
5. Nguyễn Thị Thúy Hằng (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 5(121), tr.34-46.
6. Trần Đức Long, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Thu Cúc (2019), "Tình hình nhiễm Helicobacter Pylori, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở trẻ viêm, loét dạ dày - tá tràng từ 6-15 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 19, tr.1-8.
7. Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc (2014), "Loét dạ dày tá tràng do Helicobacter Pylori ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 tại thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 1 năm 2014", Tạp chí Bệnh viện Nhi Đồng 1, tr.1-8.
8. Nguyễn Cẩm Tú, Phạm Thị Ngọc Tuyết, Nguyễn Anh Tuấn (2011), "Viêm loét dạ dày tá tràng do helicobacter pylori ở trẻ em: Đặc điểm lâm sàng, nội soi và hiệu quả diệt khuẩn của phác đồ OAC", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15(1), tr.294-301.
9. Nguyễn Thị Ut, Lê Thanh Hải (2010), "Bước đầu đánh giá hiệu quả diệt Helicobacter Pylori của phác đồ tuần tiến trong điều trị nhiễm Helicobacter Pylori ở trẻ em", Tạp chí Y học thực hành, 727(7), tr.39-41.

NHU CẦU CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO CAO TUỔI SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Hằng¹, Đỗ Thị Khánh Hy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo nhu cầu chăm sóc của người bệnh đột quỵ não cao tuổi sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện từ tháng 1/2021 – 5/2021, dựa trên thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ Y tế về Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện chia nhu cầu chăm sóc thành bốn lĩnh vực gồm nhu cầu y tế, thể chất, tinh thần và xã hội. **Kết quả:** Tất cả 4 lĩnh vực khảo sát gồm chăm sóc y tế, chăm sóc thể chất, tâm lý và xã hội, người bệnh đều có nhu cầu cao trên 90%, trong đó đa số trường hợp nhu cầu được đáp ứng cao với tỷ lệ trên 50%. Trong đó, tỷ lệ nhu cầu không được đáp ứng hoặc đáp ứng dưới 50% cao nhất trong lĩnh vực chăm sóc tinh thần 23,6%, tiếp theo là chăm sóc y tế 14,9%; chăm sóc thể chất 6,8% và thấp nhất là nhu cầu xã hội 3,1%. **Kết luận:** Người bệnh sau đột quỵ não có nhu cầu cao ở hầu hết các lĩnh vực, tuy nhiên còn một tỷ lệ không nhỏ các nhu cầu về tinh thần, y tế chưa được đáp ứng tương xứng.

Từ khóa: đột quỵ não, nhu cầu chăm sóc, nhu cầu chưa được đáp ứng

SUMMARY

CARE NEEDS OF STROKE PATIENTS AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: To investigate the care needs of stroke elderly patients the Central Geriatric Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study, conducted from January 2021 to May 2021, based on the Circular No. 07/2011/TT-BYT dated January 26, 2011 of the Ministry of Health on Guidelines for nursing work on patient care in hospitals, it divides care needs into four areas including medical, physical, mental and social needs. **Results:** All 4 areas of the survey including medical, physical, psychological and social needs, patients have high needs over 90%, in which most of the cases the needs are met high with rate above 50%. In which, the rate of unmet or met less than 50% of needs is highest in the mental care at 23.6%, followed by medical needs at 14.9%; physical needs 6.8% and the lowest social needs 3.1%. **Conclusion:** Post-stroke patients have high needs in most fields, but a large proportion of mental and medical needs have not been adequately met.

Key words: stroke, the care needs, unmet needs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khuyết tật trên thế giới. Theo tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ mắc mới đột quỵ não hàng năm khoảng 100 – 250/100.000 dân[1]. Người bệnh đột quỵ với nhiều khiếm khuyết chức năng thần kinh đòi hỏi hỗ trợ từ nhân viên y tế có đa dạng nhu cầu chăm sóc. Cùng với sự phát triển của kinh tế, văn hóa và xã hội, người bệnh cũng xuất hiện các nhu cầu cao cấp hơn trong trong chăm sóc sức khỏe như nhu cầu xã hội, nhu cầu tâm linh, nhu cầu tự trọng và được công nhận. Tại Việt Nam hiện nay, người bệnh sau đột quỵ não để lại nhiều di chứng và thương tật thứ cấp cần chăm sóc ngay từ giai đoạn đầu cũng như giai đoạn hồi phục mạn tính. Tuy nhiên nhu cầu chăm sóc còn chưa được quan tâm đề cập trong quá trình điều dưỡng tại bệnh viện cũng như tư vấn khi người bệnh trở về cộng đồng. Năm 2019, một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Chen và cộng sự về nhu cầu chăm sóc chưa được đáp ứng đầy đủ của người bệnh sống sót sau đột quỵ não. Kết quả cho thấy trung bình 73,8% trường hợp có ít nhất 1 nhu cầu chưa được đáp ứng. Trong đó 55 trường hợp có nhu cầu về cải thiện hoạt động cơ thể, 47 trường hợp có nhu cầu tham gia các hoạt động hàng ngày và 101 trường hợp nhu cầu về xã hội. Ngoài ra các nhu cầu dịch vụ chưa được đáp ứng phổ biến là nhu cầu thông tin chưa được đáp ứng (3,1%-65,0%), phương tiện đi lại (5,4% -53,0%), trợ giúp tại nhà/chăm sóc cá nhân (4,7% -39,3%) và trị liệu (2,0% -35,7%) [2]. Tại Việt Nam hiện nay, khảo sát về nhu cầu chăm sóc của những người bệnh có vấn đề sức khỏe đang ngày càng được quan tâm, tuy nhiên các nghiên cứu thực hiện trên đối tượng bệnh nhân đột quỵ còn chưa có. Trong khi đó, bệnh nhân đột quỵ thường bị ảnh hưởng bởi tàn tật lâu dài với các nhu cầu liên quan đến nhiều vấn đề bao gồm cả chăm sóc thể chất, tâm lý và cả vấn đề xã hội. Bệnh viện Lão khoa Trung ương là cơ sở đầu ngành về khám chữa bệnh cho người cao tuổi và thường xuyên tiếp nhận và điều trị một số lượng lớn người bệnh đột quỵ não. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu tìm hiểu nhu cầu chăm sóc của nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *khảo sát nhu cầu chăm sóc của người bệnh đột*

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hằng

Email: lehang10051973@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

quy não sau giai đoạn cấp cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh đột quy não đã được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn WHO điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Người bệnh từ 60 tuổi trở lên
- + Người bệnh độc lập trong sinh hoạt trước khi vào viện.
- + Người bệnh hay người chăm sóc hợp tác với nhân viên y tế.
- + Người bệnh đồng ý và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh đột quy não cần thở máy tại khoa hồi sức cấp cứu.
- + Người bệnh đột quy não xuất hiện các tình trạng cấp tính: đột quy não nghiêm trọng, nhồi máu cơ tim, co giật, ...
- + Người bệnh đột quy não có rối loạn về nhận thức và ngôn ngữ nặng ảnh hưởng trực tiếp đến việc hiểu và trả lời câu hỏi nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2021 tại bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Xây dựng bộ khảo sát nhu cầu chăm sóc theo thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ Y tế Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện bao gồm 04 lĩnh vực chính: nhu cầu chăm sóc y tế, thể chất, tinh thần và xã hội. Trong đó:

- + Chăm sóc y tế:
 - Muốn biết về tình hình bệnh tật
 - Muốn tập vận động, đi lại
 - Muốn tập nuốt, tập nói
 - Biết cách đặt tư thế đúng
 - Biết cách phòng ngừa nhiễm trùng
 - Biết các lẩn tránh/ phòng loét
 - Hỗ trợ sử dụng thuốc
- + Chăm sóc về thể chất:

- Hỗ trợ vệ sinh răng miệng hàng ngày
- Hỗ trợ tắm rửa, gội đầu chải tóc
- Hỗ trợ chăm sóc loét
- Hỗ trợ về tư thế, vận động và tập luyện.
- Hỗ trợ đại tiểu tiện
- Hỗ trợ thay ga, trải giường
- Hỗ trợ mặc và thay quần áo.
- Hỗ trợ cho ăn uống
- Được tư vấn chế độ nghỉ ngơi phù hợp với bệnh
- Được tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh.
- Được tư vấn cách tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh.

+ Chăm sóc về tinh thần:

- Giảm lo lắng về tình trạng bệnh
- Hỗ trợ các hoạt động vui chơi, giải trí.
- Muốn giữ bí mật về bệnh tật, vấn đề riêng tư.
- Muốn có không gian riêng tư trong phòng bệnh
- Muốn nghe lời động viên, giải thích về tình trạng và tiến trình điều trị từ nhân viên y tế

+ Nhu cầu về xã hội:

- Hỗ trợ viện phí.
- Muốn được tôn trọng.
- Muốn được đối xử công bằng.
- Muốn được an toàn khi nằm viện.
- Muốn được bày tỏ quan điểm bản thân.

Các nhu cầu được khảo sát theo tiêu chí "có nhu cầu" hoặc "không có nhu cầu", các lĩnh vực "có nhu cầu" được khảo tiếp "nhu cầu đã được đáp ứng" hoặc "nhu cầu chưa được đáp ứng"

Mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 161 trường hợp bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn

Xử lý số liệu. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu, tham khảo hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám lâm sàng người bệnh. Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 161 người bệnh đột quy não, tuổi trung bình 73,6±8,5; nam giới chiếm 56,5%; tỷ lệ nhồi máu não là 85,7%. Khảo sát nhu cầu chăm sóc, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

Bảng 1. Nhu cầu chăm sóc của người bệnh đột quy não

Nhu cầu	Có nhu cầu		Đáp ứng nhu cầu			
	n	%	Đáp ứng		Chưa đáp ứng	
			n	%	n	%
Chăm sóc y tế						
Muốn biết về tình hình bệnh tật	161	100	138	85,7	23	14,3
Muốn tập vận động, đi lại	148	91,9	121	81,8	27	18,2
Muốn tập nuốt, tập nói	106	65,8	81	76,4	25	23,6

Biết cách đặt tư thế đúng	143	88,8	99	69,2	44	30,8
Biết cách phòng ngừa nhiễm trùng	159	98,8	95	59,7	64	40,3
Biết các lần trở/ phòng loét	137	85,1	94	68,6	43	31,4
Biết cách sử dụng thuốc	161	100	159	98,8	2	1,2
Chăm sóc thể chất						
Hỗ trợ vệ sinh răng miệng hàng ngày	133	82,6	128	96,2	5	3,8
Hỗ trợ tắm rửa, gội đầu, chải tóc	143	88,8	138	96,5	5	3,5
Hỗ trợ chăm sóc loét	110	68,3	97	88,2	13	11,8
Hỗ trợ về tư thế, vận động và tập luyện.	152	94,4	139	91,4	13	8,6
Hỗ trợ đại tiểu tiện	117	72,7	113	96,6	4	3,4
Hỗ trợ thay ga trải giường	155	96,3	151	97,4	4	2,6
Hỗ trợ mặc và thay quần áo	142	88,2	138	97,2	4	2,8
Hỗ trợ cho ăn uống	137	85,1	134	97,8	3	2,2
Được tư vấn chế độ nghỉ ngơi phù hợp với bệnh	156	96,9	84	53,9	72	46,1
Được tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh	159	98,8	114	71,7	45	28,3
Được tư vấn cách tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh	158	98,1	84	53,2	74	46,8
Chăm sóc tinh thần						
Giảm lo lắng về tình trạng bệnh	157	97,5	119	75,8	38	24,2
Hỗ trợ các hoạt động vui chơi, giải trí.	144	89,4	104	72,2	40	27,8
Muốn giữ bí mật về bệnh tật, vấn đề riêng tư.	136	84,5	102	75,0	34	25,0
Muốn có không gian riêng tư trong phòng bệnh	125	77,6	80	64,0	45	36,0
Muốn nghe lời động viên, giải thích về tình trạng và tiến trình điều trị từ nhân viên y tế	161	100	135	83,9	26	16,1
Nhu cầu xã hội						
Hỗ trợ viện phí.	161	100	107	66,5	54	33,5
Muốn được tôn trọng.	161	100	156	96,9	5	3,1
Muốn được đối xử công bằng.	161	100	156	96,9	5	3,1
Muốn được an toàn khi nằm viện.	161	100	156	96,9	5	3,1
Muốn được bày tỏ quan điểm bản thân.	158	98,1	149	94,3	9	5,7

Nhận xét: 100% người bệnh có nhu cầu muốn biết về tình hình bệnh, biết cách sử dụng thuốc, muốn nghe lời động viên và các nhu cầu xã hội (bao gồm hỗ trợ viện phí, muốn được tôn trọng, muốn được đối xử công bằng, muốn được an toàn khi nằm viện).

Bảng 2. Phân loại nhu cầu của người bệnh đột quỵ não

Nhu cầu	Nhu cầu cao		Nhu cầu thấp		Đáp ứng dưới 50% nhu cầu		Đáp ứng trên 50% nhu cầu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chăm sóc y tế	158	98,1	3	1,9	24	14,9	137	85,1
Chăm sóc thể chất	149	92,6	12	7,4	11	6,8	150	93,2
Chăm sóc tinh thần	155	96,3	6	3,7	38	23,6	123	76,4
Nhu cầu xã hội	161	100	0	0	5	3,1	156	96,9

Nhận xét: Cả 4 lĩnh vực người bệnh đều có nhu cầu cao trên 90%. Trong đó 100% trường hợp có nhu cầu cao trong lĩnh vực xã hội. Đa số trường hợp nhu cầu của người bệnh đều được đáp ứng cao với tỷ lệ trên 50%.

IV. BÀN LUẬN

Người bệnh sống sót sau đột quỵ não thường có các rối loạn thiếu hụt chức năng thần kinh, nhận thức, có chất lượng cuộc sống kém đòi hỏi sự quan tâm và chăm sóc từ người thân và nhân viên y tế. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát nhu cầu chăm sóc của nhóm bệnh nhân này theo 4 lĩnh vực chính bao gồm nhu cầu chăm sóc về y

tế, chăm sóc thể chất, chăm sóc về tinh thần và nhu cầu xã hội. Kết quả cho thấy 100% người bệnh có ít nhất một nhu cầu chăm sóc. Cả 4 lĩnh vực kể trên người bệnh đều có nhu cầu cao trên 90%. Trong đó 100% trường hợp có nhu cầu cao trong lĩnh vực xã hội. Cụ thể tỷ lệ cao nhất là nhu cầu muốn biết về tình hình bệnh, biết cách sử dụng thuốc, muốn nghe lời động viên và các nhu cầu xã hội (bao gồm hỗ trợ viện phí, muốn được tôn trọng, muốn được đối xử công bằng, muốn được an toàn khi nằm viện) (chiếm 100%). Các nhu cầu khác đều có tỷ lệ dao động từ trên 60% đến 99%.

Trong chăm sóc y tế, nhu cầu "muốn tập nuốt, tập nói" chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ 65,8% trường hợp có nhu cầu. Trong chăm sóc thể chất, nhu cầu "hỗ trợ chăm sóc loét" chiếm tỷ lệ thấp nhất là 68,3% trường hợp. Mặc dù vậy việc dự phòng loét là cần thiết đối với người bệnh có liệt vận động và rối loạn cảm giác sau đột quỵ. Vì vậy, nhu cầu chăm sóc loét ở nhóm bệnh nhân này vẫn chiếm tỷ lệ cao. Trong nhóm nhu cầu chăm sóc tinh thần, tỷ lệ người bệnh có nhu cầu "muốn có không gian riêng tư trong phòng bệnh" chiếm 77,6% thấp hơn so với các nhu cầu còn lại. Tuy nhiên tỷ lệ có nhu cầu này cũng ở mức khá cao. Cùng với sự phát triển kinh tế, văn hóa và hệ thống chăm sóc y tế toàn diện, nhiều cơ sở bệnh viện tăng cường các phòng bệnh chất lượng cao, đảm bảo giãn cách giường bệnh. Bàn thân người bệnh và NCS đòi hỏi một không gian riêng tư và yên tĩnh đảm bảo bí mật cũng như thuận tiện cho chăm sóc người bệnh tốt hơn. Mặt khác, khi khảo sát một số nhu cầu xã hội, kết quả cho thấy tỷ lệ cao từ 98,1% đến 100% ở cả 5 lĩnh vực bao gồm "hỗ trợ viện phí"; "muốn được tôn trọng"; "muốn được đối xử công bằng"; "muốn được an toàn khi nằm viện" và "muốn được bày quan điểm của bản thân". Kết quả này khá phù hợp với học thuyết về tháp nhu cầu Maslow bao gồm một mô hình 5 tầng giống như một kim tự tháp, nó thể hiện các nhu cầu tự nhiên của con người và phát triển dần dần từ nhu cầu cơ bản cho đến các nhu cầu cao hơn. Nhu cầu cơ bản có thể kể đến như: ăn, uống, ngủ, nghỉ...Nhu cầu nâng cao xuất hiện sau khi đã đáp ứng được nhu cầu cơ bản đó là các mong muốn về: an toàn, tôn trọng, địa vị, danh tiếng...Sau khi các nhu cầu về sinh lý và an toàn đã được đáp ứng thì con người sẽ chú ý nhiều vào nhu cầu giao lưu tình cảm. Theo tháp Maslow và theo thực tế cuộc sống thì con người luôn muốn được hòa nhập vào một cộng đồng, Nhu cầu được kính trọng thể hiện qua việc mong muốn được người khác coi trọng và chấp nhận họ. Nhu cầu này thể hiện rõ ở lòng tự trọng, sự tín nhiệm, tự tin, tin tưởng và mức độ thành công của một người. Và cuối cùng nhu cầu thể hiện bản thân là mức mà con người muốn đạt được tất cả mọi thứ trong lĩnh vực của mình, họ muốn đứng đầu và không ngừng hoàn thiện những gì mình đang sở hữu. Như vậy có thể thấy đối với người bệnh sau đột quỵ não, nhu cầu chăm sóc không chỉ dừng lại ở nhu cầu chăm sóc y tế và thể chất sinh lý mà còn đòi hỏi nhu cầu về mặt tinh thần và xã hội rất cao. Nhân viên y tế và NCS cũng cần quan tâm đến các mặt này

đảm bảo người bệnh được chăm sóc toàn diện. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Năm 2019, một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Chen và cộng sự về nhu cầu chăm sóc chưa được đáp ứng đầy đủ của người bệnh sống sót sau đột quỵ não. Kết quả cho thấy trung bình 73,8% trường hợp có ít nhất 1 nhu cầu chưa được đáp ứng thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (100%) do đa số các nghiên cứu này thực hiện trên đối tượng bệnh nhân đột quỵ giai đoạn mạn tính, điều trị tại nhà, người bệnh đã có thời gian thích nghi với các khiếm khuyết chức năng của họ. Mặc dù vậy Chen cũng nhận thấy trong các lĩnh vực nhu cầu khác nhau có 55 trường hợp có nhu cầu về cải thiện hoạt động thể chất, 47 trường hợp có nhu cầu tham gia các hoạt động hàng ngày và tỷ lệ cao nhất là các nhu cầu về mặt xã hội (101 trường hợp) [2]. Hafsteindottir và cộng sự thực hiện nghiên cứu tổng quan dựa trên 21 báo cáo nhu cầu liên quan đến giáo dục nhận thấy người bệnh đột quỵ và người chăm sóc cho biết nhu cầu giáo dục liên quan đến kiến thức về các khía cạnh lâm sàng của đột quỵ, phòng ngừa, điều trị và phục hồi chức năng. Các nhu cầu được báo cáo phổ biến nhất của người chăm sóc liên quan đến việc di chuyển và nâng của bệnh nhân, các bài tập, thay đổi tâm lý và các vấn đề dinh dưỡng. Bệnh nhân và người chăm sóc muốn có thông tin phù hợp với tình trạng của họ [3]. Như vậy có thể thấy tùy từng quốc gia, thời điểm nghiên cứu và địa điểm thực hiện chăm sóc tại bệnh viện hay tại nhà nhu cầu người bệnh khác nhau và thường thay đổi. Mặc dù vậy các nhu cầu này đều phụ thuộc chủ yếu vào đặc điểm khiếm khuyết chức năng và sự phụ thuộc của người bệnh trong ADL. Đồng thời nhu cầu về mặt xã hội và tâm lý cũng được đề cập với vai trò ngày càng quan trọng liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.[4-6]

Người bệnh có nhu cầu cao ở hầu hết các lĩnh vực và đa số trường hợp đều được đáp ứng trên 50%, tuy nhiên tỷ lệ đáp ứng nhu cầu chăm sóc tinh thần thấp nhất (76,4%). Tỷ lệ nhu cầu không được đáp ứng hoặc đáp ứng dưới 50% là cao nhất trong lĩnh vực chăm sóc tinh thần chiếm 23,6% trường hợp, tiếp theo là chăm sóc y tế 14,9%; chăm sóc thể chất 6,8% và thấp nhất là nhu cầu xã hội 3,1%. Như vậy có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù nhu cầu xã hội chiếm tỷ lệ rất cao thì tỷ lệ đáp ứng nhu cầu trên 50% cũng cao nhất chiếm đến 96,9% được đáp ứng. Phối hợp với kết quả được mô tả trong bảng 1 cho thấy trong lĩnh vực chăm

sóc y tế các nhu cầu được đáp ứng với tỷ lệ thấp nhất là "biết cách phòng ngừa nhiễm trùng" chỉ 59,7% so với 98,8% có nhu cầu và nhu cầu "biết cách đặt tư thế đúng" chỉ 69,2% đáp ứng so với 88,8% trường hợp có nhu cầu. Ngoài ra trong lĩnh vực chăm sóc thể chất, nhu cầu "Được tư vấn chế độ nghỉ ngơi phù hợp với bệnh" và "Được tư vấn cách tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh: có tỷ lệ được đáp ứng thấp nhất chỉ 53,9% và 53,2% so với tỷ lệ có nhu cầu là 96,9% và 98,1%. Trong lĩnh vực chăm sóc về mặt tinh thần nhận thấy tỷ lệ đáp ứng nhu cầu khá thấp so với 4 lĩnh vực còn lại, chỉ dao động từ 60 đến hơn 80% so với nhu cầu cao trên 80%. Nhu cầu về mặt xã hội đã được chứng minh có ý nghĩa quan trọng với tỷ lệ nhu cầu và tỷ lệ được đáp ứng cao. Tuy nhiên phân tích chi tiết các nhu cầu xã hội khác nhau trong bảng khảo sát của chúng tôi nhận thấy nhu cầu hỗ trợ viện phí có tỷ lệ đáp ứng thấp nhất chỉ 66,5% so với các nhu cầu xã hội khác tỷ lệ đáp ứng thường trên 90%. Điều này có thể cho thấy áp lực về viện phí cũng ảnh hưởng nhất định nhu cầu của người bệnh. Dường như các thông tin về chi phí điều trị, chi phí chăm sóc và thuốc điều trị chưa được thông báo một cách cụ thể chi tiết cho người bệnh cũng như giải thích về các quy định hỗ trợ viện phí từ bảo hiểm y tế nói chung.

Như vậy, các kết quả nghiên cứu trên về nhu cầu chăm sóc có thể giúp nhân viên y tế cũng như người chăm sóc xác định các nhu cầu của người bệnh và có phương án đáp ứng phù hợp giúp nâng cao chất lượng sống cũng như chất lượng chăm sóc y tế của người bệnh tại bệnh

viện cũng như ngoại viện.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát nhu cầu chăm sóc người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp cho thấy tất cả 4 lĩnh vực khảo sát bao gồm chăm sóc y tế, chăm sóc thể chất, tâm lý và xã hội, người bệnh đều có nhu cầu cao trên 90%, trong đó đa số trường hợp nhu cầu được đáp ứng cao với tỷ lệ trên 50%.

Chăm sóc tinh thần có tỷ lệ đáp ứng cao thấp nhất (76,4%). Tỷ lệ nhu cầu không được đáp ứng hoặc đáp ứng dưới 50% là cao nhất trong lĩnh vực chăm sóc tinh thần chiếm 23,6% trường hợp, tiếp theo là chăm sóc y tế 14,9%; chăm sóc thể chất 6,8% và thấp nhất là nhu cầu xã hội 3,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Katan Mira and L. Andreas.** Global burden of stroke. in Seminars in neurology. 2018. Thieme Medical Publishers.
2. **Chen Shen, et al.,** Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in eastern china: a cross-sectional study. BMC geriatrics, 2018. **18**(1): p. 1-11.
3. **Hafsteinsdóttir T. B., et al.,** Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. Patient Educ Couns, 2011. **85**(1): p. 14-25.
4. **Jamison James, et al.,** Evaluating practical support stroke survivors get with medicines and unmet needs in primary care: a survey. BMJ open, 2018. **8**(3): p. e019874.
5. **McKevitt Christopher, et al.,** UK stroke survivor needs survey. London: The Stroke Association, 2010.
6. **Hotter Benjamin, et al.,** Identifying unmet needs in long-term stroke care using in-depth assessment and the post-stroke checklist-The Managing Aftercare for Stroke (MAS-I) study. European stroke journal, 2018. **3**(3): p. 237-245.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) tại Trung tâm ung bướu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021.

¹ *Quý Hỗ trợ bệnh nhân ung thư – Ngày mai tươi sáng*

² *Trường Đại học Y tế Công Cộng*

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Vân Anh

Email: Anhdang16716@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Đặng Thị Vân Anh¹, Đỗ Thị Hạnh Trang²

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Nghiên cứu định lượng thực hiện trên 190 người bệnh đang điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên trong khoảng thời gian từ tháng 12/2020 – tháng 06/2021. Nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua phỏng vấn sâu người bệnh và cán bộ y tế. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa nghề nghiệp ($p=0,035$; $\chi^2=8,193$) và nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư. Ngoài ra một số yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh bao gồm giai đoạn bệnh, tình trạng bệnh, cơ sở vật chất của trung tâm, nguồn lực, trang thiết bị và tình trạng thiếu hụt thuốc điều trị. **Kết luận và khuyến nghị:** Cần có

kế hoạch cụ thể để tăng cường hỗ trợ chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh, đặc biệt cần lưu ý ở giai đoạn muộn. Đồng thời tiếp tục duy trì hỗ trợ người bệnh ở các khía cạnh khác (hỗ trợ thể chất, tâm lý, thông tin y tế).

Từ khóa: ung thư, chăm sóc giảm nhẹ, người bệnh, nhu cầu.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING PALLIATIVE CARE NEEDS AMONG CANCER PATIENTS AT ONCOLOGY CENTER, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2021

Objective: To identify some factors affecting the need for palliative care of cancer patients at the Oncology Center of Thai Nguyen National Hospital in 2021. **Methods:** A cross-sectional study was conducted, combining both qualitative and quantitative methods. Qualitative research was done through surveying 190 patients being treated at the Oncology Center of Thai Nguyen national hospital from December 2020 to June 2021. Qualitative research was done through in-depth interviews with patients and healthcare workers at the Oncology center. **Results:** There is a relationship between occupation ($p=0.035$; $\chi^2=8.193$) and the need for palliative care of cancer patients. Qualitative research identified the stage of disease, disease status, center's facilities, resources, equipment, and lack of therapeutic drugs as factors a patient's palliative care needs. **Conclusions and recommendations:** There should be a specific plan to strengthen palliative care support for patients, especially at the later stage. Also, it is important to maintain support regarding health information, psychological care and physical health care.

Key words: cancer, palliative care, patient, need.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB) và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề sức khỏe đe dọa tính mạng, thông qua sự ngăn ngừa và làm giảm gánh nặng họ chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện, điều trị đau và các vấn đề khác như thể lực, tâm lý xã hội và tâm linh. Hiện nay nhu cầu CSGN đối với NB ung thư đang gia tăng nhanh chóng cùng với sự gia tăng của số trường hợp hiện mắc và mới mắc ung thư. Năm 2020 thế giới ghi nhận hơn 19 triệu ca mắc và hơn 9,9 triệu ca tử vong do ung thư (2). Tại Việt Nam, ung thư là một trong các vấn đề sức khỏe tạo ra gánh nặng bệnh tật rất lớn. Năm 2020, ước tính Việt Nam có 182.563 ca mắc mới và 122.690 ca tử vong do ung thư (2). Đến năm 2060 nhu cầu đối với CSGN vào cuối cuộc đời dự kiến sẽ tăng gấp đôi so với năm 2016, đặc biệt 30% người lớn có nhu cầu CSGN là các bệnh nhân ung thư (6). Hiện

nay y học Việt Nam đã có nhiều tiến bộ trong việc cải thiện và nâng cao công tác điều trị, chẩn đoán trong lĩnh vực điều trị ung thư. Tuy nhiên công tác CSGN và các vấn đề liên quan cho NB ung thư vẫn chưa được chú trọng. Trong những năm gần đây Trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đang hướng tới tập trung đẩy mạnh công tác CSGN cho NB ung thư nhằm nâng cao chất lượng sống cho NB ung thư được điều trị tại trung tâm. Hiện tại trung tâm là nơi tiếp nhận điều trị NB ung thư cho 6 tỉnh miền núi phía bắc. Tính từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2020 Trung tâm đã tiếp nhận khám hơn 8.300 lượt bệnh nhân ngoại trú, nhập khoa điều trị hơn 4.600 lượt nội trú. Hiện tại chưa có bất kỳ một nghiên cứu nào được thực hiện nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới nhu cầu CSGN của bệnh nhân đang điều trị tại Trung tâm ung bướu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Do đó nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu xác định các yếu tố ảnh hưởng tới nhu cầu CSGN của người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Nhóm người bệnh: NB được chẩn đoán và đang điều trị ung thư tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên, đáp ứng các tiêu chuẩn: 1) từ 18 tuổi trở lên, 2) là bệnh nhân đang điều trị nội trú, 3) không mắc các rối loạn tâm thần hoặc nhận thức nghiêm trọng.

Nhóm cán bộ y tế: bác sĩ chuyên khoa điều trị ung bướu, có trên 3 năm kinh nghiệm làm việc trong lĩnh vực điều trị ung bướu và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Thiết kế nghiên cứu: sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

2.3 Thời gian và địa điểm: Số liệu thu thập tại Trung tâm Ung bướu BV Trung ương Thái Nguyên (sau đây gọi tắt là Trung tâm ung bướu Thái nguyên) từ tháng 12/2020 đến tháng 06/2021.

2.4 Cỡ mẫu: Nghiên cứu định lượng: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ 190 NB đang điều trị tại Trung tâm vào thời điểm thu thập số liệu tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính: Chọn chủ đích 05 NB ung thư và 03 cán bộ y tế (cụ thể: 01 bác sĩ điều trị trực tiếp và 02 điều dưỡng chăm sóc trực tiếp cho NB).

2.5 Biên số: Biên số nghiên cứu định lượng: Biến phụ thuộc: Nhu cầu CSGN của NB được đo lường qua bộ công cụ PNPC (Problems and needs in Palliative care) phiên bản ngắn để đánh giá nhu cầu CSGN của người bệnh. PNPC phiên bản ngắn bao gồm 35 câu hỏi về thực

trạng và nhu cầu CSGN về 7 khía cạnh (1) Thể chất; (2) Thông tin y tế; (3) Tâm lý/tinh thần; (4) Giao tiếp; (5) Tự chủ; (6) Khó khăn trong các hoạt động hằng ngày; (7) Tài chính (4).

- Các biến độc lập bao gồm: tuổi, giới, nghề nghiệp, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập hộ gia đình, giai đoạn bệnh.

Các chủ đề nghiên cứu định tính: Các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN: các yếu tố thuộc về NB và các yếu tố thuộc về phía cung cấp dịch vụ.

2.6 Phương pháp thu thập số liệu. Dữ liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp.

2.7 Tiêu chuẩn đánh giá. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ PNPC phiên bản rút gọn, gồm 7 mục lớn và 37 tiểu mục. Mỗi tiểu mục sử dụng thang đo 3 mức độ trong đó:

- Mức 1: Chưa có nhu cầu
- Mức 2: Có nhu cầu thấp
- Mức 3: Có nhu cầu cao

Đánh giá nhu cầu CSGN trong mỗi tiểu mục được thực hiện:

- NB chưa có nhu cầu: chọn đáp án 1
- NB có nhu cầu: chọn đáp án 2 và 3

NB có nhu cầu hỗ trợ ở 3/7 mục lớn trở lên sẽ được tính là có nhu cầu CSGN chung (4).

2.8 Xử lý, phân tích

Nghiên cứu định lượng: Nhập và làm sạch số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Sử dụng

3.2 Các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN

3.2.1 Các yếu tố thuộc về phía cá nhân người bệnh.

Bảng 2. Mối liên quan giữa nhu cầu CSGN và đặc điểm nhân khẩu học

Yếu tố	Nhu cầu CSGN		Tổng	P (χ^2)	
	Có nhu cầu	Chưa có nhu cầu			
Giới tính	Nam	81 (64,3%)	50 (78,1%)	131 (68,9%)	0,075 (3,178)
	Nữ	45 (35,7%)	14 (21,9%)	59 (31,1%)	
Nhóm tuổi	20 - 59	61 (48,4%)	30 (46,9%)	91 (47,9%)	0,963 (0,002)
	≥ 60	65 (51,6%)	34 (53,1%)	99 (52,1%)	
Dân tộc	Kinh	83 (65,9%)	50 (78,1%)	133 (70%)	0,115 (2,478)
	Khác	43 (34,1%)	14 (21,9%)	57 (30%)	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn sớm	31 (37,8%)	19 (59,4%)	50 (43,9%)	0,061 (3,517)
	Giai đoạn muộn	51 (62,2%)	13 (40,6%)	64 (56,1%)	
Thu nhập hộ gia đình	Thu nhập thấp	31 (29,8%)	12 (23,5%)	43 (27,7%)	0,529 (0,396)
	Thu nhập cao	73 (70,2%)	39 (76,5%)	112 (72,3%)	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	122 (96,8%)	61 (95,3%)	183 (96,3%)	0,69
	Độc thân	4 (3,2%)	3 (4,7%)	7 (3,7%)	
Trình độ học vấn	Cấp I	28 (22,2%)	9 (14,1%)	37 (19,5%)	0,222 (3,127)
	Cấp II	66 (52,4%)	32 (50%)	98 (51,6%)	
	Cấp III trở lên	32 (25,4%)	23 (35,9%)	55 (28,9%)	
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	4 (3,2%)	2 (3,1%)	6 (3,2%)	0,035 (8,193)
	Làm ruộng	82 (65,1%)	31 (48,4%)	113 (59,5%)	
	Tự do	25 (19,8%)	13 (20,3%)	38 (20%)	
	Nghỉ hưu	15 (11,9%)	18 (28,1%)	33 (17,4%)	

phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

Nghiên cứu định tính: Các bảng phỏng vấn sâu được gỡ băng, mã hóa số liệu theo từng nội dung và phân tích theo các chủ đề về quan điểm về nhu cầu CSGN của người bệnh.

2.9 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được xét duyệt bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng theo quyết định số 116/2021/YTCC – HD3 ngày 24/03/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung: Độ tuổi trung bình của 190 NB tham gia nghiên cứu là 60,09 ($\pm 11,25$) tuổi. Có 113 (chiếm 59,5%) NB có nghề nghiệp làm ruộng, nhóm NB có nghề nghiệp là CBVC chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,2%). Về trình độ học vấn, có 98 (chiếm 51,6%) NB có trình độ học vấn là THCS, nhóm NB có trình độ học vấn là tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất (19,5%). Về thu nhập trung bình hàng tháng, có 58,9% (112/190) NB tham gia nghiên cứu thuộc nhóm thu nhập cao, còn lại 41,1% NB có thu nhập thấp. Phần lớn NB tham gia nghiên cứu đã kết hôn (96,3%). Về chẩn đoán bệnh, 3 mặt bệnh ung thư ghi nhận nhiều nhất trong nhóm NB tham gia nghiên cứu là ung thư phổi (18,4%), ung thư thực quản (12,1%) và ung thư dạ dày (11,6%). Có 126 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 66,3 %) có nhu cầu CSGN chung.

Kết quả nghiên cứu định lượng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp ($p=0,035$; $\chi^2=8,193$) với nhu cầu CSGN của NB ung thư. Mối liên quan này là mối liên quan yếu do hệ số Cramer's V = 0,035. Các yếu tố khác không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhu cầu CSGN của NB. Tỷ lệ NB ở giai đoạn muộn có nhu cầu CSGN (62,2%), nhóm NB ở giai đoạn sớm có nhu cầu CSGN (37,8%). Tuy nhiên không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn bệnh và nhu cầu CSGN của NB ($p=0,061$).

Kết quả định tính

Giai đoạn bệnh. Kết quả phỏng vấn sâu NB và bác sĩ đều cho thấy, giai đoạn có ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN của người bệnh. Những đối tượng giai đoạn muộn có xu hướng cần được hỗ trợ nhiều hơn so với giai đoạn sớm.

"... Nhu cầu CSGN của bệnh nhân giai đoạn muộn cũng cao hơn ở bệnh nhân giai đoạn sớm do đối với bệnh nhân ở giai đoạn muộn sẽ có nhiều triệu chứng hơn như là đau, khó thở rồi các rối loạn về tâm sinh lý, nó nhiều hơn những bệnh nhân ở giai đoạn sớm....." (PVS_CBYT2)

NB ở chia sẻ rằng họ có ít nhu cầu về thông tin y tế hơn so với NB ở giai đoạn muộn. "Hiện tại giai đoạn sớm đoạn này thì chú chưa có nhu cầu biết thêm về thông tin y tế nhưng tương lai bệnh nặng hơn chắc là sẽ cần." (PVS_NB 1_58T)

Thu nhập của hộ gia đình. Thu nhập của hộ gia đình có ảnh hưởng trực tiếp đến nhu cầu CSGN của người bệnh. Với những NB có tình trạng kinh tế khó khăn việc không có đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế khiến họ e ngại trong việc yêu cầu các can thiệp hỗ trợ về CSGN.

"Theo cô, bây giờ mỗi một NB thì có một căn bệnh riêng, nó rất là đau, ai cũng muốn CSGN nhưng mà cái điều kiện kinh tế của mình thì nó không có. Thế nên là có muốn thì cũng không được." (PVS_BN3_48T)

3.2.2 Các yếu tố thuộc về phía cung cấp dịch vụ

Thuận lợi trong hoạt động CSGN

Sự hỗ trợ của bệnh viện trong hoạt động CSGN. Những hoạt động CSGN được ban lãnh đạo bệnh viện quan tâm. Đây là một trong những yếu tố giúp các công tác trong việc đáp ứng nhu cầu CSGN cho NB được tốt hơn, NB được chăm sóc toàn diện hơn. Trong thời gian gần đây, Trung tâm đã xây dựng đề án tách khoa nhằm hỗ trợ chuyên sâu cho người bệnh.

"Trung tâm cũng có đề án tách khoa để điều trị chuyên sâu và thời điểm hiện tại đã hoạt động tương đối độc lập. Mặc dù chưa tách khoa nhưng

gọi là thành từng bộ phận rồi, xạ trị, phẫu thuật, tức là đã riêng từng bộ phận và có người phụ trách rồi." (PVS_CBYT2)

Mặc dù còn nhiều hạn chế trong các hoạt động chăm sóc tâm lý, tư vấn và thông tin y tế, tuy nhiên Trung tâm đã cố gắng chú trọng, quan tâm để cải thiện hạn chế này. Hiện tại Trung tâm đã có kế hoạch đẩy mạnh công tác CSGN cho NB ung thư, tập trung hỗ trợ những khía cạnh NB có nhu cầu cao như hỗ trợ thể chất, tư vấn tâm lý hay thậm chí tư vấn, cung cấp thông tin cho cả người nhà bệnh nhân.

"Trung tâm sẽ cố gắng phát triển thêm những khía cạnh khác nữa như chăm sóc các triệu chứng, tư vấn tinh thần rồi tư vấn trước và sau khi vào viện, kể cả tư vấn cho người nhà bệnh nhân để hướng tới mô hình chăm sóc toàn diện." (PVS_CBYT3)

Sự phối hợp với các khoa phòng khác.

Trung tâm đã có sự phối hợp với các khoa phòng khác nhằm hỗ trợ NB ung thư. Tuy nhiên, hoạt động phối hợp này chủ yếu là liên kết/hợp tác với phòng công tác xã hội. Bên cạnh là cầu nối kêu gọi quyên góp các tổ chức từ thiện, nhà hảo tâm, giúp hỗ trợ cho những NB có hoàn cảnh gia đình khó khăn, phòng công tác xã hội cũng thực hiện tổ chức chuyến xe yêu thương. Đây là những hoạt động hết sức có ý nghĩa và hỗ trợ rất thiết thực cho người bệnh.

"Tại Trung tâm đang có chương trình của phòng công tác xã hội là những chuyến xe hỗ trợ bệnh nhân đi về, có đăng kí và cũng đã triển khai rồi." (PVS_CBYT2)

Sự quan tâm hỗ trợ của các tổ chức từ thiện. Bệnh ung thư được coi là một bệnh hiểm nghèo nên những NB ung thư cũng được các tổ chức xã hội đặc biệt quan tâm. Hằng năm, Trung tâm vẫn duy trì phối hợp với các tổ chức từ thiện như Quỹ Hỗ trợ bệnh nhân ung thư – Ngày mai tươi sáng để hỗ trợ tài chính cho những NB có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn.

"Ngoài ra cũng có các quỹ kể cả không riêng gì viện mà có các quỹ cho bệnh nhân ung thư như là "Ngày mai tươi sáng" cũng hỗ trợ những bệnh nhân có hoàn cảnh rất là khó khăn." (PVS_CBYT3)

Khó khăn trong hoạt động CSGN

Hạn chế về nguồn nhân lực. Mặc dù được các ban lãnh đạo quan tâm và Trung tâm cũng đã có những kế hoạch cụ thể nhằm đáp ứng nhu cầu người bệnh, tuy nhiên việc thiếu nguồn nhân lực cũng ảnh hưởng tới việc cung cấp hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho người bệnh. Các hoạt động hỗ trợ NB tại Trung tâm mới chỉ tập trung

vào hỗ trợ thể chất, còn các vấn đề tâm lý, thông tin y tế... vẫn chưa được quan tâm đúng mực.

"Nguồn lực tại Trung tâm cũng có hạn, số lượng bệnh nhân thì nhiều quá nên cũng không thể chăm sóc toàn diện được." (PVS_CBYT1)

"Hiện tại Trung tâm vẫn đang tập trung chủ yếu vào điều trị triệu chứng nhiều hơn về mặt tâm lý, tinh thần hay những nhu cầu xã hội khác. Hỗ trợ NB về mặt tâm lý/tinh thần thì cũng chưa thể thành lập 1 team như trong đúng lý thuyết về việc CSGN là chưa triển khai được." (PVS_CBYT3)

Bên cạnh đó, việc quá tải cũng dẫn đến những nhu cầu của NB chưa đáp ứng được hết. Các hoạt động hỗ trợ như tư vấn tâm lý hay tư vấn thông tin y tế chưa được tách biệt hoàn toàn mà chỉ lồng ghép cùng công tác chăm sóc bệnh nhân hàng ngày:

"Các hoạt động hỗ trợ tâm lý thì hiện tại ở đây mới chỉ lồng vào cùng công tác chăm sóc bệnh nhân hàng ngày thôi, chứ để tư vấn tâm lý riêng thì chưa đi sâu do quá tải bệnh nhân nên mình cũng không thể ấy hết được" (PVS_CBYT2)

Hạn chế về cơ sở vật chất. Cơ sở vật chất của trung tâm như trang thiết bị, thuốc men để đáp ứng cho việc điều trị cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới việc cung cấp dịch vụ cho người bệnh. Nhiều trường hợp bảo hiểm thuốc men hết hạn cũng gây ảnh hưởng tới CSGN cho người bệnh.

"Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN của NB tại Trung tâm. Về phía Trung tâm có thể là do nguồn lực, trang thiết bị rồi thuốc để đáp ứng cho việc điều trị..." (PVS_CBYT2)

IV. BÀN LUẬN

Y văn cho thấy, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN của NB ung thư. Khi tình trạng bệnh nặng hơn thì NB sẽ có nhiều triệu chứng hơn như đau, khó thở... Do đó, họ cần được hỗ trợ nhiều hơn về mặt thể chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả định lượng chỉ ra chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn bệnh và nhu cầu CSGN của NB ung thư. Tuy nhiên, kết quả định tính chúng tôi lại thống nhất với y văn, cụ thể, kết quả phỏng vấn sâu NB và bác sĩ cho thấy, những đối tượng giai đoạn muộn có xu hướng có nhu cầu cần hỗ trợ nhiều hơn so với giai đoạn sớm. Do vậy, Trung tâm cần có kế hoạch cụ thể để tăng cường hỗ trợ CSGN cho người bệnh, đặc biệt lưu ý ở giai đoạn muộn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tìm ra mối quan hệ giữa nghề nghiệp với nhu cầu CSGN của người bệnh. NB có

nghề nghiệp làm ruộng có nhu cầu CSGN cao nhất, điều này có thể do nghề làm ruộng có thu nhập thấp dẫn đến họ cần hỗ trợ nhiều hơn về mặt tài chính. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này đa số những NB có nghề nghiệp là làm ruộng có trình độ học vấn từ cấp 2 trở xuống. NB có trình độ học vấn thấp có thể thiếu kỹ năng tìm kiếm thông tin y tế từ các nguồn khác nhau, đa số thông tin của họ đến từ việc hỏi nhân viên y tế. Do đó nhu cầu về thông tin y tế của NB có thể sẽ không được đáp ứng đủ. Nghiên cứu cũng ghi nhận những yếu tố thuộc về phía bệnh viện có ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN của NB như là thiếu nguồn nhân lực, hạn chế trang thiết bị y tế hoặc tình trạng quá tải bệnh viện. Đây là những yếu tố khiến việc đáp ứng nhu cầu hỗ trợ của NB chưa được đáp ứng toàn diện. Trung tâm cần chú trọng hơn trong việc hỗ trợ tâm lý/tinh thần cho người bệnh, cụ thể nhân viên y tế cần hỗ trợ động viên củng cố niềm tin cho NB để duy trì điều trị và động viên họ vượt qua những giai đoạn khó khăn, tư vấn tâm lý giúp NB dễ dàng hơn trong chấp nhận bệnh. Đối với nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế, cần tăng cường trao đổi trực tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh. Bên cạnh đó, trung tâm có thể tổ chức các CLB CSGN giúp NB có thể giao lưu, trao đổi thông tin hay cải thiện tâm lý/tinh thần.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng có tìm hiểu một số các yếu tố liên quan khác (yếu tố cá nhân) với nhu cầu CSGN. Tuy nhiên kết quả phân tích đã chỉ ra rằng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Ulrich năm 2017 tại Đức (7). Tại Việt Nam nghiên cứu của Đỗ Thị Thắm tại bệnh viện K đã kết luận tỷ lệ NB nữ có nhu cầu hỗ trợ thể chất cao hơn so với NB nam (OR = 0,25; KTC 95% 0,03 – 0,19) (1). Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt trong việc sử dụng bộ câu hỏi và thang đo giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu chúng tôi dùng bộ câu hỏi PNPC – xác định những vấn đề NB ung thư nói chung và mức độ nhu cầu hỗ trợ về những vấn đề mà họ đang gặp phải. Về mối liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu - xã hội học và nhu cầu CSGN, kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Nghiên cứu của Tao Wang tại Trung Quốc đã chỉ ra có mối liên quan giữa trình độ học vấn và nhu cầu CSGN của NB (8). Hay trong nghiên cứu của Morasso G đã chỉ ra những bệnh nhân độc thân có tỷ lệ không được đáp ứng hỗ trợ về tinh thần và giao tiếp cao hơn so với những bệnh nhân đã kết hôn (5). Sự khác biệt

này có thể là do khác biệt về mặt thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu này có một số hạn chế nhất định. Cụ thể, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu gợi mở với cỡ mẫu nhỏ, có thể chưa đảm bảo đủ lực mẫu để phát hiện mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với nhu cầu CSGN. Do ảnh hưởng của COVID-19 trong thời gian thu thập số liệu, việc tiếp cận và phỏng vấn sâu các đối tượng nghiên cứu gặp khó khăn, do đó nghiên cứu chưa thực hiện phỏng vấn sâu được các đối tượng nghiên cứu là cán bộ quản lý công tác điều trị, chăm sóc bệnh nhân tại Trung tâm ung bướu và người nhà của bệnh nhân. Cần có thêm các nghiên cứu bổ sung quan điểm các đối tượng này để có bức tranh toàn diện hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN của bệnh nhân ung thư.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng tới nhu cầu CSGN của NB ung thư tìm được qua nghiên cứu này bao gồm: nghề nghiệp, thu nhập hộ gia đình, giai đoạn bệnh, cơ sở vật chất của trung tâm, nguồn lực, trang thiết bị, thuốc. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra một số gợi ý nhằm cải thiện hoạt động CSGN cho NB tại trung tâm như cần có kế hoạch cụ thể để tăng cường hỗ trợ CSGN cho người bệnh, đặc biệt cần lưu ý ở giai đoạn muộn. Đồng thời tiếp tục duy trì hỗ trợ NB ở các khía cạnh khác (hỗ trợ thể chất, tâm lý, thông tin y tế).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Thảo, Nguyễn Minh An, Nguyễn Đăng

Trường. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu CSGN của NB sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu khoa học. 2018;02(01):73 - 82.

2. **International Agency for Research on Cancer - WHO.** Cancer Today 2020 [Available from: <https://gco.iarc.fr/>].
3. **Morasso G, Capelli M, Viterbori P, Di Leo S, Alberisio A, Costantini M, et al.** Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. Journal of pain and symptom management. 1999;17(6):402-9.
4. **Osse, B. H. và các cộng sự. (2004),** "Towards a new clinical tool for needs assessment in the palliative care of cancer patients: the PNPIC instrument", J Pain Symptom Manage. 28(4), tr. 329-31.
5. **Pérez-Fortis A, Fleer J, Sánchez-Sosa JJ, Veloz-Martínez MG, Alanís-López P, Schroevers MJ, et al.** Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2017;25(10):3273-80.
6. **Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al.** The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. The Lancet Global health. 2019;7(7):e883-e92.
7. **Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K.** Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. BMC palliative care. 2017;16(1):31.
8. **Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Tan JY.** Psychometric assessment of the Chinese version of the Problems and Needs in Palliative Care questionnaire-short version in advanced cancer patients. BMC palliative care. 2019;18(1):68.

PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG DỰA TRÊN ẢNH CHỤP ĐÁY MẮT KỸ THUẬT SỐ TIÊU CHUẨN

Trần Thị Hải Linh¹, Vũ Tuấn Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giai đoạn bệnh võng mạc đái tháo đường (ĐTĐ) dựa trên ảnh chụp võng mạc kỹ thuật số tiêu chuẩn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên bộ dữ liệu 400 cặp ảnh chụp võng mạc kỹ thuật số tiêu chuẩn của 200 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ĐTĐ,

dựa vào kết quả ảnh chụp nhóm nghiên cứu tiến hành phân loại giai đoạn bệnh theo phân loại quốc tế bệnh võng mạc ĐTĐ. **Kết quả:** Trong 400 ảnh từ bộ dữ liệu của 200 bệnh nhân được chụp ảnh võng mạc hai mắt, số mắt không có dấu hiệu bệnh VMĐTĐ (R0) trên ảnh chụp là nhiều nhất 241 mắt, chiếm 60,3%; bệnh VMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh – nhẹ (R1) chiếm 8%; bệnh VMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh – mức độ trung bình (R2) chiếm 18,3%; bệnh VMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh – mức độ nặng (R3) chiếm 4,3%; bệnh VMĐTĐ giai đoạn tăng sinh (R4) chiếm 4% với 16 mắt; có 21 ảnh chụp không đạt tiêu chuẩn và không thể đánh giá được giai đoạn. **Kết luận:** Tổn thương võng mạc của bệnh nhân có bệnh VMĐTĐ chủ yếu là ở giai đoạn R0 tức chưa có biểu hiện lâm sàng, ảnh chụp đáy mắt kỹ thuật số tiêu chuẩn có thể chẩn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.oph@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

đoán, lưu trữ, phân chia gia đoạn giúp theo dõi định kỳ bệnh võng mạc ĐTD, đóng vai trò rất quan trọng trong dự phòng và ngăn ngừa tiến triển của bệnh cũng như phát hiện và điều trị sớm khi bệnh ở các giai đoạn khác nhau tránh biến chứng nặng tại mắt.

Từ khoá: Bệnh võng mạc đái tháo đường, giai đoạn, ảnh chụp đáy mắt

SUMMARY

STAGES OF DIABETIC RETINOPATHY BASED ON STANDARD DIGITAL RETINAL IMAGING

Purpose: To stage diabetic retinopathy (DR) based on standard digital retinal imaging. **Materials and methods:** The study was conducted on a data file of 400 standard digital retinal images of patients diagnosed with diabetic mellitus, the classification is based on the International Council of Ophthalmology's classification of diabetic retinopathy. **Results:** In 400 retinal images from the data file, the number of eyes without signs of DR (R0) was the highest with 241 eyes, accounting for 60.3%; the second highest belonged to moderate non-proliferative DR (R2) with 18.3%; mild non-proliferative DR (R1) accounted for 8%; severe non-proliferative DR(R3) and proliferative DR (R4) were the same ratio, accounted for 4,3% and 4%, respectively; there were 21 substandard shots and could not be staged. **Conclusion:** The retinal damage of patients with DR is mainly at the R0 stage which mean there is no clinical manifestations, so periodic monitoring plays a very important role in the prevention and reducing the progression of DR as well as early detection and treatment to avoid serious complications.

Keywords: Diabetic retinopathy, stage of diabetic retinopathy, digital retinal image

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTD) là bệnh lý rối loạn chuyển hoá rất thường gặp, ngày càng phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Bệnh gây ra nhiều biến chứng đại mạch và vi mạch, trong đó bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTD) là biến chứng hay gặp nhất trong bệnh lý mắt do ĐTD. ĐTD típ 1 sau 5 năm 25% bệnh nhân có bệnh VMĐTD, sau 10 năm là 60%, sau 15 năm là 80%. Đái tháo đường típ 2 sau 5 năm là 40% có bệnh VMĐTD và 2% có bệnh VMĐTD tăng sinh¹. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực và mù lòa. Bệnh nhân mắc bệnh ĐTD có nguy cơ mù lòa tăng gấp 30 lần so với người cùng tuổi và giới¹. Nguy cơ đe dọa về thị lực do bệnh VMĐTD là rất cao, chiếm 90% nguyên nhân mù lòa do ĐTD²

Việc quản lý, chẩn đoán và điều trị bệnh VMĐTD ở những giai đoạn sớm sẽ giúp cải thiện tiên lượng điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống và ngăn chặn biến chứng mù lòa. Vì vậy, vai trò của phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm bệnh VMĐTD là cực kì quan trọng. Phương pháp

phát hiện và phân loại bệnh võng mạc đái tháo đường rất đa dạng, trong đó chụp ảnh đáy mắt kỹ thuật số là một công cụ được nhiều bác sĩ nhãn khoa sử dụng để chẩn đoán và phân loại bệnh VMĐTD³. Chụp ảnh đáy mắt kỹ thuật số là một kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn, vừa tiết kiệm chi phí lại dễ vận hành và di động, được sử dụng thường xuyên nhất để phân tích các bất thường võng mạc liên quan đến bệnh ĐTD⁴. Hình ảnh võng mạc đã phát triển rất nhanh từ vài thập kỷ trước và bây giờ là một phương pháp chính trong chẩn đoán, điều trị bệnh lý võng mạc.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá giai đoạn bệnh võng mạc đái tháo đường dựa trên ảnh chụp võng mạc kỹ thuật số tiêu chuẩn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên dữ liệu 400 ảnh chụp đáy mắt kỹ thuật số tiêu chuẩn trên bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định đái tháo đường tại bệnh viện Cai Lậy, bệnh viện Mắt Tiền Giang.

2.2 Thiết kế và quy trình Giang nghiên cứu:

- **Quy chuẩn chụp ảnh:** Theo yêu cầu, cần chụp cả 2 mắt trên cùng bệnh nhân, mỗi mắt chụp 1 cặp ảnh: ảnh hoàng điểm và ảnh gai thị.

- Tiêu chuẩn ảnh chụp

Ảnh hoàng điểm cần đạt tiêu chuẩn:

- Trung tâm hoàng điểm nằm trong vòng dưới 1 đường kính gai thị từ trung tâm ảnh

- Mạch máu võng mạc nhìn rõ trong khoảng 1 đường kính gai thị từ trung tâm hoàng điểm

- Mạch máu võng mạc phải nằm > 90% hình.

Ảnh gai thị cần đạt tiêu chuẩn:

- Trung tâm gai thị nằm trong vòng < 1 đường kính gai thị từ trung tâm ảnh

- Mạch máu nhỏ võng mạc nhìn rõ trên bề mặt gai thị

- Mạch máu võng mạc phải nằm > 90% hình.

- Tiêu chuẩn về độ phân giải

Hiện tại chưa có một bản quy chuẩn nào về yêu cầu độ phân giải cho ảnh đáy mắt. Theo nghiên cứu đánh giá của IET⁵, các bộ dữ liệu mẫu của ảnh đáy mắt có độ phân giải từ 600x400 (DRIONS – DB) cho đến 3583x2438 (REVIEW), trong đó tập trung nhiều ở độ phân giải cỡ 708x584 hay 768x576.

Trong thực tế, một bức ảnh đáy mắt đạt chuẩn trước hết cần đáp ứng tiêu chuẩn chụp ảnh hoàng điểm hoặc gai thị. Ảnh đáy mắt có độ phân giải cao tạo thuận lợi cho người đọc ảnh khi có thể phóng to cũng như xem ở chế độ đen trắng để đánh giá chi tiết các yếu tố bệnh.

Nhược điểm là tăng kích thước lưu trữ ảnh, tăng chi phí lưu trữ.

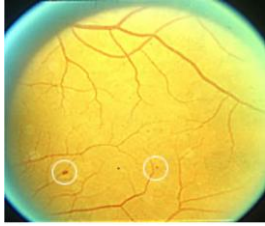
Trong khuôn khổ đề tài, dựa trên các kinh nghiệm thực tiễn trong quá trình chụp và đọc ảnh, chúng tôi đề xuất độ phân giải cho các ảnh đáy mắt đạt tối thiểu 1280x720 để đảm bảo chất

lượng cho việc đọc ảnh gán nhãn, và có kích thước không vượt quá 1MB để đảm bảo hiệu quả trong lưu trữ và truyền tệp qua mạng. Độ phân giải này cho phép xác định rõ vi phình mạch có kích thước nhỏ nhất (30 micromet).

Dựa vào ảnh chụp của bệnh nhân, phân loại giai đoạn bệnh VMĐTĐ theo phân loại quốc tế. (ICO)⁶

Bệnh VMĐTĐ	Dấu hiệu có thể thấy khi soi đáy mắt đồng tử giãn
Không có VMĐTĐ rõ ràng	Không thấy tổn thương
Không tăng sinh - nhẹ	Chỉ có các vi phình mạch
Không tăng sinh - vừa	Có vi phình mạch và tổn thương khác (chấm xuất huyết, xuất tiết cứng, xuất tiết mềm) nhưng nhẹ hơn giai đoạn không tăng sinh - nặng.
Không tăng sinh - nặng	Không tăng sinh - vừa có một trong các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> Xuất huyết trong võng mạc (≥ 20 điểm trong mỗi cung phần tư); Tĩnh mạch giãn ngoằn ngoèo (2 cung phần tư); Các bất thường vi mạch trong võng mạc (trong 1 cung phần tư); Không có dấu hiệu PDR.
Tăng sinh	Không tăng sinh - nặng và một hoặc nhiều dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> Tân mạch Xuất huyết dịch kính/ xuất huyết trước võng mạc

- Người nghiên cứu phải đánh giá dựa trên các dấu hiệu sau để phân loại chính xác giai đoạn bệnh VMĐTĐ



Hình 1.2. Vi phình mạch⁷



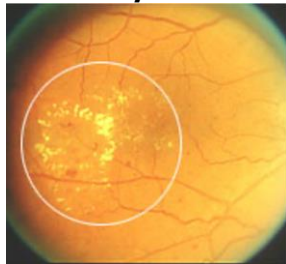
Hình 1.3. Chấm xuất huyết võng mạc⁷



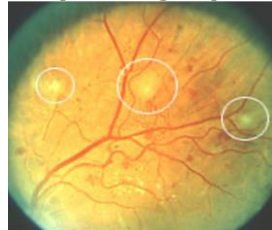
Hình 1.8. Tân mạch nhiều vị trí ở võng mạc⁷



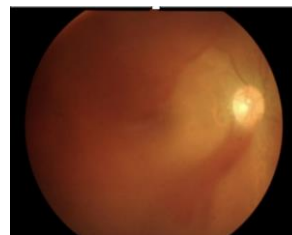
Hình 1.9. xuất huyết trước võng mạc⁷



Hình 1.4. Xuất tiết cứng⁷



Hình 1.5. Xuất tiết mềm (xuất tiết bông)⁷



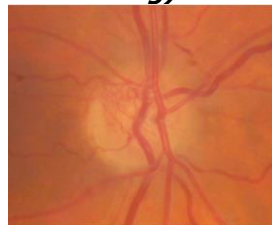
Hình 1.10. xuất huyết dịch kính⁷



Hình 1.11. tăng sinh xơ co kéo võng mạc⁷



Hình 1.6. Tĩnh mạch dạng chuỗi⁷



Hình 1.7. tân mạch xuất phát từ đĩa thị⁷

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành xử lý dữ liệu 400 cặp ảnh chụp võng mạc với 400 mắt của 200 bệnh nhân trong nghiên cứu đã được chẩn đoán xác định bệnh đái tháo đường.

Giai đoạn bệnh võng mạc đái tháo đường phân loại dựa trên ảnh chụp đáy mắt

Bảng 3.1. Giai đoạn bệnh võng mạc đái tháo đường phân loại dựa trên ảnh chụp

đáy mắt

Giai đoạn	Số mắt	N	Tỷ lệ %
Không có bệnh VMĐTĐ rõ ràng (R0)		241	60,3
NPDR nhẹ (R1)		32	8,0
NPDR trung bình (R2)		73	18,3
NPDR nặng (R3)		17	4,3
PDR (R4)		16	4,0
Không phân loại được giai đoạn		21	5,3
Tổng		400	100,0

Trong 400 ảnh nghiên cứu: số mắt không có dấu hiệu bệnh VMĐTĐ rõ ràng (R0) trên ảnh chụp là nhiều nhất với 241 mắt, chiếm 60,3%; trong nhóm bệnh VMĐTĐ có biểu hiện lâm sàng thì bệnh VMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh – mức độ trung bình (R2) chiếm tỉ lệ cao nhất với 18,3%; bệnh VMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh – nhẹ (R1) chiếm 8%; bệnh VMĐTĐ giai đoạn chưa tăng sinh – mức độ nặng (R3) và bệnh VMĐTĐ giai đoạn tăng sinh (R4) tỉ lệ mắc tương tự nhau lần lượt là 4,3% và 4,0%; có 21 ảnh chụp không đạt tiêu chuẩn và không thể phân loại được giai đoạn. Từ đó rút ra số mắt có bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh chiếm tỉ lệ chính là 90,7%.

Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác chiếm ưu thế như nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh và cs tỉ lệ bệnh VMĐTĐ không tăng sinh là 82,8%⁸; bệnh VMĐTĐ không tăng sinh mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất là 29,7%⁸.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh chiếm 4%, tỉ lệ này cũng xấp xỉ nghiên cứu của Nguyễn Thế Vinh (2015)⁹ nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh là 6,1%⁸ và nghiên cứu của Haddad O có tỉ lệ là 12,8%¹⁰.

Vì vậy, theo dõi định kì các tổn thương võng mạc đóng vai trò rất quan trọng trong chiến lược điều trị bệnh VMĐTĐ. Hơn nữa, bệnh nhân được theo dõi một cách hệ thống sẽ đánh giá được tiến triển lâm sàng, có quyết định điều trị sớm nhằm hạn chế các biến chứng nặng hơn như xuất huyết dịch kính, bong võng mạc,... nhằm giảm tỉ lệ mù loà của bệnh VMĐTĐ. Hệ thống lưu trữ hình ảnh võng mạc của từng bệnh nhân sẽ được đưa ra đánh giá và hội chẩn bởi các chuyên gia trên thế giới một cách nhanh gọn và dễ dàng hơn. Thậm chí đến thời điểm hiện nay, đã có

nhiều nghiên cứu về ứng dụng trí tuệ nhân tạo để chẩn đoán bệnh VMĐTĐ cho nhiều kết quả khả quan, hi vọng trong tương lai không xa, Việt Nam có thể ứng dụng công nghệ giúp cho việc sàng lọc và điều trị cũng như giảm tỉ lệ biến chứng nặng do bệnh gây ra.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh võng mạc đái tháo đường là một bệnh lý phổ biến hiện nay, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù loà trên thế giới. Tổn thương võng mạc ở nhóm bệnh nhân này phần lớn ở giai đoạn chưa có biểu hiện lâm sàng (R0). Vì vậy việc khám sàng lọc và phát hiện sớm các tổn thương võng mạc để đưa ra phương án điều trị sẽ góp phần giảm tỉ lệ biến chứng nặng. Chụp ảnh võng mạc kỹ thuật số là một kỹ thuật phổ biến, kinh phí chấp nhận được và là một kỹ thuật thăm khám không xâm nhập, rất cần được ứng dụng rộng rãi trong chẩn đoán bệnh VMĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Diabetic retinopathy in a Nigerian community.** Accessed May 11, 2021. <http://smj.sma.org.sg/5101/5101a8.pdf>
- 2. O'Hare JP, Hopper A, Madhavan C, et al.** Adding retinal photography to screening for diabetic retinopathy: a prospective study in primary care. *BMJ.* 1996;312(7032):679-682. doi:10.1136/bmj.312.7032.679
- 3. Kerr D, Cavan DA, Jennings B, Dunnington C, Gold D, Crick M.** Beyond retinal screening: digital imaging in the assessment and follow-up of patients with diabetic retinopathy. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 1998;15(10):878-882. doi:10.1002/(SICI)1096-9136(199810)15:10<878::AID-DIA686>3.0.CO;2-3
- 4. Retinal Physician - Retinal Imaging Modalities: Advantages and Limitations for Clinical Practice.** Retinal Physician. Accessed May 14, 2021. <https://www.retinalphysician.com/issues/2011/april-2011/retinal-imaging-modalities-advantages-and-limitat>
- 5. Raj A, Tiwari AK, Martini MG.** Fundus image quality assessment: survey, challenges, and future scope. *IET Image Process.* 2019;13(8):1211-1224. doi:10.1049/iet-ipr.2018.6212
- 6. Ophthalmology, I.C.o.,.** ICO Guidelines for Diabetic Eye Care. 2017.
- 7. Samar K Basak.** Atlas Of Clinical Ophthalmology. Second Edition.
- 8. Nguyễn Thị Lan Anh, N.T.L.,.** nghiên cứu các hình thái lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh võng mạc đái tháo đường tại bệnh viện E trung ương. 2017.
- 9. Vinh, N.T.** Đánh giá tổn thương hoàng điểm trên bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại viện Lão Khoa Trung ương và bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2015.

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH VÀ HIỆU QUẢ CỦA MŨI KHÂU B LYNCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Bùi Đức Quyết²

TÓM TẮT

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu trên thế giới. Nghiên cứu tiến hành với **mục tiêu**: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến CMSĐ và kết quả của mũi khâu B-Lynch tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2018-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Thai phụ đẻ thường hoặc mổ đẻ CMSĐ phải khâu B lynch. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành hồi cứu trong 3 năm 2018-2020. **Kết quả**: 78 trường hợp CMSĐ được khâu B lynch trong đó 80,8% là bệnh nhân mổ đẻ chủ động, 19,2% bệnh nhân có bệnh lý thai kỳ. **Kết luận**: Tỷ lệ thành công giữ được tử cung ở những bệnh nhân khâu B lynch đạt 97,4%, không có trường hợp nào gặp biến chứng gần sau khâu Blynch.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ, mũi khâu B lynch

SUMMARY

ANALYSIS ON CHARACTERISTICS OF PATIENT POSTPARTUM HAEMORRHAGE AND EFFECTIVENESS OF B LYNCH SUTURE AT HANOI OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Postpartum haemorrhage is the leading cause of maternal death worldwide. Objective: Analyse on relating factors of postpartum haemorrhage and the results of B-Lynch suture at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2018-2020. **Methods**: Pregnant women who gave birth naturally or by caesarean section having a B-lynch suture because of postpartum haemorrhage were included. This is a cross-sectional descriptive study, conducted retrospectively in 2018-2020. **Results**: total number was 78 cases, of which 80.8% were patients with elective cesarean section, 19.2% of patients had pregnancy pathologies. **Conclusion**: The success rate of preserving the uterus in patients with B lynch suture reached 97.4%, there were no cases of complications after Blynch suture.

Key words: Postpartum haemorrhage, B Lynch suture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, mặc dù y học ngày càng phát triển với sự ra đời của nhiều phương pháp can thiệp mới, sự có mặt của nhiều loại thuốc hiệu quả, nhưng chảy máu sau đẻ (CMSĐ) vẫn là một

trong 5 tai biến sản khoa hay gặp nhất [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do CMSĐ chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ [2]. Theo Nguyễn Đức Vy, tỷ lệ CMSĐ chiếm 67,4% và tỷ lệ tử vong mẹ là 66,8% trong 5 tai biến sản khoa [2].

Trong số các nguyên nhân của CMSĐ thì đờ tử cung là nguyên nhân hay gặp nhất [3]. Theo nghiên cứu của Pernoll, đờ tử cung chiếm 50% trong số các nguyên nhân gây CMSĐ.

Có nhiều biện pháp để xử trí tình trạng CMSĐ do đờ tử cung như dùng các thuốc tăng co, bơm bóng buồng tử cung, ép tử cung bằng tay nhưng tỷ lệ cắt tử cung do CMSĐ vẫn cao. Cho đến khi Christopher Balogun Lynch báo cáo 5 trường hợp được ông sử dụng mũi khâu nhằm khâu nén tử cung, mà về sau được gọi là mũi khâu B-Lynch [4] thì từ đó đến nay, việc bảo tồn tử cung cho các trường hợp CMSĐ mới thực sự có khả năng thành công cao. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là bệnh tuyến cuối về sản phụ khoa của cả nước. Tỷ lệ sinh hàng năm dao động từ 35.000-40.000 ca với tỷ lệ CMSĐ khoảng 0,2-0,5%. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến CMSĐ và kết quả của mũi khâu B-Lynch tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2018-2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân đã sinh thường hoặc sinh mổ tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời gian từ 1/2018-12/2020, có can thiệp mũi khâu B-Lynch do CMSĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân mà hồ sơ bệnh án không đủ các biến số nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Cỡ mẫu và tiêu chuẩn của nghiên cứu

2.2 Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

Hiệu quả mũi khâu B-Lynch: đánh giá bằng việc cầm máu và bảo tồn thành công tử cung cho bệnh nhân mà không phải dùng thêm phương pháp khác hoặc phải cắt TC của bệnh nhân.

Biến chứng sau khâu B-Lynch: là biến chứng ngăn hạn xảy ra sau khâu B-Lynch: tình trạng sốt, hoại tử tử cung sau khâu mũi B-Lynch.

2.3 Xử lý số liệu. Xử lý số liệu và phân tích

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao610@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

Các thuật toán được sử dụng: Tính tỷ lệ phần trăm %, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y Đức của

bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cho phép thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 78 hồ sơ bệnh án đáp ứng đúng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân khâu B lynch

Tuổi bệnh nhân	Nhỏ nhất: 24; Cao nhất: 38; Trung bình: 30,14 ± 3,52		
	<35 tuổi: 85,9%; ≥35 tuổi: 14,1%		
Con so/con dạ	Con so: 45 (người)		
	Con dạ: 33 (người); 2/33 (6,1%) CMSĐ ở lần sinh trước		
Bệnh lý khi Mang thai	Có		Không
	Đái tháo đường thai kỳ	7 (8,97%)	63 thai phụ khỏe mạnh (80,77%)
	Tăng huyết áp	3 (3,85%)	
	Thiếu máu+ bệnh khác	5 (6,41%)	
Đơn thai/ Đa thai	Đơn thai: 44 (56,4%)		Đa thai: 34 (43,6%)
Thai tự nhiên/ Thai HTSS	Thai tự nhiên: 47 bệnh nhân (60,3%)		31 bệnh nhân mang thai kết quả của hỗ trợ sinh sản (39,7%)
Cách đẻ	Đẻ thường: 6 (7,7%)		Đẻ mổ: 72 (92,3%)
			chủ động: 63 (80,8%)
			cấp cứu: 9 (11,5%)

Nhận xét: -Tỷ lệ thai phụ bệnh lý chiếm 19,2%

- 6.1% có tiền sử CMSĐ ở lần sinh trước
- Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động chiếm 80,8%

Bảng 2. Đặc điểm của thai nhi khi sinh

Đặc điểm của thai nhi khi sinh	n	Tỉ lệ (%)
Tuổi thai	< 37 tuần	2,6
	37 – 41 tuần	97,4
	≥ 42 tuần	0
Cân nặng (gr)	Nhỏ nhất: 2150	
	Lớn nhất: 3950	
	$\bar{x} \pm SD = 2980,8 \pm 442,1$	

Nhận xét: -Cân nặng thai nhi trung bình 2980,8 ± 442,1

- Thai sinh đủ tháng chiếm chủ yếu 97,4%

Bảng 3. Đặc điểm của phần phụ thai

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Vị trí rau bám	Đúng vị trí	100
	Rau tiền đạo	0
Dịch ối	Bình thường	100
	Đa ối	0

Nhận xét: Không có trường hợp nào có rau tiền đạo hoặc đa ối.

Bảng 4. Lượng máu mất trong cuộc đẻ

Thể tích	n	Tỉ lệ (%)
< 1000 (ml)	68	87,2
≥ 1000 (ml)	10	12,8
Nhỏ nhất (ml)	500	
Lớn nhất (ml)	2000	
$\bar{x} \pm SD$ (ml)	706,41 ± 302,09	

Nhận xét: Thể tích máu mất trung bình là

706,41 ± 302,09 ml, bệnh nhân mất máu nhiều nhất tới 2000 ml. Có tới 12,8% bệnh nhân mất máu ≥ 1000 ml.

Bảng 5. Phương pháp xử trí

Phương pháp xử trí	n	Tỉ lệ (%)
Tăng co tử cung	Có	100
	Không	0
Phẫu thuật	B-Lynch đơn thuần	2,6
	B-Lynch kết hợp ĐMTC	97,4

Nhận xét: - Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng thuốc tăng co tử cung.

- Khi sử dụng mũi khâu B-Lynch, 97,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bảo tồn được tử cung, 2,6% bệnh nhân phải cắt tử cung do khâu B-Lynch thất bại.

IV. BÀN LUẬN

Trong 3 năm 2018-2020 tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có 78 trường hợp chảy máu sau đẻ có can thiệp mũi khâu B lynch. Thể tích máu mất trung bình là 706,41 ± 302,09 ml, bệnh nhân mất máu nhiều nhất tới 2000 ml. Có tới 12,8% bệnh nhân mất máu ≥ 1000 ml.

Các đặc điểm của bệnh nhân, của thai và phần phụ của thai. Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu này là 30,14 ± 3,52 nhóm bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm chủ yếu 85,9%. Theo Cameron và cộng sự [5], tuổi > 35 là một yếu tố liên quan đến CMSĐ do đỡ tử cung. Theo nghiên cứu của Trần Đình Vinh nhóm tuổi 35 -

trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ CMSĐ chung là 21,4%. Tuổi càng cao thì chất lượng cơ tử cung càng giảm, điều này dẫn tới nguy cơ đờ tử cung sau sinh tăng dần theo tuổi. Tuy nhiên, ở thai phụ nhiều tuổi và có đủ con nếu có tình trạng CMSĐ đôi khi sẽ bị hạn chế chỉ định khâu B-Lynch để bảo tồn tử cung so với bệnh nhân trẻ tuổi hơn.

Trong 78 bệnh nhân của nghiên cứu, tỷ lệ thai phụ mắc bệnh lý như đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp và thiếu máu ... chiếm 19,2%. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ tập trung vào nhóm đối tượng CMSĐ có can thiệp B lynch nên chưa phản ánh được chính xác quần thể bệnh nhân CMSĐ nói chung. Hơn nữa đây là một nghiên cứu mô tả nên chưa thể kết luận được các yếu tố được đề cập đến có làm tăng nguy cơ CMSĐ hay không. Theo một nghiên cứu mới của Acheneff Asmamaw Muche năm 2020 cho thấy với bệnh nhân bị đái tháo đường thai kì thì nguy cơ bị CMSĐ cao hơn so với thai phụ không bị đái tháo đường thai kì [6]. Theo Hamamy, tiền sản giật/tăng huyết áp thai kỳ là yếu tố nguy cơ CMSĐ có OR = 4.

Theo Unterscheider và cộng sự [7], sản phụ có tiền sử CMSĐ có tăng nguy cơ CMSĐ gấp 2 - 4 lần so với những sản phụ không có tiền sử CMSĐ. Trong nghiên cứu bệnh-chứng năm 2017 của Nyflot và cộng sự về các yếu tố nguy cơ CMSĐ nặng, tác giả kết luận rằng, những phụ nữ có tiền sử CMSĐ nặng (được định nghĩa là mất ≥ 1.500 mL máu hoặc cần phải truyền máu), có nguy cơ cao nhất bị CMSĐ nặng. Tiền sử CMSĐ nặng phải được gộp vào yếu tố nguy cơ để triển khai và công nhận tính hợp lý của các mô hình dự phòng CMSĐ. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ có tiền sử CMSĐ ở lần sinh trước là 6,1%.

Tỷ lệ bệnh nhân có thai nhờ hỗ trợ sinh sản mà phải can thiệp mũi khâu B-Lynch sau đẻ trong nghiên cứu chiếm 39,7%, điều này có thể được lý giải là đa số các bệnh nhân sử dụng biện pháp HTSS đều ít nhiều được sử dụng các thuốc giảm co thắt cơ trơn trong thai kỳ, điều này dẫn tới nguy cơ đờ tử cung sau sinh của các bệnh nhân này cao hơn so với các bệnh nhân có thai tự nhiên. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, sự khác biệt giữa nhóm thai tự nhiên và thai nhờ HTSS cũng không có ý nghĩa thống kê.

Trong số các bệnh nhân phải can thiệp mũi B-Lynch để cầm máu thì đa số là các bệnh nhân mổ chủ động (chiếm 80,8%). Qua phân tích hồi cứu hồ sơ bệnh án nguyên nhân mổ chủ động có rất nhiều: tiền sử mổ đẻ, thai to, thai IVF, khung chậu hẹp... Mổ chủ động khi cơ thể chưa kịp sản xuất và bài tiết oxytocin dẫn tới tình trạng đờ tử

cung sau mổ cao hơn so với trường hợp mổ mà đã có chuyển dạ. Đây cũng là một thực trạng rất đáng lo ngại tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Cần phải có một nghiên cứu đối chứng để tìm hiểu chính xác hơn nguy cơ của mổ chủ động trong CMSĐ. Ngoài ra, 78 thai phụ trong nghiên cứu đều không có bệnh lý về rau hoặc ối, cân nặng thai nhi trung bình là $2980,8 \pm 442,1$; đây cũng là một mối quan ngại liên quan đến chỉ định mổ và cách xử trí bước đầu với các tình huống CMSĐ, cần được khảo sát kỹ hơn trong những nghiên cứu về CMSĐ tiếp theo.

Phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả bệnh nhân CMSĐ trong nghiên cứu đều được điều trị tăng co tử cung như một động tác đầu tiên của xử trí CMSĐ do đờ tử cung. Theo phác đồ hướng dẫn xử trí chảy máu sau đẻ của Bộ Y tế năm 2019, những trường hợp tiếp tục chảy máu từ buồng tử cung dù đã được dùng tất cả các thuốc tăng co sẽ phải can thiệp phẫu thuật.

Hiệu quả của mũi khâu B-Lynch. Ưu điểm của kỹ thuật phẫu thuật B-Lynch có thể bảo toàn tính mạng và giữ lại tử cung cho bệnh nhân [4], và nó đã được khuyến nghị bởi nhiều tổ chức trên toàn thế giới. Tỷ lệ thành công của phương pháp cao, không tốn kém và có thể nhanh chóng kiểm tra kết quả trước và sau khi thực hiện, và quy trình có thể được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật với mức độ trung bình hoặc tại các đơn vị có nguồn lực hạn chế. Hơn nữa, với khâu B-Lynch, áp lực có thể đạt được cùng một lúc cho cả hai bên thân tử cung. Với áp lực nén phù hợp, mũi khâu B-Lynch tạo điều kiện cầm máu tốt mà không gây biến đổi về giải phẫu của tử cung. Chỉ khâu có thể dễ dàng điều chỉnh và thắt chặt vào thành tử cung. Chiều dài của đường khâu rất thuận tiện cho việc duy trì lực nén đều, chắc ở cả hai bên của cơ tử cung trong khi đường rạch phân đoạn dưới đang được đóng lại bởi chính phẫu thuật viên. Mặc dù, mũi khâu B-Lynch lần đầu tiên được áp dụng năm 1989, đến nay, mũi khâu B-Lynch đã thể hiện nhiều ưu điểm rõ rệt so với các phương pháp cầm máu trong CMSĐ cổ điển như ép tử cung sử dụng bóng chèn, ...

Theo nghiên cứu của Allam MS và B-Lynch C năm 2006, có 10 báo cáo liên quan với 38 bệnh nhân đã được điều trị với kỹ thuật khâu B-Lynch để xử trí tình trạng băng huyết sau sinh nặng cho kết quả với 36 trường hợp thành công và 2 trường hợp thất bại [4]. Các nguyên nhân thất bại được báo cáo khác nhau như rau tiền đạo và rối loạn đông máu nội mạc lan tỏa không kiểm

soát, đường khâu không chặt hoặc ứng dụng khâu không đúng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn thất bại sau khâu B-Lynch được đặt ra khi không cầm được máu chảy tử tử cung, phải chuyển sang phương pháp can thiệp khác hoặc phải cắt TC để cầm máu. Còn biến chứng sau khâu B-Lynch được hiểu là mặc dù đã xử trí được tình trạng CMSĐ nhưng bệnh nhân gặp phải các tình trạng bệnh lý khác có liên quan đến phương pháp can thiệp. Các nghiên cứu của các tác giả Meydanli (2008), Marasinghe (2011) hay gần đây như của Songthamwat S (2018) [8] đều cho thấy tỷ lệ thành công của mũi khâu B-Lynch hoặc B-Lynch cải tiến dao động từ 76-100%.

Khi sử dụng mũi khâu B-Lynch, 97,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bảo tồn được tử cung, 2,6% bệnh nhân phải cắt tử cung do khâu B-Lynch thất bại. Trường hợp duy nhất thất bại vì tử cung mất máu trước đó quá nhiều trong tình trạng rối loạn đông máu nên dù được ép chặt lại nhưng máu vẫn tiếp tục chảy ra ở âm đạo.

Các biến chứng ngắn hạn và dài hạn sau khâu mũi B-Lynch cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trên thế giới và trong nước. Các tình trạng như sốt, nhiễm khuẩn sau mổ; viêm niêm mạc tử cung; hoại tử niêm mạc tử cung; vỡ tử cung ở lần có thai sau; hoại tử toàn bộ TC; dính buồng tử cung... đã được ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng không ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng gần sau mũi khâu B-Lynch.

V. KẾT LUẬN

Chảy máu sau đẻ do nguyên nhân đỡ tử cung trong nghiên cứu này gặp ở nhóm bệnh nhân mổ chủ động chiếm tỷ lệ cao 80,8%, mắc bệnh lý

tăng huyết áp, tiểu đường thai kỳ và thiếu máu chiếm 19,2%. Tỷ lệ thành công giữ được tử cung ở những bệnh nhân khâu B Lynch đạt 97,4%, không có trường hợp nào gặp biến chứng gần sau khâu B Lynch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** WHO recommendations Uterotonics for prevention of postpartum hemorrhage: World Health Organization 2018, 7-10.
2. **Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 6 năm 1996- 2001, Tạp chí thông tin Y dược, 36-39.
3. **Phạm Thị Hải (2007)**, Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung Ương từ 7/2004 – 6/2007, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al.** The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:372-375.
5. **Cameron MJ. Definitions,** Vital Statistics and Risk Factors: An Overview, A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage. 2012.
6. **Muche AA, Olayemi OO, Gete YK.** Effects of gestational diabetes mellitus on risk of adverse maternal outcomes: a prospective cohort study in Northwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(73): <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2759-8>.
7. **Unterscheider J, Breathnach F, Geary M.** Standard medical therapy for Postpartum Hemorrhage, A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2nd Edition. Sapiens Publishing; 2012.
8. **S Songthamwat, M Songthamwat (2018).** Uterine flexion suture: modified B-Lynch uterine compression suture for the treatment of uterine atony during cesarean section. Int J Womens Health; 10: 487-492.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐTD TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2019

Vũ Thanh Bình*, Lê Đức Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu (KSGM) và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình
 Email: binhvt@tbump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 3.3.2022
 Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022
 Ngày duyệt bài: 29.4.2022

đái tháo đường (ĐTD) type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 336 bệnh nhân – cỡ mẫu tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu glucose máu lúc đói: 40,7%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c: 44,3%. Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chỉ số BMI (OR=2,1; 1,2-3,2), sự tuân thủ chế độ ăn (OR=2,9; 1,7-4,9), chế độ luyện tập (OR=1,9; 1,2-3,2), chế độ dùng thuốc (OR=3,3; 1,6-6,8). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát được chỉ số đường huyết lúc đói còn

khá thấp; cần thực hiện tốt các biện pháp kiểm soát cân nặng, tuân thủ chế độ ăn uống tập luyện và dùng thuốc để có thể cải thiện tình trạng này.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2; Kiểm soát Glucose máu; Thái Bình

SUMMARY

GLYCEMIC CONTROL STATUS AND SOME RISK FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2019

Objectives: Describe the status of glycemic control and some risk factors among outpatients with type 2 diabetes mellitus at Thai Binh Medical University Hospital in 2019. **Method:** cross-sectional study; 336 patients were collected - sample size was calculated according to descriptive study. **Results:** the proportion of patients who achieved the target of fasting blood glucose accounted for: 40.7%. The proportion of patients reaching the target HbA1c: 44,3%. There are relationships between glycemic control and BMI (OR = 2,1; 1,2 - 3,2), adherence to diet (OR = 2,9; 1,7 - 4,9), exercise regimen (OR = 1,9; 1,2 - 3,2), medication regimen (OR = 3,3; 1,6 - 6,8). **Conclusion:** The proportion of patients with fasting blood glucose control is still quite low. It is necessary to implement weight control, adherence to diet, to exercise and treatment for improving the fasting blood glucose control.

Keywords: Type 2 diabetes; Blood glucose control; HbA1c control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý rối loạn chuyển hóa thường gặp, có diễn biến phức tạp và được coi là một trong ba bệnh có tốc độ gia tăng nhanh nhất thế giới [1]. Theo ước tính mới nhất của liên đoàn đái tháo đường Quốc tế (IDF) trong năm 2015 trên toàn thế giới có khoảng 415 triệu người mắc ĐTĐ và đến năm 2040 con số đó dự kiến tăng lên 642 triệu người, trong đó vùng Tây Thái Bình Dương (trong đó có Việt Nam) sẽ có khoảng 214 triệu người mắc đái tháo đường[2]. Các yếu tố nguy cơ đi kèm ở bệnh nhân đái tháo đường (BN ĐTĐ) type 2 thường là tăng huyết áp, thừa cân và béo phì, rối loạn lipid máu... Do đó kiểm soát glucose máu bao giờ cũng phải đi kèm với việc điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, tạo thành tình trạng kiểm soát đa yếu tố. Ở Việt Nam, việc quản lý bệnh ĐTĐ hiện cũng đang được mở rộng đưa về các tuyến y tế cơ sở nhưng còn nhiều hạn chế. Chất lượng quản lý bệnh nhân ĐTĐ ở mỗi cơ sở y tế khác nhau do phụ thuộc nhiều yếu tố như số lượng cán bộ y tế chuyên khoa có khả năng khám, điều trị tư vấn cho bệnh nhân ĐTĐ, trang thiết bị để chẩn đoán, theo dõi điều trị bệnh, phụ thuộc vào nguồn bảo hiểm y tế chi trả cho từng cơ sở và

ngoài ra còn phụ thuộc khả năng tuân thủ điều trị và kinh tế của mỗi bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của Diabcare ở khu vực châu Á trong đó có Việt Nam, cho thấy tỷ lệ BN ĐTĐ đạt được mục tiêu glucose máu là rất thấp [3]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

* Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Là những BN ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

Tiêu chuẩn loại trừ

- ĐTĐ có nguyên nhân (ĐTĐ thứ phát).
- ĐTĐ ở phụ nữ có thai.
- BN có những bệnh nội tiết khác kèm theo (Basedow, to đầu chi, hội chứng Cushing).
- BN có những biến chứng cấp tính như nhiễm khuẩn huyết, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
- BN trong tình trạng rối loạn ý thức.

* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 – 12 năm 2019

2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

* Cỡ mẫu: cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu sau khi tính theo công thức là 336 BN.

* Nội dung và tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hội Đái tháo đường hoa kỳ (ADA) 2017.

- Chẩn đoán type 2 với bệnh nhân ĐTĐ theo tiêu chuẩn của WHO 1999 có vận dụng phù hợp với điều kiện Việt Nam.

- Khai thác chế độ ăn uống, sinh hoạt và dùng thuốc của bệnh nhân.

- Đo các chỉ số nhân trắc: BN được đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông vào buổi sáng khi đói. Tính BMI và nhận định theo tiêu chuẩn WHO 2000 dành cho người châu Á.

- Định lượng glucose máu lúc đói, định lượng HbA1c trên máy sinh hóa tự động AU480, hóa chất của hãng.

3. Xử lý số liệu. Các thông tin thu được từ nghiên cứu được làm sạch trước khi nhập số liệu và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y sinh học phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

tính và nhóm tuổi (n = 336)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	141	41,9
	Nữ	195	58,1
Nhóm tuổi	≤ 40	6	1,8
	41 - 50	19	5,6
	51 - 60	76	22,6
	61 - 70	144	42,9
	> 70	91	27,1

Nghiên cứu được tiến hành trên 336 bệnh nhân, trong đó có 141 BN nam, chiếm 41,9%, 195 BN nữ, chiếm 58,1%. Nhóm tuổi từ 61 đến 70 chiếm tỷ lệ nhiều nhất, 42,9%. Nhóm dưới 40 có tỷ lệ thấp nhất, 1,8%.

Bảng 2. Kết quả kiểm soát BMI ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (n = 336)

BMI	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 18,5	16	4,7
18,5 - 22,9	175	52,0
≥ 23	145	43,3

Bảng 4. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với BMI (n = 336)

BMI	Glucose máu lúc đói			HbA1c		
	Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95%CI)	Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95% CI)
< 23	92 (48,2)	99 (51,8)	2,1 (1,3 - 3,2)	100 (52,6)	91 (47,4)	2,2 (1,4 - 3,4)
≥ 23	45 (31,2)	100 (68,8)		49 (33,9)	96 (66,1)	
Tổng	137 (40,7)	199 (59,3)		149 (44,3)	187 (55,7)	

- Nhóm BN có chỉ số BMI ≥ 23 kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu kém hơn so với nhóm BN có chỉ số BMI < 23 (OR = 2,1; 1,3 - 3,2), tương tự với kiểm soát HbA1c, nhóm BN có chỉ số BMI ≥ 23 có mức độ kiểm soát HbA1c kém hơn so với nhóm BN có BMI < 23 (OR = 2,2; 1,4 - 3,4).

Bảng 5. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chế độ ăn, chế độ luyện tập, dùng thuốc (n = 336)

Tuần thủ		Glucose máu lúc đói			HbA1c		
		Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95% CI)	Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95% CI)
Chế độ ăn	Có	115 (47,2)	128 (52,8)	2,9 (1,7 - 4,9)	124 (51,1)	119 (48,9)	2,8 (1,7 - 4,8)
	Không	22 (23,5)	71 (76,5)		25 (26,5)	68 (73,5)	
Chế độ tập	Có	101 (46,2)	117 (53,8)	1,9 (1,2 - 3,2)	116 (53,1)	102 (46,9)	2,9 (1,8 - 4,7)
	Không	36 (30,2)	82 (69,8)		33 (27,9%)	85 (72,1)	
Dùng thuốc	Thường xuyên	127 (44,5)	158 (55,5)	3,3 (1,6 - 6,8)	143 (50,2)	142 (49,8)	7,5 (3,1-18,3)
	Không thường xuyên	10 (18,9)	41 (81,1)		6 (10,8)	45 (89,2)	

- Nhóm BN tuân thủ chế độ ăn kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu tốt hơn so với nhóm BN không tuân thủ chế độ ăn (OR = 2,9; 1,7 - 4,9), tương tự với chế độ luyện tập và chế độ dùng thuốc, các BN tuân thủ chế độ luyện tập và dùng thuốc kiểm soát glucose máu lúc đói tốt hơn so với nhóm BN không tuân thủ (OR = 1,9; 1,2 - 3,2 và OR = 3,3; 1,6 - 6,8).

- Nhóm BN tuân thủ chế độ ăn, chế độ luyện tập và dùng thuốc kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu tốt hơn so với nhóm không tuân thủ (OR = 2,8;

Tổng	336	100
------	-----	-----

Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI từ 18,5 – 22,9 là cao nhất chiếm 52,0%. Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI < 18,5 là thấp nhất chiếm 3,7%

Bảng 3. Kết quả kiểm soát Glucose máu lúc đói và HbA1c (n = 149)

Chỉ số	BN kiểm soát được		BN không kiểm soát được	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Glucose đói (mmol/l)	137	40,8	199	59,2
HbA1c (%)	149	44,3	187	55,7

- Tỷ lệ BN có mức độ kiểm soát glucose máu lúc đói đạt chiếm 40,8% (137/336 BN), không đạt chiếm 59,2% (199/336 BN)

- Tỷ lệ BN có mức độ kiểm soát HbA1c đạt chiếm 44,3% (149/336 BN), không đạt chiếm 55,7% (187/336 BN).

1,7 - 4,8, OR = 2,9; 1,8 - 4,7, OR=7,5; 3,1 - 18,3).

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu cho thấy kiểm soát tốt glucose máu lúc đói góp phần làm giảm nhiều biến chứng vi mạch và mạch máu lớn. Có thể nói việc kiểm soát tốt glucose máu mang lại nhiều ích lợi rõ ràng qua các nghiên cứu. Bộ Y tế đã đề ra mục tiêu kiểm soát glucose máu lúc đói 4,4 - 7,2mmol/l và HbA1C < 7,0%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả kiểm

soát glucose máu lúc đói trung bình là $8,49 \pm 2,29$ mmol/l. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự nghiên cứu của Diabcare Asia (1998) là $8,9 \pm 3,5$ mmol/l [3], Nguyễn Thị Thúy Hằng là $8,6 \pm 3,4$ mmol/l [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 40,7% BN kiểm soát glucose máu $4,4-7,2$ mmol/l. Tỷ lệ BN không kiểm soát được glucose máu chiếm 59,3%, không có BN nào có glucose máu lúc đói $<4,4$ mmol/l. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyển (2017) có 41,7% BN kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu, tỷ lệ BN không kiểm soát được glucose máu chiếm 58,3% [6]. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đào Thị Bích Hường (2014) có 31% BN kiểm soát được glucose máu lúc đói [7], của Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010) có 34,5% BN kiểm soát được glucose máu lúc đói [5]. Có sự khác nhau về tỷ lệ kiểm soát đạt mục tiêu là do nhiều yếu tố: sự tuân thủ điều trị, nhân lực bác sỹ chuyên khoa điều trị và do thuốc bệnh nhân sử dụng không đầy đủ...Ngoài ra chỉ số glucose máu đói chỉ cho phép đánh giá được tình trạng glucose máu lúc xét nghiệm do vậy ít có ý nghĩa để đánh giá mức độ KSGM nhưng cũng cho thấy việc kiểm soát đạt glucose máu lúc đói đạt ở BN ĐTĐ còn ở mức thấp và đây cũng là thực trạng chung ở nước ta. Kiểm soát glucose máu là biện pháp chính để phòng ngừa các biến chứng. Tiêu chí để đánh giá sự kiểm soát glucose máu là tỷ lệ HbA1c. Theo Bộ Y Tế năm 2017, mục tiêu cho KSGM là HbA1c $<7\%$ [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đạt được mục tiêu kiểm soát HbA1c là 44,3%. Tỷ lệ này còn thấp có thể là do một số nguyên nhân, thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, lấy bệnh nhân bệnh nhân vào nghiên cứu chỉ trong một thời điểm, không có sự theo dõi dọc. Chúng tôi lấy cả những bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện và thời gian phát hiện dưới 1 năm, đây là những đối tượng thường có mức glucose máu và HbA1c cao vì chưa được điều trị hoặc mới được điều trị. Hơn nữa trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ những bệnh nhân cao tuổi có thời gian mắc bệnh đái tháo đường khá lâu và đã có nhiều biến chứng vì vậy mức mục tiêu kiểm soát cho đối tượng này cũng thường cao hơn 7%.

Kết quả kiểm soát HbA1c trung bình là $7,1 \pm 1,11\%$, Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyển [7], có HbA1c trung bình là $7,5 \pm 0,9\%$, nhưng cao hơn kết quả của Đào Thị Bích Hường (2014) HbA1c trung bình $8,25 \pm 3,6\%$ [7].

Qua các kết quả trên với tình trạng kiểm soát HbA1c còn kém, do đó việc hạn chế các biến chứng và tỷ lệ tử vong liên quan đến ĐTĐ là một vấn đề nan giải. Có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu và sự giảm tiến triển của biến chứng mạn tính của BN ĐTĐ. UKPDS 35 cho thấy điều trị tích cực giảm được 1% HbA1c làm giảm 21% tỷ lệ tử vong, 37% tỷ lệ các biến chứng thận và mắt, và 14% tỷ lệ nhồi máu cơ tim [9]. Hiện nay, điều trị ĐTĐ có xu hướng cá thể hóa trong điều trị. Các mục tiêu cần đạt khác nhau ở những đối tượng BN khác nhau tùy thuộc vào tuổi đời, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, nguy cơ hạ đường huyết, bệnh phổi hợp. Như vậy, để kiểm soát glucose máu tốt người thầy thuốc cần phải có sự linh hoạt, cần phải tiếp cận cá nhân hóa dành cho thầy thuốc là rất quan trọng.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm BN có chỉ số BMI ≥ 23 kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu kém hơn so với nhóm BN có chỉ số BMI <23 (OR=2,1; 1,3-3,2. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Hoàng Minh Khoa (2017) nghiên cứu trên 550 BN ĐTĐ type 2 cũng thấy rằng có mối liên quan giữa chỉ số BMI và kiểm soát GM lúc đói.

Với HbA1c: nhóm BN có chỉ số BMI ≥ 23 có mức độ kiểm soát HbA1c kém hơn so với nhóm BN có BMI <23 (OR = 2,2; 1,4 - 3,4), tương tự với kết quả của Hoàng Minh Khoa (2017). Có sự khác biệt này là do những bệnh nhân ĐTĐ type 2 có thừa cân béo phì (BMI ≥ 23) luôn có tình trạng kháng insulin làm cho sự kiểm soát GM trở nên khó khăn. Để khắc phục được tình trạng này bệnh nhân cần luyện tập tích cực kết hợp dùng những loại thuốc có cơ chế làm giảm tình trạng kháng insulin, làm giảm cân nặng thì mục tiêu kiểm soát GM mới có thể đạt được. Kết quả kiểm soát GM lúc đói và HbA1c đạt mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đào Bích Hường (2014), Nguyễn Văn Tuyển (2107), Hoàng Minh Khoa (2017) [7],[6]. Điều này cho thấy chế độ ăn có liên quan tới kết quả kiểm soát GM, chế độ ăn rất quan trọng, là nền tảng cơ bản của chế độ điều trị bệnh đái tháo đường. Không thể điều trị có hiệu quả ĐTĐ tít 2 mà không thực hiện tốt chế độ ăn hợp lý, cung cấp đầy đủ các thành phần thức ăn và lượng calor đảm bảo cho cân nặng ổn định, phù hợp.

Kết quả của các nghiên cứu khác cũng cho thấy chế độ luyện tập có liên quan với kết quả kiểm soát GM như nghiên cứu của tác giả khác [5],[6]. Hoạt động thể lực làm tăng độ nhạy cảm của insulin và có thể giảm cân do đó cải thiện

kiểm soát mức glucose máu. Điều trị bệnh đái tháo đường type 2 bằng chế độ ăn và chế độ luyện tập là hai biện pháp điều trị cơ bản trong suốt liệu trình điều trị cùng với biện pháp dùng thuốc. Chế độ này phải được thực hiện thường xuyên thì mới mang lại hiệu quả trong điều trị bệnh đái tháo đường.

Bệnh đái tháo đường là một bệnh mạn tính, nồng độ glucose máu cao kéo dài sẽ gây nên rất nhiều biến chứng nguy hiểm cho người bệnh. Do đó điều trị bệnh đái tháo đường là điều trị lâu dài suốt cuộc đời người bệnh, vậy nên việc tuân thủ điều trị có ý nghĩa vô cùng qua trọng đến kết quả điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1c đạt mục tiêu ở nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc là 44,5% và 50,2% cao hơn ở nhóm bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc là 18,9% và 10,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy đối với cán bộ y tế ngoài việc khám chẩn đoán và điều trị đúng cho người bệnh thì một phần cũng không kém phần quan trọng đó là việc tư vấn, giáo dục bệnh nhân hiểu và tuân thủ phác đồ điều trị để đạt được mục tiêu kiểm soát glucose máu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu glucose máu lúc đói: 40,7%; tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c: 44,3%. Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chỉ

số BMI (OR = 2,1; 1,2 - 3,2), với sự tuân thủ chế độ ăn, chế độ luyện tập, chế độ dùng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội (2018)**, Bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Tr 322 – 341.
2. **International Diabetes Federation (2015)**, The Global Burden, Diabetes Atlas.
3. **Diabcare – Asia (2015)**. A Survey – Study on Diabetes Management and
4. **Chazan A.C, Gomes M.B (2001)**. Gliclazide and bedtime insulin are more efficient than insulin alone for type 2 diabetic patients with sulfonylurea secondary failure. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34 (1),49-56.
5. **Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010)**. Nghiên cứu rối loạn lipid máu và tình hình kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Xanh - pôn. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Tuyển (2017)**. Thực trạng kiểm soát đường huyết và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Gang Thép Thái nguyên năm , Luận văn tốt nghiệp cao học, trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đào Thị Bích Hường (2014)**. Thực trạng kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai 2014, Luận văn tốt nghiệp cao học, trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường, Tạp chí Nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam, Tr 16-28, số 27/2017
9. **Stratton IM, Adler AI, W Neil HA et al (2000)**, Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study, *BMJ*. 321(6), 405-412.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHẤT LƯỢNG TINH DỊCH ĐỒ VÀ CHỈ SỐ BMI CỦA NHỮNG NAM GIỚI TỚI KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoài Bắc¹, Trần Văn Kiên²

TÓM TẮT

Ngày nay, chất lượng tinh trùng của nam giới ngày càng suy giảm dần theo thời gian Các bằng chứng gần đây cho thấy tình trạng thừa cân trong cộng đồng có ảnh hưởng tới sự suy giảm này. Vì vậy, để đánh giá ảnh hưởng của chỉ số BMI đến các thông số tinh dịch đồ của nam giới tại Việt Nam chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Mối liên quan giữa chất lượng tinh dịch đồ và chỉ số BMI của những nam giới tới khám tại

bệnh viện Đại học Y Hà Nội". Kết quả nghiên cứu cho thấy: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 28,8 ± 6,22 tuổi, BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22,92 ± 2,78kg/m². Có tới 27,1% đối tượng thừa cân và 20,39% nam giới béo phì. Chỉ số BMI có tỷ lệ nghịch với thể tích và mật độ tinh trùng, BMI càng cao thì thể tích và mật độ tinh trùng càng giảm. Trên mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, BMI và hút thuốc lá có mối liên quan với mật độ tinh trùng với công thức: MĐTT = -1,29 x BMI - 0.74 (gói/năm) + 110.85. Béo phì có nguy cơ suy giảm chất lượng tinh trùng cao hơn 2.08 lần. Kết luận: thừa cân, béo phì, hút thuốc lá có ảnh hưởng tới các thông số tinh dịch đồ ở nam giới. Vì vậy, việc tư vấn người bệnh từ bỏ hút thuốc lá, chế độ giảm cân, tối ưu hóa chỉ số BMI là rất cần thiết.

Từ khóa: thừa cân, béo phì, BMI, tinh dịch đồ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

SUMMARY**STUDY ON CHARACTERISTICS OF SEMEN ANALYSIS AND BMI OF MAN PATIENTS AT THE HOSPITAL OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY**

Nowadays, the quality of human sperm has declined in the last decade. Many evidences have demonstrated a contribution of obesity to this trend. Therefore, to evaluate the influence of BMI on semen parameters of men in Vietnam, we conducted a study: "Study on characteristics of semen analysis and BMI of man patients at the hospital of Ha Noi medical university". The study results showed that: the average age of the study group was 28.8 ± 6.22 years old, the average BMI of the study group was 22.92 ± 2.78 kg/m². Up to 27.1% of subjects were overweight and 20.39% of men were obese. BMI is inversely proportional to sperm volume and density, the higher the BMI, the lower the sperm volume and density. On the multivariable linear regression model, BMI and smoking are associated with sperm density with the formula: $MTTT = -1.29 \times BMI - 0.74$ (pack/year) + 110.85. Obesity is 2.08 times more likely to have impaired sperm quality. Conclusion: overweight, obesity, smoking affect semen parameters in men. Therefore, counseling patients to give up smoking, lose weight, and optimize BMI is essential.

Keywords: overweight, obesity, BMI, semen analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh dịch đồ là một xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng, cung cấp những thông tin cơ bản về tinh tương và tinh trùng trong tinh dịch (tỷ lệ tinh trùng khỏe mạnh, tinh trùng yếu, tinh trùng ít, tinh trùng dị dạng hay không có tinh trùng). Các thông số tinh dịch đồ có ý nghĩa quan trọng giúp đánh giá khả năng sinh sản của người nam giới. Trong trường hợp nam giới hiếm muộn, các thông số tinh dịch đồ còn có ý nghĩa trong chẩn đoán, tìm hiểu nguyên nhân hiếm muộn và giúp tiên lượng, lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp.

Ở một người nam giới bình thường, các thông số tinh dịch đồ có thể thay đổi dưới tác động của một số yếu tố như: tiếp xúc tia xạ, hóa chất, kim loại nặng, làm việc trong môi trường quá nóng, thói quen xấu (nghiện bia, rượu, thuốc lá, các chất kích thích), ăn nhiều chất béo, thừa cân, béo phì, các bệnh lý toàn thân khác (tim mạch, huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa)... Trong đó thừa cân và béo phì từ lâu đã được biết đến là yếu tố nguy cơ của các bệnh lý toàn thân, đặc biệt bệnh lý tim mạch, đái tháo đường. Không những vậy, các nghiên cứu gần đây còn cho thấy thừa cân và béo phì có thể ảnh hưởng tới khả năng sinh sản của nam giới.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã được thực hiện và cho thấy rằng nam giới hiếm muộn có tỷ

lệ mắc thừa cân, béo phì cao hơn so với nhóm nam giới sinh sản bình thường [1,2]. Đồng thời ở những nam giới thừa cân, béo phì, xuất hiện các bất thường thông số tinh dịch đồ cao hơn so với nam giới bình thường [3]. Tinh trùng của người nam giới béo phì được dùng để thụ tinh trong ống nghiệm cho tỉ lệ thụ tinh thấp và tỷ lệ sảy thai cao. Sự gia tăng tỷ lệ hiếm muộn nam dường như song song với sự gia tăng tỷ lệ béo phì, rối loạn lipid máu và hội chứng chuyển hóa [4].

Hiện nay, tại Việt Nam theo tìm hiểu của tác giả thì chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm tinh dịch đồ và mối liên quan với chỉ số BMI ở nam giới. Những nghiên cứu hiện có mới chỉ tập trung vào đối tượng nam giới hiếm muộn mắc hội chứng chuyển hóa [5]. Vì vậy, để góp phần bổ sung thêm cho những nghiên cứu sau này trong việc tìm kiếm các yếu tố ảnh hưởng tới các thông số tinh dịch đồ và thực hiện các chiến lược dự phòng làm giảm ảnh hưởng của những yếu tố này tới khả năng sinh sản của nam giới, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu "tìm hiểu mối liên quan giữa các thông số tinh dịch đồ và chỉ số BMI".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên nam giới đến khám và tư vấn tại Khoa Nam học và Y học giới tính – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nam giới có khả năng lấy tinh dịch kiểm tra tinh dịch đồ
- Có ít nhất 1 kết quả tinh dịch đồ được thực hiện tại Trung tâm Di truyền lâm sàng – Hệ gen – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- Được đo chiều cao, cân nặng cùng thời điểm làm xét nghiệm tinh dịch đồ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp có bệnh lý tại cơ quan sinh dục có ảnh hưởng tới chất lượng tinh trùng (như viêm tinh hoàn, xoắn tinh hoàn, chấn thương tinh hoàn, viêm niệu đạo...)
- Nam giới không có tinh trùng trong tinh dịch (Azoospermia).
- Những bệnh nhân đang sử dụng các thuốc điều trị nội tiết, các thuốc hỗ trợ chức năng sinh sản.
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý ác tính hoặc đang điều trị hóa chất, xạ trị.

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:

Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Quy trình nghiên cứu: Đối tượng đến thăm khám các bệnh lý về nam khoa được khai thác đầy đủ thông tin về tiền sử, bệnh sử, tình trạng hôn nhân, tình trạng hút thuốc lá, chiều cao, cân nặng, đo huyết áp và khám lâm sàng theo một quy trình thường quy tại bệnh viện. Những bệnh nhân kiểm tra sức khỏe sinh sản hoặc có nhu cầu tư vấn, xét nghiệm tinh dịch đồ được lựa chọn vào nghiên cứu.

Chỉ số BMI được tính theo công thức:
BMI = Cân nặng / (Chiều cao)²

Bảng 2.1: Bảng đánh giá chỉ số BMI theo chuẩn WHO dành cho người châu

BMI (kg/m ²)	Phân loại
< 18,5	Gầy
18,5 – 22,9	Bình thường
≥ 23	Thừa cân
23 – 24,9	Tiền béo phì
25 – 29,9	Béo phì độ I
≥ 30	Béo phì độ II

Tiêu chuẩn xét nghiệm tinh dịch đồ được thực hiện như sau: Nam giới được hướng dẫn kiêng xuất tinh trong vòng từ 2-10 ngày. Việc lấy mẫu được thực hiện bằng phương pháp thủ dâm và xuất tinh vào một lọ sạch có miệng rộng làm từ nhựa hoặc thủy tinh. Lọ chứa mẫu được ghi tên,

tuổi của bệnh nhân và thời gian lấy mẫu. Lọ chứa mẫu được lưu trữ ở một nhiệt độ ổn định (từ 20°C-37°C) để tránh những bất thường có thể gây ra bởi sự thay đổi nhiệt độ đột ngột.

Mật độ tinh trùng, tỷ lệ tinh trùng di động và hình thái của tinh trùng được xác định dựa trên máy CASA (Computer-aided sperm analysis). Mẫu tinh dịch sẽ được nhuộm bằng thuốc nhuộm DNA huỳnh quang và mật độ tinh trùng sẽ được xác định bằng phần mềm của hệ thống CASA.

2.3. Xử lý số liệu. Phần mềm R phiên bản 3.6.1 cho hệ điều hành Windows được dùng để xử lý số liệu trong nghiên cứu này. Tính chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Kolmogorov-Smirnov. Tất cả các thông số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, bách phân vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất. Giá trị p < 0,05 được chọn là mức có ý nghĩa thống kê. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến và mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các đại lượng.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	N	%	Mean ± SD	Median	Min - Max
Tuổi (Năm)	3041		28,8 ± 6,22	28	15 - 64
≤ 25	869	28,58			
25-35	1738	57,15			
> 35	434	14,27			
Chiều cao (cm)	3041		168,27 ± 5,54	168,2	147,2 - 190
Cân nặng (kg)	3041		64,96 ± 8,96	64,5	41,3 - 107,4
BMI (kg/m ²)	3041		22,92 ± 2,78	22,79	14,88 - 37,65
< 18,5	137	4,51			
18,5-23	1460	48,01			
23-25	824	27,1			
≥ 25	620	20,39			
Hút thuốc (gói năm)					
0	2,433	80,01			
< 1	124	4,08			
> 1	484	15,92			
Tình trạng hôn nhân					
Chưa có gia đình	1604	53,47			
Có gia đình	1,396	46,53			

Nhận xét: Trong 3041 đối tượng nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 28,8 ± 6,22 tuổi. Trong đó, lứa tuổi từ 25 - 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,15%). BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22,92 ± 2,78 kg/m². Có tới 27,1% đối tượng thừa cân và 20,39% nam giới béo phì (BMI ≥ 25 kg/m²). Phần lớn những đối tượng nghiên cứu không hút thuốc lá, chỉ có 15,92% người hút thuốc lá ở mức độ trung bình (1-20 gói năm).

Bảng 3.2: Đặc điểm tinh dịch đồ theo phân loại BMI

Đặc điểm	BMI				p
	18,5	18,5-23	23-25	≥ 25	
Thể tích (ml)	3,07 ± 1,51	3,16 ± 1,4	3,02 ± 1,51	2,95 ± 1,49	0,003
Mật độ (triệu/ml)	82,55 ± 48,7	81,45 ± 47,02	80,74 ± 45,49	74,25 ± 45,98	0,009
Tỷ lệ di động (%)	46,51 ± 15,54	46,16 ± 14,95	46,68 ± 15,52	44,78 ± 15,95	0,13
Hình thái tinh trùng bình thường (%)	10,52 ± 5,18	10,38 ± 4,06	10,48 ± 4,42	10,1 ± 4,35	0,54

Nhận xét: Trong các thông số tinh dịch đồ, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thể tích tinh dịch và mật độ tinh dịch giữa các nhóm BMI khác nhau. Chỉ số BMI có tỷ lệ nghịch với thể tích và mật độ tinh trùng, BMI càng cao thì thể tích và mật độ tinh trùng càng giảm.

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa các thông số tinh dịch đồ và một số yếu tố

Đặc điểm	Mật độ tinh trùng		Tỷ lệ di động tiến tới		Hình thái tinh trùng bình thường	
	Hệ số β	p	Hệ số β	p	Hệ số β	p
Tuổi (năm)	0,05	0,71	-0,09	0,04	-0,05	<0,001
BMI (kg/m ²)	-1,29	<0,001	-0,02	0,83	-0,14	0,64
Hút thuốc (gói/năm)	-0,74	0,02	-0,04	0,67	-0,01	0,59
Testosterone (nmol/l)	-0,13	0,37	-0,02	0,64	-0,12	0,35

Nhận xét: Trên mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, sau khi đã hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, hút thuốc lá và nồng độ testosterone, chúng tôi nhận thấy BMI và hút thuốc lá có mối liên quan với mật độ tinh trùng với công thức:

$$\text{MDTT} = -1,29 \times \text{BMI} - 0,74 (\text{gói/năm}) + 110,85.$$

Bảng 3.4: Tỷ lệ bất thường tinh dịch đồ liên quan tới phân loại BMI

BMI	Đặc điểm bất thường tinh dịch					
	Oligospermia		Asthenospermia		Teratospermia	
	N (%)	pOR (95% CI)	N (%)	pOR (95% CI)	N (%)	pOR (95% CI)
< 18,5	15 (10,95)	2,19 (1,21 - 3,96)	22 (16,06)	0,86 (0,53 - 1,39)	7 (5,11)	1,96 (0,85 - 4,51)
18,5 - 23	75 (5,14)	--	257(17,6)	--	42 (2,88)	--
23 - 25	52 (6,31)	1,23 (0,85 - 1,79)	147 (17,84)	1,01 (0,81 - 1,27)	27 (3,28)	1,09 (0,66 - 1,8)
≥ 25	63 (10,16)	2,08 (1,46 - 2,97)	125 (20,16)	1,18 (0,93 - 1,5)	26 (4,19)	1,39 (0,84 - 2,31)
Tổng	205 (6,74)		551(18,12)		102 (3,35)	

Nhận xét: Trên mô hình logistic đa biến, so với những nam giới có chỉ số BMI trong ngưỡng bình thường (18,5-23), những đối tượng béo phì có nguy cơ suy giảm số lượng tinh trùng cao hơn 2.08 lần.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số khối cơ thể (BMI: Body mass index) được Gallagher và nhiều quốc gia trên thế giới sử dụng như là một chỉ số đáng tin cậy để ước lượng tỷ lệ chất béo trong cơ thể và dùng tỷ lệ chất béo này để đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì [6]. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp chẩn đoán béo phì dựa trên BMI là không phân biệt được cơ thể nặng do mỡ hay do cơ và có sự khác biệt tỷ lệ chất béo giữa các chủng tộc, quốc gia khác nhau. Theo khuyến cáo của WHO thì chỉ số BMI có hai tiêu chuẩn riêng biệt cho người châu Âu - Mỹ (béo phì khi BMI ≥ 30 kg/m²) và người châu Á (béo phì khi BMI ≥ 25 kg/m²). Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá này, trong

nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 47,49% (thừa cân 27,1 và béo phì 20,39%). Tỷ lệ này tương đồng với một số báo cáo nghiên cứu về tình trạng thừa cân, béo phì tại Việt Nam [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ nam giới béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn khá nhiều so với các báo cáo về tỷ lệ béo phì tại Mỹ và các nước Châu Âu với tỷ lệ 30 - 35,2% [1], sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về yếu tố thể tạng, văn hóa, lối sống của mỗi chủng tộc, quốc gia khác nhau.

Thừa cân, béo phì không chỉ là gánh nặng y tế trên toàn cầu, bởi nó làm tăng tỷ lệ tử vong và tăng nguy cơ mắc các bệnh toàn thân như cao huyết áp, tiểu đường, rối loạn chuyển hóa,

tim mạch. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chứng minh có mối liên quan chặt chẽ giữa béo phì ở phụ nữ và hiếm muộn. Tuy nhiên, lại rất ít các nghiên cứu về ảnh hưởng của béo phì đối với hệ thống sinh sản của nam giới. Gần đây, một số nghiên cứu lâm sàng đã báo cáo về sự suy giảm các thông số tinh dịch như số lượng tinh trùng, khả năng di động, khả năng sống của tinh trùng và suy giảm hormone sinh dục ở nam giới thừa cân, béo phì. Có mối liên quan chặt chẽ giữa chỉ số BMI và thông số tinh dịch đồ. Trong một nghiên cứu trên 1558 nam giới khám nghĩa vụ quân sự nhận thấy, ở nam giới có chỉ số BMI > 25 kg/m² có tổng số lượng tinh trùng mỗi lần xuất tinh giảm 24%, tỷ lệ hình thái tinh trùng bình thường cũng giảm đáng kể trong nghiên cứu này [2]. Hơn nữa, sự suy giảm nồng độ testosterone, FSH, Inhibin B và SHBG đã được test phát hiện ở nhóm thừa cân [3]. Một phân tích hồi cứu trên 390 nam giới cho thấy, chỉ số BMI có liên quan đến sự suy giảm nồng độ và khả năng di động của tinh trùng [8]. Một nghiên cứu trên 520 nam giới tại Đan Mạch cho thấy số lượng tinh trùng di động bình thường giảm đáng kể và gia tăng mức độ phân mảnh DNA (DFI) của tinh trùng ở nam giới thừa cân, béo phì. Kort và cộng sự (2006) nhận thấy sự gia tăng DFI ở nam giới có BMI cao, điều đó cho thấy rằng thừa cân, béo phì có thể ảnh hưởng đến tính toàn vẹn của chất nhiễm sắc của tinh trùng [9]. Sự gia tăng BMI > 25 kg/m² gây ra sự gia tăng DFI của tinh trùng và giảm số lượng tinh trùng nguyên vẹn nhiễm sắc bình thường mỗi lần xuất tinh, liên quan đến mức độ béo phì.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy, có mối liên quan nghịch giữa chỉ số BMI với thể tích và mật độ tinh trùng, BMI càng cao thì thể tích và mật độ tinh trùng càng giảm. Trên mô hình logistic đa biến, so với những nam giới có chỉ số BMI trong ngưỡng bình thường (18,5-23), những đối tượng béo phì có nguy cơ suy giảm số lượng tinh trùng cao hơn 2,08 lần.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy mối tương quan giữa tình trạng thừa cân và béo phì với các thông số tinh dịch đồ. Theo đó, béo phì được coi là trạng thái tiền viêm với sự tăng sản xuất các adipokine và cytokine bởi các mô mỡ, dẫn đến gia tăng tình trạng viêm toàn thân, làm tăng stress oxy hóa cơ thể, làm tăng quá trình chết theo chu trình của tế bào, ROS tăng nguy cơ tổn thương màng tế bào của tinh trùng, từ đó làm giảm nồng độ, khả năng di động, hình thái của tinh trùng và làm tăng mức độ phân mảnh DNA của tinh trùng.

Ở người béo phì, từ các mô mỡ trắng tăng bài tiết leptin. Nồng độ leptin tăng cao sẽ ức chế tế bào Leydig, làm giảm sản xuất testosterone, đồng thời quá trình thơm hóa testosterone dưới tác dụng của enzyme aromatase diễn ra mạnh hơn, làm tăng chuyển đổi testosterone thành estrogen, dẫn đến giảm tỷ lệ testosterone/estrogen, gây ảnh hưởng tới quá trình sản xuất tinh trùng.

Mặt khác, quá trình hình thành tinh trùng rất nhạy cảm với nhiệt độ, nhiệt độ tối ưu cho quá trình hình thành tinh trùng là từ 34 - 35°C. Ở người béo phì mỡ phân bố nhiều ở vùng trước mu, bìu, kèm chế độ sinh hoạt ít vận động, dẫn tới tăng nhiệt độ ở bìu, ở môi trường nhiệt độ cao có thể làm giảm khả năng vận động, tăng tổn thương DNA của tinh trùng và tăng stress oxy hóa.

Ngoài ảnh hưởng của thừa cân, béo phì, việc hút thuốc lá cũng được cho là có tác động đến các thông số tinh dịch đồ. Hút thuốc lá làm nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa tăng 26% so với những người không hút thuốc lá, có mối liên quan đáng kể giữa hút thuốc lá và nguy cơ mắc bệnh chuyển hóa (RR = 1,26, 95% CI: 1,10 - 1,44). Người hút thuốc lá thường có tình trạng kháng insulin và tăng insulin máu nghiêm trọng hơn, có thể làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường typ II. Ngoài ra, hút thuốc lá có thể làm giảm nồng độ testosterone, làm giảm chất lượng và số lượng tinh trùng, làm giảm khả năng sinh sản của nam giới [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, có mối tương quan giữa hút thuốc lá, chỉ số BMI và mật độ tinh trùng. Mật độ tinh trùng được tính theo công thức MĐTT = - 1,29 x BMI - 0,74 (gói/năm) + 110,85. Theo công thức trên cho thấy, MĐTT có tỷ lệ nghịch với chỉ số BMI và số lượng thuốc lá sử dụng, hay nói cách khác chỉ số BMI càng cao và số lượng hút thuốc lá càng nhiều thì MĐTT càng giảm.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc giảm sử dụng thuốc lá và kiểm soát tốt cân nặng, tối ưu hóa chỉ số BMI có thể giúp cải thiện nồng độ testosterone và cải thiện các thông số tinh dịch đồ. Do đó việc tư vấn người bệnh từ bỏ hút thuốc lá, cùng với chế độ giảm cân, rèn luyện thể chất và áp dụng các phương pháp điều trị béo phì hợp lý là rất cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Thừa cân, béo phì, hút thuốc lá có ảnh hưởng tới các thông số tinh dịch đồ ở nam giới.
- Chỉ số BMI càng cao mật độ tinh trùng càng giảm.

- Béo phì có nguy cơ suy giảm chất lượng tinh trùng cao hơn 2.08 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hammoud, A.O., et al.**, Obesity and male reproductive potential. *Journal of andrology*, 2006. **27**(5): p. 619-626.
2. **Jensen, T.K., et al.**, Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones among 1,558 Danish men. *Fertility and sterility*, 2004. **82**(4): p. 863-870.
3. **Najafi, M., et al.**, Diminished fertility in men with increased BMI. 2011.
4. **Eisenberg, M.L., et al.**, Diabetes, medical comorbidities and couple fecundity. *Human Reproduction*, 2016. **31**(10): p. 2369-2376.
5. **Quỳnh, T.T.N. and C.N. Thành**, Hội chứng chuyển hóa ở nam giới các cặp vợ chồng vô sinh. *Tạp chí Phụ sản*, 2019. **16**(4): p. 115-123.
6. **Gallagher, D., et al.**, Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *The American journal of clinical nutrition*, 2000. **72**(3): p. 694-701.
7. **lạc, L.D. and N.V. Chinh**, Tỷ lệ béo phì ở người dân thành phố Thủ Dầu một theo phân loại BMI của WHO và theo tiên đoán tỷ lệ chất béo của Gallagher Nghiên cứu khoa học, 2017. **37**.
8. **Hammoud, A.O., et al.**, Male obesity and alteration in sperm parameters. *Fertility and sterility*, 2008. **90**(6): p. 2222-2225.
9. **Kort, H.I., et al.**, Impact of body mass index values on sperm quantity and quality. *Journal of andrology*, 2006. **27**(3): p. 450-452.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TIÊN TỚI XÂY DỰNG HỆ THỐNG PHÒNG XÉT NGHIỆM THAM CHIẾU CỦA BỘ Y TẾ THEO KHUYẾN CÁO IFCC/JCTLM DO TRUNG TÂM KIỂM CHUẨN CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM Y HỌC, BỘ Y TẾ TẠI ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH ĐẦU MỐI

Văn Hy Triết^{1,2}, Vũ Quang Huy^{1,2},
Nguyễn Thị Yến Minh¹, Nguyễn Thị Hải Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xây dựng mô hình phòng xét nghiệm tham chiếu theo khuyến cáo của chuyên gia IFCC/JCTLM và vai trò của các phòng xét nghiệm này trong chương trình ngoại kiểm sinh hóa. **Phương pháp:** triển khai hội thảo phòng xét nghiệm tham chiếu, lấy ý kiến khuyến cáo của chuyên gia, tuyển chọn các PXN đạt tiêu chí và tự nguyện tham gia, thực hiện tham chiếu cho 9 xét nghiệm glucose, cholesterol, triglycerid, urea, creatinine, acid uric, ALT, AST, GGT của 12 mẫu ngoại kiểm do Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh sản xuất trong năm 2021. **Kết quả:** 100% các PXN tham chiếu đạt kết quả ngoại kiểm đạt trong cả 12 mẫu trong năm 2021, hơn 70% đến gần 80% kết quả ngoại kiểm đạt ở nhóm PXN tham gia. **Kết luận:** Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh bước đầu đã xây dựng thành công mạng lưới gồm 8 PXN tham chiếu theo khuyến cáo của các chuyên gia IFCC/JCTLM. Tiến đến xây dựng hoàn chỉnh mạng lưới PXN tham chiếu. Các PXN tham chiếu trong mạng lưới đã đóng góp xác định giá trị đúng

(giá trị ấn định) cho chín thông số xét nghiệm của 12 mẫu ngoại kiểm trong năm 2021 góp phần liên thông kết quả các PXN tham gia.

Từ khóa: Phòng xét nghiệm tham chiếu, chương trình ngoại kiểm, hóa sinh, trung tâm kiểm chuẩn.

SUMMARY

INITIAL RESULTS TO BUILDING THE REFERENCE LABORATORIES NETWORK ACCORDING TO IFCC/ JCTLM RECOMMEND ESTABLISHED BY THE QUALITY CONTROL CENTER FOR MEDICAL LABORATORIES, MINISTRY OF HEALTH IN THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Objective: To build a model of reference laboratories according to IFCC/JCTLM experts' recommendations and the role of these laboratories in the biochemistry external quality assessment program.

Methods: conducting a reference laboratory workshop, collecting expert recommendations, selecting laboratories that meet the criteria and voluntarily participate, making references for nine parameters of glucose, cholesterol, triglycerides, urea, creatinine, uric acid, ALT, AST, GGT of 12 EQA samples of the Quality control center of the medical laboratory of the University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City (QCCUMP) in 2021. **Results:** 100% of reference laboratories get "accepted" EQA results in all 12 samples in 2021; more than 70% to nearly 80% of EQA results were achieved "accepted" in the group of participating laboratories. **Conclusion:**

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học

– Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Huy

Email: drvuquanghuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

The QCCUMP initially successfully built a network of 8 reference laboratories according to the recommendations of IFCC/JCTLM experts. The next step is to complete the national referral network. The reference laboratories in the network contributed to determining the correct value (assigned value) for nine test parameters of 12 EQA samples in 2021, contributing to harmonizing the results of participating laboratories.

Keywords: reference laboratory, external quality assessment, biochemistry, quality control center.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự chính xác của kết quả xét nghiệm có ý nghĩa sống còn đối với việc chẩn đoán, đánh giá nguy cơ và theo dõi điều trị cho bệnh nhân. Vì lẽ đó, các phương pháp xét nghiệm được sử dụng trong các phòng xét nghiệm y khoa phải chính xác, đặc hiệu và có thể so sánh giữa các phòng xét nghiệm[8]. Một kết quả xét nghiệm không chính xác hoặc không hợp lý gây ra hậu quả tiêu cực đến bệnh nhân, bác sĩ lâm sàng, và hệ thống y tế. Để kết quả xét nghiệm đạt được độ tin cậy cao, ngoài việc phải thực hiện các quy trình thao tác chuẩn, phòng xét nghiệm cần phải thực hiện việc kiểm soát chất lượng xét nghiệm như công việc thường quy. Ngoài kiểm là một thành phần của quá trình kiểm soát chất lượng xét nghiệm, trong đó các phòng xét nghiệm (PXN) sẽ đăng ký các thông số xét nghiệm tham gia chương trình với Trung tâm kiểm chuẩn. Sau đó, các PXN tham gia sẽ nhận các mẫu ngoại kiểm tương tự nhau (thường mẫu có tính chất giống mẫu bệnh nhân) từ Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học hoặc từ các đơn vị sản xuất mẫu ngoại kiểm, các đơn vị tham gia chưa biết nồng độ các thông số xét nghiệm đăng ký. Khi đến thời hạn trả kết quả theo quy định của trung tâm kiểm chuẩn, các PXN tham gia sẽ gửi các kết quả xét nghiệm đã đăng ký về TTKC để phân tích, so sánh với các PXN khác. TTKC sẽ gửi bảng đánh giá hiệu suất chất lượng của PXN tham gia.

Đối với chương trình ngoại kiểm các xét nghiệm định lượng, việc đưa ra đáp án đúng (giá trị ấn định) có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Theo ISO 13528:2012, đối với mẫu ngoại kiểm chưa biết trước nồng độ, việc xác định giá trị ấn định của mẫu theo 3 cách sau[5]:

a) Từ kết quả của quy trình đo lường tham chiếu quốc tế trong danh sách JCTLM (The Joint Committee for Traceability in Laboratory).

b) Từ sự đồng thuận của các PXN tham chiếu.

c) Từ sự đồng thuận của các PXN tham gia.

Trong 3 cách xác định giá trị ấn định trên, cách a) có độ chính xác cao nhất tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam chưa có PXN nào thực hiện các

quy trình này, cách tiếp cận đơn giản hơn là cách b) và c). Trong đó, cách c) tiềm ẩn nhiều nguy cơ làm sai lệch giá trị ấn định nếu số lượng các PXN tham gia có chất lượng kém chiếm tỷ lệ nhiều. Theo quyết định 316/QĐ -TTg của Thủ tướng chính phủ năm 2016, yêu cầu đến năm 2025 ngành y tế phải liên thông được các kết quả xét nghiệm giữa các PXN trên toàn quốc. Bên cạnh đó, quyết định trên còn đưa ra mục tiêu quan trọng là đến năm 2025 hệ thống PXN tham chiếu có khả năng tham chiếu cho 100% xét nghiệm thông thường. Để thực hiện các nhiệm vụ trên, Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TTKC) nghiên cứu sản xuất mẫu ngoại kiểm sinh hóa và xây dựng mạng lưới PXN tham chiếu theo khuyến cáo của các chuyên gia IFCC/JCTLM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

Đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn lựa

chọn: các PXN đạt tiêu chí tham chiếu theo chuyên gia IFCC/ JCTLM, tiêu chuẩn lựa chọn cụ thể như sau:

✓ Được công nhận tiêu chuẩn quốc tế như (ISO 15189; CAP (College of American Pathologists); JCI (Joint Commission International).

✓ Đạt từ mức 4 trở lên theo tiêu chí đánh giá mức chất lượng PXN y học ban hành kèm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT. Tiêu chí này xếp mức chất lượng PXN theo năm mức, từ 1 đến 5, trong đó mức 5 là mức PXN có hệ thống quản lý chất lượng tốt nhất.

✓ Tham gia chương trình ngoại kiểm đạt kết quả ở mức chấp nhận được các chỉ tiêu xét nghiệm tham chiếu (SDI \in [-2;2]) liên tục 12 tháng. Các PXN đã tham gia ngoại kiểm và có kết quả đạt trước khi tham gia vào hệ thống.

Tiêu chuẩn loại trừ: các PXN đạt tiêu chí nhưng không đồng ý tham gia.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2021 đến 12/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học – Bộ Y tế - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Các bước tiến hành:

- Ngày 30/7/2020, Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học, Bộ Y tế đặt tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh tổ chức Hội thảo "10 năm thành lập, hội nhập, phát triển thực hiện 316 TTg nâng cao chất lượng xét nghiệm và Hội thảo Bộ Y tế - Quốc tế, mô hình hệ thống phòng xét nghiệm tham chiếu" trong

đó các chuyên gia quốc tế IFCC/ JCTLM, đưa ra khuyến cáo về mô hình hệ thống PXN theo tiêu chuẩn quốc gia và quốc tế, cụ thể 3 tiêu chí PXN tham chiếu quốc gia như sau[2]:

- ✓ Đạt tiêu chuẩn quốc tế về hệ thống quản lý chất lượng.
- ✓ Đạt mức xếp hạng cao trong tiêu chí quốc gia.
- ✓ Minh chứng về đạt hiệu suất thực hiện các xét nghiệm tốt liên tục trong thời gian dài.

- TTKC sử dụng các mẫu huyết thanh từ người hiến tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh, các mẫu này âm tính với HBV, HCV, HIV 1/2, giang mai, sốt rét và các kháng thể bất thường. Các mẫu huyết thanh sau khi được điều chỉnh nồng độ theo kế hoạch ngoại kiểm định trước, sẽ được tiến hành đông khô, đánh giá độ đồng nhất và ổn định theo ISO 13528:2012.

- Các PXN tham chiếu quốc gia sẽ thực hiện các xét nghiệm glucose, cholesterol, triglycerid, urea, creatinine, acid uric, ALT, AST, GGT và gửi kết quả về TTKC theo lịch qui định. Trung tâm sẽ phân tích kết quả đưa ra giá trị ấn định cho các thông số xét nghiệm trên dựa trên sự đồng thuận của các phòng xét nghiệm tham chiếu. Giá

trị ấn định này được dùng để đánh giá chất lượng thực hiện các thông số xét nghiệm của các PXN tham gia.

- Các PXN tham gia là các PXN có thực hiện các xét nghiệm glucose, cholesterol, triglycerid, urea, creatinine, acid uric, ALT, AST, GGT và có đăng ký tham gia chương trình ngoại kiểm với Trung tâm. Sau khi thực hiện các xét nghiệm theo lịch quy định, PXN sẽ trả kết quả về TTKC. Các kết quả sẽ được đánh giá, loại bỏ giá trị ngoại lai bằng phương pháp IQR (khoảng tứ phân vị), và tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, hệ số biến thiên. Kết quả sẽ được phân tích và so sánh với giá trị ấn định từ PXN tham chiếu. Chất lượng của các PXN được đánh giá qua các thông số thống kê SDI (chỉ số độ lệch chuẩn), D% (độ lệch). Các kết quả ngoại kiểm sẽ được đánh giá như sau:

- ✓ SDI ∈ [-2;2]: kết quả chấp nhận.
- ✓ SDI ∈ [-∞; -2] hoặc SDI ∈ [2; +∞]: kết quả không chấp nhận.

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng Excel.

Y đức trong nghiên cứu: quyết định số 222/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 19 tháng 3 năm 2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

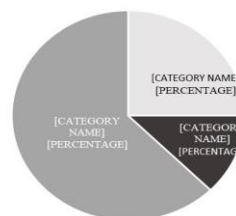
Bảng 1: Kết quả các tiêu chí của các phòng xét nghiệm tham chiếu tham gia hệ thống năm 2021.

Thông số	Tiêu chí	PXN TC1	PXN TC2	PXN TC3	PXN TC4	PXN TC5	PXN TC6	PXN TC7	PXN TC8
Glucose	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
Cholesterol	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
Triglycerid	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
Urea	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
Creatinine	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
Acid uric	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
ALT	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
AST	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		

	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
GGT	ISO 15189	x	x	x	x	x		x	x
	JCI						x		
	Ngoại kiểm	x	x	x	x	x	x	x	x
Mức hạng theo tiêu chí 2429		4	4	4	4	5	4	4	4

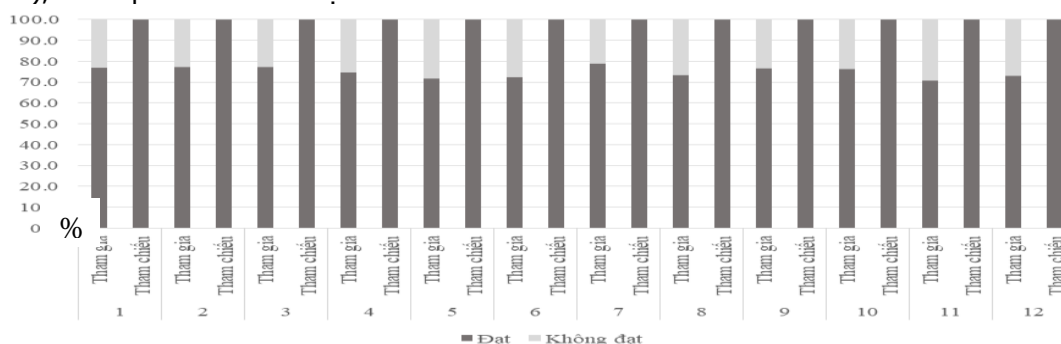
(x): đạt tiêu chí

Trong Bảng 1, 8 PXN đều đạt mức 4 trở lên theo tiêu chí đánh giá mức chất lượng PXN y học ban hành kèm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT, trong đó có 1 PXN đạt mức 5 và tham gia chương trình ngoại kiểm đạt kết quả ở mức chấp nhận tất cả các chỉ tiêu xét nghiệm tham chiếu liên tục 12 tháng. Trong đó, 7/8 PXN được công nhận tiêu chuẩn quốc tế ISO 15189 và 1/8 đơn vị được công nhận tiêu chuẩn JCI (Joint Commission International). Tất cả các PXN tham gia khảo sát thực hiện ngoại kiểm có kết quả đạt trong 12 tháng liên tục.



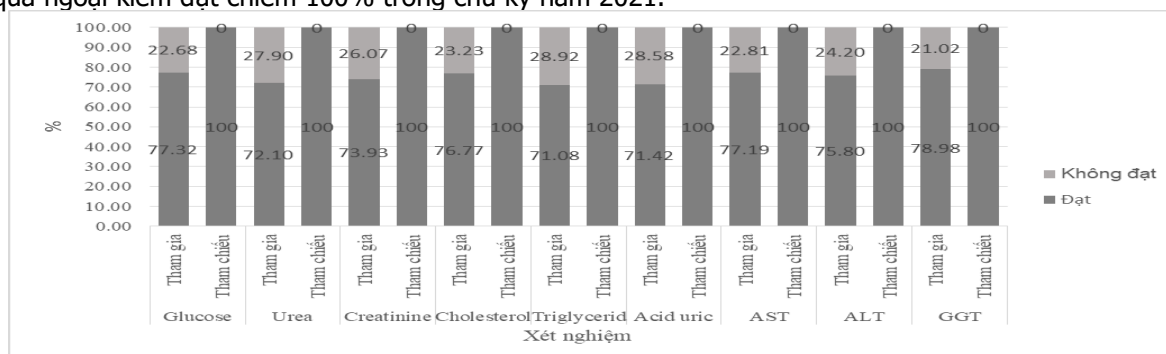
Hình 1: Biểu đồ phân phối theo vùng miền của các phòng xét nghiệm tham chiếu trong năm 2021. (n=8 đơn vị)

Trong Hình 1, các PXN tham chiếu tập trung ở 3 thành phố lớn theo phân bố lần lượt là Thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Hà Nội. Trong đó, thành phố Hồ Chí Minh chiếm tỷ lệ nhiều nhất 5/8 PXN (62,5%), và thấp nhất là ở Hà Nội.



Hình 2: Tỷ lệ các kết quả ngoại kiểm đạt, không đạt trung bình trong 12 mẫu của các xét nghiệm thuộc nhóm phòng xét nghiệm tham gia và nhóm phòng xét nghiệm tham chiếu trong năm 2021.

Hình 2 minh họa kết quả của 12 mẫu ngoại kiểm trong năm 2021 của 2 nhóm tham gia và tham chiếu. Các phòng xét nghiệm tham gia có tỷ lệ trung bình không đạt khoảng hơn 20%, trong đó mẫu 11 có số lượng kết quả ngoại kiểm không đạt gần 30%. Bên cạnh đó, các PXN tham chiếu có các kết quả ngoại kiểm đạt chiếm 100% trong chu kỳ năm 2021.



Hình 3: Tỷ lệ các kết quả ngoại kiểm đạt, không đạt trung bình theo xét nghiệm của 12 mẫu thuộc nhóm phòng xét nghiệm tham gia và nhóm phòng xét nghiệm tham chiếu trong năm 2021.

Tỷ lệ kết quả ngoại kiểm đạt, không đạt trung bình theo xét nghiệm của 12 mẫu trong năm 2021 được thể hiện ở hình 3, trong đó xét nghiệm triglycerid và acid uric có tỷ lệ không đạt cao nhất lần lượt là 28,92% và 28,58%, các xét nghiệm có kết quả không đạt thấp nhất là Glucose, GGT với kết quả lần lượt là 22,68% và 21,02%.

IV. BÀN LUẬN

Ngoại kiểm được xem lại một trong sáu trụ cột của việc chuẩn hóa, liên thông các xét nghiệm, trong đó chương trình ngoại kiểm giúp xác định độ chính xác của xét nghiệm, do đó việc xác định đúng giá trị ấn định đóng vai trò cốt lõi [7]. Sử dụng giá trị đồng thuận từ PXN tham gia tiềm ẩn nhiều rủi ro sai lệch giá trị ấn định, đặc biệt khi số lượng PXN tham gia có chất lượng không đồng đều và có nhiều phòng có chất lượng thấp sẽ dẫn đến sai lệch giá trị đồng thuận ảnh hưởng đến việc tính toán giá trị ấn định [4]. Do đó, giá trị ấn định được dựa trên giá trị đồng thuận của các PXN tham chiếu được xem là lựa chọn hợp lý, đặc biệt đối với các quốc gia chưa xây dựng được các PXN sử dụng các quy trình đo lường tham chiếu thuộc danh mục JCTLM[6].

Trong Bảng 1, có 8 PXN thỏa mãn các tiêu chí của PXN tham chiếu do GS Graham Beastall khuyến cáo. Đa số các phòng xét nghiệm được xếp hạng mức 4 theo tiêu chí ban hành kèm quyết định 2429/QĐ-BYT, riêng có 1 PXN đạt mức 5, mức cao nhất trong xếp hạng tiêu chí [1]. Bên cạnh đó, hầu hết các PXN đều đạt ISO 15189: 2012 các thông số tham gia ngoại kiểm tham chiếu, riêng 1 đơn vị được công nhận tiêu chuẩn JCI. Tiêu chuẩn ISO 15189 là tiêu chuẩn quốc tế yêu cầu về năng lực và chất lượng đối với PXN y tế, JCI là tiêu chuẩn lấy bệnh nhân làm trung tâm, tập trung đặc biệt vào sự an toàn, chất lượng chăm sóc y tế và hệ thống quản lý chất lượng của cả bệnh viện. Về các kết quả ngoại kiểm của các tiêu chí xét nghiệm đăng ký tham chiếu, các đơn vị này đã tham gia chương trình ngoại kiểm quốc tế Riqas và có kết quả đạt ở cả 9 xét nghiệm trên trong năm 2020. Các PXN tham chiếu tập trung ở 3 thành phố lớn nhất của cả nước là Thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng và Hà Nội nơi tập trung những cơ sở y tế lớn nhất về quy mô cũng như chuyên môn. Các Bộ ngành cần xây dựng mở rộng mạng lưới PXN tham chiếu trải đều các tỉnh thành trên cả nước, bằng cách đầu tư hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm giúp việc liên thông kết quả xét nghiệm và nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe bệnh nhân.

Kết quả thực hiện ngoại kiểm trong năm 2021, tất cả các đơn vị tham chiếu đều có kết quả ngoại kiểm đạt ở cả 12 mẫu ở cả 9 xét nghiệm (Hình 2, Hình 3). Điều này cho thấy sử dụng giá trị đồng thuận của các đơn vị này làm giá trị ấn định cho các xét nghiệm của chương trình đạt độ tin cậy cao. Các đơn vị tham gia có tỷ lệ kết quả thực hiện đạt trung bình giao động từ 70% đến gần 80%, tỷ lệ này thấp hơn so với các đơn vị tham gia chương trình ngoại kiểm của Riqas gần 90%[3]. Điều này có thể là do các đơn vị này thuộc các đơn vị trung tâm y tế, bệnh viện chuyên khoa, các phòng khám tư nhân nhỏ, lẻ có hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm còn yếu kém. Do đó, giá trị đồng thuận từ các PXN tham chiếu sẽ là giá trị chuẩn cho các PXN tham gia cải tiến chất lượng của mình thông qua chương trình ngoại kiểm.

Qua nghiên cứu này, mạng lưới PXN tham chiếu thực hiện các xét nghiệm thường quy đạt các tiêu chí theo khuyến cáo của chuyên gia quốc tế đã thể hiện chức năng tham chiếu cho chương trình ngoại kiểm các xét nghiệm liên quan, góp phần hướng đến liên thông các xét nghiệm có trong chương trình. Mạng lưới này tiếp tục mở rộng về số lượng PXN tham chiếu cũng như số lượng xét nghiệm thực hiện. Bước tiếp theo là triển khai các PXN thực hiện các quy trình đo lường tham chiếu trong danh sách của tổ chức JCTLM, tham gia ngoại kiểm dành cho các PXN tham chiếu, và được công nhận ISO 17025 hoặc ISO 15195 để đưa ra các giá trị ấn định chính xác nhất của chương trình ngoại kiểm và chuẩn hóa các xét nghiệm tiến tới liên thông.

V. KẾT LUẬN

1. Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh bước đầu đã xây dựng thành công mô hình mạng lưới gồm 8 PXN tham chiếu theo khuyến cáo của các chuyên gia IFCC/JCTLM. Tiến đến xây dựng hoàn chỉnh mạng lưới PXN tham chiếu.

2. Các PXN tham chiếu trong mạng lưới đã đóng góp xác định giá trị đúng (giá trị ấn định) cho chín thông số xét nghiệm của 12 mẫu ngoại kiểm trong năm 2021 góp phần liên thông kết quả các PXN tham gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quản lý Khám chữa bệnh (2017) Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học (Ban hành kèm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học), Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Government Document, 629,

- 2. Graham Beastall (2020)** Phòng xét nghiệm tham chiếu là gì? Building up a Reference Laboratories Network in Viet Nam': 30 July 2020, Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm 10 năm thành lập - hội nhập - phát triển thực hiện 316 TTg nâng cao chất lượng xét nghiệm và hội thảo bộ y tế - quốc tế mô hình hệ thống phòng xét nghiệm tham chiếu, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh,
- 3. Cục Quản lý Khám chữa bệnh (2020)** Sơ kết kết quả đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học thực hiện QĐ số 316/QĐ-TTG, Hội thảo sơ kết " Công bố kết quả đánh giá mức chất lượng Phòng Xét Nghiệm Y học, Tình hình triển khai liên thông kết quả xét nghiệm tại các bệnh viện, Thành phố Hồ Chí Minh,
- 4. A. Baldan, Adriaan M. H. van der Veen, Daniela Prauß, Angelika Recknagel, N. Boley, Steve Evans, et al. (2001)** "Economy of proficiency testing: reference versus consensus values". Accreditation and Quality Assurance, 6 (4), 164-167.
- 5. International Standard Organization (2015)** ISO 13528 Statistical methods for use in proficiency testing by interlaboratory comparison. Switzerland.
- 6. Clara Morales, Ramón Giraldo (2020)** "Reference versus consensus values in proficiency testing of clinical chemistry: a statistical comparison based on laboratories results in Colombia". Accreditation and Quality Assurance, 25 (2), 99-105.
- 7. F. Braga, M. Panteghini (2014)** "Verification of in vitro medical diagnostics (IVD) metrological traceability: responsibilities and strategies". Clin Chim Acta, 432, 55-61.
- 8. N. W. Tietz (1994)** "Accuracy in clinical chemistry-- does anybody care?". Clin Chem, 40 (6), 859-61.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ VI NANG METRONIDAZOL HƯỚNG GIẢI PHÓNG TẠI ĐẠI TRÀNG

Phạm Văn Hùng¹, Mai Đức Anh², Đặng Anh Quân¹,
Nguyễn Thanh Tùng¹, Hoàng Thị Ánh Nhật¹, Bùi Trung Hiếu¹,
Đỗ Bảo Nam¹, Đỗ Thị Hồng Hạnh¹, Nguyễn Thị Thanh Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng được công thức bào chế nhân vi nang metronidazol (MTZ) và khảo sát được ảnh hưởng của màng bao đa lớp hướng giải phóng tại đại tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nhân vi nang MTZ được bào chế bằng phương pháp tách pha đồng tụ, sau đó được bao màng để kiểm soát giải phóng MTZ. **Kết quả:** Vi nang bào chế được đã hạn chế sự giải phóng MTZ tại môi trường pH 1,2 và 7,4 (mô phỏng các đoạn trên của đường tiêu hóa) và giữ được tỷ lệ MTZ cao giải phóng tại môi trường pH 6,8 (mô phỏng đại tràng).

Từ khóa: metronidazol (MTZ), vi nang, tách pha đồng tụ, màng bao đa lớp, giải phóng tại đại tràng.

SUMMARY

FORMULATION AND PREPARATION OF METRONIDAZOLE COLON-TARGETED MICROCAPSULES

Objectives: To develop a formulation for metronidazole (MTZ) microcapsules and investigate the influence of the multilayered coating system intending to release the drug in the colon. **Methods:** MTZ microcapsules were prepared by coagulation method and then coated by the film coating method.

Results: The final microcapsules limited MTZ released during the first five hours at pH 1.2 and 7.4 (simulating the upper gastrointestinal tract) and yielded a high rate of MTZ release at pH 6.8 (simulating the colon environment).

Keywords: metronidazole (MTZ), microcapsules, coagulation method, multilayered coating, colon-targeted.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Metronidazol (MTZ) là thuốc được ưu tiên sử dụng trong điều trị lỵ amip cấp tính do Entamoeba histolytica gây bệnh ở đại tràng, thuốc chủ yếu được hấp thu ở đoạn trên của ống tiêu hóa [3], khiến người bệnh phải dùng thuốc với liều cao để đạt được nồng độ thuốc cần thiết tại đại tràng, do đó có thể làm tăng tác dụng không mong muốn của thuốc. Vì vậy, việc nghiên cứu phát triển dạng bào chế có khả năng tập trung nồng độ cao MTZ tại đại tràng là cần thiết.

Trên thế giới, đã có nghiên cứu về dạng thuốc chứa MTZ giải phóng tại đại tràng như: vi nang, vi cầu, pellet, viên nén [3]... Tại Việt Nam, cũng có một số nghiên cứu về dạng bào chế chứa MTZ giải phóng tại đại tràng như: viên nén bao bồi sử dụng pectin [5]... Trong các dạng bào chế, vi nang là dạng có tiềm năng trong việc đưa thuốc đến đại tràng do nhiều ưu điểm như: kích thước nhỏ, dễ đi qua đoạn trên của ống tiêu hóa, các tiểu phân có dạng hình cầu hoặc gần cầu nên thuận lợi cho quá trình bao màng kiểm soát giải phóng (KSGP)... Từ những thông tin trên,

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Công ty Cổ phần Dược phẩm Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Duyên

Email: duyennnt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

ngiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xây dựng được công thức bào chế nhân vi nang MTZ bằng phương pháp tách pha đồng tụ và khảo sát được ảnh hưởng của màng bao đa lớp hướng giải phóng tại đại tràng.

II. NGUYÊN LIỆU, THIẾT BỊ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu. MTZ, natri alginat (medium viscosity) (ALG), calci clorid dihydrat, hydroxypropyl methylcellulose (HPMC) E5, E6, polyethylen glycol 6000, talc (Trung Quốc), tinh bột sắn (Việt Nam), Ethocel Standard 7 premium (EC 7) (Mỹ), Eudragit S100, dibutyl phthalat, triethyl citrat (Đức) và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn tinh khiết hóa học.

2.2. Thiết bị. Máy khuấy từ Wisestir MSH-20A (Đức), bơm nhu động Petre Gas Ausrustun (Đức), tủ sấy Memmert (Đức), máy đo độ ẩm Ohaus (Đức), máy bao tăng sôi Diosna Mini-Lab (Đức), kính hiển vi soi nổi Leica EZ4 (Đức), kính hiển vi đo kích thước Haloos Caliper (Tây Ban Nha), máy thử độ hòa tan Erweka DT600 (Đức), máy quang phổ UV-VIS Hitachi U-5100 (Nhật Bản) và các dụng cụ, thiết bị thí nghiệm thường quy khác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp bào chế

*Phương pháp bào chế nhân vi nang. Sử dụng phương pháp tách pha đồng tụ, công thức cơ bản gồm: Hỗn hợp nhỏ giọt: MTZ, ALG, tá dược độn (nếu có), nước tinh khiết; môi trường độ tụ: CaCl₂, nước tinh khiết [2], [3]. Quy trình: Hòa tan ALG trong nước tinh khiết. Phân tán đều hoặc hòa tan MTZ trong gel ALG. Hòa tan CaCl₂ trong nước tinh khiết. Nhỏ giọt hỗn hợp ALG-MTZ vào dung dịch CaCl₂ qua pipet (đường kính đầu pipet: 1 mm, tốc độ nhỏ: 5 mL/phút). Để yên nhân vi nang trong dung dịch CaCl₂ trong 10 phút. Lọc thu nhân vi nang, rửa bằng nước cất để loại CaCl₂ bám trên bề mặt, sấy nhân vi nang ở 50-55°C đến độ ẩm không quá 3%.

*Phương pháp bao màng đa lớp định hướng giải phóng tại đại tràng

- *Phương pháp bao màng kiểm soát giải phóng.* Dịch bao KSGP cho mỗi mẻ 50 g nhân vi nang gồm: EC 7: 7,0 g; HPMC E5: khảo sát lượng dùng; DBP: 1,5 g; talc: 9,3 g; nước tinh khiết: 16,5 mL; ethanol 96%: 200,0 mL. Pha chế dịch bao: Hòa tan EC 7, phân tán HPMC E5 trong 150 mL ethanol 96%. Thêm nước để hòa tan HPMC E5. Hòa tan DBP trong dung dịch polyme. Dùng ethanol 96% còn lại kéo talc vào dịch polyme, khuấy để tạo hỗn dịch đồng nhất. Lọc hỗn dịch qua rây số 125. Bao phim trên thiết bị

tăng sôi: Cho nhân vi nang vào buồng bao, sấy 10 phút ở 45°C, bao phim với thông số: lưu lượng khí vào: mức 90%; nhiệt độ buồng bao: 39-40°C; tốc độ phun dịch: 2,5 mL/phút; áp suất khí nén: 1,5 bar. Sau khi hết dịch bao, sấy vi nang trong buồng bao 15 phút, rồi cho vào túi nhôm, hàn kín. Ủ vi nang ở 60°C trong 24 giờ.

- *Phương pháp bao màng bao tan ở ruột.* Dịch bao tan ở ruột cho mỗi mẻ 50 g vi nang đã bao màng KSGP gồm: Eudragit S100: 4,0 g; TEC: 0,8 g; talc: 2,0 g; ethanol 80%: 150,0 mL. Pha chế dịch bao: Hòa tan Eudragit S100 và TEC trong 100 mL ethanol 80%. Dùng ethanol 80% còn lại kéo talc vào cốc chứa polyme, khuấy để tạo hỗn dịch đồng nhất. Lọc hỗn dịch qua rây số 125. Bao phim trên thiết bị tăng sôi, nhiệt độ buồng bao: 37,0-37,5°C, các thông số còn lại tương tự quá trình bao màng KSGP.

2.3.2. Phương pháp đánh giá

**Định lượng MTZ trong vi nang.* Sử dụng phương pháp đo độ hấp thụ tử ngoại [3], [4], [6]. Mẫu thử: Cân một lượng chính xác khoảng 100,0 mg vi nang cho vào bình định mức 100mL. Thêm 60mL đệm phosphat pH 7,4, để nhân vi nang trương nở hoàn toàn trong 24 giờ. Bổ sung đệm phosphat pH 7,4 đến vạch, lắc đều. Lọc dịch qua giấy lọc, bỏ 20 mL dịch lọc đầu, pha loãng đến nồng độ khoảng 10 µg/mL bằng đệm phosphat pH 7,4. Mẫu chuẩn: hòa tan MTZ chuẩn trong đệm phosphat pH 7,4 và pha loãng đến nồng độ chính xác khoảng 10 µg/mL bằng cùng dung môi. Mẫu trắng: đệm phosphat pH 7,4. Đo và so sánh mật độ quang của mẫu thử và mẫu chuẩn ở bước sóng 320 nm, từ đó tính được hàm lượng MTZ trong vi nang.

**Hiệu suất vi nang hóa.* Hiệu suất vi nang hóa (HSVNH) được tính theo công thức: $H = \frac{m_{ss} \cdot HL}{m_{bd}} \cdot 100$ (%). Trong đó: H: Hiệu suất vi nang hóa (%); m_{ss}: Tổng khối lượng vi nang sau sấy (mg); m_{bd}: Tổng lượng MTZ ban đầu đã sử dụng (mg); HL: Hàm lượng MTZ trong vi nang (%) [6].

**Độ dày màng bao (đối với vi nang đã bao).* Độ dày màng bao được tính theo công thức: $T = (X_1/X_2 - 1) \cdot 100$ (%). Trong đó: T: Độ dày màng bao, tức là tỷ lệ khối lượng của màng bao so với nhân bao (%); X₁: Hàm lượng dược chất trong vi nang trước khi bao (%); X₂: Hàm lượng dược chất trong vi nang sau bao (%).

**Độ hòa tan in vitro.* Sử dụng thiết bị thử hòa tan kiểu cánh khuấy với điều kiện: Môi trường thử: 2 giờ đầu: 900 mL dung dịch HCl pH 1,2; 3 giờ tiếp theo: 900 mL đệm phosphat pH 7,4; 3 giờ cuối: 900 mL đệm phosphat pH 6,8. Tốc độ khuấy: 50 vòng/phút. Nhiệt độ môi trường:

37±0,5°C. Lấy mẫu tại thời điểm 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 giờ [1], [2]. Tiến hành: Lấy một lượng vi nang tương đương khoảng 100 mg MTZ cho vào cốc thử đã được điều nhiệt tới 37±0,5°C. Lấy mẫu 10 mL tại các thời điểm đã nêu, bù thể tích bằng môi trường tương ứng. Tại thời điểm 2 giờ và 5 giờ, gạn bỏ hết dung dịch thử trong cốc, cho môi trường thử tương ứng tiếp theo đã điều nhiệt vào và tiếp tục thử. Mẫu môi trường hòa tan được lọc qua giấy lọc, pha loãng đến nồng độ thích hợp rồi đo độ hấp thụ ở các bước sóng 277nm (môi trường pH 1,2), 320nm (môi trường pH 7,4), 319 nm (môi trường pH 6,8), so sánh với mẫu chuẩn pha trong môi trường tương ứng để tính lượng MTZ đã hòa tan tại mỗi thời điểm.

*Ngoài ra vi nang còn được đánh giá tính chất (hình thức), kích thước, độ ẩm, tỷ trọng biểu kiến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Xây dựng công thức bào chế nhân vi nang metronidazol bằng phương pháp tách

Bảng 1. Các công thức khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ tinh bột và tỷ lệ metronidazol

CT*	Tỷ lệ ALG (% kl/tt)	Tỷ lệ CaCl ₂ (% kl/tt)	Tỷ lệ tinh bột (% kl/tt)	Tỷ lệ MTZ (% kl/tt)
1	2	2	0	1
2	2	2	2	1
3	2	2	4	1
4	2	2	6	1
5	2	2	10	1
6	2	2	6	2
7	2	2	6	3
8	2	2	6	4

Ghi chú: Nước tinh khiết để hòa tan/phân tán các thành phần tạo hỗn hợp nhỏ giọt: 30 mL; nước tinh khiết tạo môi trường đông tụ: 60 mL.

Bảng 2. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ tinh bột và tỷ lệ metronidazol

CT	HSVNH (%)	Hàm lượng (%)	Hình thức nhân vi nang sau sấy
1	28,4 ± 0,7	8,9 ± 0,3	Đet dạng đĩa
2	31,1 ± 1,4	7,3 ± 0,6	Đet dạng đĩa
3	30,3 ± 0,5	5,2 ± 0,1	Gân cầu, bề mặt nhẵn
4	30,6 ± 0,6	3,4 ± 0,1	Cầu, đều, bề mặt nhẵn
5	31,3 ± 1,1	1,7 ± 0,4	Cầu, đều, bề mặt nhẵn
6	39,4 ± 1,0	8,7 ± 0,3	Cầu, đều, bề mặt nhẵn
7	45,7 ± 0,9	14,5 ± 0,3	Cầu, đều, bề mặt nhẵn
8	57,3 ± 1,4	19,7 ± 0,8	Cầu, đều, bề mặt có nhiều tua dạng tinh thể

3.1.1. Ảnh hưởng của tá dược độn tinh bột sẵn (CT1 đến CT5). Qua khảo sát sơ bộ, hình thức nhân vi nang chưa đạt yêu cầu, có thể gây khó khăn cho giai đoạn bao phim, việc sử dụng tá dược độn để tạo khung cấu trúc bền vững hơn cho vi nang có thể cải thiện tình trạng trên. Khi tăng dần lượng tinh bột, hình thức nhân vi nang được cải thiện. Nguyên nhân là do tinh bột không tan trong nước, khi phối hợp vào gel ALG sẽ làm đặc cấu trúc của nhân vi nang, vì vậy

pha đông tụ. Qua khảo sát sơ bộ, tỷ lệ các thành phần cơ bản để bào chế nhân vi nang MTZ chọn được gồm: nồng độ ALG: 2 (% kl/tt), nồng độ CaCl₂: 2 (% kl/tt), nồng độ MTZ trong hỗn hợp nhỏ giọt: 1 (% kl/tt). Vi nang bào chế theo công thức này cho HSVNH: 28,4±0,7 %, hàm lượng dược chất: 8,9±0,3 %, vi nang không cầu đều mà đet dạng đĩa (hình 1).



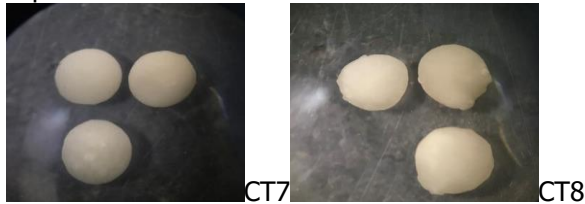
Hình 1. Hình ảnh vi nang bào chế theo CT1 trên kính hiển vi soi nổi

Tiếp tục khảo sát ảnh hưởng của các tá dược độn và tỷ lệ dược chất đến các đặc tính của vi nang qua các công thức ở bảng 1, kết quả đánh giá các mẫu vi nang tương ứng được trình bày ở bảng 2.

sau khi sấy vi nang vẫn giữ được độ cầu nhất định. Ngoài ra, HSVNH tăng lên một chút, có thể tinh bột không tan đã cản trở sự khuếch tán MTZ ra môi trường đông tụ. Tuy nhiên, hàm lượng dược chất giảm khá nhiều khi thêm tá dược độn. Vì vậy, sử dụng tinh bột với nồng độ 6% (CT4) là phù hợp nhất trong các công thức đã được khảo sát.

3.1.2. Ảnh hưởng của tỷ lệ dược chất (CT4, 6, 7, 8). Khi tăng dần tỉ lệ MTZ, HSVNH và hàm lượng dược chất trong vi nang tăng đáng

kể, có thể do MTZ chỉ có độ tan nhất định trong gel ALG, khi đạt đến trạng thái bão hòa, lượng MTZ còn lại tồn tại ở dạng tiểu phân rắn, lượng MTZ không tan này khó thoát khỏi mạng lưới liên kết chéo của nhân vi nang, từ đó làm tăng HSVNH. Khi tiếp tục tăng tỉ lệ MTZ đến 3%, bắt đầu có sự xuất hiện của dạng tinh thể ở bề mặt của một vài nhân vi nang. Khi tỉ lệ là 4%, tất cả bề mặt vi nang xuất hiện nhiều hơn (hình 2). Hiện tượng này có thể do sự kết tinh lại của MTZ sau khi sấy và có thể khiến màng bao sau khi bao phim kém đồng nhất, kém ổn định, có nguy cơ gây giải phóng dược chất ồ ạt. Từ các nhận định trên, công thức CT7 có tỉ lệ MTZ là 3% đảm bảo được các tiêu chí về HSVNH, hàm lượng dược chất trong vi nang và hình thức vi nang (hình 2) được chọn để tiến hành các thí nghiệm tiếp theo.



Hình 2. Hình ảnh vi nang bào chế theo CT7 và CT8 trên kính hiển vi soi nổi

3.1.3. Đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng của nhân vi nang. Đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng khác của nhân vi nang bào chế từ CT7, kết quả được thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3. Kết quả đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng của nhân vi nang

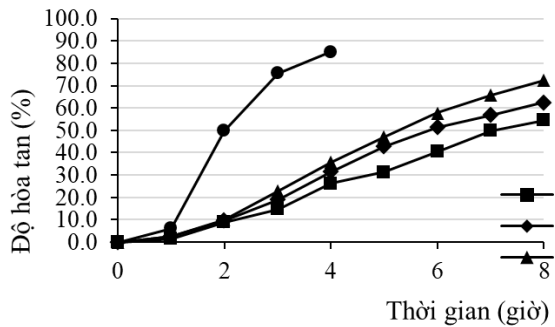
Chỉ tiêu	Kết quả
Hình thức	Màu trắng hơi vàng, hình cầu hoặc gần cầu, bề mặt nhẵn
Kích thước (mm, TB±SD, n=20)	1,82 ± 0,08
Độ ẩm (% , TB±SD, n=3)	1,66 ± 0,03
Tỷ trọng biểu kiến (g/mL, TB±SD, n=3)	0,92 ± 0,03
Hàm lượng dược chất (% , TB±SD, n=3)	14,50 ± 0,30
Độ hòa tan (% , TB±SD, n=3)	1 giờ: 98,30 ± 1,30 2 giờ: 98,90 ± 2,00

Kết quả thử độ hòa tan cho thấy MTZ giải phóng nhanh ra khỏi nhân vi nang ở môi trường pH 1,2, sau 1 giờ gần như đã hòa tan hết lượng dược chất trong nhân vi nang. MTZ có tính base yếu, trong môi trường acid pH 1,2, độ tan của MTZ cao gấp 6-7 lần trong nước, do đó càng làm tăng tốc độ hòa tan của MTZ [7]. Như vậy, độ hòa tan của nhân vi nang chưa phù hợp với định

hướng giải phóng dược chất tại đại tràng.

3.2. Khảo sát ảnh hưởng của hệ màng bao đa lớp đến sự giải phóng dược chất từ vi nang MTZ

3.2.1. Khảo sát công thức màng bao kiểm soát giải phóng. Tiến hành bao màng KSGP cho vi nang với mục đích làm giảm tốc độ giải phóng dược chất trong môi trường pH 1,2 và 7,4, nhưng vẫn đảm bảo đủ lượng dược chất giải phóng ở môi trường pH 6,8. Trong màng bao KSGP, HPMC E5 có khả năng tạo kênh khuếch tán giúp điều hòa tốc độ giải phóng dược chất. Ảnh hưởng của HPMC E5 tới độ hòa tan của vi nang được khảo sát qua các công thức B1, B2, B3, B4 với lượng HPMC E5 trong công thức bao lần lượt là 1,16; 1,75; 2,03; 2,32 g. Độ dày của lớp màng bao KSGP khoảng 11,4%. Kết quả độ hòa tan của các mẫu vi nang được thể hiện ở hình 3.

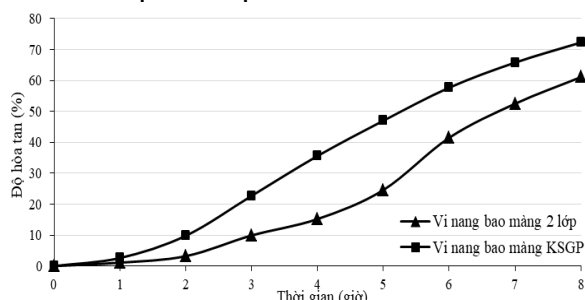


Hình 3. Độ hòa tan in vitro của vi nang bao màng KSGP theo công thức B1, B2, B3, B4

Lớp màng bao KSGP có khả năng làm chậm tốc độ giải phóng dược chất từ vi nang, qua đó làm giảm độ hòa tan ở hai môi trường pH 1,2 và 7,4. Vi nang bao màng công thức B1 với lượng HPMC E5 ít nhất có tốc độ giải phóng dược chất chậm nhất, độ hòa tan tại thời điểm cuối khá thấp, chỉ 54,4%. Tăng dần lượng HPMC E5, độ hòa tan tăng dần do tạo được nhiều kênh khuếch tán hơn. Khi tăng lượng HPMC E5 từ 2,03 g đến 2,32 g (công thức B3, B4), độ hòa tan tăng lên đáng kể ngay từ những thời điểm đầu. Vi nang B4 sau 2 giờ đã giải phóng gần 50% lượng dược chất, sau 4 giờ lượng dược chất đã giải phóng trên 80%. Từ các kết quả trên, mẫu vi nang B3 với khả năng KSGP khá tốt trong 5 giờ đầu (ở môi trường pH 1,2 và 7,4), đồng thời lượng dược chất giải phóng sau 8 giờ thử là cao nhất (so với vi nang B1, B2), được lựa chọn để phát triển tiếp.

3.2.2. Đánh giá ảnh hưởng của lớp màng bao tan ở ruột. Vai trò của lớp màng bao tan ở ruột là làm giảm độ hòa tan trong 2 giờ đầu ở môi trường pH 1,2. Bao màng bao tan ở ruột cho

vi nang đã bao KSGP công thức B3, kết quả độ hòa tan được thể hiện ở hình 4.



Hình 4. Độ hòa tan in vitro của vi nang khi bao thêm lớp màng bao tan ở ruột

Như vậy lớp màng bao tan ở ruột đã giảm độ hòa tan trong 2 giờ đầu ở pH 1,2 (dưới 4,0%), ít hơn so với chỉ bao màng KSGP. Khi chuyển môi trường pH 7,4, tốc độ giải phóng tăng lên do Eudragit S100 ở lớp ngoài cùng bị hòa tan, làm tăng sự tiếp xúc của môi trường với lớp màng bao KSGP, khi đó giải phóng dược chất lại tương tự khi chỉ bao màng KSGP. Kết quả thu được sau 5 giờ, lượng dược chất giải phóng là 24,6% và sau 8 giờ, tổng lượng dược chất giải phóng là 61,1%. Hiện nay, chưa có tiêu chuẩn thống nhất về điều kiện thử hòa tan in vitro cho vi nang MTZ hướng giải phóng tại đại tràng. Nhìn chung, tiêu chuẩn mà các nghiên cứu hướng tới thường là: độ hòa tan sau 2 giờ đầu ở môi trường pH 1,2 nhỏ hơn 10%, sau 5 giờ ở môi trường giả dịch ruột non từ 20-30% và ở thời điểm cuối trong môi trường dịch đại tràng lớn hơn 70% [3], [4]. Như vậy, nghiên cứu này đã đạt yêu cầu về độ hòa tan ở môi trường pH 1,2 và 7,4, độ hòa tan

sau 3 giờ cuối ở pH 6,8 cũng khá cao (61,1%). Các nghiên cứu về sinh dược học cho thấy thời gian lưu của vật chất ở đại tràng có thể lên tới $30,7 \pm 3,0$ giờ ở nam và $38,3 \pm 2,9$ giờ ở nữ [1], các dạng bào chế đa tiểu phân như pellet giải phóng kéo dài cũng có dạng giải phóng đến 24 giờ, như vậy, sau khi đến được môi trường đại tràng, vi nang còn có thể được lưu giữ trong thời gian rất dài, lượng dược chất chưa giải phóng như trong nghiên cứu này là 38,9% sẽ tiếp tục giải phóng tại đích tác dụng.

3.2.3. Đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng của vi nang sau bao khi bao màng bao đa lớp. Bào chế 3 mẻ vi nang, quy mô khoảng 100 g nhân vi nang/mẻ theo công thức nhân vi nang và công thức hệ màng bao hai lớp đã chọn, đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng của vi nang, kết quả được trình bày ở bảng 4, bảng 5 và hình 5.

Bảng 4. Một số chỉ tiêu chất lượng của vi nang bao màng bao đa lớp

Chỉ tiêu	Kết quả
Hình thức	Màu trắng, hình cầu, bề mặt bóng, nhẵn
Kích thước (mm, TB±SD, n=20)	$2,04 \pm 0,07$
Hàm ẩm (% , TB±SD, n=3)	$1,48 \pm 0,07$
Tỷ trọng biểu kiến (g/mL, TB±SD, n=3)	$0,87 \pm 0,02$
Hàm lượng dược chất (% , TB±SD, n=3)	$11,7 \pm 0,2$
Độ dày màng bao (% , TB±SD, n=3)	$15,6 \pm 1,3$

Bảng 5. Độ hòa tan của vi nang bao màng bao đa lớp được chọn (% , TB±SD, n=3)

Thời gian (giờ)	1	2	3	4	5	6	7	8
Độ hòa tan	1,07 ±0,15	3,23 ±0,25	9,93 ±0,90	15,13 ±1,00	24,03 ±1,45	41,90 ±1,65	52,73 ±2,70	61,80 ±3,40



Hình 5. Hình ảnh vi nang bao màng bao kiểm soát giải phóng theo công thức B3 (a, b) và vi nang bao màng bao tan ở ruột (c, d) trên kính hiển vi soi nổi

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được công thức bào chế nhân vi nang MTZ bằng phương pháp tách pha đồng tụ sử dụng ALG, đồng thời đã khảo sát được ảnh hưởng của lớp màng bao đa lớp hướng

giải phóng tại đại tràng, hệ màng bao đa lớp được xây dựng để giảm mức độ giải phóng MTZ khỏi vi nang trong các môi trường mô phỏng các đoạn trên của ống tiêu hóa và đưa được lượng dược chất cao đến môi trường mô phỏng đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu Quỳnh (2017), Nghiên cứu bào chế và đánh giá viên metronidazol giải phóng tại đại tràng, Luận án tiến sĩ dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
2. Trần Thị Kim Anh (2019), Nghiên cứu bào chế vi nang berberin clorid hướng giải phóng tại đại tràng, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
3. Ankur V., Shweta J. (2014), "Metronidazole loaded eudragit coated alginate beads for colon targeting", International Journal of Pharmaceuticals And Health Care Research, 2(2), pp. 81-86.
4. Harish G., Abeda A. (2012), "Preparation and in-vitro evaluation of chitosan-alginate microcapsules for colon targeted drug delivery of metronidazole", Journal of Chemical and Pharmaceutical sciences, 5(3), pp. 117-123.
5. Nguyen T. T., Pham T. M. H, Nguyen T. H. (2016), "Pectin/HPMC dry powder coating formulations for colon specific targeting tablets of metronidazole", Journal of Drug Delivery Science and Technology, 33, pp. 19-27.
6. Oluwatoyin A. O., Aderemi A. A. (2017), "Formulation of floating metronidazole microspheres using cassava starch (Manihot esculenta) as polymer", Journal of Pharmaceutical Investigation, 47(1), pp. 445-451.
7. Yunqi W. et al (2004), "Stability of metronidazole, tetracycline HCl and famotidine alone and in combination", International Journal of Pharmaceutics, 290(1), pp. 1-13.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, THIẾU MÁU VÀ THIẾU VI CHẤT DINH DƯỠNG PHỤ NỮ DÂN TỘC THÁI TẠI TỈNH SƠN LA, NĂM 2018

Nguyễn Song Tú¹, Hoàng Nguyễn Phương Linh¹,
Nguyễn Thúy Anh¹, Hồ Thị Thín²

TÓM TẮT

Tình trạng dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng ở phụ nữ tuổi sinh đẻ vùng nghèo, vùng đồng bào dân tộc thiểu số là vấn đề cần quan tâm. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 700 phụ nữ 15 – 35 tuổi dân tộc Thái tại các xã nghèo tỉnh Sơn La đã được triển khai nhằm mô tả thực trạng dinh dưỡng, thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng. Kết quả cho thấy, chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu là 152,7cm; tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở đối tượng 15-19 tuổi là 25,9% và thiếu năng lượng trường diễn (CED) ở phụ nữ ≥ 20 tuổi là 12,8%; Nồng độ hemoglobin trung bình là 128,3g/L; kẽm huyết thanh là 9,6μmol/l và retinol huyết thanh là 1,20μmol/L. Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái là 26,9%; thiếu máu do thiếu sắt 4,7% và 22,2% thiếu máu không do thiếu sắt; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; 87,1% thiếu kẽm. Tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm là vấn đề cần ưu tiên can thiệp, đồng thời cần nghiên cứu sâu hơn tìm hiểu các nguyên nhân khác của thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái.

Từ khoá: Dinh dưỡng; thiếu máu; thiếu vi chất dinh dưỡng; phụ nữ tuổi sinh đẻ; dân tộc Thái.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS, ANEMIA AND MICRONUTRIENT DEFICIENCY AMONG THAI WOMEN IN SON LA PROVINCE, 2018

Nutritional status and micronutrient deficiency in

women of childbearing age in poor areas and ethnic minority areas are concerned. A cross-sectional descriptive study on 700 Thai women aged 15-35 years old in poor communes was conducted in Son La province to describe nutritional status, anemia, and micronutrient deficiencies. The results showed that the mean height of the study subjects was 152.7cm; the prevalence of stunting in women aged 15-19 years olds was 25.9% and chronic energy deficiency (CED) in women aged ≥ 20 years old was 12.8%; The mean hemoglobin concentration was 128.3 g/L; serum zinc was 9.6 μmol/l and serum retinol were 1.20 μmol/L. The prevalence of anemia in Thai women was 26.9%; iron deficiency anemia was 4.7% and 22.2% non-iron deficiency anemia; depleted iron reserves were 12.6%; 87.1% zinc deficiency. Anemia and zinc deficiency status are issues that need to be prioritized for intervention, and further research is needed to explore other causes of anemia in Thai women.

Keywords: Nutrition; anemia; micronutrient deficiency; women of childbearing age; Thai ethnicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng lượng trường diễn ở bà mẹ có thể là nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng (SDD) bào thai và cân nặng sơ sinh thấp và SDD trong giai đoạn dưới 2 tuổi ở trẻ. Ở Việt Nam, theo Viện Dinh dưỡng tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) ở phụ nữ tuổi sinh đẻ (PNTSD) đã giảm 18,0% năm 2009 và 13,4% năm 2015 [1]; Tình trạng CED có sự khác biệt giữa các vùng, miền, nhất là giữa thành thị, đồng bằng với miền núi và vùng dân tộc thiểu số. Tỷ lệ CED ở PNTSD vùng nông thôn 17,9%; miền núi 14,9% và thành thị 13,7% [1]; CED của PNTSD tại vùng dân tộc thiểu số miền núi phía Bắc vẫn là vấn đề

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

²Công ty TNHH Lavichem, Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Tú

Email: nguyensongtu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

cần quan tâm như ở phụ nữ Tuyên Quang năm 2016 là 22,2% [2], dân tộc Tày tại Thái Nguyên năm 2017 là 16,4%. Ngoài vấn đề thiếu dinh dưỡng, tình trạng thiếu vitamin A, thiếu máu thiếu sắt và thiếu kẽm ở PNTSD vẫn là các vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Trong những năm qua, tỷ lệ thiếu vitamin A, thiếu máu, thiếu kẽm ở PNTSD đã có nhiều cải thiện, tuy vậy kết quả vẫn chưa đạt được theo mong muốn. Tỷ lệ thiếu máu năm 2015 ở PNTSD là 25,5%, thiếu kẽm là 63,5% (dân tộc thiểu số tại vùng miền núi là 76,7%) và vitamin A trong sữa mẹ thấp là 34,8% [1]; tỷ lệ này luôn cao hơn ở vùng miền núi tương ứng là (27,9%, 73,4% và 37,9%) [1]; phụ nữ dân tộc Dao tỷ lệ thiếu máu là 31,3%, thiếu sắt chung là 7,6%; nhưng tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt chỉ có 4,2% [3].

Tình trạng CED và thiếu vi chất dinh dưỡng ở PNTSD tại vùng miền núi và dân tộc sẽ gây hậu quả lâu dài trực tiếp đến sức khỏe của họ, đến tình trạng dinh dưỡng cho những đứa trẻ được sinh ra, cũng như ảnh hưởng gián tiếp đến chất lượng nguồn nhân lực, làm chậm quá trình giảm nghèo, phát triển kinh tế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng của PNTSD dân tộc Thái ở một số huyện nghèo khó khăn của tỉnh Sơn La để tìm hiểu thực trạng và đề xuất phù hợp cải thiện tình trạng dinh dưỡng PNTSD ở vùng dân tộc thiểu số và miền núi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Phụ nữ độ tuổi 15-35, không nuôi con bú < 12 tháng sau sinh hoặc không có thai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Tại 10 xã của huyện Thuận Châu và Mường La, tỉnh Sơn La trong thời gian từ tháng 07/2018 đến tháng 12/2018.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; p là tỷ lệ mắc tại một cộng đồng từ một nghiên cứu trước; d là khoảng sai lệch chấp nhận, chọn d = 0,05; α là mức ý nghĩa thống kê; Z là giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)}$ là 1,96

Cỡ mẫu cụ thể: Đối với tình trạng CED: tỷ lệ CED ở PNTSD là 22,2% [2] nên cỡ mẫu là 266 đối tượng; Tình trạng thiếu máu: Tỷ lệ thiếu máu

PNTSD dân tộc Dao là 31,3% [3] nên cỡ mẫu cần là 331. Thiếu vi chất dinh dưỡng: tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt là 7,6% [3] nên cỡ mẫu cần là 154; tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD – TLS) ở PNTSD Thái Nguyên là 2,8% [4], cỡ mẫu cần 42; tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ dân tộc vùng miền núi là 76,7% [1], cỡ mẫu cần 275. Vậy cỡ mẫu cần chung cho tất cả các chỉ số là 331 đối tượng x 2 huyện = 662; thêm 10% để phòng các trường hợp đối tượng không tham dự. Do đó cỡ mẫu cần là 700 đối tượng. Thực tế điều tra 700 đối tượng.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn tỉnh: Chọn chủ đích huyện Thuận Châu và Mường La, tỉnh Sơn La.

Chọn xã: Chọn ngẫu nhiên đơn 5/9 xã thuộc xã nghèo thuộc huyện Mường La (là xã Chiềng Lao, Nậm Giôn, Mường Trai, Hua Trai, Ngọc Chiến) và 5/27 xã nghèo thuộc huyện Thuận Châu (xã Chiềng Bôm, Nậm Lầu, Tông Lạnh, Chiềng Pha, Mường Khiêng)

Chọn đối tượng: theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống như sau:

Bước 1: Lập danh sách tất cả các phụ nữ dân tộc Thái đáp ứng tiêu chí. Được số PNTSD của huyện Thuận Châu là 4.476 và huyện Mường La là 2.518.

Bước 2: Xác định khoảng cách mẫu k là tổng số phụ nữ của mỗi huyện chia cho số mẫu cần; chọn ngẫu nhiên đơn được người thứ nhất, sau đó lần lượt lấy người thứ 2, 3... bằng cách cộng thêm k (Mường La là 8 và Thuận Châu là 12), đến khi đủ đối tượng.

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu. Phỏng vấn: sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra.

Cân đo nhân trắc: cân điện tử TANITA SC 330 với độ chính xác 0,1 kg; đo phần trăm mỡ, khối mỡ và khối không mỡ. Đo chiều cao sử dụng thước gỗ 3 mảnh có độ chính xác tới 1mm.

Xét nghiệm máu: Đối tượng được lấy 3ml máu tĩnh mạch vào buổi sáng (không nhịn đói). Máu đã được lấy bằng syringe vô trùng, sau đó được chuyển vào ống nghiệm không chống đông. Định lượng Hemoglobin (Hb) trong máu bằng phương pháp Cyamethemoglobin; Định lượng vitamin A huyết thanh bằng phương pháp HPLC (WHO, 1996). Kẽm huyết thanh định lượng theo phương pháp quang phổ hấp phụ nguyên tử (AAS). Nồng độ Ferritin huyết thanh (SF) bằng phương pháp ELISA. Các mẫu đã được phân tích tại labo vi chất dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng.

2.7. Biến số nghiên cứu. Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, BMI, % mỡ cơ thể, khối lượng mỡ, khối lượng cơ ước tính, khối

không mỡ trung bình; cân nặng thấp, CED, BMI.

Thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng: Nồng độ hemoglobin, kẽm, retinol, ferritin huyết thanh trung bình; Tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu do thiếu sắt, dự trữ sắt cạn kiệt, thiếu kẽm, thiếu VAD – TLS.

2.8. Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) từ 15-19 tuổi: Z-score chiều cao theo tuổi (Z-score CC/T) < -2 là SDD thể thấp còi; Z-score BMI theo tuổi (Z-score BMI/T) < -2 là SDD thể gầy còm và -2 ≤ Z-score ≤ 1 là bình thường (WHO 2016).

Chỉ số khối cơ thể (BMI): được tính bằng cân nặng/(chiều cao)² tức kg/m². Người trưởng thành (20-35 tuổi): CED độ 3 khi BMI < 16; CED độ 2 khi BMI từ 16,0 đến 16,99; Gầy độ 1 khi BMI từ 17 – 18,49; Bình thường khi BMI từ 18,5 – 24,9 (WHO 1995).

Đánh giá thiếu vi chất dinh dưỡng: dự trữ sắt thấp khi nồng độ ferritin huyết thanh < 30 µg/l; < 15 µg/l là dự trữ sắt đã cạn kiệt; thiếu máu khi nồng độ Hemoglobin (Hb) trong máu < 120 g/l; thiếu máu thiếu sắt khi (ferritin huyết thanh < 15 µg/l và Hemoglobin < 120 g/l) (WHO 2001). Thiếu kẽm khi nồng độ kẽm huyết thanh (buổi sáng) < 10,1 µmol/L (tức < 66 µg/dL); vitamin A

huyết thanh < 0,7µmol/l là thiếu vitamin A tiền lâm sàng (WHO 2011).

Xác định kinh tế hộ gia đình: theo chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016-2020 của Thủ tướng Chính phủ năm 2015.

2.9. Phân tích và xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu và phần mềm SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test; t test so sánh giá trị trung bình và Mann-Whitney U test so sánh giá trị trung vị hai nhóm. Giá trị p < 0,05 được xem có ý nghĩa thống kê. Cân nặng, chiều cao, nồng độ hemoglobin retinol và kẽm huyết thanh phân bố chuẩn; Ferritin phân bố không chuẩn.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, theo quyết định số 1474 /QĐ-VDD ngày 14/09/2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 700 phụ nữ từ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái tham gia nghiên cứu. Có 45,0% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) thuộc hộ gia đình nghèo; 21,4% là cận nghèo; 82,6% ĐTNC có nghề nghiệp chính là làm ruộng; 14,3% ĐTNC là học sinh.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, cấu trúc cơ thể của phụ nữ 15 – 35 dân tộc Thái (n = 700)

Đặc điểm	Huyện Thuận Châu (n=386)			Huyện Mường La (n=314)			Chung (n = 700)			p ^a
	TB	±	SD	TB	±	SD	TB	±	SD	
Cân nặng (kg)	48,0	±	6,9	48,8	±	6,6	48,3	±	6,7	0,121
Chiều cao (cm)	152,9	±	5,0	152,5	±	5,1	152,7	±	5,0	0,209
BMI (kg/m ²)	20,5	±	2,6	20,9	±	2,4	20,7	±	2,5	0,017
Mỡ cơ thể (%)	26,6	±	5,0	27,3	±	4,7	26,9	±	4,8	0,075
Khối lượng mỡ (kg)	13,1	±	4,1	13,5	±	4,0	13,3	±	4,1	0,114

^{a)} t-test; TB ±SD: Trung bình, độ lệch chuẩn

Cân nặng trung bình của ĐTNC là 48,3 kg; chiều cao trung bình là 152,7 cm.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái (n = 700)

Các chỉ số		Thuận Châu (n = 386) n, (%)	Mường La (n = 314) n, (%)	Chung (n = 700) n, (%)	p ^b
ĐTNC có cân nặng thấp	Từ 15 – 35 tuổi	139 (36,0)	78 (24,8)	217 (31,0)	0,002
	Từ 15-24 tuổi (n= 323)	93 (47,4)	51 (40,2)	144 (44,6)	0,241
ĐTNC có chiều cao thấp (n= 414)		20 (5,2)	23 (7,3)	43 (6,1)	0,309
SDD thấp còi 15 – 19 tuổi (n=166)		19 (19,4%)	24 (35,3)	43 (25,9)	0,034
SDD gầy còm 15 – 19 tuổi (n= 166)		8 (8,2)	5 (7,4)	13 (7,8)	1,000
CED của nhóm 20-35 tuổi (n= 525)		48 (17,2)	19 (7,7)	67 (12,8)	0,002
CED	Độ 1	41 (14,7)	18 (7,3)	59 (11,2)	0,003

^{b)} χ^2 – test

Tỷ lệ đối tượng có cân nặng thấp (dưới 45 kg) là 31,0% và chiều cao thấp (dưới 145 cm) là 6,1%;. Tỷ lệ phụ nữ CED là 12,8%; chủ yếu là CED độ 1 (11,2%). Tỷ lệ SDD thấp còi ở nhóm 15 – 19 tuổi là 25,9 và gầy còm là 7,8%.

Bảng 3. Nồng độ hemoglobin, retinol, kẽm huyết thanh và ferritin của phụ nữ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái (n = 700)

Đặc điểm	Huyện Thuận Châu (n=386)			Huyện Mường La (n=314)			Chung (n=700)			P
	TB/TV	±	SD	TB/TV	±	SD	TB/TV	±	SD	
Hemoglobin (g/L)	128,8	±	14,0	127,8	±	17,6	128,3	±	15,7	0,344 ^a
Kẽm huyết thanh (μmol/L)	9,56	±	1,38	9,66	±	1,49	9,60	±	1,43	0,382 ^a
Retinol (μmol/L)	1,20	±	0,37	1,21	±	0,39	1,20	±	0,38	0,703 ^a
Ferritin (μg/l)	42,8	±	2,8	64,7	±	3,7	51,3	±	2,3	0,000 ^c

^{a)} t-test TB ±SD: Trung bình, độ lệch chuẩn TV: Trung vị ^cMann-Whitney U test

Nồng độ hemoglobin trung bình là 128,3 g/L; kẽm huyết thanh là 9,6 μmol/L, retinol huyết thanh là 1,2 μmol/L và hàm lượng ferritin trung vị là 51,3 μg/l.

Bảng 4. Tình trạng thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng ở phụ nữ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái (n = 700)

Tình trạng	Thuận Châu (n = 386) n, (%)	Mường La (n=314) n, (%)	Chung (n=700) n, (%)	p ^b
Thiếu máu	101 (26,2)	87 (27,7)	188 (26,9)	0,710
Thiếu máu thiếu sắt	24 (6,2)	9 (2,9)	33 (4,7)	0,038
Thiếu máu không thiếu sắt	77 (20,0)	78 (24,8)	155 (22,2)	
Thiếu sắt không thiếu máu	36 (9,3)	19 (6,1)	55 (7,9)	0,012
Dự trữ sắt cạn kiệt	60 (15,5)	28 (8,9)	88 (12,6)	
Thiếu kẽm	342 (88,6)	268 (85,4)	610 (87,1)	0,244
VAD và VAD-TLS	12 (3,1)	11 (3,5)	23 (3,3)	0,938
VAD và nguy cơ VAD-TLS	141 (36,5)	119 (37,9)	260 (37,1)	0,768

^{b)} χ^2 test

Tỷ lệ thiếu máu là 26,9%; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; nhưng thiếu máu thiếu sắt là 4,7%; 22,2% ĐTNC thiếu máu không do thiếu sắt; tỷ lệ thiếu kẽm là 87,1% và 3,3% trường hợp VAD - TLS và 37,1% VAD-TLS và nguy cơ VAD - TLS.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy cân nặng trung bình của PNTSD dân tộc Thái là 48,3 kg, tỷ lệ cân nặng thấp \leq 45 kg (31,0%), cao hơn của PNTSD tại Thái Nguyên tương ứng (là 47,3 kg và 36,8%) [5]; tương đương với PNTSD ở Cao Bằng năm 2014 (48,1kg)[6]. Chiều cao TB của ĐTNC (152,7 cm), tương đương với chiều cao TB (152,0 cm) của PNTSD Phú Bình [5] và PNTSD dân tộc Thái là 152,8 cm (Viện Dinh dưỡng 2010); thấp hơn chiều cao nữ thanh niên Việt Nam theo Tổng điều tra 2020 (156,2 cm) [7] và cao hơn phụ nữ dân tộc H'mông (148,5 cm) [6]. Như vậy, chiều cao PNTSD dân tộc Thái sau 10 năm cải thiện không đáng kể; Chiều cao phản ánh tình trạng dinh dưỡng trong quá khứ; là hậu quả của việc thiếu dinh dưỡng kéo dài và đặc biệt là SDD thấp còi giai đoạn dưới 5 tuổi; Tỷ lệ CED của ĐTNC là 12,8%, thấp hơn tỷ lệ CED ở PNTSD vùng nông thôn (20,5%), dân tộc Thái 16,1% năm 2010; và vùng miền núi là 14,9% năm 2015 [1]; nhưng cao hơn CED PNTSD vùng miền núi (8,1%) và vùng đặc biệt khó khăn (11,0%) năm 2020 [5]. Điều này cho thấy CED đã giảm, nhưng tốc độ giảm chậm.

Tỷ lệ thiếu máu ở ĐTNC là 26,9%, ở mức trung bình theo ngưỡng sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ này cao hơn ở PNTSD tỉnh Thái Nguyên năm 2012 (23,8%) [5] và vùng núi phía Bắc (21,9%) năm 2020 [7]; nhưng thấp hơn tỷ lệ ở PNTSD vùng miền núi (27,9%) năm 2015 [1]. Cho thấy, tình trạng thiếu máu PNTSD dân tộc Thái có giảm nhưng không đáng kể (26,9% so với 27,9% năm 2015) [1], cao hơn so với năm 2020 (26,9% so với 21,9%); Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt ở ĐTNC là 12,6%; thấp hơn so với PNTSD vùng nông thôn là 15,6% [8]; nhưng tỷ lệ thiếu máu do thiếu sắt của ĐTNC là 4,7% (chiếm 17,5% nguyên nhân thiếu máu), so với kết quả thiếu máu do thiếu sắt chỉ chiếm là 37,7% nguyên nhân ở vùng miền núi năm 2010 [1]; hay ở dân tộc Dao có 4,2% thiếu máu thiếu sắt (chiếm 13,5% nguyên nhân thiếu máu trong tỷ lệ thiếu máu là 31,3%) [3]; Có thể thấy rằng thiếu máu do nguyên nhân thiếu sắt đang có xu hướng giảm dần; tuy nhiên, cần tìm hiểu về nguyên nhân khác gây thiếu máu để hỗ trợ cải thiện tốt hơn cho những vùng tỷ lệ thiếu máu còn cao.

Tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ dân tộc Thái là 87,1%, ở ngưỡng rất cao (theo nhóm tư vấn quốc tế về kẽm - IZINCG) về YNSKCĐ; cao hơn ở PNTSD năm 2012 (67,2%)[8], ở vùng miền núi (73,4%) năm 2015 [1] và ở miền núi phía Bắc (81,9%) [7]; Điều đó cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm của phụ nữ dân tộc Thái là vấn đề nghiêm trọng cần có giải pháp can thiệp tích cực, kịp thời. Tỷ lệ VAD-TLS ở ĐTNC là 3,3%, ở mức thấp có ý

ngĩa sức khoẻ cộng đồng; cao hơn ở PNTSD năm 2012 (1,6%)[8] và ở Thái Nguyên năm 2012 (2,8%) [4]; cho thấy, tình trạng VAD – TLS ở phụ nữ dân tộc Thái nói riêng và ở Việt Nam nói chung đã giảm đáng kể, tuy nhiên tình trạng VAD và nguy cơ VAD – TLS (retinol huyết thanh < 1,05 μ mol/L) ở ĐTNC với tỷ lệ 37,1% cho thấy nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến tình trạng VAD - TLS.

Từ kết quả trên cho thấy, cải thiện SDD thấp còi, tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ dân tộc Thái vùng miền núi phía Bắc là vấn đề cần tiếp tục quan tâm giải quyết nhằm góp phần cải thiện tầm vóc đồng bào dân tộc thiếu số vùng phía Bắc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 700 phụ nữ 15 – 35 tuổi dân tộc Thái cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi đối tượng 15-19 tuổi là 25,9%; CED ở phụ nữ từ \geq 20 tuổi trở lên là 12,8%; Tỷ lệ thiếu máu là 26,9% ở mức trung bình có YNSKĐ; thiếu máu do thiếu sắt là 4,7%; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; tỷ lệ thiếu kẽm rất cao (87,1%). Tỷ lệ thiếu máu và thiếu kẽm là vấn đề cần ưu tiên can thiệp, đồng thời cần nghiên cứu sâu hơn tìm hiểu các nguyên nhân khác của thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh Dưỡng. Đánh giá tình trạng thiếu

máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6 - 59 tháng tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện 2015.

2. Chu Quỳnh Mai, Ninh Thị Nhung. Nghiên cứu một số chỉ số nhân trắc của phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ dân tộc thiểu số tại huyện Na Hang tỉnh Tuyên Quang năm 2016. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2016. 13(3): 7-12.
3. Nguyễn Văn Điệp, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ người Dao tại 4 xã thuộc huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. Tập 27, số 2 (191); Phụ bản: 100-105.
4. Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga. Tình trạng vitamin A ở bà mẹ sau sinh 6 tháng và một số yếu tố liên quan tại huyện Phú Bình, Thái Nguyên. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. Tập 27, (số 3): 18-26.
5. Trần Thúy Nga, Nguyễn Song Tú. Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ sau sinh 6 tháng huyện Phú Bình, Thái Nguyên năm 2012. Tạp chí Y học dự phòng, 2017 (Tập 27, số 3 Phụ bản): 58-66.
6. Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Lân. Tình trạng dinh dưỡng, đặc điểm cấu trúc cơ thể của phụ nữ tuổi sinh đẻ người H'mông tại Huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2015. 11(4): 18-24.
7. Viện Dinh dưỡng. Báo cáo sơ bộ kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019 - 2020. Hội nghị Công bố kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng tháng 03 năm 2021.
8. Laillou A, Pham TV, Tran NT et al. Micronutrient deficits are still public health issues among women and young children in Vietnam. PLoS ONE 2012, 7, e34906. 2012.

SỬ DỤNG BÓNG ĐỐI XUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ HỖ TRỢ CAN THIỆP THÂN CHUNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI QUA DA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Trung Hậu¹, Phạm Mạnh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Can thiệp động mạch vành qua da (Percutaneous coronary interventions – PCI) là phương pháp được tiến hành ngày càng rộng rãi, mang lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý động mạch vành (ĐMV). Ngày nay, PCI thực hiện ở nhiều trường hợp bệnh nhân nguy cơ cao, đặc biệt là tổn thương thân chung ĐMV trái. Quá trình can thiệp nhóm đối tượng này luôn tiềm ẩn nguy cơ suy sụp huyết động cấp tính. Các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn trong quá trình PCI cho thấy hiệu quả hỗ trợ huyết động tốt, trong đó có

bóng đối xung động mạch chủ (Intra Aortic Balloon Pump – IABP). Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp với tổn thương nặng thân chung ĐMV trái. Dưới sự hỗ trợ của IABP, quá trình can thiệp được diễn ra an toàn, thuận lợi. Như vậy, IABP có thể xem xét là một phương thức hỗ trợ tuần hoàn cơ học với các bệnh nhân can thiệp ĐMV nguy cơ cao, trong đó có tổn thương thân chung ĐMV trái.

Từ khóa: Bóng đối xung động mạch chủ, can thiệp thân chung động mạch vành trái.

SUMMARY

INTRA-AORTIC BALLOON PUMP ASSISTED LEFT MAIN CORONARY ARTERY DISEASE INTERVENTION: A CASE REPORT

Percutaneous coronary interventions (PCI) are now widely used and highly effective in treating coronary artery diseases. PCI are increasingly performed among high-risk patients, especially patients having left main

¹Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hậu

Email: bs.nguyentrunghau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

coronary artery (LMCA) disease. Due to risk of acute hemodynamic instability, PCI in this subgroup of patient is a challenge. Short-term mechanical circulatory assist devices, including intraaortic balloon pump (IABP), provides hemodynamic support during the procedure. This case report highlights a case with acute myocardial infarction due to severe LMCA stenosis successfully treated with IABP-supported PCI. Therefore, IABP could be regarded as a method of mechanical circulatory assist among patients undergoing high-risk PCI, including LMCA disease.

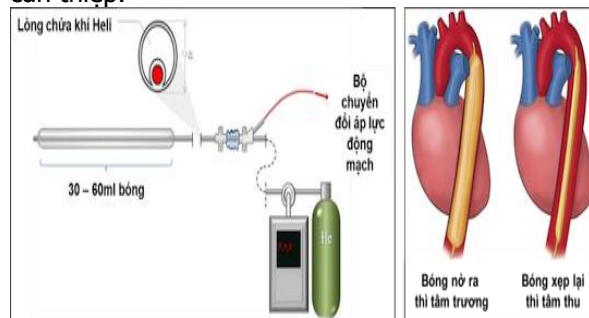
Keywords: Intraaortic balloon pump, left main coronary artery disease intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp tổn thương thân chung ĐMV trái luôn là một thử thách rất lớn với nguy cơ suy sụp huyết động cấp tính cao dù đã có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật cũng như dụng cụ can thiệp.¹ Trên nhóm bệnh nhân này, các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cho quá trình PCI được khuyến cáo sử dụng, trong đó có bóng đối xung động mạch chủ.²

Bóng đối xung động mạch chủ là thiết bị hỗ trợ huyết động thông qua cơ chế đối xung. Khi được kích hoạt theo điện tâm đồ bề mặt hoặc áp lực động mạch, bóng sẽ bơm căng trong lòng động mạch chủ ở thì tâm trương và xẹp lại trong thì tâm thu, từ đó giúp tăng tưới máu cơ tim, giảm hậu gánh, giảm sử dụng oxy cơ tim, tăng cung lượng tim.^{3,4}

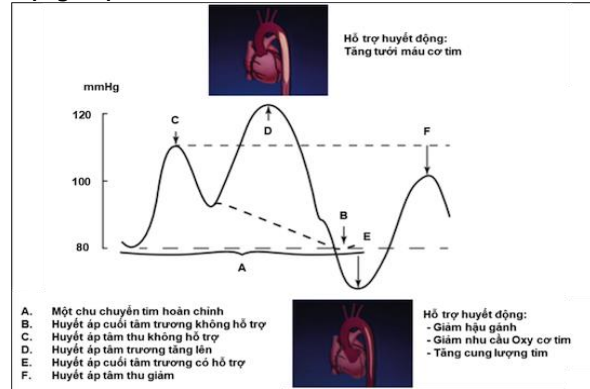
IABP có thể chỉ định với bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sốc tim; nhồi máu cơ tim biến chứng thủng vách liên thất. Hỗ trợ IABP cũng thường được áp dụng ở những bệnh nhân sau phẫu thuật tim do rối loạn chức năng thất trái trầm trọng, bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối đang chờ ghép tim. Trong trường hợp PCI nguy cơ cao, IABP được xem như "sợi dây bảo hiểm" nhằm tránh suy sụp huyết động trong quá trình can thiệp.⁴



Hình 1. Cấu tạo cơ bản, nguyên lý hoạt động của bóng đối xung động mạch chủ

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp với tổn thương nặng thân chung ĐMV trái. Bệnh nhân được tiến hành đặt IABP trước can thiệp, quá trình PCI diễn ra an

toàn, huyết động ổn định trong toàn bộ thời gian làm thủ thuật. Từ đó cho thấy vai trò, hiệu quả của IABP trong hỗ trợ can thiệp ĐMV ở bệnh nhân nguy cơ cao như tổn thương thân chung động mạch vành trái.

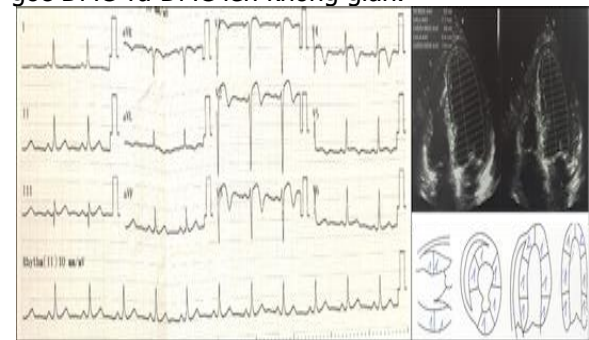


Hình 2. Hiệu quả hỗ trợ huyết động của bóng đối xung động mạch chủ

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 70 tuổi, tiền sử tăng huyết áp 10 năm điều trị không thường xuyên, không có tiền sử đái tháo đường, hút thuốc lá hay rối loạn lipid máu, nhập viện với triệu chứng đau thắt ngực điển hình giờ thứ 10. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân còn đau ngực trái nhiều, huyết động ổn định.

Điện tâm đồ cho thấy ST chênh lên ở các chuyển đạo V1 đến V4, phù hợp với chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp trước vách. Siêu âm tim cấp cứu ghi nhận sự giảm vận động 1/3 vách liên thất, 1/3 thành trước thất trái về phía mỏng; chức năng tâm thu thất trái giảm với phân suất tống máu EF 46%; không dịch màng ngoài tim; gốc ĐMC và ĐMC lên không giãn.



Hình 3. Điện tâm đồ và siêu âm tim bệnh nhân tại thời điểm nhập viện.

Kết quả xét nghiệm máu nổi bật là tình trạng hoại tử cơ tim với chỉ số Troponin T tăng cao gấp nhiều lần giá trị tham chiếu bình thường và dấu hiệu suy tim (NT-proBNP tăng).

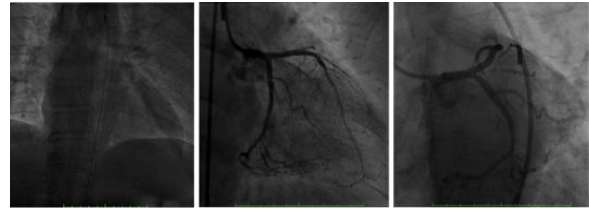
Bảng 1. Kết quả xét nghiệm máu của bệnh nhân

Chỉ số xét nghiệm (đơn vị)	Kết quả	Chỉ số xét nghiệm (đơn vị)	Kết quả
PT (%)	82,1 ↔	NT-proBNP (pmol/L)	42,04 ↑
PT-INR	1,14 ↔	GOT (U/L)	175 ↑
APTTs	35,9 ↔	GPT (U/L)	32 ↔
APTT bệnh/chứng	1,36 ↔	Cholesterol (mmol/L)	3,4 ↔
Glucose (mmol/L)	5,9 ↔	Triglycerid (mmol/L)	1,25 ↔
Creatinin (umol/L)	71 ↔	HDL – C(mmol/L)	0,87 ↓
Kali (mmol/L)	3,9 ↔	LDL – C (mmol/L)	1,96 ↑
Troponin Ths(ng/L)	7297 ↑	Protein niệu	Âm tính ↔

Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp giờ thứ 10 và điều trị các thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, statin cường độ cao theo hướng dẫn về quản lý nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên của Hội tim mạch Châu Âu, đồng thời chuyển ngay tới phòng can thiệp. Kết quả chụp động mạch vành cho thấy mạch vành ưu năng trái, tổn thương nặng ở thân chung động mạch vành trái vị trí chia đôi. Điểm Syntax score là 32 điểm, phù hợp với chiến lược tái tưới máu bằng PCI hoặc phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành. Sau khi hội chẩn HeartTeam bao gồm: Bác sĩ can thiệp tim mạch, Phẫu thuật viên, bác sĩ hồi sức tim mạch, quyết định tiến hành can thiệp cho bệnh nhân với sự hỗ trợ huyết động của IABP.

**Hình 4.** Kết quả chụp động mạch vành của bệnh nhân

Bóng đối xung cỡ 34 được đưa vào động mạch chủ từ động mạch đùi trái, tần số hỗ trợ 1:1 theo điện tâm đồ, đảm bảo đầu xa của bóng nằm dưới động mạch dưới đòn trái và đầu gần của bóng nằm trên chỗ chia hai động mạch đùi. Sau khi bóng được kích hoạt, chỉ số huyết áp của bệnh nhân tăng từ 120/60 mmHg lên 130/70 mmHg, tần số tim giảm từ 85 chu kỳ/phút xuống 80 chu kỳ/phút. Tiến hành can thiệp đặt 3 stent thân chung – động mạch liên thất trước – động mạch mũ (LM-LAD-LCx). Sau thủ thuật bệnh nhân được theo dõi ở phòng hồi sức, bóng đối xung tiếp tục được sử dụng để hỗ trợ đến khi huyết động bệnh nhân ổn định hoàn toàn và rút bóng sau 04 giờ. Tình trạng bệnh nhân cải thiện, không phát hiện biến chứng của quá trình can thiệp cũng như đặt bóng đối xung, các thông số lâm sàng và cận lâm sàng cải thiện, bệnh nhân xuất viện sau 2 ngày.

**Hình 5.** Đặt bóng đối xung động mạch chủ và kết quả can thiệp ĐMV

IV. BÀN LUẬN

Can thiệp tổn thương thân chung động mạch vành trái luôn tiềm ẩn nguy cơ rối loạn huyết động và gia tăng biến cố lâm sàng, bởi diện cấp máu cơ tim rộng lớn chiếm đến 70-80% toàn bộ cơ tim.^{1,5} Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến cố tim mạch khi can thiệp thân chung cao hơn 3,42 lần so với các vị trí khác. Nguy cơ này càng tăng lên khi bệnh nhân nhập viện trong tình trạng cấp tính như nhồi máu cơ tim và suy tim.⁶ Bệnh nhân của chúng tôi nhập viện trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp, chức năng tâm thu thất trái giảm, hệ động mạch vành ưu năng trái và tổn thương nặng vị trí thân chung động mạch vành trái. Tổn thương phức tạp kèm theo suy tim nặng đã đặt bệnh nhân ở nguy cơ rất cao suy sụp huyết động trong quá trình can thiệp. Chính bởi vậy, các Hội Tim mạch và Hội Can thiệp Tim mạch hiện nay khuyến nghị việc sử dụng các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn giúp PCI giảm thiểu rủi ro. Các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học thường được dùng bao gồm IABP, thiết bị hỗ trợ thất trái qua da (TandemHeart, Impella) và hệ thống trao đổi oxy hoá màng ngoài cơ thể (ECMO).²

IABP là thiết bị được sử dụng rộng rãi nhất để hỗ trợ tuần hoàn cơ học với khoảng 50.000-70.000 ca/năm ở Hoa Kỳ. So với các thiết bị còn lại, IABP có khả năng hỗ trợ huyết động thấp hơn; tuy nhiên thuận tiện, cài đặt nhanh chóng, quy trình dễ thực hiện và giá thành thấp hơn. Do đó, IABP có tính thực tế, khả thi hơn trong việc hỗ trợ các quá trình can thiệp động mạch vành.⁷ Trong thời kỳ đầu, việc đặt IABP được thực hiện

qua động mạch đùi bằng phương thức phẫu thuật mở mạch. Ngày nay, phương pháp chọc mạch Seldinger được sử dụng giúp cho tỷ lệ thành công của đặt IABP cao hơn, hạn chế các biến chứng mạch máu.⁸ Cỡ bóng IABP được thiết kế nhiều loại, phù hợp với các bệnh nhân có chiều cao khác nhau.

Trong trường hợp bệnh nhân trên, IABP được đặt thành công từ động mạch đùi trái vào động mạch chủ. Hoạt động của bóng làm tăng huyết áp tâm trương, giảm tần số tim, từ đó tăng tưới máu mạch vành, tăng cung cấp oxy cơ tim trong quá trình thực hiện thủ thuật. Thời kỳ tâm thu, bóng được xả xẹp nhanh giúp giảm hậu gánh thất trái, tăng cung lượng tim, giảm tiêu thụ oxy cơ tim. Quá trình can thiệp bệnh nhân thuận lợi, sau can thiệp IABP tiếp tục được sử dụng để hỗ trợ huyết động thời gian ngắn và được rút bỏ hoàn toàn sau 04 giờ, khi tình trạng lâm sàng, huyết động bệnh nhân ổn định hoàn toàn. Bệnh nhân được xuất viện sau 02 ngày làm thủ thuật. So với phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành, thời gian nằm viện của bệnh nhân giảm đáng kể.

Các nghiên cứu đã xác định vai trò của IABP trong việc làm giảm tần số tim, tăng huyết áp trung bình ở các bệnh nhân được hỗ trợ bằng IABP.^{9,10} Về phương diện can thiệp động mạch vành nguy cơ cao, một số nghiên cứu đơn trung tâm cho thấy sử dụng IABP giúp giảm tỉ lệ các biến cố tim mạch chính. Nghiên cứu BCIS-1 là nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng so sánh việc sử dụng IABP với không sử dụng IABP trong can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân nguy cơ cao (tổn thương thân chung hoặc tổn thương đa mạch kèm theo chức năng tâm thu thất trái EF thấp). Kết quả không có sự khác biệt ở thời điểm ra viện và thời điểm theo dõi 28 ngày, tuy nhiên khi theo dõi dài hạn với thời gian trung bình 51 tuần nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về khả năng sống sót ở nhóm bệnh nhân sử dụng IABP.

Bệnh cạnh vai trò không thể phủ nhận của IABP trong hỗ trợ huyết động ở bệnh nhân suy tim nặng, sốc tim, can thiệp ĐMV nguy cơ cao; IABP còn có một số hạn chế và biến chứng nhất định. So với các thiết bị hỗ trợ cơ học khác như Impella, TandemHeart, IABP có mức độ hỗ trợ cung lượng tim thấp hơn, hiệu quả của bóng không cao trong trường hợp rối loạn nhịp nhanh. Các biến chứng mạch máu vẫn là nguy cơ chính liên quan đến việc đặt IABP. Trong số các biến chứng mạch máu nghiêm trọng, phổ biến nhất là thiếu máu cục bộ ở chi, tổn thương mạch máu, xuất huyết lớn. Biến chứng mạch máu khác bao

gồm lóc tách động mạch, hình thành giả phình, thuyên tắc mỡ và tai biến mạch máu não. Biến chứng không liên quan đến mạch máu có thể gặp là nhiễm khuẩn vùng đùi, nhiễm khuẩn huyết (đặc biệt khi đặt bóng đối xung trong hơn 1 tuần), tan máu, giảm tiểu cầu, vỡ bóng. Nhìn chung, các biến chứng lớn (chảy máu nghiêm trọng, thiếu máu cục bộ ở các chi lớn hoặc tử vong tại bệnh viện) liên quan đến việc đặt IABP là tương đối hiếm với tỷ lệ 2,6%.⁴

V. KẾT LUẬN

Can thiệp thân chung động mạch vành trái với bệnh cảnh lâm sàng cấp tính luôn là thách thức với nguy cơ biến cố cao trong quá trình PCI. Xem xét sử dụng các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học cần thiết để giảm thiểu rủi ro khi tiến hành thủ thuật. Bóng đối xung động mạch chủ là một thiết bị hỗ trợ tuần hoàn có thể sử dụng thuận tiện, nhanh chóng, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Valgimigli M, Malagutti P, Rodriguez-Granillo GA, et al.** Distal left main coronary disease is a major predictor of outcome in patients undergoing percutaneous intervention in the drug eluting stent era: an integrated clinical and angiographic analysis based on the Rapamycin Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) and Taxus-Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (T-SEARCH) registries. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(8):1530-1537.
2. **Rihal CS, Naidu SS, Givertz MM, et al.** 2015 SCAI/ACC/HFSA/STS Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardiovascular Care: Endorsed by the American Heart Association, the Cardiological Society of India, and Sociedad Latino Americana de Cardiologia Intervencion; Affirmation of Value by the Canadian Association of Interventional Cardiology-Association Canadienne de Cardiologie d'intervention. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(19): e7-e26.
3. **Bolooki H. Clinical Application of Intra-Aortic Balloon Pump.** In: *The Intra-Aortic Balloon Pump.* 1998: 65-209.
4. **Ferguson JJ, Cohen M, Freedman RJ, et al.** The current practice of intra-aortic balloon counterpulsation: results from the Benchmark registry. *J Am Coll Cardiol.* 2001; 38:1456.
5. **Cheng JM, van Leeuwen MAH, de Boer SPM, et al.** Impact of intra-aortic balloon pump support initiated before versus after primary percutaneous coronary intervention in patients with cardiogenic shock from acute myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2013;168(4):3758-3763.
6. **Wallace TW, Berger JS, Wang A, Velazquez EJ, Brown DL.** Impact of left ventricular dysfunction on hospital mortality among patients undergoing elective percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol.* 2009;103(3):355-360.
7. **Thiele H, Ohman EM, Desch S, Eitel I, de Waha S.** Management of cardiogenic shock. *Eur*

- Heart J. 2015;36(20):1223-1230.
 8. **Garry BP, Bivens HE.** The Seldinger technique. J Cardiothorac Anesth. 1988;2(3):403.
 9. **Akyurekli Y, Taichman GC, Keon WJ.** Effectiveness of intra-aortic balloon

- counterpulsation on systolic unloading. Can J Surg J Can Chir. 1980;23(2):122-126.
 10. **Trần Duy Anh, Nguyễn Thị Quý.** Tổng quan về bóng đối xung nội động mạch chủ. Y học thực hành (835-836). 2012.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

Nguyễn Đình Khanh¹, Đinh Việt Hùng¹,
 Nguyễn Văn Linh¹, Huỳnh Ngọc Lăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trên 45 bệnh nhân nghiện rượu được điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm với lượng rượu uống trung bình 1024,45 ± 126,74 ml rượu và mức nghiện rượu nặng chiếm 68,89%. Các triệu chứng của nghiện rượu: ảo thị giác (84,44%), hoang tưởng ghen tuông (64,44%), cảm xúc hưng phấn: 57,78%. 100% bệnh nhân được điều trị bằng thuốc bình thần và vitamin B1 với 100% và 86,67% bệnh nhân tuyên giảm hoàn toàn sau 3 tuần điều trị. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính rất đa dạng và phong phú.

Từ khóa: Nghiện rượu mạn tính

SUMMARY

STUDY CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOL ABUSE

Objective: To examine clinical features and treatment outcomes of patients with chronic alcohol abuse. **Method:** Analyse clinical features and treatment outcomes of 45 patients with alcohol abuse who received inpatient treatment in the Psychiatric Department, 103 Military Medical Hospital. **Results:** The average duration of alcohol abuse was 14.81 ± 5.85 years, average amount of alcohol consumed was 1024.45 ± 126.74 ml and heavy alcoholism was 68.89%. The symptoms of alcohol abuse: visual illusion (84.44%), jealousy delusion (64.44%), emotional excitement (57.78%). 100% patients were treated by benzodiazepin and vitamin B1 and 86.67% of patients recovered completely after 3 weeks. **Conclusion:** Clinical features of patients with chronic alcohol abuse are varied and abundant.

Keywords: Chronic alcohol abuse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là một tệ nạn xã hội có từ lâu đời và rất phổ biến trên thế giới chiếm 8-10% dân số. Trên thế giới có khoảng có 237 triệu đàn ông và 46 triệu phụ nữ nghiện rượu và tỷ lệ nghiện rượu cao nhất ở khu vực Châu Âu (14,8%) và khu vực Châu Mỹ (11,5%). Hơn 3 triệu người đã chết do uống rượu, bia trong năm 2016, tương ứng cứ 20 người tử vong thì có 1 người tử vong vì tác hại của rượu, bia. Hơn 3/4 số tử vong này là nam giới. Sử dụng rượu, bia ở mức có hại đã gây ra hơn 5% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu.

Theo thống kê, năm 2017, sản lượng bia tiêu thụ ở Việt Nam là 4,006 tỷ lít. Con số này đã gần đạt mục tiêu đạt 4,1 tỷ lít bia vào năm 2020, ước tính mỗi người dân Việt Nam uống gần 43 lít bia/năm. Mức tiêu thụ rượu, bia ở Việt Nam hiện xếp thứ hai các nước Đông - Nam Á, xếp thứ 10 châu Á và thứ 29 thế giới. Hiện nay, đã có một số công trình nghiên cứu về nghiện rượu. Để góp phần vào việc nghiên cứu, điều trị tấn công và điều trị củng cố bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bốn lăm bệnh nhân được chẩn đoán là nghiện rượu mạn tính theo ICD-10 (1992), được điều trị nội trú tại Bộ môn-Khoa tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y từ tháng 2/2021 đến tháng 3/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Bệnh nhân được phân tích đặc điểm nghiện rượu mạn tính qua bệnh án nghiên cứu và được đánh giá trong ngày đầu bệnh nhân vào viện. Việc đánh giá được tiến hành độc lập bởi ba bác sĩ chuyên khoa tâm thần khác nhau và thang AUDIT (alcohol use disorders identification test). Xác định mức độ sử dụng rượu bia dựa trên bộ công

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

cụ AUDIT (The Alcohol Disorders Identification Test - Bộ công cụ xác định rối loạn do sử dụng rượu). Điểm AUDIT 0 – 7 điểm: Không sử dụng rượu bia/Sử dụng ở mức không có hại. AUDIT 8 – 15 điểm: Sử dụng rượu bia mức có hại. AUDIT 16 – 19 điểm: Lạm dụng rượu bia. AUDIT 20 – 40 điểm: Nghiện rượu bia.

2.3. Phân tích số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành trên phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định cho các kiểm định với mức $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm tuổi ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30	4	8,89
31-39	6	13,33
40-49	13	28,89
50-59	17	37,78
> 60	5	11,11
Tuổi trung bình	48,26 ± 9,73	

Tuổi trung bình nhóm nghiện rượu là 48,26 ± 9,73 tuổi, trong đó nhóm tuổi 40 đến 60 chiếm tỷ lệ chủ yếu 66,67%. Điều này là phù hợp vì bệnh nhân chỉ được coi là nghiện rượu khi có thời gian uống rượu liên tục ít nhất 10 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quang Lịch khi cho rằng đa số bệnh nhân nghiện rượu thuộc nhóm người trên 40 tuổi [1].

Bảng 3.2. Đặc điểm thời gian uống rượu ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 10	5	11,11
10-15	22	48,89
16-20	15	33,33
> 20	3	6,67
Thời gian trung bình	14,81 ± 5,85	

Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm, trong đó nhóm nghiện rượu 10 - 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,89%. Như vậy là nhóm bệnh nhân nghiện rượu của chúng tôi mức độ nghiện rượu trầm trọng hơn các nghiên cứu trước đây, bởi nghiên cứu được thực hiện ở nhóm bệnh nhân nội trú, nên số lượng rượu và thời gian uống rượu dài hơn. Nguyễn Văn Tuấn (2014) cho rằng nhóm bệnh nhân có thời gian uống rượu nhóm < 5 năm thấp nhất 2,5% và thời gian nghiện rượu trung bình 14,78 ± 7,96 [2].

Bảng 3.3. Đặc điểm số lượng rượu uống ở

bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Số lượng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 500	3	6,67
500-1000	21	46,68
1100-1500	16	35,56
> 1500	4	8,89
Số lượng trung bình	1024,45 ± 126,74	

Lượng rượu uống ở bệnh nhân nghiện rượu có mức độ dao động khác nhau, nhưng đa số bệnh nhân uống từ 350-1000ml rượu 40 độ cồn mỗi ngày. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 24 bệnh nhân với 53,35% uống trong phạm vi này và có tới 8,89% bệnh nhân uống với số lượng rượu trên 1500ml rượu 40 độ cồn. Lượng rượu uống trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 1024,45 ± 126,74ml rượu. Sự tương đồng giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên bắt nguồn từ việc lựa chọn bệnh nhân nghiện rượu. Chúng tôi loại trừ các bệnh nhân có tiền sử sảng rượu và các bệnh nhân lạm dụng rượu [3].

Bảng 3.4. Đặc điểm mức độ nghiện rượu theo thang AUDIT ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vừa	14	31,11
Nặng	31	68,89

Theo thang điểm AUDIT thì bệnh nhân nghiện rượu mức độ nặng chiếm tỷ lệ chủ yếu trong nhóm nghiện rượu, với tỷ lệ 68,89% và bệnh nhân nghiện rượu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 31,11%. Bệnh nhân của chúng tôi sử dụng lượng rượu nhiều nhiều năm, khi nhập viện trong điều kiện có các bệnh nội khoa, ngoại khoa kèm theo làm cho quá trình bệnh lý nặng nề hơn. Điểm AUDIT từ 30-35 với 14 bệnh nhân, còn điểm AUDIT từ 36-40 với 31 bệnh nhân. Cao Tiến Đức (2016) tổng hợp một số nghiên cứu cho thấy trong nhóm các bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên, nghiện rượu mức độ nặng chiếm 27%, mức độ vừa 12% [4].

Bảng 3.5. Đặc điểm rối thần kinh thực vật ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mất ngủ	43	95,56
Mạch nhanh	37	82,22
Huyết áp tăng	37	82,22
Run tay	35	81,39
Buồn nôn và nôn	29	64,44
Vã mồ hôi	26	57,78
Lo âu	16	35,56

Bệnh nhân nghiện rượu mạn tính khi nhập

viện có nhiều triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật, trong đó mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,56%; tiếp đó là các triệu chứng mạch nhanh và huyết áp tăng cùng với tỷ lệ 82,22%; thấp nhất là triệu chứng lo âu (35,56%). Các triệu chứng này rất phổ biến, đa dạng và thuyên giảm nhanh chóng theo thời gian điều trị. Chính các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật này làm cho biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trầm trọng hơn, khiến quá trình điều trị khó khăn hơn. Ngoài ra các triệu chứng này góp phần làm cho bệnh nhân xuất hiện hội chứng cai rượu cũng như sảng rượu cấp. Tần suất các triệu chứng nghiện rượu tương đồng với nhận định của Bùi Quang Huy (2019) khi nhận thấy rằng run tay và rối loạn thần kinh thực vật là các triệu chứng hay gặp nhất trong nghiện rượu [3].

Bảng 3.6. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ		
Mất ngủ đầu giấc	8	18,61
Mất ngủ giữa giấc	9	20,93
Mất ngủ cuối giấc	22	51,16
Ác mộng	4	9,30

Mất ngủ khá phổ biến trong thời gian đầu điều trị, số người mất ngủ lên đến 95,56%; trong đó mất ngủ cuối giấc chiếm tỷ lệ cao nhất (51,16%), tiếp theo là mất ngủ giữa giấc (20,93%) và cuối cùng là mất ngủ đầu giấc (18,61%). Có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân nghiện rượu (9,3%) có ác mộng trong giấc ngủ. Các rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng tới chất lượng các triệu chứng như lo âu, rối loạn thần kinh thực vật, run tay... Kết quả nghiên cứu này phù hợp với tác giả Bùi Quang Huy (2019) khi nhận thấy bệnh nhân nghiện rượu rất khó vào giấc ngủ, ngủ không sâu giấc và đầy ác mộng [3].

Bảng 3.7. Phân bố các loại ảo giác ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại ảo giác		
Ảo thanh	21	46,67
Ảo thị giác	38	84,44
Ảo xúc giác	28	62,22

Triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính hay xuất hiện nhất là giai đoạn có hội chứng cai rượu. Ảo giác là triệu chứng điển hình của loạn thần, các ảo giác xuất hiện đầy đủ ở năm giác quan (Thính giác, xúc giác, vị giác, thị giác và khứu giác). Trong đó ảo thị giác chiếm tỷ lệ cao nhất (84,44%), tiếp đó ảo xúc giác (62,22%) và cuối cùng là ảo thanh (46,67%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù

hợp với một số tác giả trong nước như Nguyễn Văn Tuấn (2014) thấy ảo thị và ảo thanh cùng chiếm 72,5%; còn ảo xúc giác chiếm tỷ lệ 50% ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính [2].

Bảng 3.8. Đặc điểm hoang tưởng ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại ảo giác		
Hoang tưởng bị hại	21	46,67
Hoang tưởng bị theo dõi	24	53,33
Hoang tưởng kỳ quái	8	17,78
Hoang tưởng ghen tuông	29	64,44

Rối loạn hình thức tư duy đã được thể hiện rõ ràng ở bệnh nhân nghiện rượu nhưng rối loạn nội dung tư duy đã phản ánh đúng thực tế lâm sàng của bệnh nhân nghiện rượu. Điều này thể hiện qua các hoang tưởng: hoang tưởng ghen tuông (64,44%), hoang tưởng bị theo dõi (53,33%); hoang tưởng bị hại (46,67%) và hoang tưởng kỳ quái (17,78%). Các hoang tưởng này phát triển trên nền nhân cách bệnh nhân đã bị thoái hóa do rượu, đầu tiên là hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng này lúc đầu xuất hiện mơ hồ, không bền vững về sau các hoang tưởng này bền vững, cố định trên bệnh nhân, bệnh nhân có các rối loạn hành vi song hành cùng hoang tưởng ghen tuông như theo dõi, rình rập vợ mình... Cùng với đó là các hoang tưởng không hệ thống như hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng bị hại... Các hoang tưởng này đều chi phối cảm xúc và hành vi của bệnh nhân, bệnh nhân thường có những hành vi kích động và tự sát kèm theo. Kết quả này phù hợp với Jung Y.C. (2014), tác giả cho rằng hoang tưởng chỉ gặp ở 40,2% bệnh nhân nghiện rượu, thường gặp là hoang tưởng ghen tuông và hoang tưởng bị hại [5].

Bảng 3.9. Đặc điểm rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân nghiện rượu

Chỉ số thống kê	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Cảm xúc			
Trầm cảm - Lo âu	19	42,22	<0,05
Hưng cảm	26	57,78	

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân có cảm xúc hưng phấn chiếm tỷ lệ cao 57,78%, trầm cảm lo âu chiếm tỷ lệ thấp hơn với 42,22%. Các triệu chứng cảm xúc là triệu chứng nổi bật dễ nhận thấy ở bệnh nhân nghiện rượu, đối với các triệu chứng hưng cảm được giải thích bởi sự giảm sút thụ cảm thể 3-noradrenergic (3 methoxy 4 hydroxy phenyl glycol) trong dịch não tủy của bệnh nhân. Còn các triệu chứng trầm cảm lo âu là hậu quả sự thay đổi chất dẫn truyền thần kinh monoamin (serotonin), đặc biệt là sự giảm sút 5HT-5 hydroxy tryptamin và 5-hydroxy

indol acetique acide. Nội dung trầm cảm lo âu của bệnh nhân thường là lo lắng về sinh hoạt hằng ngày, thói quen cuộc sống như hiệu quả công việc, hạnh phúc gia đình và sức khoẻ của bản thân. Triệu chứng hưng cảm được thể hiện qua khí sắc tăng, nói nhiều nội dung không phù hợp, bùng nổ cảm xúc, tăng hoạt động và giảm nhu cầu ngủ cũng như tự cao quá về bản thân. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Cao Tiến Đức (2016) lo âu chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. Lo âu vừa là hậu quả, vừa là nguyên nhân thúc đẩy việc sử dụng rượu của bệnh nhân [4].

Bảng 3.10. Sự kết hợp các loại ảo giác ở nhóm nghiên cứu

Chỉ số thống kê		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh cơ thể			
Nội khoa	Viêm gan, xơ gan	16	35,56
	Bệnh về hệ tiêu hóa	6	13,33
	Bệnh tim mạch	5	11,11
	Bệnh phổi	5	11,11
	Bệnh truyền nhiễm	3	6,67
Ngoại khoa	Chấn thương sọ não	3	6,67
	Đa chấn thương	4	8,89

Kết quả nghiên cứu phản ánh rằng có 3 bệnh nhân tình nguyện bỏ rượu, 7 bệnh nhân bị bệnh ngoại khoa và 35 bệnh nhân mắc bệnh nội khoa. Trong đó bệnh nhân bị viêm gan, xơ gan chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đó là bệnh nhân có các bệnh về hệ tiêu hóa (13,33%), các bệnh nhân mắc bệnh tim mạch và bệnh về phổi đều có cùng tỷ lệ (11,11%). Các bệnh cơ thể là điều kiện quan trọng nhất để bệnh nhân nghiện rượu vào điều trị nội trú, bên cạnh đó các bệnh cơ thể là yếu tố tiên lượng điều trị và hậu quả hội chứng cai rượu. Các triệu chứng cơ thể góp phần nâng cao nhận thức của bệnh nhân cũng như người thân của họ, bởi chính các triệu chứng này mới thấy tác hại của việc uống nhiều rượu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Bùi Quang Huy (2019) thấy có 13,8% xơ gan, 29,46% loét dạ dày tá tràng ở bệnh nhân nghiện rượu. Điều này bước đầu kết luận các bệnh cơ thể (nhất là bệnh nội khoa) là một trong những hậu quả hay gặp ở bệnh nhân nghiện rượu [3].

Bảng 3.11. Các thuốc chủ lực dùng trong quá trình điều trị

Chỉ số thống kê	Số lượng	Liều điều trị	Thời gian
Thuốc			
Seduxen	45	12,25 ± 3,48	11,52 ± 5,62
Vitamin B1	45	250,94	21,49 ±

		±78,69	9,63
--	--	--------	------

Bảng 3.11 đã thể hiện rõ vai trò chủ lực của thuốc bình thần và vitamin B1 trong hiệu quả điều trị với 100% bệnh nhân. Đa phần bệnh nhân nghiện rượu nhập viện đều ở giai đoạn 3 của nghiện rượu, lúc này khả năng dung nạp rượu của bệnh nhân giảm đi, nếu không dùng thuốc điều trị sớm thì hội chứng cai và sàng rượu cấp xuất hiện dài hơn, tiên lượng nặng hơn. Trong nghiện rượu ở giai đoạn 3 bệnh nhân xuất hiện hội chứng "tim ngày nghỉ" do ượng cồn trong máu tăng rất nhanh kích thích cơ thể sản xuất ra adrenaline và noradrenaline. Nồng độ hai chất này tăng cao gây co mạch, tăng huyết áp, kích thích tim đập nhanh, tăng tiêu thụ oxy của tế bào cơ tim và do đó có thể dẫn đến loạn nhịp tim. Vì vậy khi dùng vitamin B1 sẽ giúp bệnh nhân không xuất hiện hội chứng này, ngoài ra bệnh nhân nghiện rượu đa số viêm đa ổ thần kinh quá trình dùng vitamin B1 sẽ bù đắp quá trình thiếu vitamin B1. Còn dùng seduxen giúp bệnh nhân không xuất hiện hội chứng cai vì seduxen tác động vào hệ GABA.

Bảng 3.12. Các thuốc an thần được dùng trong quá trình điều trị

Chỉ số thống kê	Số lượng	Liều trung bình	Thời gian
An thần			
Haloperidol	3	5,12 ± 1,27	21,71 ± 8,23
Clozapin	2	100,61 ± 34,57	19,32 ± 7,37
Olanzapin	15	10,47 ± 3,91	14,68 ± 5,85
Quetiapin	6	200,77 ± 58,63	18,47 ± 6,78
Risperdal	2	4,28 ± 0,87	20,35 ± 6,84

Trong quá trình điều trị có năm loại thuốc an thần được dùng, trong đó an thần cũ (haloperidol) chiếm 10,71% và bốn loại an thần mới gồm clozapin (7,14%), olanzapin (53,57%), quetiapin (21,43%) và risperidol (7,14%). Thuốc an thần chính hay được dùng là olanzapin và quetiapin; ngoài ra có sự phối hợp giữa olanzapin và risperidol (14,39%), giữa olanzapin và haloperidol (17,86%). Chỉ định điều trị này phù hợp với các tác giả khi nhận định các nhóm thuốc an thần có tác dụng làm thuyên giảm các triệu chứng nghiện rượu đặc biệt là triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác). Liều điều trị của nhóm thuốc dao động từ thấp risperidol 4,28 ± 0,87mg/ngày đến quetiapin 200,77 ± 58,63mg/ngày. Kết quả này tương đồng kết quả

của Kaplan H.I. (2005) cho thấy liều haloperidol dùng trong giai đoạn đầu là 5 – 20 mg/ngày, liều Risperdal từ 2 – 4 mg/ngày, liều này tương ứng với liều chuẩn trung bình của các [7].

Bảng 3.13. Các thuốc khác được dùng trong quá trình điều trị

Chỉ số thống kê Thuốc khác	Số lượng	Liều trung bình	Thời gian
Encorate	5	400,54 ± 59,34	8,11 ± 2,53
Sertil	19	100,37 ± 45,72	16,67 ± 6,89
Piracetam	41	1600,78 ± 435,51	21,94 ± 7,66

Hiệu quả điều trị bệnh nhân nghiện rượu còn có vai trò của các nhóm thuốc tăng dẫn truyền thần kinh, thuốc chỉnh khí sắc và thuốc chống trầm cảm. Đối với nhóm thuốc chống trầm cảm bệnh nhân được ưu tiên điều trị bằng thuốc chống trầm cảm SSRI (sertil 42,22%), nhóm thuốc này giúp tế bào thần kinh bù đắp nồng độ thiếu serotonin ở khe xinap. Thuốc chỉnh khí sắc (encorate 11,11%) giúp cải thiện khí sắc cho bệnh nhân, thuốc tăng dẫn truyền thần kinh (piracetam 91,11%) giúp bổ sung các acid amin giúp làm chậm quá trình teo não ở bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Zafar N.A. (2008) điều trị các triệu chứng nghiện rượu bằng Valproate, kết quả đạt được 73,68% bệnh nhân hết triệu chứng trong vòng 10 - 21 ngày [8].

Bảng 3.14. Diễn biến của các triệu chứng ở bệnh nhân điều trị

Chỉ số thống kê Thuốc khác	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Giảm hoàn toàn	39	86,67	< 0,05
Giảm một phần	6	13,33	

Sau 3 tuần điều trị thì các triệu chứng nghiện rượu thuyên giảm hoàn toàn chiếm 86,67% và chỉ có 13,33% là thuyên giảm một phần. Cùng với sự xuất hiện của các loại thuốc chủ lực như sedduxen, vitamin B1 kết hợp với các thuốc an thần như haloperidol, clozapine, risperidol, olanzapine và seroquel, đồng thời với tác dụng của các thuốc tăng dẫn truyền thần kinh, thuốc chống trầm cảm và thuốc chỉnh khí sắc. Nên hiệu quả điều trị được nâng cao, sau 3 tuần điều trị thì triệu chứng nghiện rượu thuyên giảm hoàn toàn chiếm phần lớn. Số ít bệnh nhân thuyên giảm chậm bởi có nhiều bệnh cơ thể kết hợp và thời gian uống rượu lâu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Zafar N.A. (2008) các thuốc bình thần, seduxen, vitamin B1 và các thuốc khác đã phát huy tác dụng trên

bệnh nhân nghiện rượu, mặc dù liều lượng thấp và thời gian điều trị ngắn. Có một số nhỏ bệnh nhân thuyên giảm chậm bởi vì bệnh nhân nghiện rượu mức độ nặng, nên triệu chứng nghiện rượu tồn tại lâu hơn [8].

V. KẾT LUẬN

Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm, trong đó bệnh nhân uống rượu 10 - 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,89% với lượng rượu uống trung bình 1024,45 ± 126,74 ml rượu và mức độ nghiện rượu nặng 68,89%.

Các triệu chứng của nghiện rượu rất rầm rộ và phong phú rối loạn thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,56%; tiếp đó là các triệu chứng ảo thị giác (84,44%), hoang tưởng ghen tuông (64,44%), hoang tưởng bị theo dõi (53,33%). Bên cạnh đó các triệu chứng cảm xúc cũng có tần suất cao cảm xúc hưng phấn: 57,78%, trầm cảm lo âu chiếm 42,22%.

Nhóm thuốc chủ lực dùng trong điều trị là thuốc bình thần và vitamin B1 với 100%. Ngoài ra các nhóm thuốc an thần như olanzapin (53,57%); quetiapin (21,43%); các thuốc chống trầm cảm sertil 42,22%, thuốc chỉnh khí sắc 11,11%) và thuốc tăng dẫn truyền thần kinh piracetam 91,11% được dùng phối hợp trong điều trị. Sau 3 tuần điều trị thì các triệu chứng nghiện rượu thuyên giảm hoàn toàn chiếm 86,67% và chỉ có 13,33% là thuyên giảm một phần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Quang Lịch (2003), "Đặc điểm rối loạn trí nhớ, chú ý ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính", Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân y
2. Nguyễn Văn Tuấn (2014), "Nghiên cứu lâm sàng và hiệu quả điều trị suy giảm nhận thức ở bệnh nhân loạn thần do rượu", Luận văn tiến sỹ Y học, Đại học y Hà Nội.
3. Bùi Quang Huy, Nguyễn Mạnh Hùng và Lê Văn Quân (2019), Điều trị nghiện rượu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
4. Cao Tiên Đức và Trần Văn Trường (2016). Các rối loạn tâm thần, hành vi và tổn thương cơ thể do nghiện rượu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
5. Jung Y.C. and Namkoong K. (2014), "Alcohol: intoxication and poisoning - diagnosis and treatment", Handb Clin Neurol; 125: 115-121.
6. Wang S.C., Chen Y.C., Chen S.J., et al. (2020), "Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review", Int J Mol Sci; 21(17): 6413.
7. Kaplan H.I. and Sadock B.J. (2005), "Alcohol - Related disorders", Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Second edition: 80-92.
8. Zafar N.A. and Nadir A.A. (2008), "Valproate Treatment of Acute Alcohol Hallucinosi: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study", Alcohol Alcohol; 43(4): 456-459.

XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN TRÊN GEN SNCA VÀ GEN PARK7 Ở BỆNH NHÂN PARKINSON

Trần Tín Nghĩa*, Trần Vân Khánh*, Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT

Bệnh Parkinson là bệnh lý thoái hóa thần kinh phổ biến thứ hai sau Alzheimer ở người cao tuổi. Bệnh đặc trưng bởi sự thoái hóa có chọn lọc của các tế bào dopaminergic ở phần chất đen, dẫn đến giảm hàm lượng dopamin, ảnh hưởng đến việc dẫn truyền các tín hiệu thần kinh để đảm bảo cho quá trình cơ cơ diễn ra bình thường. Với sự phát triển của các kỹ thuật sinh học phân tử đã cho thấy yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong sự tiến triển của bệnh Parkinson. Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định đột biến trên gen SNCA và gen PARK7 ở bệnh nhân Parkinson bằng phương pháp giải trình tự gen. Nghiên cứu được tiến hành trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán Parkinson. Kỹ thuật giải trình tự gen được sử dụng để xác định đột biến trên gen SNCA và gen PARK7. Kết quả cho thấy tỷ lệ đột biến gen SNCA chiếm 5,71%, đột biến gen PARK7 chiếm 2,86%, không có đột biến 91,43%. Độ tuổi trung bình $56,3 \pm 8,7$. Tỷ lệ nam/nữ = 1,19.

Từ khóa: Parkinson, đột biến gen, SNCA, PARK7

SUMMARY

IDENTIFICATION OF SNCA AND PARK7 MUTATION IN PARKINSON'S DISEASE

Parkinson's disease is the second of the most common neurodegenerative disorders in the elderly after Alzheimer's. The disease characterized by the selective degeneration of substantia nigra dopaminergic neuron, leading to a decrease in dopamine content, affecting the transmission of nerve signals to ensure the normal process of muscle contraction. With the rapid growth of recent studies, genetic factors play a crucial role in the progression of Parkinson's disease. The purpose of the research is to identify mutations of the SNCA gene and PARK7 gene of Parkinson's patients by sequencing method. 35 Parkinson's patients were selected in this study. Direct sequencing method was used to identify SNCA and PARK7 mutations. Results: 5,71% of cases had SNCA mutations, 2,86% of cases had PARK7 mutations, 91,43% of cases did not have mutations. The average age was $56,3 \pm 8,7$. The ratio of male/female was 1,19.

Key word: Parkinson's disease, mutation, SNCA gene, PARK7 gene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson (PD) là bệnh lý thoái hóa thần kinh phổ biến thứ hai sau Alzheimer ở người cao tuổi. Bệnh gây nên do sự thoái hóa các tế bào

thần kinh trong vùng chất đen, chính là làm giảm hàm lượng dopamin, là chất ảnh hưởng đến việc dẫn truyền các tín hiệu thần kinh để đảm bảo cho quá trình cơ cơ diễn ra bình thường. Sự thoái hóa này là kết quả cộng gộp của nhiều yếu tố như sự nhạy cảm mang tính chất di truyền, những tác động xấu gây ra bởi môi trường xung quanh và do đột biến một số gen chủ chốt [1].

Với quan niệm rằng bệnh phát sinh từ những biến đổi đầu tiên xảy ra trong gen, các nhà khoa học trên thế giới đã đi sâu vào nghiên cứu các đột biến gen trên các bệnh nhân Parkinson. Cho đến nay rất nhiều loại đột biến gen khác nhau đã được phát hiện, trong đó đột biến trên 5 gen chủ chốt bao gồm α -Synuclein (SNCA), Leucine-rich repeat kinase2 (LRRK2), parkin (PARK2), PTEN-induced putative kinase 1 (PINK1) và DJ-1 (PARK7) được cho là nguyên nhân gây bệnh Parkinson [2].

Trong đó gen SNCA nằm trên cánh dài của nhiễm sắc thể số 14, dài 111kb, mã hóa cho protein α -synuclein tham gia điều hòa hoạt động của các túi sinh học và có liên quan đến việc giải phóng chất dẫn truyền thần kinh. Protein α -synuclein đã được xác nhận rõ ràng là có một vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của Parkinson. Sự biểu hiện quá mức của α -synuclein ở chuột chuyển gen có thể gây suy giảm hoạt động đáp ứng với levodopa và thoái hóa chất đen. Ngoài ra, protein này cũng thể hiện độc tính trong các trường hợp dư thừa, bị đột biến hoặc bị biến đổi bởi dopamin. Điều quan trọng là, α -synuclein là thành phần chính của thể Lewy và tế bào thần kinh thể Lewy - dấu hiệu bệnh sinh chính của Parkinson. Cho dù hiếm khi các đột biến xảy ra trên SNCA, việc phát hiện các đột biến trên gen cung cấp những hiểu biết đáng kể về cơ chế bệnh sinh liên quan đến protein SNCA và giải thích cho việc các biến thể đa hình trên SNCA làm tăng nguy cơ ở các trường hợp Parkinson đơn lẻ [3].

Gen PARK7, còn gọi là DJ-1 nằm trên cánh ngắn của nhiễm sắc thể số 1, dài 24kb, gồm 8 exon. Tuy nhiên hai exon đầu tiên (1A và 1B) không mã hóa, và sẽ bị cắt bỏ trong quá trình hình thành DJ-1 mRNA. Protein DJ-1 có vai trò quan trọng trong bảo vệ ty thể của tế bào và giảm ảnh hưởng của các stress oxy hóa gây ra bởi sự xâm nhập của calcium vào các tế bào thần

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: tranhuythinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

kinh tiết dopamine của vùng đặc chất xám. Nói một cách đơn giản, DJ-1 là một chất cảm ứng stress oxi hóa, chaperon nhạy cảm với sự khử và là 1 protease. Những đột biến trên gen Park7, làm thay đổi chức năng của protein DJ-1 và có thể gây ra bệnh Parkinson theo 2 khả năng: (1) Đột biến làm thay đổi hay mất chức năng của chaperon, dẫn đến làm tăng độc tính của các protein bị phá hủy hay cuộn xoắn sai, có khả năng dẫn đến sự chết của tế bào; (2) Do các tế bào thần kinh sản xuất dopamine bị ảnh hưởng nhiều bởi sự stress oxi hóa. Các đột biến gen PARK7 có thể ức chế khả năng bảo vệ tế bào của protein DJ-1 chống lại các stress oxi hóa, dẫn đến sự phá hủy tế bào thần kinh bởi các chất oxi hóa tự do. Sự phá hủy các tế bào thần kinh tiết dopamine dẫn đến sự liên hệ giữa não bộ và cơ yếu đi, thậm chí mất khả năng điều khiển vận động cơ [4].

Do đó, việc xác định đột biến trên gen SNCA và PARK7 có ý nghĩa chẩn đoán sớm và phát triển các phương pháp trị liệu nhằm vào mục tiêu đích để cải thiện chất lượng sống cho các bệnh nhân có nguy cơ bị Parkinson. Xuất phát từ thực tế trên nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xác định đột biến trên gen SNCA và PARK7 ở bệnh nhân Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: Lựa chọn 35 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não Hội Parkinson Vương quốc Anh (United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank) tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh tâm thần kèm theo, đang điều trị bằng thuốc an thần, suy giáp,...

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nghiên cứu Gen – Protein Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Lão khoa Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: 4/2021-4/2022

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

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<60	13	68,42	11	68,75	24	68,57
>=60	6	31,58	5	31,25	11	31,43
Tổng	19	100	16	100	35	100

Tỷ lệ nam/nữ = 1,19

Một số quy trình kỹ thuật thực hiện:

- **Kỹ thuật tách chiết DNA:** DNA tổng số được tách chiết từ mẫu máu toàn phần của bệnh nhân Parkinson bằng kit QIAamp DNA mini Kit. Các đối tượng nghiên cứu được lấy 2ml máu tĩnh mạch vào trong ống đựng máu vô trùng có chứa chất chống đông EDTA 1,5mg/mL, mẫu đạt tiêu chuẩn OD280/OD260 \geq 1,8 được sử dụng để phân tích gen.

- **Kỹ thuật PCR:** Kỹ thuật PCR: sử dụng các mồi đặc hiệu để khuếch đại cho từng exon, bao phủ chiều dài các gen. Trình tự mồi do chúng tôi tự thiết kế dựa trên hệ thống primer3 (v.0.4.0). Thành phần phản ứng PCR: tổng thể tích 10 μ l gồm: 2 μ l DNA, 1 μ l primer (F/R), 5 μ l Gotaq 2x, 2 μ l nước cất. Chu trình nhiệt của phản ứng PCR: 95°C/5 phút, [95°C/30 giây, 58°C/20 giây, 72°C/30 giây] x 35 chu kỳ, 72°C/5 phút, giữ ở 15°C. Sản phẩm PCR được điện di trên gel agarose 1,5%, 120V trong 30 phút.

- **Kỹ thuật giải trình tự gen trực tiếp (sequencing):** Sản phẩm PCR được tinh sạch và được giải trình tự trên máy ABI-3100 tại Trung tâm Nghiên cứu Gen – Protein, Trường Đại học Y Hà Nội.

- **Xử lý số liệu:** Kết quả đột biến được phân tích bằng phần mềm CLC Main Workbench và được so sánh với dữ liệu từ Gene bank (Accession number NM_198578). Và phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và xử lý số liệu.

3. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thông báo các thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe của mình. Mọi thông tin của cá nhân được mã hóa và giữ bảo mật an toàn. Thu thập số liệu được tiến hành một cách trung thực, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán mắc Parkinson không phân biệt về giới tính, tuổi tác và các giai đoạn bệnh khác nhau. Thông tin các đặc điểm này được trình bày ở bảng 1

Nhận xét: Phân bố nhóm tuổi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là: Tỷ lệ bệnh nhân Parkinson cao nhất ở nhóm tuổi < 0 tuổi (68,75%), còn nhóm tuổi >= 60 tuổi chiếm tỷ lệ (31,43%), Tuổi trung bình mắc bệnh là 56,3±8,7 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 36 tuổi, tuổi cao nhất mắc bệnh là 73 tuổi, Nam dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 68,42%, >=60 tuổi 31,58%, Nữ dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 64,3%, >=60 tuổi 35,7%, Tỷ lệ nam/nữ=1,19.

2. Đặc điểm đột biến trên gen SNCA và gen PARK7 ở bệnh nhân Parkinson

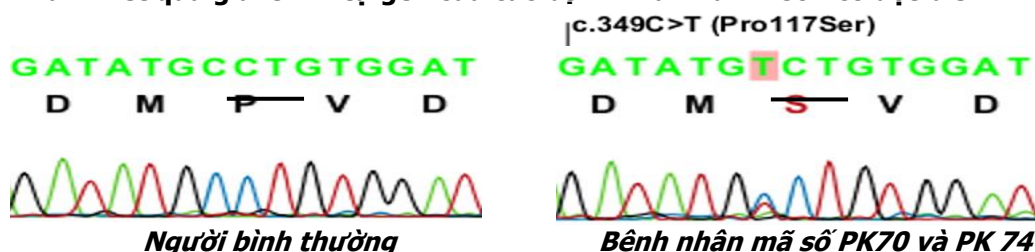
Cả 35 bệnh nhân nghiên cứu được xác định đột biến trên gen SNCA và gen Park7 bằng phương pháp giải trình tự gen Sanger, Cụ thể có 3/35 bệnh nhân mang đột biến và tìm thấy 2 loại đột biến khác nhau trên 3 bệnh nhân mang đột biến. Thông tin các bệnh nhân mang đột biến và các loại đột biến được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Đặc điểm thông tin bệnh nhân có đột biến và các đột biến được tìm thấy

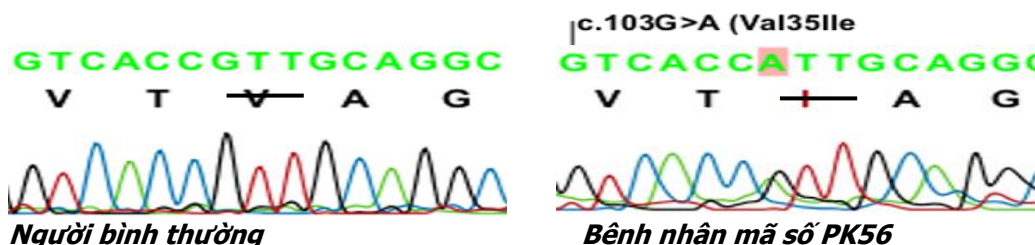
STT	Mã số	Giới	Tuổi	Gen	Đột biến thay thế	Thay đổi acid amin	Mô tả đột biến
1	PK70	Nữ	56	SNCA	c.349C>T	Pro117Ser	Dị hợp tử
2	PK74	Nam	36	SNCA	c.349C>T	Pro117Ser	Dị hợp tử
3	PK56	Nam	61	PARK7	c.103G>A	Val35Ile	Dị hợp tử

Nhận xét: Chúng tôi đã tìm thấy đột biến trên 3 bệnh nhân, trong đó có 1 bệnh nhân có đột biến trên gen PARK7, 2 bệnh nhân có đột biến trên gen SNCA. Tất cả các đột biến đều là đột biến dị hợp tử và là đột biến thay thế nucleotid.

Hình ảnh kết quả giải trình tự gen của các bệnh nhân Parkinson có đột biến



Hình 1: Kết quả giải trình tự cho thấy bệnh nhân PK 70 và PK 74 mang đột biến sai nghĩa C>T tại vị trí 349 trên trình tự c.DNA của gen SNCA. Tương ứng với nucleotid C ở người bình thường đã được thay thế bằng nucleotid T dẫn đến bộ ba thứ 117 mã hóa acid amin Proline thành Serine.



Hình 2: Kết quả giải trình tự cho thấy bệnh nhân PK 56 mang đột biến sai nghĩa G>A tại vị trí 103 trên trình tự c.DNA của gen PARK7. Tương ứng với nucleotid G ở người bình thường đã được thay thế bằng nucleotid A dẫn đến bộ ba thứ 35 mã hóa acid amin Valine thành Isoleucine.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh Parkinson còn được gọi là bệnh của người già, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,3±8,7, thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Bình (2017) khi nghiên cứu trên 173 bệnh nhân thì độ tuổi mắc bệnh Parkinson ngoài 50 tuổi, độ tuổi mắc bệnh trung bình là 62,56±8,75 [5]. Chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân khởi phát bệnh đều trên 50 tuổi, khá ít

bệnh nhân khởi phát trước tuổi 50 và có 1 bệnh nhân khởi phát bệnh trước 40 tuổi. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về lối sống, thổ nhưỡng, tình trạng ô nhiễm môi trường và một số tác động ngoại cảnh khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân Parkinson có ở cả 2 giới nam và nữ; nam chiếm tỉ lệ 19/35 (54,3%), nữ có tỷ lệ 16/35 (45,7%). Với tỷ lệ nam, nữ gần tương đương nhau nam/nữ= 1,19./1. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Bình khi nghiên cứu

trên 173 bệnh nhân mắc Parkinson với tỉ lệ nam chiếm 56%, nữ chiếm tỉ lệ 44% và tỉ lệ nam/nữ là 1,27/1 [5]. Như vậy, có thể thấy rằng tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là tương đương nhau. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã xác định được 2 bệnh nhân có đột biến dị hợp tử trên gen SNCA trong tổng số 35 bệnh nhân Parkinson (5,71%). Ở cả 2 bệnh nhân này chúng tôi ghi nhận tại vị trí 349 trên phân tử mRNA của gen SNCA tương ứng với nucleotid C ở người bình thường đã được thay thế bằng nucleotid T dẫn đến bộ ba thứ 117 mã hóa acid amin Proline thành Serine. Điều này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới ghi nhận các đột biến thay thế nucleotide có vai trò quan trọng trong sự phát triển bệnh Parkinson ở những bệnh nhân Parkinson. Trong nghiên cứu của Kruger. R và cộng sự (1998) cho thấy đột biến thay thế nucleotide số 88 từ G thành C làm biến đổi amino acid từ Alanine thành Prolin có vai trò quan trọng trong sự phát triển bệnh Parkinson ở những bệnh nhân Parkinson có tiền sử gia đình [3]. Trong nghiên cứu của Karampetsou và cộng sự (2017) ghi nhận các đột biến điểm bao gồm A30P, E46K, H50Q, G51D và A53E cũng được xác định liên quan đến bệnh Parkinson, bệnh thường khởi phát sớm và tiến triển nhanh chóng. α -synuclein là thành phần chính trong thể Lewy và hầu hết được phosphoryl hóa ở Ser129 của α -synuclein, tạo điều kiện cho tế bào thần kinh hấp thu sợi α -synuclein và làm trầm trọng thêm sự tiến triển bệnh lý của PD [6]. Và đột biến c.349C>T (p.P117S) được tìm thấy trên gen SNCA trong nghiên cứu của chúng tôi cũng được ghi nhận ở nghiên cứu trên 438 người Trung Quốc tác giả Yi Guo và cộng sự (2021) [7].

Ở gen PARK7 kết quả giải trình tự của bệnh nhân PK56 ghi nhận đột biến dị hợp tử tại vị trí 103 trên phân tử mRNA tương ứng với nucleotid G ở người bình thường đã được thay thế bằng nucleotid A dẫn đến bộ ba thứ 35 mã hóa acid amin Valine thành Isoleucine. Đột biến này chúng tôi ghi nhận tương đồng với nghiên cứu của tác giả Sadhukhan và cộng sự (2012) nghiên cứu trên 308 bệnh nhân Parkinson ở miền đông Ấn Độ [8]. Từ 2012 đến nay chưa có báo cáo trong nước và trên thế giới nào ghi nhận đột biến tương tự. Các nghiên cứu ghi nhận sự thiếu hụt DJ-1 trong tế bào thần kinh cho thấy sự giảm dòng glutamine và sinh tổng hợp serine, làm giảm phản ứng chống oxy hóa tế bào và dẫn đến sự thoái hóa của tế bào thần kinh dopaminergic. Sự thiếu hụt DJ-1 trong tế bào

thần kinh dopaminergic có nguồn gốc từ tế bào gốc phôi cũng làm tăng độ nhạy đối với stress oxy hóa do độc tố gây ra [9].

Đây là báo cáo đầu tiên về đột biến trên gen PARK7 và là báo cáo thứ 2 về đột biến trên gen SNCA được xác định ở bệnh nhân Parkinson Việt Nam. Do đó có một số khả năng như mức độ ổn định của mRNA, cấu trúc hay những thay đổi trong quá trình tổng hợp protein có liên quan đến cơ chế của một số thay đổi này. Hơn nữa, các yếu tố về môi trường sống cũng có thể góp phần vào sự biến đổi kiểu hình giữa những bệnh nhân Parkinson. Vì vậy, chúng tôi cần có những nghiên cứu sâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn để có thể chứng minh được hết ý nghĩa của đột biến sai nghĩa này và tìm hiểu thêm những đột biến mới trong quần thể người Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Trong 35 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson được nghiên cứu thì tỉ lệ bệnh nhân có đột biến chiếm 8,57%, trong đó đột biến gen PARK7 chiếm 2,86%. Còn tỉ lệ bệnh nhân không có đột biến chiếm tỉ lệ cao 91,43%. Ở bệnh nhân Parkinson có đột biến, phân tích ghi nhận 2 bệnh nhân có đột biến dị hợp tử, c.349C>T (p.Pro117Ser) trên gen SNCA và 1 bệnh nhân có đột biến dị hợp tử, c.103G>A (p.Val35Ile) trên gen PARK7.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được thực hiện dưới sự hỗ trợ kinh phí của đề tài cấp Bộ Y tế "Nghiên cứu xác định đột biến gen liên quan đến bệnh Parkinson ở Việt Nam" số quyết định phê duyệt 5886 QĐ-BYT, thực hiện từ 6/2020-6/2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coskuner-Weber O, Uversky VN.** Insights into the Molecular Mechanisms of Alzheimer's and Parkinson's Diseases with Molecular Simulations: Understanding the Roles of Artificial and Pathological Missense Mutations in Intrinsically Disordered Proteins Related to Pathology. *Int J Mol Sci.* 2018;19(2):336. doi:10.3390/ijms19020336
2. **Deng H, Wang P, Jankovic J.** The genetics of Parkinson disease. *Ageing Res Rev.* 2018;42:72-85. doi:10.1016/j.arr.2017.12.007
3. **Kruger R, Kuhn W, Müller T, et al.** Ala30Pro mutation in the gene encoding α -synuclein in Parkinson's disease. *Nat Genet.* 1998;18(2):106-108. doi:10.1038/ng0298-106
4. **Bonifati V, Rizzu P, van Baren MJ, et al.** Mutations in the DJ-1 Gene Associated with Autosomal Recessive Early-Onset Parkinsonism. *Science.* 2003;299(5604):256-259. doi:10.1126/science.1077209
5. **Nguyễn Thanh Bình.** Đặc điểm triệu chứng vận động và ngoài vận động của bệnh nhân Parkinson. *Tạp Chí Học Thực Hành.* 2017;1053(8).
6. **Karampetsou M, Ardah M, Semitekolou M, et**

- al. Phosphorylated exogenous alpha-synuclein fibrils exacerbate pathology and induce neuronal dysfunction in mice. *Sci Rep.* 2017;7. doi:10.1038/s41598-017-15813-8
7. **Guo Y, Sun Y, Song Z, et al.** Genetic Analysis and Literature Review of SNCA Variants in Parkinson's Disease. *Front Aging Neurosci.* 2021;13. Accessed April 19, 2022.
8. **Sadhukhan T, Biswas A, Das SK, Ray K, Ray J.** DJ-1 variants in Indian Parkinson's disease patients. *Dis Markers.* 2012;33(3):127-135. doi:10.1155/2012/467085
9. **Sanz FJ, Solana-Manrique C, Muñoz-Soriano V, Calap-Quintana P, Moltó MD, Paricio N.** Identification of potential therapeutic compounds for Parkinson's disease using *Drosophila* and human cell models. *Free Radic Biol Med.* 2017; 108:683-691. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2017.04.364

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM RUỘT THỪA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Hồng Minh¹, Đoàn Mai Phương²,
Vũ Đức Long¹, Nguyễn Thị Bích Phượng¹, Vũ Tuyết Nhung¹,
Nguyễn Thị Tuyết Mai¹, Nguyễn Thị Minh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ viêm ruột thừa và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai năm 2021. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Trong 150 người bệnh được phẫu thuật cắt ruột thừa tại Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 1/2021 đến 4/2021. Tỷ lệ nữ và nam lần lượt là 53,3% và 46,7%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $41,15 \pm 18,5$. Kết quả điều trị, chăm sóc của NB khi xuất viện có kết quả tốt và chưa tốt lần lượt là 76% và 24%. Yếu tố có bệnh kèm theo, số ngày nằm viện, các hoạt động tư vấn của điều dưỡng về dinh dưỡng, vận động sớm sau mổ, tuân thủ điều trị, theo dõi bất thường, vệ sinh cá nhân khi nằm viện có liên quan với kết quả chăm sóc của NB với OR lần lượt là 3,63; 2,7; 5,97; 3,74; 2,38; 5,50 với $p < 0,05$. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của các đổi mới thực hành dựa trên bằng chứng để nâng cao hiệu quả của việc chăm sóc và điều trị sau phẫu thuật.

Từ khóa: Viêm ruột thừa, chăm sóc người bệnh, Bệnh viện Bạch Mai.

SUMMARY

CARE OUTCOMES AND SOME PREDICTORS OF NURSING OUTCOMES FOLLOWING APPENDECTOMY

Purposes: Describe the outcomes of postoperative care for patients with appendicitis and some related factors at Bach Mai hospital in 2021. **Methods:** a prospective descriptive study. **Results:** The study enrolled 150 patients diagnosed with appendicitis and who underwent an appendectomy at

Bach Mai Hospital. 53.3% were female, 46.7% were male, and the average age of the study subjects was 41.15 ± 18.5 . The results of treatment and care of the patient until discharge are good, accounting for 76%, and not good, accounting for 24 percent. Factors with comorbidities include several days in the hospital, nursing consultations on nutrition, early mobilization after surgery, treatment adherence, abnormal monitoring, and personal hygiene during the hospital stay. **Conclusion:** Research results show the need for evidence-based practice innovations to improve the effectiveness of postoperative care and treatment.

Keywords: Appendicitis, patient care, Bach Mai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một bệnh thường gặp nhất trong các cấp cứu ngoại khoa về bụng. Phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với VRT chính là phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa. Sự hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào kết quả chăm sóc NB sau mổ. Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện tuyến trung ương. Do đó, nhiều bệnh nhân vị viêm ruột thừa có bệnh lý kèm theo như bệnh tim mạch, hô hấp, chuyển hóa... Đề tài được thực hiện với mục tiêu mô tả kết quả chăm sóc người bệnh mổ viêm ruột thừa và một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc tại bệnh viện Bạch Mai năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được bác sỹ chẩn đoán viêm ruột thừa và được phẫu thuật cắt ruột thừa tại Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥ 17 tuổi; Điều trị phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu (nội soi và mổ mở); Có kết quả giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa.

¹Bệnh viện Bạch Mai,

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: hongminhbachmai1983@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh < 17 tuổi; Viêm ruột sau mổ không phải viêm ruột thừa; Hạn chế khả năng giao tiếp, nghe nói.

Địa điểm, thời gian và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01.2021 đến hết tháng 04.2021 tại Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp tiến hành: thu thập thông tin liên quan đến bệnh nhân, gồm: Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh nền, số ngày nằm viện; Theo dõi biến chứng và chăm sóc vết mổ: mức độ khô của vết mổ, số lần thay băng, biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn BV/shock NK. Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng: chế độ dinh dưỡng, vận động sớm sau mổ; tránh té ngã; tuân thủ điều trị; theo dõi khi có bất thường; kiến thức về phòng biến chứng; vệ sinh cá nhân khi nằm viện; tái khám sau khi ra viện.

Thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học.

- Các tham số sử dụng trong nghiên cứu: Trung bình; Độ lệch chuẩn (SD); Tỷ lệ phần trăm (%)

- Các Test sử dụng trong nghiên cứu: So sánh 2 giá trị trung bình bằng Test T – student; So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2

- Xác định liên quan qua tính OR, CI 95% và p

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	70	46,7
	Nữ	80	53,3
Tuổi	< 40 tuổi	84	56,0
	≥ 40 tuổi	66	44,0
	X ± SD (Min-max)	41,15 ± 18,32 (17 - 91)	
Bệnh kèm theo	Có	31	20,7
	Không	119	79,3
Số ngày nằm viện sau mổ	≤ 3 ngày	123	82,0
	> 3 ngày	27	18,0
	X ± SD (Min-max)	2,85 ± 0,94	

Nhận xét: Trong 150 người bệnh nghiên cứu có 53,3% là nữ giới, 56,0% dưới 40 tuổi và có 20,7% có bệnh nền kèm theo.

Bảng 2: Theo dõi biến chứng và chăm sóc vết mổ

Chăm sóc vết mổ		6h		Ngày 1		Ngày 2		Ngày 3	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Vết mổ	1. Khô	107	71,3	136	90,7	149	99,3	150	100
	2. Ướt	16	10,7	13	8,7	1	0,7	0	0
	3. Chảy dịch	27	18,0	1	0,7	0	0	0	0
Số lần thay băng	1 lần/ngày	33	22,0	109	72,7	56	37,3	17	11,3
	< 1 lần/ngày	117	78,0	41	26,7	94	62,7	133	88,7
Chảy máu	Có	2	1,3	0	0	0	0	0	0
	Không	148	98,7	150	100	150	100	150	100
Nhiễm khuẩn BV/shock NK	Có	0	0	0	0	0	0	1	0,7
	Không	150	100	150	100	150	100	149	99,3

Nhận xét: Đa số người bệnh có vết mổ khô trong 6 giờ đầu (71,3%); đến ngày thứ 3, 100% người bệnh trong nghiên cứu đều có vết mổ khô. Có 22% bệnh nhân được thay băng trong 6 giờ đầu 1 lần/ngày. Sau 3 ngày, tỉ lệ BN được thay băng 1 lần/ngày giảm còn 11,3%.

Không có NB nào có biến chứng nhiễm khuẩn bệnh viện hay shock nhiễm khuẩn. Có 2 NB có biến chứng chảy máu trong 6h đầu. Các ngày tiếp theo không có NB nào có biến chứng chảy máu.

Bảng 3: Các hoạt động chăm sóc điều dưỡng

Hoạt động điều dưỡng		6h (n=150)		Ngày 1 (n=150)		Ngày 2 (n=150)		Ngày 3 (n=150)	
		n	%	N	%	n	%	n	%
CS tâm lý	Có	116	77,3	105	70,0	97	64,7	47	31,3
	Không	34	22,7	45	30,0	53	35,3	103	68,7
Dinh dưỡng	Tinh mạch	150	100	65	43,3	1	0,7	0	0
	Chế độ BV	0	0	6	4,0	9	6,0	5	3,3
	Tự nấu	0	0	79	52,7	140	93,3	145	96,7
Theo dõi DHST	2 lần/ngày	64	42,7	124	82,7	150	100	150	100
	> 2 lần/ngày	86	57,3	26	17,3	0	0	0	0
Thực hành thuốc cho NB	Đúng, đủ	148	98,7	148	98,7	150	100	150	100
	Có phản ứng	2	1,3	2	1,3	0	0	0	0

Nhận xét: Trong 6h đầu có 77,3% NB được chăm sóc tâm lý, tỷ lệ này giảm dần đến ngày thứ 3 chỉ có 31,3% NB được chăm sóc tâm lý.

Chế độ dinh dưỡng cho NB trong 6h đầu 100% tuyền tĩnh mạch. Ngày thứ 1 có 52,7% NB ăn chế độ ăn tự túc, chỉ có 4% NB ăn theo chế độ ăn bệnh viện.

Trong 6h đầu có 57,3% NB được theo dõi DHST > 2 lần/ngày; 42,7% NB được theo dõi 2 lần/ngày. Từ ngày thứ 2 trở đi 100% NB được theo dõi DHST 2 lần/ngày.

Bảng 4: Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh

Hoạt động GDSK	Có		Không	
	n	%	n	%
Chế độ dinh dưỡng khi nằm viện	142	94,7	8	5,3
Vận động sớm sau mổ	127	84,7	23	15,3
Tránh té ngã	95	63,3	55	36,7
Tuân thủ điều trị	77	51,3	73	48,7
Theo dõi khi có bất thường	74	49,3	76	50,7
Kiến thức về phòng biến chứng	77	51,3	73	48,7
Nội quy BV khi nằm viện	141	94,0	9	6,0
Vệ sinh cá nhân khi nằm viện	140	93,3	10	6,7
Tái khám sau ra viện	123	82,0	27	18,0

Nhận xét: Hoạt động tư vấn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao là dinh dưỡng chiếm 94,7% về vận động sớm sau mổ chiếm 84,7%; vệ sinh cá nhân chiếm 93,3%; nội quy khoa phòng 94%; khám lại 82%. Hoạt động tư vấn chiếm tỷ lệ thấp hơn là tư vấn tránh té ngã 63,3%; tự theo dõi 49,3%; phòng biến chứng 51,3%; tuân thủ điều trị 51,3%.

Bảng 5: Yếu tố liên quan giữa kết quả chăm sóc và đặc điểm chung của NB

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc				OR	p
		Chưa tốt		Tốt			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	20	23,8	64	76,2	0,98 (0,46-2,08)	0,951
	≥ 40 tuổi	16	24,2	50	75,8		
Giới	Nam	14	20,0	56	80,0	0,66 (0,31-1,42)	0,283
	Nữ	22	27,5	58	72,5		
Bệnh kết hợp	Có	14	45,2	17	54,8	3,63 (1,56-8,46)	0,002
	Không	22	18,5	97	81,5		
Số ngày nằm viện sau mổ	> 3 ngày	11	40,7	16	59,3	2,70 (1,11-6,53)	0,024
	≤ 3 ngày	25	20,3	98	79,7		

Nhận xét: Yếu tố có bệnh kèm theo có liên quan tới kết quả điều trị với OR = 3,63 và p < 0,05.

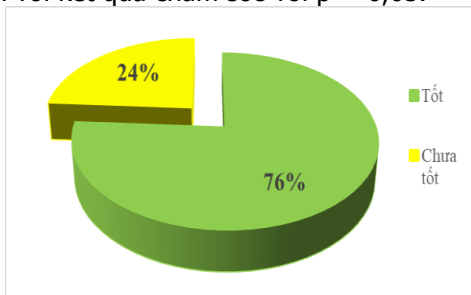
Số ngày nằm viện có liên quan với kết quả chăm sóc với OR = 2,7 với p < 0,05. Các yếu tố thời gian vận động sau mổ và thời gian phục hồi nhu động ruột không liên quan với kết quả chăm sóc.

Bảng 6: Yếu tố liên quan giữa kết quả chăm sóc và truyền thông GDSK

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc				OR	p
		Chưa tốt		Tốt			
		n	%	n	%		
Chế độ dinh dưỡng	Không	5	62,5	3	37,5	5,97 (1,35-26,37)	0,028
	Có	31	21,8	111	78,2		
Vận động sớm sau mổ	Không	11	47,8	12	52,2	3,74 (1,48-9,46)	0,004
	Có	25	19,7	102	80,3		
Tránh té ngã	Không	14	25,5	41	74,5	1,13 (0,52-2,45)	0,751
	Có	22	23,2	73	76,8		
Tuân thủ điều trị	Không	23	31,5	50	68,5	2,26 (1,04-4,91)	0,036
	Có	13	16,9	64	83,1		
Theo dõi khi có bất thường	Không	24	31,6	52	68,4	2,38 (1,09-5,23)	0,028
	Có	12	16,2	62	83,8		
Kiến thức về phòng biến chứng	Không	16	21,9	57	78,1	0,80 (0,38-1,70)	0,561
	Có	20	26,0	57	74,0		
Nội quy BV khi nằm	Không	2	22,2	7	77,8	0,90	0,898

viện	Có	34	24,1	107	75,9	(0,18-4,54)	
Vệ sinh cá nhân khi nằm viện	Không	6	60,0	4	40,0	5,50	0,018
	Có	30	21,4	110	78,6	(1,46-20,75)	
Tái khám sau ra viện	Không	8	29,6	19	70,4	1,43	0,449
	Có	28	22,8	95	77,2	(0,57-3,61)	

Nhận xét: Các hoạt động tư vấn của điều dưỡng về dinh dưỡng, vận động sớm sau mổ, tuân thủ điều trị, theo dõi bất thường, vệ sinh cá nhân khi nằm viện có liên quan với kết quả chăm sóc của NB với OR lần lượt là 5,97; 3,74; 2,38; 5,50 với $p < 0,05$. Các hoạt động tư vấn của điều dưỡng về tránh té ngã, kiến thức về phòng biến chứng, nội quy BV khi nằm viện không liên quan với kết quả chăm sóc với $p > 0,05$.



Biểu đồ 1: Kết quả chăm sóc khi xuất viện

Nhận xét: Kết quả điều trị, chăm sóc của NB đến khi xuất viện là tốt chiếm 76% chưa tốt chiếm 24%.

IV. BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa là là một bệnh thường gặp nhất trong các cấp cứu ngoại khoa về bụng. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $41,15 \pm 18,5$ cao nhất là 91 thấp nhất là 17. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Sinh Cung¹ ($42,8 \pm 16,6$ tuổi) và cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Hồng Anh² $26,6 \pm 13,8$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu này là 53,3% cao hơn nam giới 46,7%. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Lữ Văn Trang³. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh VRT có các bệnh lý kèm theo là 20,7%. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu khác lại cho thấy tỷ lệ viêm ruột thừa ở nam nhiều hơn nữ như nghiên cứu của tác giả Balthazar⁴, Kim Văn Vụ⁵.

Theo nghiên cứu của chúng tôi số ngày nằm viện trung bình là $2,85 \pm 0,94$ ngày. Theo tác giả Nguyễn Sinh Cung thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,8 \pm 0,9$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và lâu nhất là 7 ngày¹. Theo tác giả Tường Thị Thùy Anh thời gian nằm viện trung bình là $4,17 \pm 1,33$ (từ 2 – 12 ngày)⁶. Theo tác giả Vũ Ngọc Phương 72,4% số NB được xuất viện sau 1 – 2

ngày tiến hành phẫu thuật, 25,5% số NB được xuất viện sau 3 – 6 ngày và chỉ có 1 NB được xuất viện sau 10 ngày⁷.

Biến chứng đáng lo ngại và hay gặp nhất của mổ VRT chính là nhiễm trùng vết mổ. Đảm bảo vết mổ không bị nhiễm trùng thì việc thay băng tại vết mổ rất quan trọng, tuy nhiên không có chỉ định thay nhiều lần trong ngày ngoại trừ vết mổ bị chảy dịch, cũng có vết mổ khô sạch thì việc thay băng cũng được cân nhắc. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh có vết mổ khô (71,3%). Trong 6h đầu có 10,7% người bệnh có vết mô ướt, 18% người bệnh có vết mổ thấm dịch máu, tỉ lệ giảm dần sang ngày thứ 2 thì tất cả người bệnh có vết mổ khô bình thường. Trong 6h đầu chỉ có 22% NB được thay băng. Ngày thứ 1 có 72,7% NB được thay băng. Ngày thứ 2 có 37,3% NB được thay băng. Ngày thứ 3 chỉ có 11,3% NB được thay băng. Không có NB nào có biến chứng nhiễm khuẩn bệnh viện hay shock nhiễm khuẩn. Có 2 NB có biến chứng chảy máu trong 6h đầu. Các ngày tiếp theo không có NB nào có biến chứng chảy máu. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Vũ Ngọc Phương⁷ 2,3%, Tường Thị Thùy Anh⁶ 3,2% và Villalobos M.R⁸ 3,3%. Theo nghiên cứu của tác giả Tường Thị Thùy Anh tỷ lệ biến chứng tụ máu thành bụng là 3,2%, áp xe tồn dư là 0,64%⁶.

Các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng sau mổ đóng vai trò quan trọng trong kết quả hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật. Khi người bệnh nằm viện người bệnh rất lo lắng về tình trạng bệnh tật của mình, đặc biệt là sau khi mổ xong nằm trong phòng hồi sức cấp cứu không có người thân bên cạnh. Để giảm bớt lo lắng của người bệnh điều dưỡng viên cần phải quan tâm động viên người bệnh, tạo môi trường yên tĩnh cho người bệnh nghỉ ngơi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 6h đầu có 77,3% NB được chăm sóc tâm lý, tỷ lệ này giảm dần đến ngày thứ 3 chỉ có 31,3% NB được chăm sóc tâm lý. Theo nghiên cứu của tác giả Tường Thị Thùy Anh 55,13% người bệnh được chăm sóc tâm lý đã lo lắng ít, không lo lắng sau ngày đầu⁶; Ngoài ra chế độ ăn đặc biệt phù hợp với bệnh nhân, giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng. Trong 6h đầu sau phẫu thuật người bệnh được nuôi dưỡng

bằng đường tĩnh mạch, tuy nhiên nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch không đảm bảo đủ lượng calo người bệnh cần điều này ảnh hưởng đến quá trình hồi phục sau phẫu thuật của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi chế độ dinh dưỡng cho NB trong 6h đầu 100% tuyến tĩnh mạch. Ngày thứ 1 có 52,7% NB ăn chế độ ăn tự túc, chỉ có 4% NB ăn theo chế độ ăn bệnh viện; Theo dõi sau mổ rất quan trọng nhất là những dấu hiệu sinh tồn. Người bệnh sau mổ nội soi và bơm một lượng CO₂ vào ổ bụng vì vậy những phản ứng của cơ thể sau mổ cũng như những biến chứng sớm hoặc sốc phản vệ cũng có thể xảy ra, theo dõi những dấu hiệu sinh tồn cần phải được quan tâm trong thời gian sau mổ. Người điều dưỡng theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong ngày đầu 30 – 60 phút/lần và thời gian theo dõi có thể 12h hoặc 24h sau phẫu thuật. Những ngày tiếp theo nếu dấu hiệu sinh tồn bình thường theo dõi ngày 2 lần. Theo nghiên cứu của chúng tôi Trong 6h đầu có 57,3% NB được theo dõi DHST trên 2 lần/ngày; 42,7% NB được theo dõi 2 lần/ngày. Từ ngày thứ 2 trở đi 100% NB được theo dõi DHST 2 lần/ngày.

Sau mổ người bệnh thường lo lắng và có cảm giác bất an vì thể thái độ của cán bộ y tế có tác động rất nhiều đến tâm lý người bệnh. Việc hướng dẫn người bệnh mổ VRT những chăm sóc thường quy như: đi lại nhẹ nhàng, nghỉ ngơi, từ từ gia tăng hoạt động, giữ sạch vết thương, báo cáo dấu hiệu sưng nóng, đỏ đau của vết mổ nhiễm trùng, tránh làm việc nặng trong 6 – 8 tuần, nên dùng tay giữ thành bụng khi ho hay hắt hơi,... hay những tư vấn sức khỏe cho người bệnh về cách phát hiện bệnh, tình trạng bệnh của mình, nhận thức đúng trong ăn uống, sinh hoạt chế độ dùng thuốc, tái khám là hết sức có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hoạt động tư vấn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao là về dinh dưỡng chiếm 94,7% về vận động sớm sau mổ chiếm 84,7%; vệ sinh cá nhân chiếm 93,3%; nội quy khoa phòng 94%; khám lại 82%. Hoạt động tư vấn chiếm tỷ lệ thấp hơn là tư vấn tránh té ngã 63,3%; tự theo dõi 49,3%; phòng biến chứng 51,3%; tuân thủ điều trị 51,3%.

Về kết quả chăm sóc người bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị, chăm sóc của NB đến khi xuất viện là tốt chiếm 76% chưa tốt chiếm 24%. Theo nghiên cứu của Tường Thị Thùy Anh có 88,5% NB được đánh giá chăm sóc điều dưỡng tốt, 10,9% được đánh giá chăm sóc khá và 0,6% chăm sóc trung bình⁶.

Về một số yếu tố liên quan tới kết quả chăm sóc người bệnh: Các yếu tố tuổi, giới, không liên

quan với kết quả chăm sóc với $p > 0,05$. Yếu tố có bệnh kèm theo có liên quan tới kết quả điều trị với $OR = 3,63$ và $p < 0,05$. Số ngày nằm viện có liên quan với kết quả chăm sóc với $OR = 2,7$ với $p < 0,05$. Các yếu tố thời gian vận động sau mổ và thời gian phục hồi nhu động ruột không liên quan với kết quả chăm sóc. Người bệnh có kết quả điều trị chăm sóc tốt, không có biến chứng sẽ có thời gian nằm viện ngắn hơn người bệnh có kết quả điều trị chăm sóc không tốt, có biến chứng. Các hoạt động tư vấn của điều dưỡng về dinh dưỡng, vận động sớm sau mổ, tuân thủ điều trị, theo dõi bất thường, vệ sinh cá nhân khi nằm viện có liên quan với kết quả chăm sóc của NB với OR lần lượt là 5,97; 3,74; 2,38; 5,50 với $p < 0,05$. Các hoạt động tư vấn của điều dưỡng về tránh té ngã, kiến thức về phòng biến chứng, nội quy BV khi nằm viện không liên quan với kết quả chăm sóc với $p > 0,05$. Việc vận động sớm sau mổ giúp cho người bệnh tránh được biến chứng tắc ruột, và theo một số nghiên cứu việc vận động sớm sau mổ có khả năng phục hồi cao hơn. Việc hướng dẫn người bệnh ăn trở lại, ăn đường miệng sớm giúp cho người bệnh sớm hồi phục về mặt dinh dưỡng hơn. Việc hướng dẫn người bệnh tự theo dõi các bất thường và vệ sinh cá nhân tốt giúp phòng được biến chứng, giúp cho khả năng hồi phục của người bệnh tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị, chăm sóc của người bệnh sau mổ viêm ruột thừa phần lớn là tốt (76%). Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc được ghi nhận như bệnh phổi hợp, ngày nằm viện, tư vấn của điều dưỡng về dinh dưỡng, vận động sớm, tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của các đổi mới thực hành dựa trên bằng chứng để nâng cao hiệu quả của việc chăm sóc và điều trị sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Sinh Cung.** Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng ở người có tiền sử mổ cũ trong khoang ổ bụng tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Trường Đại học Y Hà Nội: Luận văn chuyên khoa cấp II2020.
- Vũ Thị Hồng Anh.** Cắt ruột thừa viêm bằng phẫu thuật nội soi với hai trocar tại bệnh viện trường đại học Y Khoa Thái Nguyên. Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam. 2017;165(6):27-30.
- Lữ Văn Trang, Đặng Minh Triết, Nguyễn Thanh Long, et al.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm ruột thừa tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang. 2011;10:184-190.
- Balthazar. Apendicitis:** Prospective Evaluation with High - Resolution CT Radiology. 1991;

- 180(1):21-24.
5. **Kim Văn Vu.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa sau manh tràng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. Y Học thực hành. 2013; 886 (11):49-52.
 6. **Anh TTT.** Chăm sóc người bệnh sau mổ nội soi viêm ruột thừa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai: Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long; 2020.
 7. **Vũ Ngọc Phương.** Kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ nội soi viêm ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2013: Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Thăng Long; 2013.
 8. **Villalobos M.R., Escoll R.J., Herrerias G.F.** Prospective, randomized comparative study between single - port laparoscopic appendectomy and conventional aparoscopic appendectomy. Cir esp. 2014; 92(7):472-477.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

Lương Thị Năm¹, Dương Trọng Nghĩa¹, Hoàng Thị Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích hoạt động và kết quả chăm sóc cho NB đột quỵ não sau GĐC tại Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương năm 2021. **Đối tượng và PPNC:** NC mô tả tiến cứu trên 138 NB đột quỵ não sau GĐC. **Kết quả:** Hoạt động chăm sóc PHCN như theo dõi dấu hiệu bất thường, chăm sóc dinh dưỡng, dự phòng nhiễm khuẩn, PHCN vận động, hô hấp, nuốt, ngôn ngữ được tiến hành thường xuyên cho NB; tình trạng NB cải thiện nhiều về vận động và mức độ liệt; khả năng độc lập trong sinh hoạt tăng lên rõ rệt với $p < 0,05$. **Kết luận:** chức năng vận động và khả năng độc lập trong sinh hoạt của NB tăng lên đáng kể sau 15 ngày và 30 ngày chăm sóc PHCN kể từ sau GĐC.

Từ khóa: đột quỵ não, chăm sóc PHCN.

SUMMARY

RESULTS OF CARING FOR STROKE PATIENTS AFTER THE ACUTE PHASE AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2021

Objectives: to analyze the activities and outcomes of caring for stroke patients after rehabilitation at the National Hospital of Traditional Medicine in 2021. **Subjects and methods:** A prospective description on 138 patients with cerebral stroke after rehabilitation. **Outcomes:** Rehabilitation care activities such as monitoring for abnormal signs, nutritional care, infection prevention, or rehabilitation of motor, respiratory, swallowing, and language skills were conducted regularly for the patient; patient's results improved a lot in terms of movement and degree of paralysis; The ability to be independent in daily life has increased markedly. **Conclusion:** the patient's motor function and independence in daily life increased significantly after 15 days and 30 days of rehabilitation care since the resettlement.

Keywords: brain stroke, rehabilitation care.

¹Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Năm

Email: luongthinam1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một bệnh lý do tổn thương mạch máu não, được chia làm hai loại lớn là nhồi máu não và chảy máu não, trong đó tỷ lệ nhồi máu não chiếm khoảng 80%. Tại Việt Nam, ước tính tỷ lệ mới mắc hàng năm 115,7/100.000 dân, tỷ lệ hiện mắc 355,9/100.000 dân, tỷ lệ hiện mắc trong những người trên 18 tuổi tới 1,62% và tỷ lệ tử vong 65,1/100.000 dân [1],[2],[7]. Dự báo đến năm 2030 ở Hoa Kỳ có 3,88% dân số trên 18 tuổi bị đột quỵ[6] và ở Việt Nam tăng 1,85 lần so với năm 2010[1],[7].

Sự hồi phục các chức năng về thể chất, tâm thần cho người bệnh sau đột quỵ rất cần thiết và có vai trò quan trọng giúp người bệnh tái hòa nhập với cộng đồng. Quá trình này diễn ra nhanh hay chậm, tốt hay không phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi của người bệnh, tình trạng bệnh lý, việc điều trị kịp thời, các yếu tố nguy cơ kèm theo, các yếu tố xã hội, sự hợp tác chặt chẽ giữa người bệnh, gia đình và thầy thuốc trong quá trình điều trị. Cùng với sự phát triển vượt bậc của y học thế giới, tại Việt nam việc điều trị chăm sóc NB đột quỵ ngày càng được quan tâm, đặc biệt sự kết hợp giữa Y học hiện đại và Y học cổ truyền đã mang lại hiệu quả cao. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, các phương pháp chăm sóc PHCN phù hợp đã giúp người bệnh đột quỵ phục chức năng hệ thần kinh, vận động một cách đáng kể [3],[4],[5],...

Để đánh giá hiệu quả từ đó rút ra những bài học kinh nghiệm giúp cải tiến và nâng cao chất lượng trong công tác chăm sóc, PHCN cho người bệnh đột quỵ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả chăm sóc người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2021" với mục tiêu: Phân tích hoạt động và kết quả chăm sóc cho người bệnh đột quỵ sau giai đoạn cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán ĐQN sau GĐC.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- NB được chẩn đoán ĐQN lần thứ nhất, không có rối loạn nhận thức.
- NB đồng ý tham gia NC

***Tiêu chí loại trừ:**

- NB có bệnh lý về vận động, lao, nhiễm khuẩn trước khi xảy ra ĐQN;

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian NC: từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2021

- Địa điểm: Viện Y học Cổ truyền Trung ương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$p(1-p)$$

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

Trong đó: n: Số NB cần nghiên cứu

Z_{1-α/2}: Hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95% thì giá trị của Z_{1-α/2} = 1,96

α: Mức ý nghĩa thống kê, lấy α = 0,05.

p: tỷ lệ chăm sóc PHCN có hiệu quả, ước tính lấy p = 0,85 tham khảo kết quả của Nguyễn Đức Triệu[3].

Độ chính xác mong muốn d = 0,06. Vậy

Bảng 3.1. Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng

Hoạt động chăm sóc PHCN		NB đột quy não (n = 138)	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TD các dấu hiệu bất thường của NB	Không thường xuyên	14	10,1%
	Thường xuyên	124	89,9
Chăm sóc dinh dưỡng	Không thường xuyên	21	15,2
	Thường xuyên	117	84,8
Chăm sóc bài niệu phòng NKTN	Không thường xuyên	28	20,3
	Thường xuyên	110	79,7
Chăm sóc giảm đau	Không thường xuyên	15	10,9
	Thường xuyên	123	89,1

Nhận xét: 89,9% NB thường xuyên được theo dõi các dấu hiệu bất thường; 89,1% NB được chú ý giảm đau; 84,8%NB thường xuyên được chăm sóc dinh dưỡng; 79,9% NB được chăm sóc bài niệu phòng NKTN.

Bảng 3.2. Hoạt động tập PHCN

Hoạt động tập PHCN		NB đột quy não (n = 138)		Tổng số
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tập PHCN vận động	< 2 lần/ngày	26	18,9	138 (100%)
	≥ 2 lần/ngày	112	81,1	
Vật lý trị liệu	< 2 lần/ngày	18	13,0	138 (100%)
	≥ 2 lần/ngày	120	87,0	
Ngôn ngữ trị liệu	< 2 lần/ngày	23	20,9	110 (100%)
	≥ 2 lần/ngày	87	79,1	
PHCN hô hấp	< 2 lần/ngày	20	14,5	138 (100%)
	≥ 2 lần/ngày	118	85,5	

cỡ mẫu được tính là 136, thực tế NC đã chọn được 138 NB.

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Thang đo trong NC. Bộ công cụ đánh giá kết quả chăm sóc PHCN người bệnh ĐQV sau GĐC gồm có 3 phần chính:

- Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu học ĐTNC

-Phần 2: hoạt động chăm sóc PHCN của điều dưỡng, như chăm sóc về dinh dưỡng, chăm sóc bài niệu phòng NKTN, tập PHCN vận động, tập PHCN nuốt, tập PHCN ngôn ngữ, chăm sóc vệ sinh cá nhân, tư vấn giáo dục sức khỏe (TV GDSK).

- Phần 3: lâm sàng của NB về chức năng vận động, chức năng sinh hoạt, mức độ liệt theo các thang điểm Barthel, Henry, Rankin.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

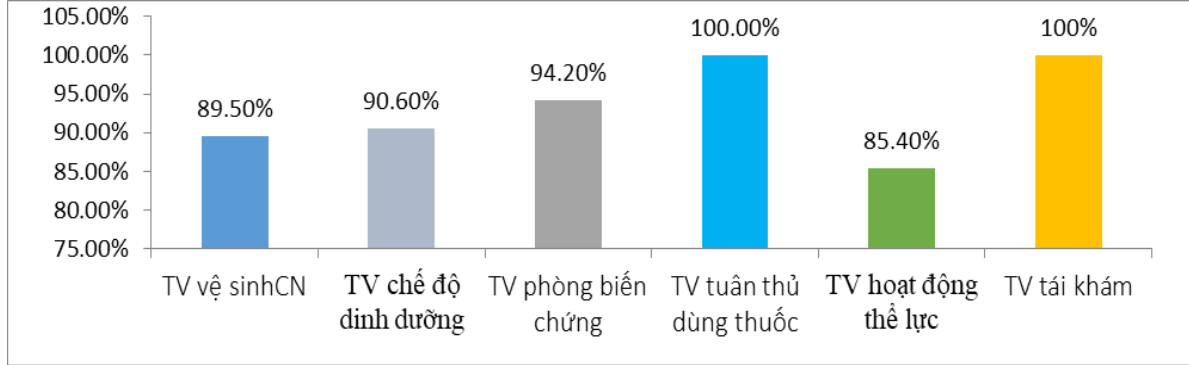
3.1. Đặc điểm ĐTNC. 138 NB tham gia NC có 56,5% là nam và 43,5% là nữ; Độ tuổi trung bình là 65,98 ± 12,65 (nhỏ nhất: 24; lớn nhất: 89);

Về yếu tố nguy cơ: tỷ lệ NB có bệnh THA là cao nhất chiếm 60,1%; sau đó là bệnh rối loạn lipid với 23,2% và bệnh ĐTD chiếm 22,5% và bệnh tim mạch với 21,0%; tỷ lệ NB có hút thuốc lá 29,0%; lạm dụng rượu là 25,4%; ăn nhiều mỡ động vật là 17,4%.

3.2. Hoạt động chăm sóc, PHCN cho NB

PHCN nuốt	< 2 lần/ngày	12	22,2	54 (100%)
	≥ 2 lần/ngày	42	77,8	
Tâm lý trị liệu	< 2 lần/ngày	24	17,4	138 (100%)
	≥ 2 lần/ngày	114	82,6	

Nhận xét: có 81,1% được PHCN vận động trên 2 lần /ngày; 87,0% được áp dụng các biện pháp vật lý trị liệu; 85,5% được tập PHCN hô hấp; 82,6% được tâm lý trị liệu; có 79,1% được tập ngôn ngữ trị liệu trên 2 lần /ngày; có 77,8% được PHCN nuốt trên 2 lần/ngày.



Biểu đồ 3.1. Các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe

Nhận xét: tỷ lệ người bệnh được TV về tuân thủ dùng thuốc và tái khám cao nhất với 100%; sau đó là TV phòng các biến chứng đạt 94,2%; TV chế độ dinh dưỡng là 90,6%; TV vệ sinh cá nhân đạt 89,5%; thấp nhất là TV về hoạt động thể lực với tỷ lệ 85,4%.

3.2. Kết quả chăm sóc PHCN

Bảng 3.3. Mức độ liệt theo thang Henry

Mức độ liệt theo Henry	NB đột quỵ não (n = 138)			p
	Sau GĐC	Sau 15 ngày	Sau 30 ngày	
Liệt nhẹ (I)	9 (6,5%)	31 (22,5%)	64 (46,4%)	P1,2: 0,04 P1,3: 0,01 P2,3: 0,03
Liệt vừa (II)	19 (13,8%)	39 (28,3%)	50 (36,2%)	
Liệt nặng (III)	72 (52,2%)	44 (31,9%)	16 (11,6%)	
Liệt rất nặng (IV)	21 (15,2%)	17 (12,3%)	8 (5,8%)	
Liệt hoàn toàn (V)	17 (12,3%)	7 (5,0%)	0 (0%)	
Điểm trung bình thang đo	3,5 ± 0,8	2,6 ± 0,9	1,9 ± 1,1	

Nhận xét: Tình trạng liệt của NB được cải thiện nhiều vào các ngày thứ 15 và 30 sau điều trị, chăm sóc PHCN với p < 0,05.

Bảng 3.4. Mức độ suy giảm chức năng vận động và khuyết tật của NB

Mức suy giảm chức năng và khuyết tật của NB	NB đột quỵ não (n = 138)			p
	Sau GĐC	Sau 15 ngày	Sau 30 ngày	
Bình thường	0 (0%)	8 (5,8%)	24 (17,4%)	P 1,2: 0,049 P1,3: 0,037 P2,3: 0,024
Giảm khả năng không đáng kể	17 (12,3%)	30 (21,7%)	51 (36,9%)	
Giảm khả năng nhẹ	28 (20,3%)	37 (26,8%)	28 (20,3%)	
Giảm khả năng trung bình	55 (39,9%)	31 (22,5%)	19 (13,8%)	
Giảm khả năng nặng	22 (15,9%)	28 (20,3%)	16 (11,6%)	
Giảm khả năng rất nặng	16 (11,6%)	4 (2,9%)	0 (0%)	
Điểm trung bình thang đo	3,8 ± 0,43	2,2 ± 0,32	1,8 ± 0,9	

Nhận xét: Sau 15 ngày và 30 ngày được chăm sóc PHCN mức suy giảm chức năng và khuyết tật của NB giảm đáng kể; Kết quả có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5. Đặc điểm khả năng độc lập trong sinh hoạt của NB

Khả năng độc lập trong sinh hoạt của NB	NB đột quỵ não (n = 138)			p
	Sau GĐC	Sau 15 ngày	Sau 30 ngày	
Trợ giúp hoàn toàn	24 (17,4%)	12 (8,7%)	0 (0%)	P1,2: 0,021 P1,3: 0,013
Trợ giúp trung bình	72 (52,2%)	49 (35,5%)	28 (20,3%)	
Trợ giúp ít	42 (30,4%)	70 (50,7%)	92 (66,7%)	

Độc lập hoàn toàn	0 (0%)	7 (5,1%)	18 (13,0%)	P2,3: 0,042
Điểm trung bình thang đo Barthel	40,2 ± 1,48	57,1 ± 12,62	70,8 ± 14,8	

Nhận xét: sau 15 ngày và 30 ngày được chăm sóc PHCN, khả năng ĐLTSH của NB tăng rõ rệt. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với p đều < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hoạt động chăm sóc, PHCN

Theo dõi những dấu hiệu bất thường của NB. Những dấu hiệu bất thường của NB bao gồm những thay đổi lâm sàng hoặc cận lâm sàng như: thay đổi tri giác, thay đổi dấu hiệu sống. Bên cạnh đó, những bất thường của NB còn bao gồm những tác dụng phụ khi NB dùng thuốc, những biến chứng thường tật thứ cấp có thể gặp phải. Trong NC, có 89,9% NB được theo dõi đánh giá các dấu hiệu bất thường thường xuyên.

Hoạt động chăm sóc bài niệu phòng NKTN. Một trong những thương tật thứ cấp thường gặp nhất đối với NB đột quỵ là NK đường tiết niệu. Kết quả NC chỉ ra có 138/138 NB đột quỵ có rối loạn tiểu tiện. Thêm vào đó, tỷ lệ NB tuổi cao lại khá lớn, nên nguy cơ NK rất cao. Vì vậy trong NC có 100% NB được chăm sóc về bài niệu và có 79,7% được chăm sóc phòng NK ĐTN thường xuyên trên ngày. Để phòng ngừa NK ĐTN cho NB, điều dưỡng luôn tuân thủ tốt quy tắc vô khuẩn khi đặt thông tiểu và hướng dẫn chăm sóc vệ sinh cá nhân cho NB.

Chăm sóc dinh dưỡng. Có 84,8% NB được chăm sóc dinh dưỡng thường xuyên trong ngày. Chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ giúp NB tăng cường thể lực và phòng tránh được một số biến chứng trong quá trình điều trị. Việc lập và thực hiện được chế độ dinh dưỡng cho NB cần có sự phối hợp giữa bác sĩ điều trị, điều dưỡng chăm sóc và các nhà dinh dưỡng lâm sàng. Đặc biệt đối với NB có biểu hiện lâm sàng của rối loạn nuốt thì chế độ dinh dưỡng phù hợp sẽ giúp NB phòng tránh sặc hoặc nghẹn do dị vật đường thở.

PHCN vận động và vật lý trị liệu. Các phương pháp PHCN cho NB được áp dụng đa dạng theo diễn biến lâm sàng của NB và đúng chỉ định của BS. Có 81,1% NB tập PHCN vận động trên 2 lần/ngày. Các bài tập như tập chủ động hay thụ động cơ bắp các khớp, tập có kháng trở, tập đi hay tập di chuyển,..

Vật lý trị liệu cho NB đột quỵ được áp dụng như chiếu đèn, sử dụng tia hồng ngoại, xoa bóp, nhằm giúp tăng cường lưu thông máu và chuyển hóa, giúp kích thích cơ và thần kinh bên liệt, giúp giảm phù nề, giảm viêm, giảm cứng khớp,... Trong NC của chúng tôi có 87% NB được điều dưỡng thực hiện các biện pháp VLTL trên 2 lần/ngày.

PHCN hô hấp cho NB. PHCN hô hấp cho NB là một trong những hoạt động quan trọng nhằm giúp NB duy trì hô hấp tốt, phòng viêm phổi do ứ đọng đờm. Hàng ngày, điều dưỡng thường xuyên tiến hành vỗ rung, dẫn lưu tư thế, hướng dẫn NB tập thở, tập ho hiệu quả cho tất cả NB. Trong NC, có tới 85,5% NB được PHCN hô hấp trên 2 lần/ ngày.

Song song đó, điều dưỡng trợ giúp vệ sinh răng miệng cho NB, đây là một hoạt động chăm sóc vệ sinh cá nhân hàng ngày rất được chú trọng trong chăm sóc NB tại Bệnh viện chúng tôi. Chăm sóc răng miệng đúng cách cũng làm giảm nguy cơ viêm phổi và NB cảm thấy dễ chịu hơn.

Tâm lý trị liệu cho NB. Kết quả NC có 82,6% NB được áp dụng biện pháp trị liệu tâm lý trên 2 lần/ngày. NB đột quỵ thường bị rối loạn cảm xúc như: trầm cảm, thiếu động cơ tập luyện, không cố gắng,... Do vậy, gia đình, NVYT và những người xung quanh cần hỗ trợ, nâng đỡ, động viên, giúp NB tham gia tích cực vào việc tập luyện PHCN. Sự động viên, có mặt khi NB cần được giúp đỡ hay sự hướng dẫn nhiệt tình, nhẹ nhàng khi chăm sóc của NVYT cũng tạo cho NB yên tâm và giảm bớt được những lo lắng.

PHCN nuốt cho NB. Kết quả NC chỉ ra có 54/138 NB đột quỵ có rối loạn nuốt. Nuốt khó gây ra các biến chứng như viêm phổi, ngạt, suy dinh dưỡng, thiếu nước, giảm chất lượng cuộc sống.

Chúng tôi hướng dẫn NB tập các bài tập của lưỡi và họng, kết hợp xoa bóp thụ động môi, má, lưỡi. Các can thiệp hành vi, châm cứu, kích thích điện vùng hầu họng cũng được áp dụng trong PHCN nuốt. Theo kết quả NC, có 77,8% NB được PHCN nuốt trên 2 lần/ngày.

Ngôn ngữ trị liệu cho NB. NC cho thấy có 110/138 NB có khó khăn về ngôn ngữ, trong số đó có 79,1% số NB được hướng dẫn PHCN ngôn ngữ trên 2 lần/ngày. Hoạt động ngôn ngữ trị liệu gồm hướng dẫn NB tập vận động các cơ quanh miệng, sau đó đến các bài tập nói. Chúng tôi luôn khuyến khích NB tích cực giao tiếp bằng các hình thức khác nhau để nắm bắt được những tâm tư của họ. Khi NB diễn đạt được ý nghĩ, những điều cảm nhận của bản thân và điều dưỡng thấu hiểu, khi đó quá trình chăm sóc PHCN sẽ đạt hiệu quả tốt hơn.

Tư vấn GDSK. Tư vấn GDSK là hoạt động quan trọng nhằm nâng cao kiến thức, kỹ năng tự

chăm sóc, tuân thủ điều trị, phòng ngừa các tai biến trong quá trình điều trị và dự phòng bệnh tái phát. Theo NC, số lượng NB được tư vấn GDSK là khá lớn: có 100% NB được TV tuân thủ dùng thuốc và tái khám; 94,2% được TV về phòng các biến chứng; 90,6% được TV chế độ dinh dưỡng phù hợp; 89,5% được hướng dẫn vệ sinh cá nhân; và 85,4 % NB được TV về các hoạt động thể lực, vận động phù hợp khi ra viện.

4.2. Kết quả chăm sóc, PHCN. Thay đổi mức độ liệt của NB được thể hiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ liệt hoàn toàn giảm 10 người vào ngày thứ 15 và giảm còn 0 người ngày thứ 30. Mức liệt rất nặng cũng giảm 3 người vào ngày thứ 15 và giảm 13 người ngày thứ 30. Mức liệt nặng giảm từ 72 người xuống còn 44 người và 16 người vào ngày thứ 15 và 30. Trong khi đó, mức liệt nhẹ và không liệt tăng lên; mức liệt nhẹ tăng 20 người vào ngày 15 và tăng 31 người ngày thứ 30. Mức liệt độ I tăng 23 người ngày thứ 15 và tăng 33 người ngày thứ 30. Kết quả NC phù hợp với NC của Nguyễn Đức Triệu [3].

Mức độ tổn thương và di chứng cơ quan vận động của NB cũng được cải thiện đáng kể trên lâm sàng với $p < 0,05$. Cụ thể:

- Giảm khả năng mức V: tại thời điểm vào viện có 16 người (11,6%), sau 15 ngày giảm còn 4 người (2,9%) và sau 30 ngày không có ai (0%).

- Giảm khả năng mức IV: thời điểm vào viện có 22 người (15,9%), sau 15 ngày điều trị, chăm sóc PHCN có 28 người (20,3%), sau 30 ngày còn 16 người (11,6%).

- Giảm khả năng mức III: sau 15 ngày điều trị mức độ này giảm 23 người và sau 30 ngày chỉ có 19 người (13,8%)

- Giảm khả năng mức II: sau 15 ngày tăng lên 13 người và ngày thứ 30 có 51 người.

- Giảm khả năng mức I: sau 15 ngày tăng lên 8 người và sau 30 ngày tăng lên 24 người.

Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt theo thang Barthel Index, như sau:

- Mức độ độc lập hoàn toàn cũng thể hiện diễn biến tốt trên lâm sàng: ngày vào viện 0 có NB nào có khả năng độc lập, sau 15 ngày tăng lên 7 người (5,1%), sau 30 ngày có 18 người (13%).

- Trợ giúp ít cũng tăng dần theo thời gian: sau 15 ngày PHCN số lượng này tăng lên 70 người (50,7%) và sau 30 ngày có 92 người (66,7%)

- Trợ giúp nhiều: sau 15 ngày giảm 23 người và 30 ngày chỉ còn 28 người (20,3%)

- Trợ giúp hoàn toàn giảm rõ rệt: ban đầu là 24 người, sau 15 ngày giảm xuống còn 12 người và sau 30 ngày không có ai cần trợ giúp hoàn toàn.

Kết quả này là khá khả quan và tương đồng với kết quả của các NC của Nguyễn Đức Triệu hay Huỳnh Hữu Trường; những NC này cũng cho thấy NB có cải thiện nhiều về chức năng độc lập trong sinh hoạt sau khi được PHCN vận động [3],[4].

V. KẾT LUẬN

Chăm sóc, PHCN của điều dưỡng giúp NB bị đột quỵ cải thiện tốt các di chứng và chức năng vận động.

KIẾN NGHỊ. Nâng cao chất lượng chăm sóc NB đột quỵ tại bệnh viện, liên tục cập nhật và cải tiến quy trình chăm sóc PHCN cho phù hợp với từng đối tượng để mang lại chất lượng chăm sóc tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Thị Hương; Dương Thị Phượng; Lê Thị Tài và cộng sự (2016)**, "Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013-2014 và một số yếu tố liên quan.", Tạp chí nghiên cứu y học. 104(4), tr. 1-8.
- Hoàng Khánh, Nguyễn Đình Toàn (2015)**, Tai Biến Mạch Máu Não, Giáo trình Nội Thần Kinh, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr 115-133.
- Nguyễn Đức Triệu (2019)**. Kết quả phục hồi chức năng vận động bằng điện châm kết hợp xoa bóp, bấm huyệt trên người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não sau giai đoạn cấp tại bệnh viện Y học cổ truyền Quân đội. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Thăng Long.
- Huỳnh Hữu Trường (2020)**. Kết quả chăm sóc Phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Tân Châu. Luận văn thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
- Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh (2020)**. Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức ăn. Tạp chí Y Học Việt Nam 1 (507): 240-245.
- Bruce O (2013)**, "Forecasting the Future of Stroke in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association and American Stroke Association", Stroke. 44(1), tr. 2361-2375.
- Yamanashi H, Mai Quang Ngoc, Tran Van Huy et al (2016)**. Population-Based Incidence Rates of First Ever Stroke in Central Vietnam. Plos one, 11(8), 1-13.

HỞ VAN BA LÁ VÀ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẤT PHẢI Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT VAN HAI LÁ CÓ TẠO HÌNH VAN BA LÁ

Trần Hải Yến*, Nguyễn Ngọc Quang*, Dương Đức Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tần suất hở van ba lá (HoBL) và rối loạn chức năng thất phải (CNTP) sau phẫu thuật van hai lá có kèm sửa van ba lá (VBL) và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 109 bệnh nhân phẫu thuật van hai lá kèm sửa VBL tại Viện tim mạch Việt Nam từ 08/2018 đến 05/2021. Siêu âm tim đánh giá mức độ HoBL và CNTP (TAPSE, S', FAC) tại 4 thời điểm: ngay trước phẫu thuật và các thời điểm 1 - 3 tuần, 1 - 3 tháng, 6 -12 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** 109 bệnh nhân, tuổi trung bình 52, tỷ lệ nữ 68%, bệnh van tim do thấp chiếm 94,5%, tỷ lệ rung nhĩ 87%. Trước phẫu thuật, 49,5% HoBL vừa, 55,5% HoBL nặng, 47,7% rối loạn CNTP (FAC < 35%). Tại 3 thời điểm điểm 1 - 3 tuần, 1 - 3 tháng, 6 -12 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ HoBL mức độ vừa trở lên lần lượt là 23,5%, 30% và 32,3%, tỷ lệ rối loạn CNTP lần lượt là 52%, 30%, 23%. TAPSE, S' bị giảm sau phẫu thuật không tương xứng với sự cải thiện FAC. HoBL nặng là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ HoBL vừa trở lên 6 - 12 tháng sau phẫu thuật. HoBL thực tổn và có phối hợp tổn thương van động mạch chủ (ĐMC) làm tăng nguy cơ HoBL vừa trở lên 6 - 12 tháng sau phẫu thuật khi phân tích hồi quy logistic đơn biến. Rối loạn CNTP trước phẫu thuật và áp lực động mạch phổi tâm thu (ALĐMP) > 50 mmHg làm tăng nguy cơ rối loạn CNTP sớm sau phẫu thuật. HoBL vừa sau mổ làm khả năng phục hồi CNTP sau mổ kém đi. **Kết luận:** HoBL mức độ vừa trở lên và rối loạn CNTP sau phẫu thuật van hai lá có sửa van ba lá xảy ra khá phổ biến. HoBL nặng, HoBL thực tổn, có phối hợp tổn thương van ĐMC và rối loạn CNTP trước phẫu thuật ảnh hưởng bất lợi lên tình trạng HoBL và rối loạn CNTP sau phẫu thuật.

Từ khóa: sửa van ba lá, hở van ba lá, rối loạn chức năng thất phải

SUMMARY

TRICUSPID REGURGITATION AND RIGHT VENTRICULAR DYSFUNCTION AFTER MITRAL VALVE SURGERY CONCOMITANT TRICUSPID REPAIR

Objectives: To evaluate the frequency of tricuspid valve regurgitation (TR) and right ventricular dysfunction (RVD) after mitral valve surgery concomitant with tricuspid valve repaired and related factors. **Subjects and methods:** 109 consecutive subjects undergoing mitral valve surgery concomitant with tricuspid valve repaired at Vietnam National Heart

Institute from August 2018 to May 2021. Timing ultrasound assessed the severity of TR and RV function (TAPSE, S', FAC) at 4 time points: before operation and 1-3 weeks, 1-3 months, 6-12 months after surgery. **Results:** 109 patients, mean age 52, female rate 68%, rheumatic valvular heart disease 94.5%, atrial fibrillation rate 87%. Before the operation, moderate TR was 49.5%, severe TR was 55.5%, RVD (FAC <35%) was 47.7%. The rate of moderate or higher postoperative TR at 1-3 weeks, 1-3 months and 6-12 months is 23.5%, 30% and 32.3% respectively (the rate of severe TR were 1%, 2.5%, and 4.6%, respectively). The decrease in TAPSE, S' parameters at all time points of postoperative follow-up compared to pre-operative time reflects a decrease in the longitudinal activity of the right ventricle rather than the global right ventricular (RV) function. The rate of RVD (FAC < 35%) before surgery was 47.7%, after surgery at 1 - 3 weeks, 1 - 3 months and 6 - 12 months, respectively, 52%, 30%, 23%. Pre-operative severe TR was an independent echocardiographic predictor of post-operative moderate or higher TR at the 1-year follow-up. Organic TR, associated with aortic valve disease increases the risk of moderate to severe post-operative TR at the 1-year follow-up. The risk factors for early postoperative RV dysfunction (FAC < 35%) are preoperative RV dysfunction (TAPSE, S', FAC parameters are under normal cut off, in which FAC < 35% is an independent predictor) and preoperative PAP > 50 mmHg. Postoperative progression TR has negative effect on RV function. **Conclusions:** Significant tricuspid regurgitation (TR) and RVD are frequently present in patients undergoing mitral valve surgery concomitant with tricuspid valve repair. Pre-operative severe TR and RVD had adversely affect on TR and RVD after operation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HoBL nặng ở bệnh nhân sau phẫu thuật van tim bên trái liên quan đến tình trạng rối loạn CNTP, làm giảm khả năng gắng sức, suy tim và tử vong.^{1,2} Có rất ít nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ liên quan đến HoBL và rối loạn CNTP sau phẫu thuật van hai lá có sửa van ba lá tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân hẹp và/hoặc hở van hai lá kèm theo HoBL mức độ vừa đến nặng, được phẫu thuật van hai lá đồng thời với sửa VBL tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2018 đến tháng 05/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân hẹp và/hoặc hở van hai lá có kèm theo HoBL mức độ

*Viện Tim mạch Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hải Yến

Email: tranhaiyenvtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

vừa đến nhiều được phẫu thuật van hai lá kèm sửa van ba lá tại viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch mai.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Hở van hai lá cấp tính, (2) Có kèm bệnh tim bẩm sinh, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành, hoặc các bệnh lý nội khoa khác có ảnh hưởng đến chức năng thất phải, (3) Đã có tiền sử phẫu thuật tim trước đó, (4) Phẫu thuật thay van ba lá

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu.

Các bệnh nhân được làm siêu âm tim qua thành ngực tại 4 thời điểm: trước mổ, 1 – 3 tuần, 1 – 3 tháng, 6 -12 tháng sau phẫu thuật để đánh giá mức độ HoBL và CNTP bằng máy siêu âm Phillip Afinity 50. Mức độ HoBL đánh giá dựa trên các thông số bán định lượng (diện tích dòng HoBL, độ rộng cổ dòng hở, bán kính vùng hội tụ PISA), CNTP đánh giá qua các thông số phân suất diện tích thất phải (FAC), biên độ di động vòng van ba lá (TAPSE), vận tốc tối đa tâm thu vòng van ba lá (S') theo hướng dẫn của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ (ASE).^{3,4}

Mức độ hở van tim được chia thành 4 mức với các ký hiệu

- Hở rất nhẹ hoặc không hở: 0
- Hở nhẹ : 1+
- Hở vừa: 2+
- Hở nặng: 3+

Bảng 1. Đánh giá mức độ HoBL⁴

Mức độ HoBL	HoBL nhẹ	HoBL vừa	HoBL nặng
Diện tích dòng màu HoBL (cm ²)	< 5	5-10	>10
Vena contracta (cm)	<0.3	<0.6	≥0.7
Bán kính PISA (cm)	≤0.5	0.6-0.9	>0.9

Các thông tin về lâm sàng và phẫu thuật (EUROscore II, loại van hai lá nhân tạo, kỹ thuật sửa VBL có hay không có vòng van nhân tạo, cỡ vòng van nhân tạo được sử dụng, có phẫu thuật van ĐMC kèm theo hay không...) được ghi nhận. Ngưỡng bất thường của các thông số siêu âm đánh giá kích thước và CNTP, kích thước vòng van ba lá theo hướng dẫn của ASE 2015³

HoBL được coi là đáng kể khi HoBL mức độ vừa trở lên (≥ 2+). HoBL được gọi là tồn dư nếu HoBL ≥ 2+ ở thời điểm 1 – 3 tuần sau phẫu thuật, được gọi là HoBL trung hạn nếu HoBL ≥ 2+ ở thời điểm 6 – 12 tháng. Bệnh nhân được coi là có rối loạn CNTP nếu FAC < 35%. Gọi là rối loạn CNTP hậu phẫu hoặc sớm nếu rối loạn CNTP sau mổ 1 – 3 tuần. Gọi là rối loạn CNTP trung hạn nếu có tình trạng rối loạn CNTP thời điểm 6 – 12 tháng sau phẫu thuật.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm

STATA 16. Sử dụng mô hình hồi quy logistic để đánh giá các yếu tố nguy cơ của HoBL mức độ vừa trở lên và rối loạn CNTP (FAC < 35%) sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 5 năm 2021 chúng tôi thu thập 109 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Thông số	n = 109 TB ± ĐLC hoặc n(%)
Tuổi (năm)	52 ± 10
Nữ	74 (68 %)
NYHA 3	57 (52,3%)
Rung nhĩ	95 (87%)
Bệnh van tim do thấp	103 (94,5%)
HoBL thực tổn	19 (17.4%)
Giãn vòng van ba lá	80 (73,4%)
ALDMP (mmHg)	49,8± 18,4

Nhận xét: các đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 52 (trẻ nhất 30 tuổi, lớn nhất 74 tuổi), nữ nhiều hơn nam, 87% (95/109) bệnh nhân trong quần thể nghiên cứu bị rung nhĩ, trong đó nhóm HoBL 3+ có tỷ lệ rung nhĩ cao hơn so với nhóm HoBL 2+ (92.7% so với 81.4%, p = 0.047).

Bảng 3. Các thông tin liên quan đến phẫu thuật

Thông số	n = 109 TB ± ĐLC hoặc n (%)
EuroSCORE II	2,4 ± 1,6
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	90,0 ± 25,7
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	58,9 ± 22,3
Phẫu thuật VHL	
Thay van hai lá cơ học	48 (44%)
Thay van hai lá sinh học	61 (56%)
Phẫu thuật van ĐMC	
Không phẫu thuật van ĐMC	74 (67,9%)
Thay van ĐMC cơ học	18 (16,5%)
Thay van ĐMC sinh học	15 (13,8%)
Sửa van ĐMC	2 (1,8%)
Kỹ thuật sửa van ba lá	
Đặt vòng van nhân tạo	36 (33%)
Cỡ vòng van trung bình	29,7 ± 1,5
Tử vong	4 (3,6%)

Nhận xét: về kỹ thuật sửa VBL, tỷ lệ có sử dụng vòng van nhân tạo chiếm 33%. Loại vòng van nhân tạo được sử dụng là Sorin hoặc Sovering, với cỡ vòng van trung bình là 29,7 ± 1,5mm.

Bảng 4. Sự thay đổi mức độ hẹp, hở các van tim sau phẫu thuật

Thông số	Trước PT n = 109	Hậu phẫu n = 102	1-3 tháng n = 80	6-12 tháng n = 65
Diện tích VHL, cm ²	1,2 ± 0,6	2,6 ± 0,6*	2,7 ± 0,69	2,5 ± 0,6*
Mức độ hở van hai lá				
HoHL 2+	26 (23,9%)	4 (3,9%)	3 (3,8%)	1 (1,5%)
HoHL 3+	47 (43,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mức độ hở van ĐMC				
HoC 2+	21 (19,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
HoC 3+	7 (6,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gmax van ĐMC	16,0 ± 18,0	15,8 ± 10,1	14,4 ± 10,5	15,4 ± 10,4
Mức độ hở van ba lá				
HoBL 0	0 (0%)	14 (13,7%)	7 (8,8%)	5 (7,7%)
HoBL 1+	0 (0%)	64 (62,7%)	49 (61,3%)	39 (60%)
HoBL 2+	54 (49,5%)	23 (22,5%)	22 (27,5%)	18 (27,7%)
HoBL 3+	55 (50,5%)	1 (1%)	2 (2,5%)	3 (4,6%)

*: p < 0,05 so với lần khám trước đó
Các giá trị được biểu diễn dưới dạng TB ± ĐLC hoặc n (%)

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật các van tim trái tốt, sau phẫu thuật tỷ lệ HoHL 2+ rất thấp, không còn bệnh nhân nào hở van ĐMC, trong khi tỷ lệ HoBL ≥ 2+ khá cao và có xu hướng tăng dần.

Bảng 5. Thay đổi các thông số siêu âm đánh giá chức năng tâm thu thất phải sau phẫu thuật

Thông số	Trước PT n = 109	Hậu phẫu n = 102	1-3 tháng n = 80	6-12 tháng n = 65
TAPSE (mm)	17,1 ± 3,8	9,7 ± 2,4*	13,0 ± 3,1*	15,2 ± 2,7*#
TAPSE < 17mm	49 (45%)	97 (99%)	68 (85%)	46 (70,8%)
FAC (%)	35,6 ± 6,8	34,5 ± 6,2	38,0 ± 7,3*	38,3 ± 5,7#
FAC < 35%	52 (47,7%)	51 (52%)	24 (30%)	15 (23%)
S'(cm/s)	10,4 ± 2,1	7,0 ± 1,6*	8,3 ± 1,7*	9,0 ± 1,5*
S' < 9,5 cm/s	36 (34%)	87 (90,6%)	54 (65,7%)	40 (62,5%)#

*: p < 0,01 so với lần khám trước đó, #: p < 0,01 so với trước phẫu thuật
Các giá trị được biểu diễn dưới dạng TB ± ĐLC hoặc n (%)

Nhận xét: Giá trị trung bình của TAPSE, S', FAC ở giai đoạn hậu phẫu đều giảm so với trước phẫu thuật trong đó TAPSE và S' giảm nhiều (p < 0,01), riêng FAC giảm nhẹ không có ý nghĩa thống kê. Các thông số này có xu hướng phục hồi tốt dần lên qua thời gian theo dõi. Tuy vậy ở lần đánh giá cuối cùng là tại thời điểm 6 – 12 tháng sau phẫu thuật thì chỉ có FAC cải thiện tăng lên tốt hơn so với trước phẫu thuật (p < 0,01) trong khi các thông số TAPSE và S' tăng lên so với thời điểm hậu phẫu nhưng vẫn thấp hơn trước phẫu thuật.

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic đánh giá yếu tố liên quan HoBL ≥ 2+ trung hạn

Yếu tố nguy cơ	Đơn biến			Đa biến		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Tuổi	1,00	0,94 – 1,07	0,945			
Giới nữ	2,25	0,44 – 11,52	0,330			
EF Simpson < 45%	0,67	0,12 – 3,62	0,639			
Giãn NT trực đọc > 50 mm	1,82	0,48 – 6,9	0,375			
Rung nhĩ	5,14	0,60 – 43,61	0,133			
Giãn NP > 18cm	2,47	0,75 – 8,10	0,135			
Diện tích VHL (cm ²)	1,24	0,49 – 3,13	0,656			
ĐK đáy TP (mm)	1,03	0,94 – 1,12	0,524			
ĐK giữa TP (mm)	1,10	0,99 – 1,23	0,076			
Chiều dài TP (mm)	1,01	0,96 – 1,07	0,617			
HoBL 3+ trước PT	12,86	3,24 – 50,96	<0,001	6,93	1,44-33,38	0,016
ĐK vòng van ba lá (mm)	1,07	0,96 – 1,20	0,236			
TAPSE <17 (mm)	1,20	0,42 – 3,40	0,737			
FAC <35 (%)	0,62	0,21 – 1,78	0,370			
S'VBL <9,5 (cm/s)	0,48	0,16 – 1,47	0,198			

ALĐMP >50 (mmHg)	0,94	0,31 – 2,85	0,916			
HoBL thực tổn	5,85	1,64 – 20,84	0,006	2,22	0,39-12,53	0,366
Phối hợp van ĐMC	3,54	1,15 – 10,91	0,028	2,13	0,47-9,70	0,327

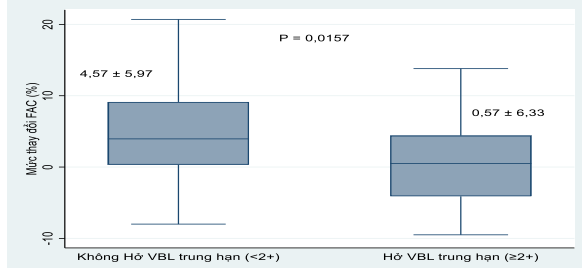
ĐMC: động mạch chủ, ĐK: đường kính, EF: phân suất tổng máu thất trái, NP: nhĩ phải, NT: nhĩ trái, PT: phẫu thuật, TP: thất phải, TT: thất trái, VHL: van hai lá

Nhận xét: trên phân tích đa biến chỉ thấy **HoBL 3+ trước phẫu thuật là yếu tố độc lập** làm tăng nguy cơ HoBL trung hạn lên 6,9 lần (OR 6,9; KTC95% 1,44 -33,38, p = 0,016).

Bảng 7. Phân tích hồi quy đa biến logistic đánh giá các yếu tố trước phẫu thuật liên quan đến tình trạng FAC < 35% hậu phẫu

Yếu tố nguy cơ	Đơn biến			Đa biến		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Tuổi	0,98	0,94 – 1,02	0,423			
Giới nữ	0,76	0,32 – 1,82	0,543			
EF < 45%	2,73	0,68 – 10,98	0,158			
Giãn NT > 50mm	2,81	0,90 – 8,76	0,075			
Rung nhĩ	2,49	0,78 – 7,91	0,123			
HoBL 3+	1,92	0,86 – 4,29	0,112			
FAC < 35%	6,91	2,85 – 16,78	<0,001	5,49	1,92-15,69	0,001
TAPSE < 17mm	2,55	1,13 – 5,79	0,025	0,88	0,29-2,72	0,828
S' < 9.5cm/s	3,29	1,35 – 8,00	0,009	1,82	0,61-5,45	0,285
ĐK đáy TP ≥ 41mm	1,40	0,63 – 3,12	0,404			
ĐK vòng VBL ≥ 21mm/m2	1,47	0,59 – 3,67	0,414			
Giãn NP > 18cm	2,18	0,91 – 5,21	0,080			
ALĐMP > 50mmHg	2,44	1,05 – 5,68	0,038	2,20	0,86-5,63	0,099
HoBL thực tổn	1,04	0,37 – 2,98	0,935			

Nhận xét: Các thông số FAC, TAPSE, S' trước phẫu thuật dưới ngưỡng bình thường và ALĐMP tâm thu trước phẫu thuật cao > 50mmHg làm tăng nguy cơ có FAC < 35% ngay thời điểm hậu phẫu, tuy nhiên khi phân tích đa biến thì chỉ thấy FAC < 35% trước phẫu thuật là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ có FAC < 35% ngay sau phẫu thuật lên 5,49 lần với p = 0.001, KTC 95%.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa HoBL trung hạn với sự cải thiện FAC sau mổ

Nhận xét: Sử dụng kiểm định t test thấy những bệnh nhân HoBL ≥ 2+ trung hạn thì FAC trung hạn chỉ tăng trung bình 0.57% thậm chí giảm đi so với thời điểm hậu phẫu, trong khi đó những bệnh nhân có kết quả sửa van ba lá tốt thì FAC tăng lên trung bình 4.6% (p = 0.015).

IV. BÀN LUẬN

Thay đổi mức độ hở van ba lá sau phẫu thuật. Khoảng 30% bệnh nhân trong nghiên

cứu của chúng tôi bị HoBL mức độ vừa trở lên trong vòng 1 năm sau phẫu thuật sửa van. Mức độ HoBL có xu hướng nặng lên qua thời gian theo dõi. Tỷ lệ HoBL ≥ 2+ ở các thời điểm 1 - 3 tuần, 1- 3 tháng và 6 - 12 tháng lần lượt là 23,5%, 30% và 32,3% (trong đó tỷ lệ HoBL 3+ là 2.5% và 4.6%) (Bảng 4). Đây là tỷ lệ cao đáng chú ý và trái ngược với kết quả phẫu thuật tốt và ổn định của các van tim bên trái với tỷ lệ hở van hai lá hay hở van ĐMC mức độ vừa trở lên rất thấp sau phẫu thuật. Kết quả này cho thấy điều trị HoBL là một thách thức, thậm chí còn khó khăn hơn so với việc điều trị các van tim bên trái. Một số yếu tố khiến tỷ lệ HoBL vừa trở lên sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ HoBL trước mổ nặng, nguyên nhân thấp tim chiếm đa số, tỷ lệ cao bị rung nhĩ...

Thay đổi các thông số siêu âm đánh giá CNTP sau phẫu thuật. TAPSE, S', FAC giảm ngay sau phẫu thuật nhưng sau đó cải thiện dần, trong đó FAC giảm nhẹ không có ý nghĩa thống kê nhưng TAPSE, S' giảm nhiều và rõ rệt ở thời điểm hậu phẫu (p < 0.01) (Bảng 5). Theo dõi dọc nhận thấy tất cả các thông số đánh giá CNTP này đều có xu hướng tốt dần lên ở các thời điểm 1 - 3 tháng cho đến 6 - 12 tháng. Một vài lý do

có thể lý giải cho hiện tượng CNTP ngay sau mổ giảm đi so với trước phẫu thuật⁵: 1) nguy cơ giảm chức năng tim liên quan đến bảo vệ cơ tim không tốt, tăng sức căng thành thất phải hoặc quá tải áp lực cấp tính, giảm tưới máu mạch vành phải; 2) sự thay đổi về hình học của thất phải sau phẫu thuật với sự giảm hoạt động cơ bóp theo chiều dọc; 3) có sự rối loạn chức năng VLT sau mổ. Do đó, bệnh nhân có CNTP giảm trước phẫu thuật là đặc điểm đáng lưu ý bởi vì việc giảm hơn nữa CNTP ngay sau phẫu thuật có thể dẫn tới hội chứng cung lượng tim thấp và tử vong sớm do suy tim. Có lẽ chính vì lý do này mà việc phẫu thuật van hai lá và van ba lá nên thực hiện trước khi có suy CNTP

Các thông số TAPSE, S' giảm sau phẫu thuật có thể phản ánh sự giảm trong hoạt động theo chiều dọc của thất phải mà không đại diện cho CNTP toàn bộ. TAPSE và S' tại thời điểm 6 – 12 tháng thấp hơn so với trước phẫu thuật (Bảng 4) khác với diễn biến thay đổi giá trị FAC ở thời điểm 1- 3 tháng và 6 – 12 tháng tốt hơn so với trước phẫu thuật. Một số nghiên cứu cũng ghi nhận sự sụt giảm của TAPSE và S' sau phẫu thuật liên quan đến sự giảm hoạt động theo chiều dọc mà không phản ánh CNTP toàn bộ.^{6,7} Có lẽ FAC sẽ là thông số đại diện cho CNTP toàn bộ sau phẫu thuật tốt hơn so với các thông số TAPSE và S'.

Các yếu tố liên quan đến HoBL $\geq 2+$ và rối loạn CNTP sau phẫu thuật. HoBL 3+ trước phẫu thuật là yếu tố nguy cơ độc lập đối với HoBL $\geq 2+$ trung hạn. Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến thấy HoBL 3+ trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ bị HoBL $\geq 2+$ ở thời điểm 6 – 12 tháng tăng lên 6.9 lần so với những bệnh nhân có mức HoBL 2+ trước phẫu thuật (Bảng 6). HoBL nặng trước phẫu thuật là dấu hiệu của bệnh lý van hai lá ở giai đoạn muộn, nhiều nghiên cứu cho thấy HoBL nặng trước phẫu thuật là yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng HoBL tái phát muộn sau phẫu thuật van tim trái có hay không kèm sửa van ba lá.⁸ Các nghiên cứu theo dõi dài hạn cho thấy HoBL vừa trở lên sau phẫu thuật dự báo tiên lượng xấu liên quan đến suy tim và tử vong.⁸ Điều này càng củng cố cho quan điểm nên có cách tiếp cận tích cực đối với HoBL xảy ra ở bệnh lý van tim bên trái: nếu phẫu thuật ngay từ giai đoạn HoBL vừa sẽ cho kết quả tốt hơn (trong việc ngăn ngừa HoBL tái phát muộn) so với khi HoBL nặng.

Vấn đề HoBL thực tổn, nguyên nhân thấp tim và kỹ thuật sửa van ba lá có thể ảnh hưởng đến kết quả sửa VBL. Trong nghiên cứu của chúng

tôi 94.5% mắc bệnh van tim hậu thấp, tỷ lệ HoBL thực tổn là 17.4% (19/109), HoBL thực tổn làm tăng nguy cơ HoBL trung hạn lên 5.8 lần (Bảng 6). HoBL thực tổn là một vấn đề quan trọng đáng lưu ý ở bệnh nhân bị bệnh van tim do thấp. Có lẽ bệnh van tim do thấp chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của 1 số tác giả Việt Nam cũng là một nguyên nhân khiến tỷ lệ HoBL mức độ vừa trở lên sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao so với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Vòng van ba lá sau phẫu thuật không còn giãn nữa nhưng tỷ lệ HoBL sau phẫu thuật vẫn cao. Đây là điều đáng lưu ý với các phẫu thuật viên trong việc lựa chọn kỹ thuật sửa van ba lá, nhất là trên đối tượng bệnh van tim do thấp hay kèm theo tổn thương thực thể lá van. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 42.9% bệnh nhân HoBL $\geq 2+$ sau 6 tháng phẫu thuật có HoBL thực tổn trong khi tỷ lệ này ở nhóm HoBL $< 2+$ là 11.4% ($p = 0.004$). Một câu hỏi đặt ra là, với HoBL thực tổn, việc chỉ thực hiện các kỹ thuật trên vòng van liệu có đủ để đảm bảo kết quả bền vững trong việc dự phòng HoBL tái phát muộn? Có thể cần thêm các kỹ thuật bổ xung khác ngoài việc chỉ xử lý trên vòng van để ngăn ngừa HoBL tái phát sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu cho thấy kỹ thuật sửa van ba lá đóng vai trò quan trọng đối với việc HoBL tái phát, tuy nhiên do thời gian theo dõi ngắn nên nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy được sự khác biệt về tỷ lệ HoBL tiến triển sau phẫu thuật liên quan đến việc có hay không sử dụng vòng van nhân tạo.

Các yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng thất phải (FAC < 35%). Rối loạn CNTP trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ suy CNTP hậu phẫu. Các thông số đánh giá CNTP trước phẫu thuật FAC, TAPSE, S' dưới ngưỡng bình thường làm tăng nguy cơ suy CNTP sau phẫu thuật trên phân tích hồi quy logistic. Tuy nhiên khi phân tích đa biến chỉ thấy FAC < 35% trước phẫu thuật là yếu tố nguy cơ độc lập của FAC < 35% thời điểm hậu phẫu: FAC < 35% trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ suy CNTP sau phẫu thuật lên 5.5 lần ($p = 0.001$) (Bảng 7). Như vậy có thể thấy rằng suy CNTP trước phẫu thuật là yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng khả năng bị suy CNTP sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 bệnh nhân tử vong sớm trong vòng 60 ngày sau phẫu thuật đều có FAC sau phẫu thuật < 35%, trong đó 1 bệnh nhân có FAC < 35% trước phẫu thuật, mặc dù kết quả phẫu thuật van ba lá tốt.

HoBL vừa trở lên sau phẫu thuật ảnh hưởng

không tốt đến sự phục hồi CNTP trung hạn. Theo dõi dọc cho thấy CNTP có xu hướng tốt dần lên trong vòng 1 năm sau phẫu thuật với các thông số đánh giá CNTP tăng dần lên, tuy nhiên những bệnh nhân bị HoBL $\geq 2+$ mức độ tăng FAC trung hạn kém hơn so với bệnh nhân có kết quả sửa van ba lá tốt (Biểu đồ 1) Như vậy HoBL $\geq 2+$ sau phẫu thuật có ảnh hưởng không tốt đến CNTP.

Tăng ALĐMP do bệnh van tim bên trái là cơ chế quan trọng gây tái cấu trúc các buồng tim phải, gây HoBL và rối loạn CNTP.⁵ Kết quả nghiên cứu cho thấy ALĐMP tâm thu > 50 mmHg trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ rối loạn CNTP sớm sau phẫu thuật lên 2,4 lần ($p = 0,038$) (Bảng 7).

V. KẾT LUẬN

HoBL mức độ vừa trở lên sau phẫu thuật van hai lá kèm sửa VBL là tình trạng thường gặp và có xu hướng tăng lên theo thời gian (khoảng 30% trong vòng 1 năm sau phẫu thuật). HoBL nặng trước phẫu thuật, HoBL thực tổn, phối hợp tổn thương van ĐMC làm tăng nguy cơ HoBL mức độ vừa trở lên sau phẫu thuật. Các thông số TAPSE, S' giảm sau mổ phản ánh sự giảm hoạt động theo chiều dọc của thất phải hơn là CNTP toàn bộ. Yếu tố nguy cơ của tình trạng suy CNTP sớm sau phẫu thuật (FAC $< 35\%$) là suy CNTP trước phẫu thuật (các thông số TAPSE, S', FAC dưới ngưỡng bình thường). HoBL nặng lên sau phẫu thuật ảnh hưởng không tốt đến CNTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Izumi C, Iga K, Konishi T.** Progression of isolated tricuspid regurgitation late after mitral valve surgery for rheumatic mitral valve disease. *J Heart Valve Dis.* 2002;11(3):353-356.

2. **Groves PH, Hall RJ.** Late tricuspid regurgitation following mitral valve surgery. *J Heart Valve Dis.* 1992;1(1):80-86.

3. **Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al.** Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *J Am Soc Echocardiogr.* 2015;28(1):1-39.e14. doi:10.1016/j.echo.2014.10.003

4. **Zoghbi WA, Adams D, Bonow RO, et al. Recommendations for Noninvasive Evaluation of Native Valvular Regurgitation: A Report from the American Society of Echocardiography Developed in Collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance.** *J Am Soc Echocardiogr.* 2017;30(4):303-371. doi:10.1016/j.echo.2017.01.007

5. **Del Rio JM, Grecu L, Nicoara A.** Right Ventricular Function in Left Heart Disease. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2019;23(1):88-107. doi:10.1177/1089253218799345

6. **Maffessanti F, Gripari P, Tamborini G, et al.** Evaluation of right ventricular systolic function after mitral valve repair: a two-dimensional Doppler, speckle-tracking, and three-dimensional echocardiographic study. *J Am Soc Echocardiogr.* 2012;25(7):701-708. doi:10.1016/j.echo.2012.03.017

7. **Zanobini M, Saccoci M, Tamborini G, et al.** Postoperative Echocardiographic Reduction of Right Ventricular Function: Is Pericardial Opening Modality the Main Culprit? *Biomed Res Int.* 2017;2017:4808757. doi:10.1155/2017/4808757

8. **Kuwaki K, Morishita K, Tsukamoto M, Abe T.** Tricuspid valve surgery for functional tricuspid valve regurgitation associated with left-sided valvular disease. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;20(3):577-582. doi:10.1016/s1010-7940(01)00786-2

MỘT SỐ CHỈ SỐ SỌ MẶT TRÊN PHIM ĐO SỌ NGHIÊNG CỦA BỆNH NHÂN KHỚP CẢN SÂU

Phạm Thu Trang¹, Trịnh Đình Hải², Tạ Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số chỉ số trên phim đo sọ nghiêng của bệnh nhân có khớp cắn sâu. **Đối tượng**

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

²Đại học Y dược- Đại học quốc gia Hà Nội

³Viện nghiên cứu Y dược học lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân có khớp cắn sâu đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo các chỉ số trên phim sọ nghiêng. **Kết quả:** Góc SNB (79.17^o) giảm và góc ANB (81.08^o) tăng so với giá trị bình thường, Chiều cao tăng mặt dưới giảm 68.45mm, Chỉ số về răng: Độ cắn tràm 4.22mm, Độ cắn chìa 6.31mm tăng hơn so với bình thường, Chiều cao tăng mặt dưới 68.45mm, Góc mũi môi 90.78 độ giảm hơn so với bình thường. **Kết luận:** Xương hàm dưới lùi sau, độ cắn chìa tăng, chiều cao tăng mặt dưới và góc mũi môi giảm.

SUMMARY**CEPHALOMETRIC CHARACTERISTICS OF DEEPBITE PATIENTS**

Objective: To evaluate the cephalometric dento-skeletal characteristics of deepbite patients. Materials and method: 60 deepbite patients was examined and treated in National Hospital of Odontostomatology, analysis index in the cephalometric. **Results:** SNB angle (79.17°) was reduced, ANB angle was (81.08°) slightly higher

Keyword: Cephalometric, deepbite

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắn sâu là sự trùm quá mức theo chiều dọc của răng cửa hàm dưới bởi các răng cửa giữa hàm trên ở tư thế cắn khít trung tâm. Thông thường, rìa cắn của răng dưới phải tiếp xúc nhẹ nhàng ở vị trí gót răng hoặc trên gót răng của răng cửa giữa hàm trên, với độ cắn phủ khoảng 1mm đến 3mm. Do sự khác biệt về độ dài thân răng cửa giữa, độ cắn phủ bình thường là khoảng 5-25% hoặc một phần ba chiều cao lâm sàng của thân răng cửa hàm dưới [1].

Theo Profit 2013, cắn sâu chiếm 95.2% các vấn đề sai khớp cắn theo chiều dọc, chiếm gần 20% ở trẻ em 13% ở người lớn [2]. Cắn sâu cũng là dạng sai khớp cắn khó điều trị nhất. Tỷ lệ cắn sâu ở răng vĩnh viễn của người châu Á là 27%, châu Âu 14%, châu Phi 31%. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Sơn và cộng sự 2014 tỷ lệ khớp cắn sâu là 26.3% [3]

Nguyên nhân khớp cắn sâu có thể là biểu hiện của nhiều vấn đề như sự sai khác về xương và về răng. Từ quan điểm phát triển, cắn sâu là do:

Do gen: Các yếu tố kế thừa như hình thái răng, mô hình xương và sai khớp cắn, hình thái tăng trưởng lồi cầu.

Do yếu tố môi trường: Các yếu tố do thay đổi từ bên ngoài như thói quen cơ, thay đổi vị trí răng, mất răng phía sau, Thói quen đẩy lưỡi bên. Hoặc kết hợp cả 2 yếu tố trên

Phát hiện và điều trị bệnh lí khớp cắn sâu là vấn đề cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Xuất phát từ những lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: Đặc điểm XQ của bệnh nhân khớp cắn sâu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa nắn chỉnh răng bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn mẫu thuận tiện 60 người tham gia nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân là người Việt Nam

- Độ cắn trùm >1/3 chiều dài răng cửa dưới
- Góc ANB < 8°
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
- Bệnh nhân có hội chứng teo nửa mặt.
- Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh về hàm mặt, dị dạng hàm mặt.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Biến số và các chỉ số trong nghiên cứu
- Sử dụng phần mềm phân tích phim online Webceph

Các chỉ số về xương

SNA: Góc đánh giá vị trí xương hàm trên theo chiều trước sau so với nền sọ (độ).

SNB: Góc đánh giá vị trí xương hàm dưới theo chiều trước sau so với nền sọ (độ).

ANB: Góc đánh giá sự chênh lệch xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau (độ).

SN to maxillary plane: Góc giữa mặt phẳng hàm trên và nền sọ. Góc này đánh giá độ nghiêng của mặt phẳng hàm trên so với nền sọ (độ).

Gonial angle: Góc giữa mặt phẳng hàm dưới và cạnh lên xương hàm dưới (độ).

Mandibular plane angle: Góc mặt phẳng hàm dưới và mặt phẳng Frankfort (độ).

RFH: Góc giữa cạnh lên xương hàm dưới và mặt phẳng Frankfort (độ).

Anterior facial height: Chiều cao tăng mặt trước Na đến Me (mm)

Lower anterior facial height: Chiều cao tăng mặt dưới từ gai mũi trước ANS đến Me điểm thấp nhất của cằm (mm)

Lower AFH ratio: Tỷ lệ chiều cao tăng mặt dưới phía trước và chiều cao tăng mặt trước (mm)

UFH: Chiều cao tăng mặt trên trước (mm)

Răng

U1 to SN: Góc trục răng cửa trên với mặt phẳng nền sọ

IMPA: Góc trục răng cửa dưới với mặt phẳng hàm dưới GoMe.

Overbite: Độ cắn trùm (mm)

Over jet: Độ cắn phủ (mm)

U6-PP: Khoảng cách từ múi ngoài gần răng 6 trên đến mặt phẳng khẩu cái (mm)

U1-PP: Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa trên đến mặt phẳng khẩu cái (mm)

L6-MP: Khoảng cách từ múi ngoài gần răng 6 dưới đến mặt phẳng hàm dưới (mm)

L1-MP: Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa dưới đến mặt phẳng hàm dưới (mm)

Phần mềm

Lower lip to E-plane: Khoảng cách từ điểm nhô nhất môi dưới LL đến mặt phẳng thẩm mỹ E

Upper lip to E-plane: Khoảng cách từ điểm nhô nhất môi trên UL đến mặt phẳng thẩm mỹ E.

Nasolabial angle: Góc mũi môi

Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu, phiếu khám lâm sàng

2.4. Xử lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần

mềm SPSS 20.0 để nhập và xử lý số liệu

Tính giá trị trung bình, kiểm định T – Test, So sánh 2 giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu đề tài

- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Các thông tin người tham gia nghiên cứu kín chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đề cương Viện y dược học lâm sàng 108

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm lâm sàng****3.1.1. Phân bố tuổi trung bình bắt đầu điều trị:****Bảng 3.1: Tuổi trung bình bắt đầu điều trị**

Nhóm	N	GTBT	GTNN	GTLN
Tổng	60	21.15±9.80	11.00	51.00

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất bắt đầu điều trị là 11 tuổi, tuổi lớn nhất là 51 tuổi, tuổi trung bình bắt đầu điều trị là 21.15 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm X quang**Bảng 2: Các chỉ số trên phim sọ nghiêng**

Biến	N	GTTB	GTLN	GTNN	GTBT
Chỉ số về xương					
SNA	60	80.86±3.69	91.51	74.20	81.08±3.7
SNB	60	77.29±3.49	86.64	68.75	79.17±3.8
ANB	60	3.57±2.45	7.78	-1.91	2.46±1.8
SN to maxillary plane	60	9.64±2.92	15.97	9.64	8.0±3.0
Gonial angle	60	115.42±5.63	104.31	129.01	124.31±5.4
Mandibular plane angle	60	22.90±5.02	34.67	12.87	21.9±5
RFH	60	95.94±4.05	104.92	85.52	82.6±5.1
Anterior facial height	60	124.31±10.11	154.92	100.58	128.68±6.3
Lower anterior facial height	60	68.45±6.97	86.68	54.54	69.7±4.1
Lower AFH ratio	60	53.28±1.78	49.68	57.48	55±2
UFH	60	58.17±4.31	69.77	48.97	
Chỉ số về răng					
U1 to SN	60	107.36±10.74	131.98	78.37	105.28±6.6
IMPA	60	96.82±8.38	117.8	78.19	91.62±3.2
Overbite	60	4.23±1.1	7.91	2.49	2±2
Overjet	60	6.31±1.80	11.24	3.46	2±2
U6-PP	60	21.8±2.16	26.24	14.80	
U1-PP	60	30.26±3.73	38.96	23.39	
L6-MP	60	30.84 ±3.91	40.55	22.07	
L1_MP	60	42.81 ±4.67	54.24	32.69	
Chỉ số về phần mềm					
Lower lip to E-plane	60	1.63±2.91	11.27	-4.79	0±2
Upper lip to E-plane	60	0.91±2.55	7.24	-5.01	-1±2
Nasolabial angle	60	90.78±15.60	117.82	47.96	95±5

Nhận xét: -Chỉ số về xương: Góc SNB (79.17độ) giảm và góc ANB (81.08 độ) tăng so với giá trị bình thường

+ Chiều cao tầng mặt dưới giảm

- Chỉ số về răng: Độ cắn trùn 4.22mm, Độ cắn chìa 6.31mm tăng hơn so với bình thường

Khoảng cách từ nướu ngoài gần răng 6 trên

đến mặt phẳng khẩu cái trung bình là 21.8 mm. Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa giữa trên đến mặt phẳng khẩu cái là 30.26 mm. Khoảng cách từ nướu ngoài gần răng 6 dưới đến mặt phẳng hàm dưới trung bình là 30.84 mm. Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa dưới đến mặt phẳng hàm dưới trung bình là 42.81mm.

- Chỉ số về phần mềm: Góc mũi môi trung bình là 90.78 độ, nhỏ hơn so với giá trị bình thường

IV. BÀN LUẬN

Tuổi bệnh nhân bắt đầu điều trị trung bình 21.15 tuổi, lớn nhất 51 tuổi và nhỏ nhất 11 tuổi. Như vậy có thể thấy đối tượng nắn chỉnh răng ngày nay không chỉ giới hạn ở tuổi trẻ mà ngày càng có nhiều người lớn tìm kiếm điều trị. Đây cũng xuất phát từ nhu cầu làm đẹp chính đáng của bệnh nhân.

Đặc điểm X quang

Đặc điểm về xương. Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có các chỉ số xương hàm trên ở mức bình thường. Góc SNA ở giá trị bình thường, các chỉ số đánh giá vị trí và tương quan giữa xương hàm trên với nền sọ, kích thước xương hàm trên đều thể hiện xương hàm trên không có bất thường. góc SNB nhỏ hơn giá trị bình thường. Do đó góc ANB lớn hơn giá trị bình thường (3.57 độ). Chính sự bất cân xứng về xương lớn này dẫn đến đặc điểm là độ cắn chìa lớn ở vùng răng trước và tương quan loại II ở vùng răng hàm hai bên như đã nói ở trên.

Như vậy, giảm bớt sự bất cân xứng về xương hàm theo chiều trước sau là một trong những mục tiêu quan trọng trong việc điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II.

Theo chiều đứng, Chiều cao tầng mặt dưới trước là 68.45mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giữa chiều cao dưới mặt trước (LAFH) trên tổng chiều cao tầng mặt trước (TAFH) là 53.28%, thấp hơn so với giới hạn bình thường là 55%. Điều này cũng cho thấy ở các trường hợp cắn sâu thì chiều cao tầng mặt dưới giảm.

RFH của chúng tôi tăng hơn so với chỉ số bình thường 95.94 độ, và tăng hơn so với nghiên cứu của Barman 2021 trên những bệnh nhân cắn sâu [4].

Chiều cao mặt trước trên (UFH) trung bình 58.17 mm, tăng lên đáng kể ở nhóm cắn sâu. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu được thực hiện bởi Nanda [5], nói rằng các trường hợp cắn sâu trong nghiên cứu của họ có sự gia tăng chiều cao trước trên của khuôn mặt. Có thể UAFH tăng bù lại LAFH giảm, dẫn đến chiều cao TFH không thay đổi.

Các góc gonial giảm (115.42+-5.63) hơn so với bình thường cho thấy sự phát triển lên và về phía trước của xương hàm dưới. Hình thái phát triển theo chiều ngang là yếu tố chính trong việc hình thành khớp cắn sâu. Việc quay ngược chiều kim đồng hồ của trục xoay được xác nhận bởi LAFH giảm.

Góc mặt phẳng nền sọ và xương hàm trên giảm cho thấy sự xoay xuống dưới theo chiều kim đồng hồ xương hàm trên cũng là đặc điểm của khớp cắn sâu.

Đặc điểm về răng. Góc trục răng cửa hàm dưới với mặt phẳng hàm dưới tăng hơn so với bình thường. Góc trục răng cửa trên với mặt phẳng nền sọ bình thường và tương tự nghiêng cứu của Baman trên những bệnh nhân có khớp cắn sâu [4]

Do góc Gonial giảm, xương hàm dưới theo hướng đóng do vậy tăng độ cắn tràm. Độ cắn tràm của chúng tôi 4.23mm thấp hơn so với nghiên cứu của Khosravi [6] là 5.3mm; độ cắn chìa thì lại cao hơn 6.31mm so với 4.0mm so với mức trung bình

Khoảng cách nướu ngoài răng 6 trên với mặt phẳng khẩu cái 21.8mm, tương đương so với nghiên cứu của Khosravi [6] và ngắn hơn so với mức bình thường bởi trên các bệnh nhân cắn sâu, xương hàm dưới thường đóng, nên sẽ lún răng hàm và chồi răng cửa

Chiều cao răng hàm đầu tiên của hàm dưới ngắn 21.8mm, vì Proffit cho biết "sự mọc không đủ chiều dài của các răng sau có thể gây ra sự quay lên và về phía trước của xương hàm dưới và tăng độ cắn tràm". Một phát hiện quan trọng khác là sự gia tăng chiều dài của các răng cửa hàm trên. Đa số bệnh nhân trong nhóm cắn sâu có chiều dài thân răng cửa hàm trên tăng lên cho thấy đường cong ngược của răng cửa trong cung hàm trên.

Đặc điểm phần mềm. Đường thẩm mỹ E là đường tham chiếu được sử dụng phổ biến trong nắn chỉnh răng [7]. Mỗi tương quan giữa điểm nhô nhất môi trên và môi dưới đến đường tham chiếu E thể hiện tính thẩm mỹ. Trung bình môi trên sẽ ở sau hơn 1mm trung bình, môi dưới nằm trên đường thẩm mỹ E. Trong nghiên cứu của chúng tôi, môi trên và môi dưới nằm trong giới hạn bình thường khi so sánh với đường thẩm mỹ E.

Góc mũi môi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 90.78 nhỏ hơn so với giá trị bình thường. Mức độ nhọn của góc mũi môi phản ánh mức độ vầu của răng cửa trên. Điều đó cho thấy rằng ở các bệnh nhân cắn sâu thì góc mũi môi bớt nhọn hơn, mặt phẳng hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu về các chỉ số sọ mặt ở những người có khớp cắn sâu ở Nam châu Á **Khosravi [6]**. Góc mũi môi là chỉ số thẩm mỹ quan trọng do nó phản ánh độ nhô của răng cửa. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng hoàn toàn phản ánh độ nhô của răng cửa do còn

có sự chi phối của độ dày môi, nhân trung ngắn, bởi vậy cần giải thích trước cho bệnh nhân về kết quả điều trị mặt nghiêng trong những trường hợp nhân trung ngắn.

V. KẾT LUẬN

Góc SNB (79.17^o), chiều cao tầng mặt dưới 68.45mm, góc mũi môi 90.78^o độ giảm hơn so với bình thường; góc ANB (81.08^o) độ cắn tràm 4.22mm, độ cắn chìa 6.31mm tăng so với giá trị bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baratam, S., Deep overbite—A review** (Deep bite, Deep overbite, Excessive overbite). Ann essences Dent, 2009. **1**(1): p. 8-25.

2. **Proffit, W.R., et al.**, Contemporary orthodontics-e-book. 2018: Elsevier Health Sciences.
3. **Nguyen, S.M., et al.**, The need for orthodontic treatment among Vietnamese school children and young adults. International Journal of Dentistry, 2014. **2014**.
4. **Barman, G.**, Examination and Evaluation of Dental and Skeletal Factors in Deep Bite Malocclusions: A Descriptive survey. Journal of Advanced Medical Dental Sciences Research, 2021. **9**(4): p. 77-82.
5. **Nanda, S.K. and D.** Orthopedics, Patterns of vertical growth in the face. American Journal of Orthodontics, 1988. **93**(2): p. 103-116.
6. **Khosravi, R., et al.**, Management of overbite with the Invisalign appliance. American journal of orthodontics, 2017. **151**(4): p. 691-699. e2.
7. **Asad, S., et al.**, ASSESSMENT OF ANTERO-POSTERIOR POSITION OF LIPS: E-LINE-S-LINE. Pakistan Oral, 2011. **31**(1).

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở BỆNH NHI VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Hoàng Thị Thu Hà*, Phạm Thị Thu Cúc*, Nguyễn Thị Thảo*, Tống Thị Huế*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 225 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị viêm phổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Kết quả:** Có 29,8% trẻ viêm phổi bị suy dinh dưỡng thấp còi, trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng độ 1 chiếm 73,1%, hay gặp trẻ trong độ tuổi 36 – 48 tháng chiếm 75%. Các yếu tố như: Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ; Trẻ có thiếu máu; Trẻ có cân nặng sơ sinh thấp < 2500 gram; Trẻ sống trong gia đình có thu nhập thấp; Trẻ sống trong gia đình có số con > 2 đều có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi cao hơn so với những trẻ được tiêm chủng đầy đủ, không thiếu máu, cân nặng sơ sinh \geq 2500 gram, thu nhập gia đình cao, số con trong gia đình \leq 2 con. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi còn khá cao 29,8% trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng độ 1 và hay gặp trong độ tuổi 36-48 tháng. Một số yếu tố làm tăng nguy cơ bị suy dinh dưỡng thấp còi là: Không được tiêm chủng đầy đủ, thiếu máu, cân nặng sơ sinh thấp, thu nhập gia đình thấp, gia đình có > 2 con

Từ khóa: Viêm phổi, suy dinh dưỡng thấp còi

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO STUNTING

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thu Hà

Email: hoangha86.dd@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

MALNUTRITION IN PNEUMONIA PATIENTS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019

Objectives: Describe some factors related to stunting malnutrition in pediatric pneumonia patients at Hai Phong Children Hospital in 2019. **Methods:** Descriptive study on 225 pediatric pneumonia patients at Hai Phong Children Hospital. **Results:** There were 29.8% of children with pneumonia suffering from stunting malnutrition, of which primary malnutrition accounted for 73.1%. Children aged 36 - 48 months accounted for 75%. Factors such as: Children are not fully immunized, children with anemia, low birth weight < 2500 grams, living in low-income families, living in families with more than 2 children have a higher risk of stunting malnutrition than those who are fully vaccinated, without anemia, have birth weight \geq 2500 grams, high family income, number of children in the family \leq 2. **Conclusion:** The rate of stunting malnutrition in pediatric pneumonia patients is still quite high at 29.8%, most of them is grade 1 malnutrition and is common in the age group of 36-48 months. Some factors that increase the risk of stunting malnutrition are: Not fully vaccinated, anemia, low birth weight, low family income, family with > 2 children

Keywords: Pneumonia, stunting malnutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển do đó nhu cầu các chất dinh dưỡng đòi hỏi rất cao. Dinh dưỡng ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ, ảnh hưởng đến bệnh tật, làm bệnh dễ phát sinh, kéo dài thời gian mắc bệnh hoặc làm bệnh nặng hơn ở những trẻ bị suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng

không chỉ ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần và trí tuệ của trẻ để lại những hậu quả nặng nề cho xã hội [7].

Suy dinh dưỡng bệnh viện là vấn đề phổ biến ở cả những nước đã và đang phát triển. suy dinh dưỡng bệnh viện thường phối hợp với tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, xuất hiện các biến chứng lâm sàng, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [8]. Để hạn chế các hậu quả do suy dinh dưỡng gây ra, cần sàng lọc để phát hiện sớm các đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng, trên cơ sở đó có biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời.

Ở nước ta hiện nay tỷ lệ suy dinh dưỡng, đặc biệt là suy dinh dưỡng thấp còi còn khá cao. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về một số yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng thấp còi nhưng chưa có tài liệu nghiên cứu về một số yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi. Hải Phòng là một trong những thành phố lớn của cả nước, có tốc độ phát triển kinh tế cao, đời sống của nhân dân cũng như tình trạng dinh dưỡng của trẻ em được cải thiện một cách rõ rệt, tuy nhiên tỷ lệ suy dinh dưỡng vẫn còn ở mức khá cao [3]. Vì vậy, để giúp cho việc có thể đánh giá được tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố liên quan với suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị viêm phổi tại khoa hô hấp Bệnh viện trẻ em Hải Phòng

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh không có khả năng phối hợp hoặc người bệnh có di chứng nặng về thần kinh, tiêu hóa; bệnh di truyền khác làm ảnh hưởng đến cân nặng, chiều cao.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 3 năm 2019 đến hết tháng 6 năm 2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu theo phương pháp tiện ích. Tất cả bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc viêm phổi vào điều trị tại khoa trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu.

2.4. Thu thập số liệu:

- Tính tuổi: Tuổi của trẻ tính bằng tháng theo qui ước của tổ chức y tế thế giới năm 1983. Dựa vào ngày tháng năm sinh của trẻ và ngày điều tra để tính tháng tuổi.

- Phiếu điều tra: Xây dựng phiếu điều tra bao gồm các nội dung: Cân nặng, chiều cao của trẻ, các yếu tố liên quan.

- Cân nặng của trẻ được xác định bởi cân bàn điện tử của UNICEF có độ chính xác đến 0,1 kg để xác định trọng lượng của trẻ.

- Thước đo chiều dài nằm/chiều cao đứng của trẻ: Sử dụng thước gỗ UNICEF với độ chính xác 0,1cm.

+ Đo chiều dài nằm: Đối với trẻ dưới 24 tháng tuổi

+ Đo chiều cao đứng: Đối với trẻ từ trên 24 tháng tuổi

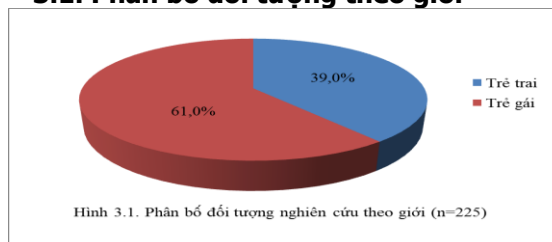
- Phân loại trẻ em suy dinh dưỡng dựa vào 3 chỉ tiêu: Cân nặng/ tuổi; chiều cao/ tuổi; cân nặng/ chiều cao theo phân loại của WHO – 1991 lấy NCHS làm quần thể tham khảo.

2.5. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để nhập và xử lý số liệu. Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2 , có sự khác nhau khi $p < 0,05$.

Tính OR để tìm mối liên quan: $OR = 1$ không có liên quan, $OR < 1$ liên quan nghịch nhưng $p < 0,05$, $OR > 1$, nằm trong 95%CI và cực tiểu của 95%CI phải lớn hơn 1 thì có mối liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng theo giới



Hình 3.1. Phân bố đối tượng theo giới (n=225)

Nhận xét: Hình 3.1 cho thấy trẻ gái tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ 60,9% cao hơn trẻ trai là 39,1%.

3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi

Bảng 3.1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi (n = 225)

Suy dinh dưỡng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Suy dinh dưỡng	67	29,8
Không suy dinh dưỡng	158	70,2
Tổng	225	100,0

Nhận xét: Theo bảng 3.2 thì tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 29,8%

Bảng 3.2. Mức độ suy dinh dưỡng thấp còi (n = 225)

Mức độ suy dinh dưỡng thấp còi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không suy dinh dưỡng	158	70,2

Độ 1	49	21,8
Độ 2	15	6,7
Độ 3	3	1,3

Tổng	225	100,0
-------------	-----	-------

Nhận xét: Có 21,8% trẻ suy dinh dưỡng độ 1, độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ thấp 6,7% và 1,3%

3.3. Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi

Bảng 3.3. Liên quan tiêm chủng với suy dinh dưỡng thấp còi

Tiêm chủng	SDD		SDD thấp còi		Không SDD		Tổng	OR 95%CI	P
	n	%	n	%	n	%			
Không	28	40,0	42	60,0	70		1,98	<0,05	
Có	39	25,2	116	74,8	155		(1,09-3,61)		
Tổng	67	29,8	158	70,2	225				

Nhận xét: Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 1,98 lần so với những trẻ được tiêm chủng đầy đủ ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Liên quan giữa thiếu máu với suy dinh dưỡng thấp còi

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

Nhận xét: Trẻ bị thiếu máu nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 2,88 lần so với những trẻ không bị thiếu máu ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa cân nặng sơ sinh với suy dinh dưỡng thấp còi

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

Nhận xét: Trẻ có cân nặng sơ sinh < 2500gr có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 5,88 lần so với trẻ có cân nặng sơ sinh ≥ 2500gr ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa số con trong gia đình với suy dinh dưỡng thấp còi

Số con	Suy dinh dưỡng		Suy dinh dưỡng thấp còi		Không suy dinh dưỡng		Tổng	OR 95%CI	P
	n	%	n	%	n	%			
>2 con	39	37,1	66	62,9	105		1,94	<0,05	
≤2 con	28	23,3	92	76,7	120		(1,07-3,47)		
Tổng	67	29,8	158	70,2	225				

Nhận xét: Trẻ trong gia đình có số con >2 có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 1,94 lần so với những trẻ trong gia đình có số con ≤ 2 ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Liên quan giữa thu nhập gia đình với suy dinh dưỡng thấp còi

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

Nhận xét: Trẻ trong gia đình có thu nhập thấp có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 2,34 lần so với những trẻ trong gia đình có thu nhập cao ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 225 trẻ điều trị viêm phổi tại khoa hô hấp - Bệnh viện trẻ em Hải phòng từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2019 cho thấy: Trẻ trai và trẻ gái có tỷ lệ suy dinh dưỡng tương đương nhau. Tuy nhiên, nghiên cứu ở Nigeria thì cho

kết quả trẻ gái bị suy dinh dưỡng nhiều hơn trẻ trai [8], có lẽ ở đất nước này chịu ảnh hưởng của các yếu tố văn hoá, tín ngưỡng, trọng nam khinh nữ nên trẻ gái ít được quan tâm chăm sóc hơn.

Trong 225 trẻ viêm phổi thì có 67 trẻ bị suy dinh dưỡng thấp còi chiếm tỷ lệ 29,8%. Trong đó

chủ yếu là suy dinh dưỡng độ 1 chiếm 21,8%, độ 2 và độ 3 là 6,7% và 1,3%. So sánh với các nghiên cứu khác thì tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao hơn: Theo thống kê của viện dinh dưỡng Quốc gia năm 2016 tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi chiếm 24,6% [1].

Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi:

Tiêm chủng: Mỗi liên quan giữa tiêm chủng với suy dinh dưỡng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.3. Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn nhiều so với nhóm trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Phải chăng tiêm chủng có ảnh hưởng đến sự phát triển về cân nặng và chiều cao của trẻ. Vì vậy nhiều trẻ không được tiêm chủng đầy đủ dẫn đến nguy cơ suy dinh dưỡng do mắc một số bệnh lý mà cơ thể trẻ không có miễn dịch và làm tăng tiêu thụ năng lượng và ngược lại.

Thiếu máu: Mỗi liên quan giữa thiếu máu với suy dinh dưỡng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.4 thấy có 118 trường hợp trong số 225 trẻ viêm phổi bị thiếu máu chiếm 52,4%. Thái Lan Anh và cộng sự [6] nhận thấy trẻ viêm phổi kèm suy dinh dưỡng có tỷ lệ thiếu máu cao hơn hẳn so với nhóm trẻ khỏe mạnh. Như vậy, chúng ta cần quan tâm tới tình trạng sinh dưỡng, thiếu máu ở trẻ mắc bệnh viêm phổi.

Cân nặng sơ sinh: Mỗi liên quan giữa cân nặng sơ sinh với suy dinh dưỡng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.5. Trẻ có cân nặng sơ sinh < 2500gr có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn nhiều so với nhóm trẻ có cân nặng sơ sinh \geq 2500gr.

Trong nghiên cứu của tác giả Adair L.S [4] cũng cho thấy trẻ em Philippin có cân nặng sơ sinh thấp liên quan đến suy dinh dưỡng, những trẻ này tốc độ phát triển cân nặng và chiều cao kém hơn so với trẻ đẻ ra có cân nặng bình thường.

Số con trong gia đình. Về mỗi liên quan giữa số con trong gia đình và nguy cơ suy dinh dưỡng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 105 trẻ trong gia đình có số con >2. Mỗi liên quan giữa số con trong gia đình với suy dinh dưỡng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.6. Gia đình có đông con không có thời gian và điều kiện chăm sóc trẻ được tốt. Có sự chênh lệch về sự chăm sóc giữa những người con trong gia đình. Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng của các gia đình có nhiều >2 con là 37,1%. Ở nhóm gia đình có số con < 2 là 23,3%. Vì vậy để chăm sóc trẻ được tốt nhất và giảm nguy cơ

suy dinh dưỡng, mỗi gia đình chỉ nên có 1-2 con.

Thu nhập gia đình. Mỗi liên quan giữa thu nhập gia đình với suy dinh dưỡng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.7. Về mối quan hệ giữa thu nhập gia đình và nguy cơ suy dinh dưỡng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 30 trẻ trong gia đình có thu nhập thấp. Các gia đình đều thuộc vùng nông thôn. Kinh tế gia đình còn khó khăn, trình độ nhận thức và hiểu biết của các bà mẹ còn thấp nên việc chăm sóc trẻ đặc biệt là trẻ bệnh còn chưa tốt dẫn đến trẻ có nguy cơ suy dinh dưỡng. Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng của các gia đình đó là 46,7%. Ở nhóm có thu nhập gia đình cao là 25,7%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Lộc [2] tại khoa Nội Nhi, Bệnh Viện Sản Nhi Vĩnh Phúc cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều kiện kinh tế sẽ quyết định đến việc chăm sóc trẻ nhất là khi trẻ ốm. Kinh tế phát triển thì sẽ giảm nguy cơ suy dinh dưỡng. Do đó để giảm nguy cơ suy dinh dưỡng bệnh viện cần phát triển về kinh tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở người bệnh viêm phổi còn khá cao là 29,8% trong đó 21,8% là suy dinh dưỡng độ 1.

KHUYẾN NGHỊ. Cần có chế độ chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhi viêm phổi để ngăn ngừa suy dinh dưỡng cho người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế - Viện Dinh Dưỡng (2016)**, www.nutrition.org.vn, Thực trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi năm 2016.
- Nguyễn Thanh Hà (2002)**, Nguy cơ SDD liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số giải pháp can thiệp, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y học, Hà Nội.
- Trần Phương Liên (2018)**, "Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi tại phòng khám Bệnh viện trẻ em Hải Phòng", Luận văn Thạc sỹ y học, tr. 29 - 33, 35 - 40.
- Adair L.S (1999)**. Filipino children exhibit catch - up growth from age 2 - 12 years.j. Nutr, 129, 1140 - 1148.
- Madusolumuo, M.A., O.B. (1998)**, "Sociocultural factor of malnutrition among under - five in Amadawa State, Nigeria", Nutrition and Health, 12, pp. 257 - 262.
- Thái Lan Anh, Dillon D H.S., Nguyen Huu Chinh, Agustina R (2001)**, "Association between nutritional status and pneumonia among rural Vietnamese children", Thesis, Faculty of medicine university of Indonesia.
- UNICEF (2007)**, "UNICEF global databases on undernutrition". Progress for Children, New York, US.23-45.
- UNICEF (2018)**, World Bank Joint Child Malnutrition dataset, May 2018.

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ TỶ TRỌNG KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TIỀN LIỆT TUYẾN TRONG DỰ ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Tạ Văn Lâm²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đưa ra giá trị dự đoán ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng ở những bệnh nhân sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở bệnh nhân có nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến (siêu âm đường bụng hoặc siêu âm qua đầu dò trực tràng hoặc thăm trực tràng nghi ngờ hoặc xét nghiệm PSA > 2,5 ng/ml). Phân tích đường cong ROC và kiểm định Chi-Square trong so sánh giá trị PSAD và PSA để dự đoán ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng (điểm Gleason \geq 7 điểm hoặc phân độ giải phẫu bệnh theo hiệp hội niệu học quốc tế (ISUP) \geq 2). PSAD có giá trị tốt hơn so với PSA trong dự đoán ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng. Với ngưỡng PSAD là 0,84 ng/ml² thì diện tích dưới đường cong AUC là 0,822, PSAD có khả năng phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng với độ nhạy 67,3%; độ đặc hiệu 90,9%; giá trị chẩn đoán dương tính 91,7%; giá trị dự đoán âm tính 65,2%.

Từ khoá: Chỉ số tỷ trọng kháng nguyên, ung thư tuyến tiền liệt, dự đoán.

SUMMARY

VALUE OF PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN DENSITY IN PROSTATE CANCER PREDICTION

The purpose of this study was to assess the predictive value of prostate specific antigen density (PSAD) for detection of clinically significant prostate cancer in men undergoing transrectal ultrasound (TRUS)-guided prostate biopsy or total prostatectomy. We carried out cross-sectional descriptive study in men who were suspected of prostate cancer (trans-abdominal ultrasound, transrectal ultrasound, digital rectal examination or PSA > 2,5 ng/ml). ROC curve analysis to compare PSAD and PSA performance and chi-square automatic interaction detector methodologies were used to identify predictors of clinically significant cancer (Gleason score \geq 7 or international society of urological pathology grade group \geq 2). PSAD was a better predictor than PSA alone of clinically significant prostate cancer. At the cut-off of PSAD 0,84 ng/ml², the AUC to predict clinically significant prostate cancer was 0,822 with 67,3 % sensitivity, 90,9% specificity, 91,7 % positive predictive value and 65,2 % negative predictive value for the diagnosis of clinically significant cancer.

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung_84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

Key words: prostate specific antigen density, prostate cancer, predictive value.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến là một trong số bệnh lý ung thư hay gặp hàng đầu ở nam giới. Việc phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư tiền liệt tuyến có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và kiểm soát bệnh lý tại chỗ.¹ Kháng nguyên đặc hiệu tiền liệt tuyến (PSA) được sử dụng rộng rãi trong sàng lọc ung thư tiền liệt tuyến, đánh giá đáp ứng điều trị cũng như tiến triển, tái phát của bệnh.²Tuy nhiên, giá trị PSA tăng có đặc hiệu thấp do trong một số trường hợp viêm hoặc tăng sản lành tính tuyến tiền liệt dẫn đến việc sinh thiết tuyến tiền liệt không cần thiết.^{2,3}Do đó, một số chỉ số đã được đưa ra để việc sử dụng PSA được đặc hiệu hơn như tỷ lệ PSA tự do trên toàn phần, tỷ trọng PSA (PSAD). Từ khi được giới thiệu bởi Benson và cộng sự vào đầu những năm 1990, PSAD được sử dụng rộng rãi với giá trị dự đoán tốt hơn PSA và cùng với sự phát triển của cộng hưởng từ tiền liệt tuyến giúp hạn chế những chẩn đoán quá mức và thủ thuật xâm lấn không cần thiết.¹ Nghiên cứu của chúng tôi với mục đích đưa ra vai trò và giá trị ngưỡng của PSAD trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nghiên cứu được tiến hành trên 82 bệnh nhân có nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến (siêu âm đường bụng hoặc siêu âm qua đầu dò trực tràng hoặc thăm trực tràng nghi ngờ hoặc xét nghiệm PSA > 2,5 ng/ml) đến khám tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 06 năm 2021; có kết quả giải phẫu bệnh mô tuyến tiền liệt (TTL) qua sinh thiết 12 mẫu hoặc phẫu thuật toàn bộ tuyến. Giá trị PSAD (ng/ml²) được tính bởi công thức giá trị PSA (ng/ml) chia cho thể tích tuyến tiền liệt (ml)

Phân tích thống kê mô tả các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu gồm tính tỷ lệ phần trăm, trung bình, so sánh và kiểm định các giá trị biến bằng Student's t-test, Chi-square and Fisher's exact tests. Đường cong ROC được vẽ bởi độ nhạy và độ đặc hiệu của giá trị PSA và PSAD so sánh với kết quả giải phẫu bệnh. Ung thư TTL có ý nghĩa về mặt lâm sàng được định nghĩa là có

điểm Gleason ≥ 7 điểm hoặc phân độ giải phẫu bệnh theo hiệp hội niệu học quốc tế (ISUP) ≥ 2 . Diện tích dưới đường cong AUC cho giá trị PSA và PSAD trong dự đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng so với không ung thư. Các kiểm chứng được tiến hành 2 chiều với giá trị p có ý nghĩa thống kê $< 0,05$ bằng phần mềm SPSS 22.0 (IBM Corp 2013).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

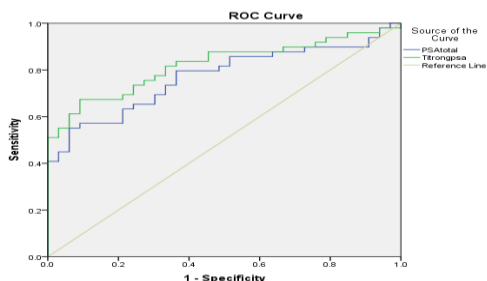
Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và giá trị PSA, PSAD của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Ung thư	Không ung thư	Giá trị p
Số lượng (%)	49 (59,76%)	33 (40,24%)	
Tuổi (năm)			
Trung bình	69 \pm 8	68 \pm 6	p=0,467
Khoảng	51-88	56-80	
Trung vị	70	69	
PSA (ng/ml)			
Trung bình	226,52 \pm 73,94	26,14 \pm 3,16	p< 0.001
Khoảng	2,89 -2248	1,31- 80,83	
Trung vị	50,42	18,06	
Thể tích tuyến (ml)			
Trung bình	54,72 \pm 4,64	65,23 \pm 4,75	p=0,043
Khoảng	16,37-155,72	21,40-116,10	
Trung vị	48,30	60,03	
Tỉ trọng PSA (ng/ml²)			
Trung bình	4,59 \pm 1,47	0,44 \pm 0,55	p <0,001
Khoảng	0,02-57,20	0,04-1,26	
Trung vị	1,29	0,34	
Giải phẫu bệnh ung thư TTL (ISUP) %			
	Độ ≤ 2		3,7
	Độ 3		7,3
	Độ 4		14,6
	Độ 5		32,5

Bảng 2: Phân bố tổn thương UTTL theo tỉ trọng PSA ngưỡng.

PSAD	Ung thư có ý nghĩa lâm sàng	Các nhóm khác (không ung thư và ung thư không có ý nghĩa lâm sàng)	Tổng
$\leq 0,84$ ng/ml ²	16(32,7%)	30(90,9%)	46(56,1%)
$> 0,84$ ng/ml ²	33 (67,3%)	3(9,1%)	36(43,9%)
Tổng	49(59,8%)	33(40,2%)	82(100%)

PSAD có khả năng phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng với độ nhạy 67,3%; độ đặc hiệu 90,9%; giá trị chẩn đoán dương tính 91,7%; giá trị dự đoán âm tính 65,2%.



Hình 1: Đường cong ROC trong so sánh vai trò của PSA và PSAD trong dự đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được thể hiện ở bảng 1. 82 bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó có 49 bệnh nhân sinh thiết cho kết quả ung thư với độ tuổi trung bình 69 và 33 bệnh nhân sinh thiết cho kết quả ung thư với độ tuổi trung bình 68. Giá trị PSA và PSAD của nhóm bệnh nhân ung thư lần lượt là 226,52 ng/ml và 4,59 ng/ml² so với của nhóm không ung thư lần lượt là 26,14 ng/ml và 0,44 ng/ml², sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0.001.

Từ đường cong ROC trên, chúng tôi chọn giá trị ngưỡng tỉ trọng PSA là 0,84 ng/ml² với diện tích dưới đường cong AUC= 0,822. Với giá trị ngưỡng này, chúng tôi có bảng sau:

IV. BÀN LUẬN

PSAD lần đầu tiên được Benson và cộng sự đưa ra vào năm 1993 nhằm nâng cao giá trị chẩn đoán phát hiện ung thư TTL của PSA, đặc biệt khi nó nằm ở ngưỡng 4-10ng/ml. Đối với PSA ≤ 4 ng/ml, không có sự khác biệt có ý nghĩa lâm sàng giữa phì đại TTL và ung thư TTL. Khi

PSA ở ngưỡng 4.1-10ng/ml, PSA không có ý nghĩa phân biệt phì đại TTL và ung thư TTL, tuy nhiên PSAD có ý nghĩa trong phân biệt 2 bệnh lý này. Khi PSA ở ngưỡng 10,1-20 ng/ml, chỉ PSAD có ý nghĩa thống kê trong phân biệt 2 bệnh lý này, và khi PSA > 20 ng/ml, bệnh nhân sẽ được sinh thiết TTL để chẩn đoán.⁴ Nghiên cứu sau đó của Catalonia và cộng sự chỉ ra độ nhạy của PSAD với ngưỡng cut-off 0,078 ng/ml² là 95% trong phát hiện ung thư TTL ở những bệnh nhân có ngưỡng PSA từ 4-10ng/ml; trong khi đó nếu lấy ngưỡng 0,15 ng/ml² thì đã bỏ qua khoảng 40% các trường hợp ung thư TTL.⁵

Một số những nghiên cứu gần đây đã chỉ ra vai trò ý nghĩa của PSAD trong dự đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng và hạn chế thủ thuật sinh thiết xâm lấn TTL không cần thiết. Theo Lujan và cộng sự nghiên cứu trên 235 bệnh nhân nam có PSA 4-10 ng/ml với thăm khám TTL qua đường trực tràng bình thường, nếu lấy ngưỡng PSAD là 0,075 ng/ml² thì độ nhạy dưới 95% trong khi nếu lấy ngưỡng là 0,15 ng/ml² thì bỏ sót 30,6% các trường hợp ung thư TTL vì vậy nên nghiên cứu chưa khuyến cáo ngưỡng cut-off PSAD trong sàng lọc.⁶ Nghiên cứu của Bruno và cộng sự trên 1988 bệnh nhân chỉ ra PSAD có giá trị dự đoán tốt hơn PSA trong đánh giá bệnh nhân có nguy cơ ung thư TTL và cần thêm phương tiện chẩn đoán khác hoặc sinh thiết, trong đó ngưỡng PSAD với bệnh nhân sinh thiết lần đầu tiên là 0,1 ng/ml² và 0,15 ng/ml² đối với các trường hợp đã sinh thiết với kết quả âm tính trước đó.⁷

Tác giả Wang và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu vai trò của PSAD kết hợp với cộng hưởng từ TTL và phân loại PIRADS 2.1 trong việc khuyến nghị sinh thiết TTL đối với tổn thương vùng chuyển tiếp ở những bệnh nhân có PSA từ 4 đến 20 ng/ml. Trong đó, khi PI-RADS ≤ 2 điểm thì không cần tiến hành sinh thiết với mọi giá trị cut-off của PSAD. Khi PI-RADS = 3 điểm, PSAD ≥ 0,3 ng/ml² có giá trị trong việc phát hiện ra 37,5% trường hợp ung thư, với ngưỡng 0,15-0,29 ng/ml² thì tỷ lệ này là 3,7%; trong khi đó khi PI-RADS là 4-5 điểm thì với ngưỡng PSAD là 0,15 ng/ml² có ý nghĩa trong phân biệt tổn thương ung thư TTL và không ung thư TTL.³

Trong nghiên cứu của chúng tôi, PSAD của nhóm bệnh nhân ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng cao hơn nhóm không ung thư và ung thư không có ý nghĩa lâm sàng với giá trị p có ý nghĩa thống kê < 0,001 và PSAD có giá trị tiên đoán ung thư TTL tốt hơn PSA. Với ngưỡng PSA

là 0,84 ng/ml² cho giá trị diện tích dưới đường cong AUC lớn nhất 0,822, PSAD có khả năng phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng với độ nhạy 67,3%; độ đặc hiệu 90,9%; giá trị chẩn đoán dương tính 91,7%; giá trị dự đoán âm tính 65,2%. Ngưỡng PSAD của chúng tôi cao hơn so với các ngưỡng nghiên cứu trước đây do nghiên cứu của chúng tôi không lấy cố định khoảng PSA.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế là số lượng bệnh nhân không nhiều và tập trung vào đối tượng bệnh nhân có một số đặc điểm nghi ngờ ung thư TTL nên không đại diện hết cho quần thể dân số.

V. KẾT LUẬN

PSAD có giá trị tiên lượng tốt hơn PSA trong dự đoán ung thư TTL và với ngưỡng PSAD là 0,84 ng/ml² có khả năng phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng với độ nhạy 67,3%; độ đặc hiệu 90,9%; giá trị chẩn đoán dương tính 91,7%; giá trị dự đoán âm tính 65,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yusim I, Krenawi M, Mazor E, Novack V, Mabjeesh NJ.** The use of prostate specific antigen density to predict clinically significant prostate cancer. *Sci Rep.* 2020;10(1):1-6. doi:10.1038/s41598-020-76786-9
2. **Sfoungaristos S, Katafigiotis I, Perimenis P.** The role of PSA density to predict a pathological tumour upgrade between needle biopsy and radical prostatectomy for low risk clinical prostate cancer in the modified Gleason system era. *Can Urol Assoc J.* 2013;7(11-12):722-7. doi:10.5489/auaj.374
3. **Wang Z, Wei C, Zhang Y, et al.** The Role of PSA Density among PI-RADS v2.1 Categories to Avoid an Unnecessary Transition Zone Biopsy in Patients with PSA 4-20 ng/mL. *Biomed Res Int.* 2021 Oct 11;2021:3995789. doi:10.1155/2021/3995789.
4. **Benson MC, McMahon DJ, Cooner WH, et al.** An algorithm for prostate cancer detection in a patient population using prostate-specific antigen and prostate-specific antigen density. *World J Urol.* 1993;11(4):206-13. doi: 10.1007/BF00185070.
5. **Catalonia WJ, Southwick PC, Slawin KM, et al.** Comparison of percent free PSA, PSA density, and age-specific PSA cutoffs for prostate cancer detection and staging. *Urology.* 2000;56(2):255-260. doi:10.1016/S0090-4295(00)00637-3
6. **Lujan M, Paez A, Llanes L, et al.** Prostate specific antigen density. Is there a role for this parameter when screening for prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2001;4(3):146-149. doi: 10.1038/sj.pcan.4500509.
7. **Bruno SM, Falagarino UG, d'Altillia N, et al.** PSA Density Help to Identify Patients With Elevated PSA Due to Prostate Cancer Rather Than Intraprostatic Inflammation: A Prospective Single Center Study. *Front Oncol.* 2021;0. doi:10.3389/fonc.2021.693684

Kiến thức, Thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ có thai được điều trị tại Trung tâm Y tế Thị xã Tân Uyên, Tỉnh Bình Dương năm 2021

Huỳnh Minh Chín*, Bùi Công Chián*,
Nguyễn Xuân Dục*, Võ Thị Kim Anh**

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiễm SARS-CoV-2 có thể ảnh hưởng đến tất cả các nhóm không phân biệt tuổi tác và giới tính. Tuy nhiên, các kết quả bất lợi và nghiêm trọng nhất của COVID-19 đã được ghi nhận ở người già và phụ nữ mang thai mắc các bệnh mạn tính, bao gồm tăng huyết áp, tiểu đường và các vấn đề về tim phổi. Một số nghiên cứu đã báo cáo mức độ nghiêm trọng hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn do một số bệnh nhiễm trùng đường hô hấp ở phụ nữ có thai so với phụ nữ không mang thai. Hiểu rõ hơn về kiến thức và thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh nền và phụ nữ có thai giúp điều trị tốt hơn cho các bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ kiến thức và thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ mang thai điều trị Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích tại trung tâm y tế thị xã Tân Uyên với 145 bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ có thai. **Kết quả nghiên cứu:** Về kiến thức: có 72,4% bệnh nhân không bao giờ gặp khó khăn để nhớ dùng thuốc, 77,2% bệnh nhân không tự ngưng dùng thuốc, 78,6% không thấy bất tiện để nhớ dùng thuốc dù chế độ dùng thuốc phức tạp, 83,4% bệnh nhân không quên dùng thuốc dù bệnh nặng hơn và cần dùng thêm thuốc mới, 86,2% bệnh nhân không tự ý thay đổi chế độ thuốc. Về thái độ: 78,6% bệnh nhân có thái độ lạc quan, 100% bệnh nhân đồng ý cách ly sau khi xuất viện, 100% đồng ý thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng bệnh. **Kết luận:** Cần phải cải thiện, nâng cao hơn nữa kiến thức về tuân thủ điều trị của bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính và phụ nữ có thai.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, tuân thủ điều trị, bệnh nhân COVID-19, bệnh mạn tính, phụ nữ mang thai

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE ABOUT PATIENT IN GERIATRIC INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES AND PREGNANT WOMEN ADHERENCE TO COVID-19 TREATMENT IN TAN UYEN HEALTH CENTER, BINH DUONG PROVINCE IN 2021

*Sở Y tế tỉnh Bình Dương

**Đại học Thăng Long Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chín

Email: bschinkhnbvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

Background: SARS-CoV-2 infection could affect all groups regardless of age and gender. However, it has been estimated that SARS-CoV-2 has had the most severe impact on geriatric individuals and pregnant women with chronic diseases, including hypertension, diabetes, and cardiopulmonary problems. Several researchers have reported that severe patients and mortal ones due to some respiratory viral infections in pregnant women were more than those in compared to non-pregnant women. Nevertheless, patients in geriatric individuals with chronic diseases and pregnant women have just raised their own awareness of COVID-19, which leads to better treatment for patients. **Objectives:** Survey patients' knowledge, adherence, and attitude towards COVID-19 treatment in Tan Uyen Health Center, Binh Duong Province in 2021. **Samples and methods:** Cross-sectional descriptive studies in Tan Uyen Health Center with 145 COVID-19 patients in geriatric individuals with chronic diseases and pregnant women. **Results:** The results have showed that 72.4% of patients did not have difficulty remembering to take medication, 77.2% of patients did not stop taking medication by themselves, 78.6% did not find it inconvenient to remember to take medication despite the regimen complicated drugs, 83.4% patients did not forget to take medication even though the disease worsened and needed new drugs, 86.2% patients did not change the drug regimen on their own. Attitude: 78.6% of patients had an optimistic attitude, 100% of patients agreed to experience medical isolation after they had been discharged from hospital, 100% agreed to adopt implement preventive measures. **Conclusion:** The results have showed that it is essential to improve and consolidate drastic measures to improve patients' knowledge and treatment adherence.

Keywords: knowledge, attitude, treatment adherence, chronic diseases, pregnant women, COVID-19, Binh Duong province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vào cuối năm 2019, một loạt các ca viêm phổi được chẩn đoán tại Vũ Hán đã nhanh chóng biến thành dịch ở Trung Quốc. Tổ chức Y tế Thế giới đặt tên bệnh này là 'COVID-19' (Bệnh do vi rút Corona- 2019) và vi rút mới - hội chứng hô hấp cấp tính nghiêm trọng coronavirus-2 (SARS-cov-2) [1]. Đợt bùng phát được tuyên bố là 'Tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng cần quan tâm của quốc tế' vào ngày 30 tháng 1 năm 2020. Vào ngày 11 tháng 3, 'Đại dịch COVID-19' đã được công bố khi có khoảng 118.000 trường hợp được báo cáo tại hơn 110 quốc gia và vùng lãnh

thổ [2]. Phổ nhiễm trùng có triệu chứng từ nhẹ đến nặng. Dịch tễ học có sự phân bố kinh tế xã hội và biểu hiện lâm sàng không đồng nhất. Nhiễm SARS-CoV-2 có thể ảnh hưởng đến tất cả các nhóm không phân biệt tuổi tác và giới tính. Tuy nhiên, các kết quả bất lợi và nghiêm trọng nhất của COVID-19 đã được ghi nhận ở người già và phụ nữ mang thai mắc các bệnh mãn tính, bao gồm tăng huyết áp, tiểu đường và các vấn đề về tim phổi [3], [4], [5]. Một số nghiên cứu đã báo cáo mức độ nặng hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn do một số bệnh nhiễm trùng đường hô hấp ở phụ nữ có thai so với phụ nữ không mang thai [6], [7]. Chính vì vậy, việc chủ động phòng và chống bệnh viêm đường hô hấp cấp COVID-19, đặc biệt là ở phụ nữ có thai và người cao tuổi có bệnh mạn tính là rất quan trọng. Tại Việt Nam, tình hình dịch bệnh cũng rất phức tạp theo các giai đoạn khác nhau. Theo thống kê của Bộ Y tế tính tới thời điểm ngày 22 tháng 10 năm 2021, Việt Nam đã ghi nhận 881.522 trường hợp mắc, trong đó 803.326 người đã được xuất viện và 21.543 ca tử vong [8]. Tất cả mọi công dân đều đang nỗ lực cố gắng phòng chống dịch bệnh. Tại tỉnh Bình Dương, số ca mắc COVID-19 tăng nhanh trong đợt dịch thứ 4 của Việt Nam, gây áp lực lớn lên hệ thống y tế. Việc nâng cao kiến thức, thái độ của bệnh nhân mắc COVID-19 trong tuân thủ điều trị COVID-19 vô cùng quan trọng trong công tác cách ly, điều trị bệnh. Nghiên cứu "Kiến thức, thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ mang thai điều trị tại Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2021" với các mục tiêu sau:

- *Xác định tỷ lệ kiến thức về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ mang thai điều trị Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2021.*

- *Khảo sát thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ mang thai điều trị Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính hoặc phụ nữ có thai đang được điều trị tại Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân COVID-19 từ 65 tuổi trở lên có bệnh mạn tính và bệnh nhân COVID-19 hiện đang mang thai được điều trị tại Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên từ 3 ngày trở lên từ ngày 01/10/2021 đến ngày 31/10/2021

và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý hợp tác do mệt, khó giao tiếp.

Thời gian và địa điểm: Từ ngày 01/10/2021 đến ngày 31/10/2021 tại Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên tháng 10 năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn 145 bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có bệnh mạn tính hoặc phụ nữ đang mang thai đang được điều trị tại Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi, giới, nghề nghiệp, dân tộc, sức khỏe hiện tại, loại nhà ở, kinh tế gia đình, người mắc COVID-19 khác trong gia đình.

+ Kiến thức tuân thủ điều trị COVID-19: Gặp khó khăn để nhớ dùng thuốc điều trị bệnh, khi cảm thấy khỏe, tự ý ngưng dùng thuốc, ngưng dùng thuốc khi gặp tác dụng phụ không mong muốn, ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ biết, ngưng dùng thuốc do phải dùng thêm các thuốc bệnh khác, thấy bất tiện để nhớ chế độ dùng thuốc vì chế độ thuốc phức tạp, trong thời gian nằm viện, quên dùng thuốc vì bệnh nặng hơn và cần dùng thêm thuốc mới, có tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày, biết các biện pháp phòng lây nhiễm chéo trong khu cách ly, tiêu chuẩn xuất viện của bệnh nhân COVID-19, thời gian cách ly sau khi xuất viện. Kiến thức đúng của các câu khảo sát về kiến thức được dựa theo khuyến cáo, quy định của Bộ Y tế và Chính phủ tại thời điểm khảo sát.

+ Thái độ tuân thủ điều trị COVID-19: thái độ lạc quan trong khi điều trị, tin rằng sẽ khỏi bệnh khi tuân thủ điều trị, đồng ý tiêm ngừa COVID-19 sau khi khỏi bệnh, người thân có thể nhiễm COVID-19 từ bệnh nhân nếu không cách ly sau khi xuất viện, đồng ý cách ly tại nhà sau khi được xuất viện, áp dụng các biện pháp phòng lây truyền COVID-19, hài lòng khi được cách ly và điều trị, hài lòng với cách điều trị của khu cách ly, hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế.

Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân.

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập, lưu vào máy tính, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0, theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	22	15,1
	65 – 80 tuổi	81	55,9
	> 80 tuổi	42	29,0
Giới tính	Nam	41	28,3
	Nữ	104	71,7
Nghề nghiệp	Công nhân	11	7,6
	Nông dân	4	2,8
	Nội trợ	24	16,6
	Ngừng lao động	105	72,4
Dân tộc	Khác	01	0,68
	Kinh	101	69,7
Tình trạng sức khỏe	Khác	44	30,3
	Bệnh tim mạch	109	75,2
	Bệnh hô hấp	24	16,6
	Bệnh tiểu hóa	49	33,8
	Bệnh nội tiết	40	27,6
	Cơ xương khớp	25	17,2
	Bệnh thần kinh	23	15,9
	Bệnh thận	11	7,6
Mang thai	22	15,2	
Tổng		145	100,0

Tất cả phụ nữ mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn 40 tuổi, chiếm 15,1% đối

tượng nghiên cứu. Ở nhóm người cao tuổi, đa số thuộc nhóm 65 – 80 tuổi chiếm 55,9%. Về giới tính, nữ giới chiếm phần lớn với 71,7%. Về nghề nghiệp, có 72,4% đối tượng nghiên cứu hiện tại đã ngừng lao động, 16,6% đối tượng hiện là nội trợ. Về tình hình sức khỏe hiện tại, có 15,1% phụ nữ có thai, 75,2% đối tượng có bệnh tim mạch, 33,8% bệnh nhân có bệnh tiểu hóa, 27,6% bệnh nhân có kèm với các bệnh nội tiết.

Bảng 2. Thông tin về gia đình của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Loại nhà ở	Nhà có phòng riêng	64	44,1
	Nhà không có phòng riêng	44	30,4
	Nhà trọ	37	25,5
Kinh tế gia đình	Nghèo/cận nghèo	18	12,4
	Trung bình	85	58,6
	Khá giàu	42	29,0
Người thân trong gia đình mắc COVID-19	Có	17	11,7
	Không	128	88,3

Có 25,5% bệnh nhân sống trong các khu trọ. Về kinh tế gia đình của bệnh nhân, kinh tế nghèo/cận nghèo chiếm 12,4%. Có 11,7% bệnh nhân từng có người nhà mắc COVID-19.

Kiến thức và thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19**Bảng 3. Kiến thức tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân**

Kiến thức	Luôn luôn		Thỉnh thoảng		Không bao giờ	
	n	%	n	%	n	%
Gặp khó khăn để nhớ dùng thuốc điều trị bệnh	8	5,5	32	22,1	105	72,4
Khi cảm thấy khỏe, tự ý ngưng dùng thuốc	11	7,6	22	15,2	112	77,2
Ngưng dùng thuốc khi gặp tác dụng phụ không mong muốn	7	4,8	18	12,4	120	82,8
Ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ biết	8	5,5	31	21,4	106	73,1
Ngưng dùng thuốc do phải dùng thêm các thuốc bệnh khác	3	2,1	21	14,5	121	83,4
Thấy bất tiện để nhớ chế độ dùng thuốc vì chế độ thuốc phức tạp	6	4,2	25	17,2	114	78,6
Trong thời gian nằm viện, quên dùng thuốc vì bệnh nặng hơn và cần dùng thêm thuốc mới	4	2,8	20	13,8	121	83,4
Có tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày	3	2,1	17	11,7	125	86,2

Kiến thức về dùng thuốc của bệnh nhân, có 72,4% bệnh nhân không bao giờ gặp khó khăn để nhớ dùng thuốc điều trị bệnh, 77,2% bệnh nhân không tự ngưng dùng thuốc khi cảm thấy khỏe, 73,1% bệnh nhân không tự ý ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ biết. Kiến thức về dùng thuốc khi có bệnh kèm theo của bệnh nhân, 78,6% không thấy bất tiện để nhớ dùng thuốc dù chế độ dùng thuốc phức tạp, 83,4% bệnh nhân không quên dùng thuốc dù bệnh nặng hơn và cần dùng thêm thuốc mới, 86,2% bệnh nhân không tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày.

Bảng 4. Kiến thức về bệnh COVID-19 của bệnh nhân

Kiến thức	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Biết các biện pháp phòng lây nhiễm chéo trong	Có	124	85,5

khu cách ly	Không	21	14,5
Tiêu chuẩn xuất viện của bệnh nhân COVID-19	Có	16	11,0
	Không	129	89,0
Thời gian cách ly sau khi xuất viện	Có	103	71,0
	Không	42	29,0

Kiến thức về biện pháp phòng lây nhiễm chéo: 85,5% bệnh nhân biết đầy đủ các biện pháp rửa tay thường xuyên, mang khẩu trang, hạn chế tiếp xúc là biện pháp phòng lây nhiễm chéo trong khu cách ly. Kiến thức về tiêu chuẩn khỏi bệnh và tự cách ly sau khi khỏi bệnh: 11% bệnh nhân biết về điều kiện xét nghiệm 2 lần âm tính liên tiếp được xuất viện, 71% bệnh nhân biết về sau khi xuất viện phải tự cách ly tại nhà trong 14 ngày.

Thái độ tuân thủ điều trị COVID-19 của bệnh nhân

Bảng 5. Thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Thái độ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giữ thái độ lạc quan rất quan trọng trong điều trị	Có	114	78,6
	Không	31	21,4
Tin rằng nếu tuân thủ điều trị thì sẽ khỏi bệnh	Có	136	93,8
	Không	9	6,2
Đồng ý tiêm ngừa vaccine sau khi khỏi bệnh	Có	121	83,4
	Không	24	16,6
Người thân có thể bị nhiễm bệnh	Có	139	95,9
	Không	6	4,1
Đồng ý tự cách ly sau khi khỏi bệnh	Có	145	100,0
	Không	0	0,0
Đồng ý các biện pháp phòng lây truyền COVID-19	Có	145	100,0
	Không	0	0,0
Hài lòng khi được cách ly và điều trị	Hài lòng	128	88,3
	Bình thường	14	9,7
	Không hài lòng	3	2,0
Hài lòng về cách điều trị	Hài lòng	136	93,8
	Bình thường	9	6,2
Hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế	Hài lòng	131	90,3
	Bình thường	14	9,7

Về thái độ trong việc điều trị, 78,6% bệnh nhân giữ thái độ lạc quan, 93,8% bệnh nhân tin rằng nếu tuân thủ điều trị sẽ khỏi bệnh, 83,4% bệnh nhân đồng ý tiêm ngừa sau khi khỏi bệnh. Về hạn chế tiếp xúc với người khác sau khi xuất viện, 95,9% bệnh nhân đồng ý người thân có thể bị nhiễm bệnh nếu bệnh nhân không tự cách ly 14 ngày sau khi xuất viện, 100% bệnh nhân đồng ý tự cách ly sau khi khỏi bệnh, 100,0% đồng ý với thực hiện đầy đủ biện pháp phòng bệnh. Về thái độ đối với khu điều trị, 88,3% bệnh nhân hài lòng khi được cách ly và điều trị tại trung tâm y tế, 93,8% bệnh nhân hài lòng về cách điều trị của trung tâm và 90,3% bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế.

IV. BÀN LUẬN

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19), do coronavirus 2 (SARS-CoV-2) gây ra hội chứng hô hấp cấp tính nghiêm trọng, là một đại dịch toàn cầu gây ra sự lây lan chưa từng có, ảnh hưởng

ng nghiêm trọng đến xã hội chúng ta do thời gian ủ bệnh lâu, tỷ lệ lưu hành cao khó lường và thiếu vaccine hiệu quả. Nhiều nghiên cứu cho thấy, kết cục bệnh bất lợi và nghiêm trọng nhất của COVID-19 đã được ghi nhận ở người già và phụ nữ mang thai mắc các bệnh mãn tính, bao gồm tăng huyết áp, tiểu đường và các vấn đề về tim phổi. Phần lớn phụ nữ mang thai nhiễm SARS-CoV-2 không phát triển các triệu chứng nghiêm trọng và quá trình nhiễm trùng không có triệu chứng trong khoảng 3/4 dân số sản khoa được sàng lọc toàn cầu. Tuy nhiên, trong một phân tích đối sánh điểm số xu hướng gần đây trên 5183 phụ nữ có thai và 175905 phụ nữ không mang thai bị nhiễm COVID-19, phụ nữ mang thai có nguy cơ tử vong cao hơn (OR=1,84; KTC 95%: 1,26– 2,69), viêm phổi (OR=1,86; KTC 95%: 1,60–2,16) và nhập viện ICU (OR=1,86; KTC 95%: 1,41–2,45) so với bệnh nhân không mang thai, sau khi điều chỉnh các yếu tố nhân khẩu học và y tế. Tương tự, một đánh giá có hệ

thống gần đây cho thấy, so với phụ nữ không mang thai trong độ tuổi sinh sản, phụ nữ mang thai và gần đây có thai bị nghi ngờ hoặc xác nhận COVID-19 có nguy cơ nhập viện ICU cao hơn (OR=2,13; KTC 95%: 1,53 –2,95) và thông khí xâm nhập (OR=2,59; KTC 95%: 2,28–2,94). Tuổi mẹ cao, chỉ số khối cơ thể tăng, tăng huyết áp mãn tính và đái tháo đường từ trước có liên quan đến diễn tiến nặng của bệnh trong thai kỳ và sự hiện diện của các bệnh đi kèm ở mẹ là một yếu tố nguy cơ dẫn đến việc nhập viện ICU và thông khí xâm lấn [9], [10], [11]. Nghiên cứu của chúng tôi có 22 bệnh nhân hiện đang mang thai chiếm 15,2%, tất cả các thai phụ đều nhỏ hơn 40 tuổi. Ở nhóm người cao tuổi, đa số thuộc nhóm 65 – 80 tuổi chiếm 55,9%. Về giới tính, nữ giới chiếm phần lớn với 71,7%. Về nghề nghiệp, có 72,4% đối tượng nghiên cứu hiện tại đã ngừng lao động, 16,6% đối tượng hiện là nội trợ. Về tình hình sức khỏe hiện tại, 75,2% đối tượng có bệnh tim mạch, 33,8% bệnh nhân có bệnh tiêu hóa, 27,6% bệnh nhân có kèm với các bệnh nội tiết. Đây là nhóm bệnh nhân có nhiều nguy cơ mắc bệnh, tiến triển bệnh trầm trọng và tỷ lệ tử vong cao khi mắc bệnh. Do đó, hiểu rõ về đặc điểm bệnh lý của từng bệnh nhân giúp nhân viên y tế có kế hoạch điều trị cụ thể trên từng bệnh nhân, nâng cao tỷ lệ điều trị thành công.

Khảo sát về môi trường sống của bệnh nhân để có những kế hoạch hỗ trợ kịp thời hỗ trợ cho bệnh nhân sau khi khỏi bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 25,5% bệnh nhân sống trong các khu trọ. Về kinh tế gia đình của bệnh nhân, kinh tế nghèo/cận nghèo chiếm 12,4%. Có 11,7% bệnh nhân từng có người nhà mắc COVID-19.

Kiến thức về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19. Việc tuân thủ dùng thuốc ở các bệnh nhân có bệnh mạn tính là việc vô cùng quan trọng. Không tuân thủ dùng thuốc là nguyên nhân hàng đầu khiến cho bệnh nhân không đạt được huyết áp mục tiêu hay đường huyết mục tiêu. Cũng có nghĩa rằng, nguy cơ bệnh nhân gặp phải các biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ hay nhập viện sẽ tăng lên. Bài tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Krass và cộng sự (2015) từ 27 nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc điều trị ĐTD đạt từ 38,5 đến 93,2%. Tuy nhiên, chỉ 6 trong 27 nghiên cứu (22,2%) đạt tỷ lệ tuân thủ \geq 80%. Tại Hoa Kỳ, không tuân thủ dùng thuốc là nguyên nhân dẫn đến 30 - 50% các trường hợp thất bại trong điều trị, làm tăng tỷ lệ nhập viện (10%) và tử vong (125.000 ca mỗi năm). Điều đó cho thấy tuân thủ dùng thuốc đóng vai trò

quan trọng trong việc giúp bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị và giảm nguy cơ gặp phải các biến cố bất lợi trên lâm sàng. WHO đã nhận định tuân thủ dùng thuốc là một yếu tố quyết định hiệu quả điều trị. Ngoài việc ảnh hưởng xấu đến tình trạng của bệnh nhân, việc kém tuân thủ dùng thuốc còn tác động không nhỏ đến chi phí khám chữa bệnh mà bệnh nhân phải bỏ ra, cũng như gánh nặng kinh tế do bệnh tật mà xã hội phải chịu. Nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức dùng thuốc của bệnh nhân cho thấy, có 72,4% bệnh nhân không bao giờ gặp khó khăn để nhớ dùng thuốc điều trị bệnh, 77,2% bệnh nhân không tự ngưng dùng thuốc khi cảm thấy khỏe, 73,1% bệnh nhân không tự ý ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ biết. Kiến thức về dùng thuốc khi có bệnh kèm theo của bệnh nhân, 78,6% không thấy bất tiện để nhớ dùng thuốc dù chế độ dùng thuốc phức tạp, 83,4% bệnh nhân không quên dùng thuốc dù bệnh nặng hơn và cần dùng thêm thuốc mới, 86,2% bệnh nhân không tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày.

Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên thường xuyên phát loa thông báo, tuyên truyền các kiến thức về bệnh, phòng chống lây nhiễm chéo trong môi trường bệnh viện đã mang đến những dấu hiệu tích cực, kiến thức về biện pháp phòng lây nhiễm chéo: 85,5% bệnh nhân biết đầy đủ các biện pháp rửa tay thường xuyên, mang khẩu trang, hạn chế tiếp xúc là biện pháp phòng lây nhiễm chéo trong khu cách ly. Hiểu hơn về tiêu chuẩn xác nhận khỏi bệnh giúp bệnh nhân có thêm động lực tuân thủ điều trị. Do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện chủ yếu trên đối tượng người cao tuổi nên kiến thức về tiêu chuẩn khỏi bệnh đạt tỷ lệ thấp, chỉ có khoảng 11% bệnh nhân biết về điều kiện xét nghiệm 2 lần âm tính liên tiếp được xuất viện, 71% bệnh nhân biết về sau khi xuất viện phải tự cách ly tại nhà trong 14 ngày.

Thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân COVID-19. Việc tư vấn tâm lý, động viên, hỗ trợ bệnh nhân đóng vai trò rất quan trọng trong việc điều trị bệnh. Về thái độ trong việc điều trị, 78,6% bệnh nhân giữ thái độ lạc quan, 93,8% bệnh nhân tin rằng nếu tuân thủ điều trị sẽ khỏi bệnh, 83,4% bệnh nhân đồng ý tiêm ngừa sau khi khỏi bệnh.

Khi người bệnh đã có kiến thức về phòng chống bệnh, thái độ của họ cũng sẽ được nâng cao hơn. Về hạn chế tiếp xúc với người khác sau khi xuất viện, 95,9% bệnh nhân đồng ý người thân có thể bị nhiễm bệnh nếu bệnh nhân không tự cách ly 14 ngày sau khi xuất viện, 100% bệnh

nhân đồng ý tự cách ly sau khi khỏi bệnh, 100,0% đồng ý với thực hiện đầy đủ biện pháp phòng bệnh.

Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên luôn cố gắng làm việc hết sức mình trong công tác chăm sóc sức khỏe bệnh nhân COVID-19. Các nỗ lực đó được thể hiện qua sự hài lòng của bệnh nhân về sự phục vụ tại trung tâm. Về thái độ đối với khu điều trị, 88,3% bệnh nhân hài lòng khi được cách ly và điều trị tại trung tâm y tế, 93,8% bệnh nhân hài lòng về cách điều trị của trung tâm và 90,3% bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức, thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân covid-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ có thai được điều trị tại trung tâm y tế thị xã tân uyên, tỉnh bình dương năm 2021 đạt tỉ lệ cao, chỉ có kiến thức về tiêu chuẩn xuất viện của bệnh nhân COVID-19 còn thấp chiếm tỉ lệ 11%.

KHUYẾN NGHỊ

Chính quyền địa phương và ngành Y tế cần tăng cường hơn nữa công tác tuyên truyền các kiến thức thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân covid-19 cho cộng đồng và nhóm đối tượng đích là cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. He, F., Y. Deng, and W. Li, **Coronavirus disease 2019: What we know?** J Med Virol, 2020.

92(7): p. 719-725.

- Jin, Y., et al., **Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19.** Viruses, 2020. **12**(4).
- Chen, L., et al., Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. N Engl J Med, 2020. **382**(25): p. e100.
- Favre, G., et al., 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? Lancet, 2020. **395**(10224): p. e40.
- Zhu, H., et al., Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr, 2020. **9**(1): p. 51-60.
- Schwartz, D.A., Being Pregnant during the Kivu Ebola Virus Outbreak in DR Congo: The rVSV-ZEBOV Vaccine and Its Accessibility by Mothers and Infants during Humanitarian Crises and in Conflict Areas. Vaccines (Basel), 2020. **8**(1).
- Kumar, R., et al., SARS-CoV-2 infection during pregnancy and pregnancy-related conditions: Concerns, challenges, management and mitigation strategies-a narrative review. J Infect Public Health, 2021. **14**(7): p. 863-875.
- tế, B.Y., Công thông tin về đại dịch COVID-19. URL: <https://covid19.gov.vn/>, 2021.
- Di Mascio, D., et al., Counseling in maternal-fetal medicine: SARS-CoV-2 infection in pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol, 2021. **57**(5): p. 687-697.
- Martinez-Portilla, R.J., et al., Pregnant women with SARS-CoV-2 infection are at higher risk of death and pneumonia: propensity score matched analysis of a nationwide prospective cohort (COV19Mx). Ultrasound Obstet Gynecol, 2021. **57**(2): p. 224-231.
- Allotey, J., et al., Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. Bmj, 2020. **370**: p. m3320.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG SAU PHÚC MẠC CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG

Trần Mạnh Hùng*, Nguyễn Đình Quyền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả và những kinh nghiệm ban đầu của kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 12 trường hợp viêm tụy cấp hoại tử được phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử từ 2019 đến 2022 tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: Tỉ lệ nam/nữ là 5/1, độ tuổi trung bình: 56,7, thời gian trung bình từ lúc khởi phát bệnh đến lúc mổ là 21,5 ngày, thời gian mổ trung bình 82,1 phút, bệnh

nhân mổ 1 lần là 83,4%, phải mổ 2 lần là 16,6%. Số trường hợp can thiệp vào cả hai bên là 6 bệnh nhân (50%), Can thiệp bên trái là 5 (41,7%), bên phải; là 1(8,3%). Tỉ lệ tử vong là 8,3%, tỉ lệ biến chứng là 16,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật đường sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử để điều trị viêm tụy hoại tử là phương pháp ít xâm hại. Kỹ thuật nên được chỉ định vào tuần thứ 3 từ khi khởi phát bệnh, là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, viêm tụy hoại tử, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật ít xâm hại, phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ.

SUMMARY

RESULTS OF RETROPERITONEAL SURGERY WITH LAPAROSCOPIC ASSISTED TO TREAT NECROTIZING PANCREATITIS

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022
Ngày duyệt bài: 5.5.2022

Aims: to evaluate the results and initial experiences of the technique. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study of 12 cases of acute necrotizing pancreatitis who underwent retroperitoneal surgery with laparoscopic assisted to remove necrotic tissue from 2019 to 2022 at the General Surgery Department, Bach Mai Hospital. **Results:** Male/female ratio was 5/1, average age: 56.7, mean time from disease onset to surgery was 21.5 days, average surgery time was 82.1 minutes, patients with 1 time surgery is 83.4%, 2 times surgery is 16.6%. The number of intervention cases on both sides is 6 patients (50%), Left intervention is 5 (41.7%), right side is 1 (8.3%) mortality rate: 8.3 %, complication rate is: 16.7%. **Conclusion:** Retroperitoneal surgery with laparoscopic assisted to remove necrotic tissue is minimally invasive surgery. It should be indicated in the 3rd week from the onset of the disease, is a safe and effective method with a high success rate, low complications and mortality rate.

Keywords: acute pancreatitis, necrotizing pancreatitis, laparoscopic, minimally invasive surgery, retroperitoneal surgery with laparoscopic assisted.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là bệnh lý phổ biến hàng thứ 3 trong các bệnh lý đường tiêu hóa. Tại Mỹ, mỗi năm có hơn 275.000 bệnh nhân nhập viện vì viêm tụy cấp và tiêu tốn khoảng 2 tỷ USD. Trong đó viêm tụy cấp hoại tử chiếm khoảng 20% với tỷ lệ tử vong khoảng 8 – 39%. Nhiễm trùng thứ phát tổ chức tụy hoại tử là biến chứng nguy hiểm nhất có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng và tử vong [1], [2]. Phương pháp điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng kinh điển là mổ mở lấy tổ chức hoại tử, tuy nhiên phương pháp này có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Năm 2010 nhóm các tác giả Hà Lan đề xuất điều trị theo bước tăng dần (Step – up) bắt đầu với dẫn lưu ổ hoại tử qua da (PD - combining percutaneous drainage), lấy tổ chức hoại tử qua nội soi dạ dày xuyên thành (ETN - endoscopic transgastric necrosectomy), phẫu thuật sau phúc mạc lấy tổ chức hoại tử có nội soi hỗ trợ (VARD – Video Assitant Retroperitoneal Debridement) mang lại kết quả rất tốt, làm giảm tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong [2], [3]. Tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử cho kết quả rất khả quan. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả và những kinh nghiệm ban đầu của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 12 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng được phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử từ 2019 đến 2022.

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

Quy trình phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử

- Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên:
+ Tùy theo việc lựa chọn can thiệp vào bên trái hay phải mà đặt tư thế bệnh nhân cho phù hợp. Nếu phẫu thuật vào bên trái thì đặt bệnh nhân nghiêng sang phải sao cho lưng bệnh nhân và bàn mổ tạo một góc 30°.

+ Phẫu thuật viên chính và phụ thứ nhất đứng phía bên trái bệnh nhân, người phụ thứ hai đứng bên phải.

+ Nếu phẫu thuật bên phải thì tư thế ngược lại.

- Đường mổ và các bước lấy tổ chức hoại tử:

+Mở một đường dọc ở sườn bên dài 5- 10 cm, bắt đầu từ đầu xương sườn XI xuống phía dưới theo hướng gai chậu trước trên

+Tách dọc các cơ ở vùng này để vào khoang sau phúc mạc

+Đặt ống soi vào khoa sau phúc mạc, tiếp cận phía sau đại tràng trái và đại tràng góc lách (trước thận trái)

+ Dùng dụng cụ nội soi, panh , ống hút để lấy tổ chức hoại tử từ góc lách, tiến vào đuôi tụy, thân tụy, hậu cung mạc nối (chú ý động mạch thân tạng, động mạch vị trái, động mạch lách)

+ Lấy tổ chức hoại tử, hút, bơm rửa đến khi nào thấy tổ chức lành rì máu thì dừng lại

+ Tiếp tục chuyển ống soi xuống hố chậu trái lấy tổ chức hoại tử ở rãnh đại tràng trái.

+Với đường vào ở bên phải, các bước tương tự. Chỉ chú ý tá tràng, đầu tụy, cuống gan

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu rộng rãi, để hở đường mổ và kết thúc cuộc mổ

Đánh giá kết quả

- Kết quả tốt: Sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt, không có biến chứng được ra viện

- Kết quả trung bình: bệnh nhân cần mổ lại hay có các biến chứng

- Kết quả xấu: Bệnh nhân tử vong

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

12 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng được điều trị phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2019 và 2022

Bảng 3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	1	8,3
	40 - 60	8	66,7
	≥ 60	3	25,0
Giới	Nam	10	83.3

	Nữ	2	16,7
Bệnh phổi hợp	Cao huyết áp	2	16,7
	Đái đường	1	8,3
	Xơ gan	1	8,3
Yếu tố nguy cơ	Rượu	8	66,7
	Sỏi mật	1	8,3
	Tăng triglyceride	1	8,3
BMI	≤ 18,5	1	8,3
	> 18,5	11	91,7

Nhận xét: Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hay gặp ở độ tuổi 40- 60 tuổi, tuổi trung bình 56,7 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 5/1, nguyên nhân do lạm dụng rượu bia hay gặp nhất (66,7%).

Bảng 3.2. Một số đặc điểm tổn thương

Đặc điểm tổn thương trước phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Lâm sàng	Đau bụng	12	100
	Bụng chướng, phản ứng	12	100
	Sốt 39 - 40 ^o c	9	75,0
Xét nghiệm máu	<10 G/L	0	0,0
	10-15 G/L	1	8,3
	>15 G/L	11	91,7
Dẫn lưu ổ dịch dưới siêu âm	1 dẫn lưu	1	8,3
	2 – 3 dẫn lưu	8	66,7
	Không dẫn lưu	3	25,0
Tổn thương trên CT scanner ổ bụng	Ổ hoại tử lan toả		
	Ổ hoại tử đã có vách		
	Có khí trong ổ hoại tử		
Vi khuẩn tìm thấy ở dịch hoại tử	Klebsiella Pneumoniae	5	41,7
	E.Coli	2	16,7
	Không thấy	2	16,7
Lọc máu	Có	7	58,3
	Không	5	41,7
Hỗ trợ hô hấp	Có	8	66,7
	Không	4	33,3
Hỗ trợ tim mạch	Có	7	58,3
	Không	5	41,7

Nhận xét: Đau bụng, chướng bụng là những triệu chứng lâm sàng gặp ở tất cả các trường hợp, Các biện pháp hỗ trợ trong điều trị là lọc máu, hô hấp và tim mạch. Vi khuẩn tìm thấy trong dịch hoại tử hay gặp là Klebsiella Pneumoniae.

Bảng 3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Thời gian từ khi bị bệnh đến khi phẫu thuật	20 ngày	1	8,3
	21-30 ngày	10	83,4
	>30 ngày	1	8,3
	Bên trái	5	41,7

Vị trí phẫu thuật	Bên phải	1	8,3
	Cả hai bên	6	50,0
Thời gian phẫu thuật	< 60 phút	3	25,0
	>60 phút	9	75,0
Số lần phẫu thuật	1 lần	10	83,4
	2 lần	2	16,6
	3 lần	0	0,0
Biến chứng sau phẫu thuật	Chảy máu	1	8,3
	Tiếp tục hoại tử	1	8,3
	Chuyển mổ mở	0	0,0
Tỉ lệ tử vong sau mổ		1	8,3

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phẫu thuật sau 21- 30 ngày bị bệnh (83,3%), phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử ở bên trái và cả hai bên hay được sử dụng (41,7%) và (50,0%), tỉ lệ biến chứng 25,0%.

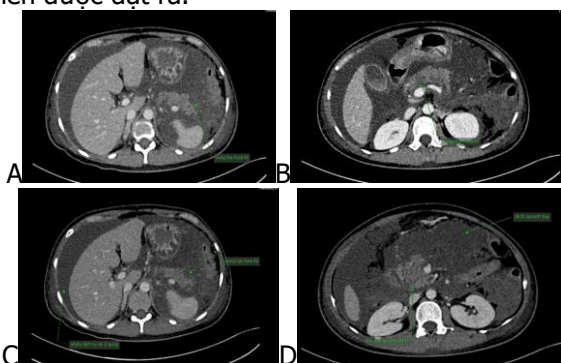
Kết quả phẫu thuật	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Tốt	8	66,7
Trung bình	3	25,0
Xấu	1	8,3

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng. Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hay gặp ở độ tuổi 40 – 60 tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56,7, nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 5/1. Nguyên nhân gây viêm tụy hoại tử nhiễm trùng chủ yếu là lạm dụng rượu bia 66,7%, chỉ có 8,3% là do sỏi mật (bảng 3.1). Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được điều trị tại trung tâm hồi sức tích cực (ICU) vì các bệnh nhân này nặng, liên quan đến suy đa phủ tạng. Các biện pháp điều trị tích cực đã được thực hiện ở đây. Tuy nhiên diễn biến của các trường hợp này đều có xu hướng xấu đi với các biểu hiện lâm sàng là đau bụng nhiều, bụng chướng, áp lực ổ bụng tăng, sốt cao từng cơn 39 - 40^oc trong 75% các trường hợp, bạch cầu tăng cao > 15 G/L ở hầu hết các trường hợp mặc dù 9/12 trường hợp (75%) đã được dẫn lưu ổ dịch qua da dưới hướng dẫn của siêu âm từ 1 đến 3 vị trí (bảng 3.2). Chụp CT scanner ổ bụng theo dõi tiến triển của hoại tử cho thấy các ổ hoại tử lớn, lan toả, có ổ hoại tử có vách ngăn và khí, cấy dịch hoại tử thấy vi khuẩn Klebsiella Pneumoniae và E.Coli và các giải pháp hỗ trợ tích cực khác như lọc máu, hô hấp và vận mạch hỗ trợ không hề cải thiện được tình trạng nặng, đòi hỏi cần có sự can thiệp của ngoại khoa.

Trên cơ sở các kết quả chúng tôi cho rằng chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng và chỉ

định phẫu thuật khi mà các dấu hiệu tại chỗ tăng lên và các dấu hiệu toàn thân tồi đi, cụ thể là: (1) Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng lâm sàng tiến triển xấu dần mặc dù đã được điều trị tối đa ở ICU. (2) Xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu bạch cầu tăng cao, CRP, Procalcitonin tăng, hay có nhiễm khuẩn huyết. (3) Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính: Có khí trong tổ chức hoại tử tụy và quanh tụy hay ổ hoại tử lớn, lan rộng. (4) Cây dịch dẫn lưu ổ hoại tử qua da: Có kết quả dương tính với vi khuẩn. Cần chú ý rằng việc chọc hút kim nhỏ qua da để lấy dịch tổ chức hoại tử cấy khuẩn là không cần thiết. Khi có 3 trong 4 tiêu chuẩn trên thì có thể chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng và chỉ định can thiệp ngoại khoa nên được đặt ra.



Ảnh 1: Tổ chức hoại tử và dịch ổ bụng trên chụp CT scanner

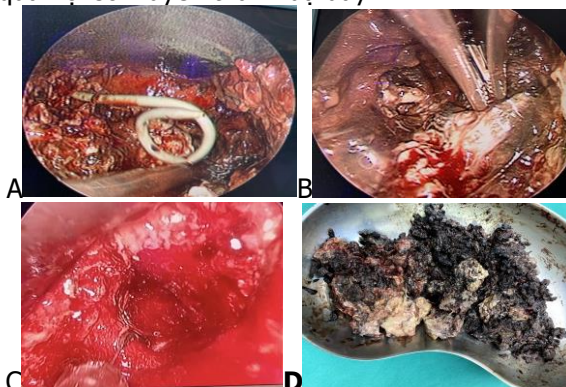
Bệnh nhân Nguyễn Thị L 45 tuổi

Chỉ định phẫu thuật và thời điểm can thiệp. Các tác giả đều thống nhất rằng việc chẩn đoán, chỉ định đúng, thời điểm can thiệp kịp thời cùng với lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp là những yếu tố quyết định kết quả điều trị. Phương pháp tiếp cận từng bước đang trở thành một lựa chọn điều trị cho viêm tụy cấp hoại tử thay vì phẫu thuật sớm và lấy tổ chức hoại tử ở tuần thứ 3 – 4 kể từ khi bệnh khởi phát trong điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng cho kết quả tốt hơn so với can thiệp ở giai đoạn sớm vì nhiễm trùng rất ít gặp ở tuần đầu tiên của bệnh, chủ yếu xảy ra ở cuối tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh [8],[9],[10]. Bảng 3.3 cho thấy trong số 12 bệnh nhân được phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức tụy hoại tử thì có 10 trường hợp (83,4%) có thời gian từ khi bị bệnh đến khi phẫu thuật là 20 – 30 ngày, chỉ 1 trường hợp (8,3%) dưới 20 ngày và 1 trường hợp (8,3%) trên 30 ngày. Đây là khoảng thời gian thích hợp đã được nhiều tác giả đề cập đến.

Theo Nilesh Doctor [10] lấy tổ chức sau 21 ngày có những thuận lợi sau: (1) tách biệt tổ

chức sống và tổ chức hoại tử giúp việc lấy tổ chức hoại tử thuận lợi hơn, (2) Phẫu thuật trên bệnh nhân có huyết động và toàn thân ổn định hơn, (3) giảm nguy cơ chảy máu vì chỉ lấy tổ chức hoại tử, (4) ít lấy nhầm tổ chức tổ chức tụy lành giúp giảm tỉ lệ biến chứng muộn gây suy giảm chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết, (5) giảm tỉ lệ biến chứng tại chỗ như ăn mòn mạch máu, ruột non dẫn đến chảy máu và rò tiêu hóa.

Guru Trikudanathan lại cho rằng can thiệp theo bước tăng dần sớm (trước 4 tuần) với nội soi xuyên thành dạ dày lấy và dẫn lưu ổ hoại tử không làm gia tăng thêm các biến chứng trầm trọng và tỉ lệ tử vong. Trong báo cáo của chúng tôi, không có trường hợp nào được lấy tổ chức hoại tử qua nội soi xuyên thành dạ dày vì tại bệnh viện chúng tôi chưa thực hiện được kỹ thuật này. Tuy nhiên đây không phải là kỹ thuật đơn giản, rò dạ dày đã được ghi nhận trong khoảng 1/3 các trường hợp lấy tổ chức hoại tử qua nội soi xuyên thành dạ dày.



Ảnh 2: lấy tổ chức hoại tử nhiễm trùng.

Bệnh nhân Nguyễn Thị L 45 tuổi

A. Vào ổ hoại tử ở khoang sau phúc mạc; B. Lấy tổ chức hoại tử

C. Sau khi lấy tổ chức hoại tử; D. Tổ chức hoại tử được lấy ra

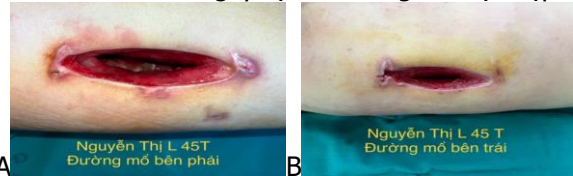
Kết quả phẫu thuật. Bảng 3.3 cũng cho thấy 6/12 (50%) trường hợp được mổ cả hai bên để lấy tổ chức hoại tử và 5/12 trường hợp (41,7%) được mổ ở bên trái để lấy tổ chức hoại tử. Như vậy bên trái và hai bên hay được sử dụng để phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử phù hợp với các đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh lý. Số lần phải phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử bao gồm 10 trường hợp (83,4%) mổ 1 lần và chỉ 2 trường hợp (16,6%) mổ 2 lần. Tuy nhiên có đến 2 bệnh nhân đã được mổ mở 1 lần và 1 bệnh nhân đã mổ mở 2 lần trước đó để lấy tổ chức hoại tử nhưng không thành công được chúng tôi phẫu

thuật sau phúc mạc lấy tổ chức hoại tử lại cho kết quả tốt. Đây chính là ưu điểm của kỹ thuật này vì nếu mổ mở lại để lấy tổ chức hoại tử sẽ hết sức khó khăn, hiệu quả thấp do sự viêm dính của lần mổ trước đó. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của chúng tôi là 16,7%, trong đó 1 trường hợp chảy máu được chèn meche cầm máu ổn định, 1 trường hợp tiếp tục hoại tử, suy đa tạng dẫn đến tử vong. Kết quả đã cho thấy đây là một kỹ thuật ít xâm hại có thể giải quyết hiệu quả cho những tổn thương nặng nề và phức tạp.

Phẫu thuật mổ mở kinh điển: trước đây được coi là tiêu chuẩn vàng điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng, Beger áp dụng đường mổ dưới sườn 2 bên hoặc đường giữa trên dưới rốn lấy tổ chức hoại tử đặt 02 dẫn lưu to để truyền rửa liên tục trung bình khoảng 8 lít nước muối sau mổ tỉ lệ tử vong tại bệnh viện là 8,4%, tỉ lệ phải mổ lại là 27% trong 24 ngày. Trong nhóm nghiên cứu này có 3 bệnh nhân đã mổ mở trước đó trong đó có 1 bệnh nhân đã mổ 2 lần. Tỷ lệ mổ lại sau phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử của chúng tôi là 25%, tương đương với tỉ lệ của Beger.

Năm 2010 nhóm các tác giả ở Hà Lan đứng đầu là Van Santvoort đã đưa ra chiến lược điều trị theo bước tăng dần gồm điều trị nội khoa, chỉ can thiệp khi có chỉ định sau khoảng 3 – 4 tuần, mở đầu là dẫn lưu ổ hoại tử qua da hoặc lấy hoại tử và dẫn lưu xuyên thành dạ dày qua nội soi. Nếu không hiệu quả thì chuyển qua mổ lấy tổ chức hoại tử sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ đã mang lại kết quả tốt, làm giảm tỉ lệ chết, biến chứng nặng, biến chứng muộn, giảm chi phí điều trị. Với việc điều trị theo bước tăng dần như vậy thì 1/3 bệnh nhân khỏi sau dẫn lưu khoang sau phúc mạc qua da mà không cần phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử [2]. Chiến lược này cũng được sự đồng thuận của nhiều tác giả [10]. Chúng tôi đang ứng dụng điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng theo hai bước là dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới hướng dẫn của siêu âm nếu không kết quả thì phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ để lấy tổ chức hoại tử. Với việc ứng dụng này, chúng tôi đã phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử ngay sau phúc mạc cho 12 trường hợp cho kết quả tốt, với thời gian phẫu thuật trung bình là 82,1 phút, sau mổ hồi phục sức khỏe nhanh, tỉ lệ biến chứng thấp (16,7%), tỉ lệ tử vong là 8,3%. Đánh giá kết quả theo mục 3.4 thì kết quả tốt là 66,7%, trung bình là 25,0% và xấu là 8,3%. Ảnh số 1 bệnh nhân số 12 của chúng tôi cho thấy tổn thương hoại tử lan rộng, dịch ổ bụng nhiều ở cả hai bên, bụng chướng căng, đau, đã được dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới hướng dẫn của siêu

âm, nhưng tình trạng bệnh nhân xấu đi với sốt cao liên tục, phải thở máy, lọc máu và vận mạch, dịch cấy ổ hoại tử có vi khuẩn. Ảnh số 2 chúng tôi đã phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ cả hai bên lấy tổ chức hoại tử và dẫn lưu rộng rãi, 3 ngày sau mổ bệnh nhân bỏ được máy thở, các dấu hiệu tốt dần lên, ăn uống trở lại, vận động đi lại tốt. Ảnh số 3, vết mổ đường sườn hai bên để hở sau 15 ngày sạch và đang liền sẹo đẹp.



Ảnh 3: Đường mổ hai bên lấy tổ chức hoại tử sau hai tuần phẫu thuật.

A. Đường mổ bên phải; B. Đường mổ bên trái

Tóm lại: Nhiễm trùng tổ chức hoại tử trong viêm tụy là biến chứng nặng, điều trị phức tạp, tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Điều trị theo bước tăng dần, trong đó phẫu thuật sau phúc mạc lấy tổ chức hoại tử có nội soi hỗ trợ được áp dụng ở những bệnh nhân không đáp ứng với dẫn lưu qua da biểu hiện tình trạng tại chỗ tăng lên và tình trạng toàn thân xấu đi.

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hay gặp ở nam giới, tuổi trung bình là 56,7 tuổi. Phẫu thuật đường sườn sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử nên được chỉ định vào tuần thứ 3 từ khi khởi phát bệnh, là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bang J. Y. et al. (2019)**, "An Endoscopic Transluminal Approach, Compared With Minimally Invasive Surgery, Reduces Complications and Costs for Patients With Necrotizing Pancreatitis", *Gastroenterology*. **156** (4), pp. 1027-1040 e1023.
2. **van Santvoort H. C. et al. (2010)**, "A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis", *N Engl J Med*. **362** (16), pp. 1491-1502.
3. **Sorrentino L. et al. (2017)**, "Combined totally mini-invasive approach in necrotizing pancreatitis: a case report and systematic literature review", *World J Emerg Surg*. **12**, pp. 16.
4. **Fagniez P. L. et al. (1989)**, "Direct retroperitoneal approach to necrosis in severe acute pancreatitis", *Br J Surg*. **76** (3), pp. 264-267.
5. **Gambiez L. P. et al. (1998)**, "Retroperitoneal approach and endoscopic management of peripancreatic necrosis collections", *Arch Surg*. **133** (1), pp. 66-72.
6. **Carter C. R. et al. (2000)**, "Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: an

- initial experience", *Ann Surg.* **232** (2), pp. 175-180.
7. **Horvath K. D. et al. (2001)**, "Laparoscopic assisted percutaneous drainage of infected pancreatic necrosis", *Surg Endosc.* **15** (7), pp. 677-682.
8. **van Santvoort H. C. et al. (2007)**, "Case-matched comparison of the retroperitoneal approach with laparotomy for necrotizing pancreatitis", *World J Surg.* **31** (8), pp. 1635-1642.
9. **Yokoe M. et al. (2015)**, "Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015", *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* **22** (6), pp. 405-432.
10. **Doctor N. et al. (2011)**, "Analysis of the delayed approach to the management of infected pancreatic necrosis", *World J Gastroenterol.* **17** (3), pp. 366-371.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH TIÊU CHẢY CHO TRẺ CỦA BÀ MẸ CÓ CON TỪ 6-24 THÁNG TUỔI TẠI XÃ MINH KHAI, HUYỆN HOÀI ĐỨC, HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng¹, Trần Hồng Trâm¹, Nguyễn Huy Bình²

TÓM TẮT

Tiêu chảy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt là ở lứa tuổi 6-24 tháng. Kiến thức và thực hành của các bà mẹ là nhân tố quyết định trong việc phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ em, đồng thời cũng làm giảm gánh nặng bệnh tật và chi phí đáng kể đối với gia đình và hệ thống y tế. Nghiên cứu được tiến hành trên 216 bà mẹ có con từ 6-24 tháng tuổi tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2015. Kết quả cho thấy: 87,5% bà mẹ trả lời đúng biểu hiện bệnh tiêu chảy, 57,4% bà mẹ nhận biết nguyên nhân gây bệnh, 28,2% bà mẹ trả lời đạt về nhận biết hậu quả bệnh tiêu chảy. Về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ, 57,4% bà mẹ trả lời đạt. Bà mẹ biết cho trẻ bú sớm sau khi sinh là 67,1%; 70,4% bà mẹ biết nên cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu, 37,5% bà mẹ trả lời cho trẻ ăn dặm lúc trên 6 tháng. 52,8% bà mẹ có thực hành đạt về phòng tiêu chảy.

Từ khóa: Phòng bệnh, tiêu chảy, kiến thức, thực hành, bà mẹ.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PREVENTING DIARRHEA IN CHILDREN OF MOTHERS WITH CHILDREN AGED 6-24 MONTHS IN MINH KHAI COMMUNE, HOAI DUC DISTRICT, HANOI

Diarrhea is one of the leading causes of death for children under 5 years old, especially between the ages of 6-24 months. Mothers' knowledge and practices are crucial in preventing diarrhea in children, while also reducing the burden of disease and significant costs on families and health systems. The

study was conducted on 216 mothers with children aged 6-24 months in Minh Khai commune, Hoai Duc district, Hanoi in 2015. The results showed that: 87.5% of mothers correctly answered diarrhea symptoms. 57.4% of mothers recognized the cause of the disease, 28.2% of the mothers answered that they knew the consequences of diarrhea. Regarding the prevention of diarrhea in children, 57.4% of mothers answered yes. Mothers who know how to breastfeed soon after birth is 67.1%; 70.4% of mothers know that babies should be exclusively breastfed in the first 6 months, 37.5% of mothers answered that babies should be fed solid foods at over 6 months. 52.8% of mothers had good practice in preventing diarrhea.

Key words: Diarrheal diseases, mothers, practice, knowledge, preventing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều thập niên gần đây, tiêu chảy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt là ở lứa tuổi 6-24 tháng. Ước tính có khoảng 1,7 tỷ trường hợp tiêu chảy mỗi năm và khoảng 760.000 trẻ em dưới 5 tuổi chết do bệnh tiêu chảy, 80% tử vong do tiêu chảy xảy ra ở lứa tuổi dưới 2 tuổi.^{1,2} Ở Việt Nam, nhiều năm trở lại đây tình hình bệnh tiêu chảy đã có nhiều cải thiện, tuy nhiên nó vẫn được đưa vào trong số 26 bệnh báo cáo thường xuyên. Tại xã Minh Khai, mặc dù chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy đã và đang được triển khai trong nhiều năm nay nhưng thời gian qua tình hình mắc bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi còn cao, năm 2014 tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy của xã là 12,5% so với toàn huyện.^{3,4} Bà mẹ là người có vai trò quan trọng trong sự phát triển sức khỏe của trẻ ngay từ lúc mang thai cho đến khi trưởng thành. Vì vậy, kiến thức và thực hành của các bà mẹ là nhân tố quyết định trong việc phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ em, đồng thời cũng làm giảm gánh nặng bệnh tật và chi phí đáng kể đối với gia đình và hệ thống y tế. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này

¹Viện Kiểm định quốc gia vắc xin và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

với mục tiêu: *Mô tả kiến thức, thực hành phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ của bà mẹ có con từ 6–24 tháng tuổi tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là bà mẹ có con từ 6 đến 24 tháng tuổi: được lựa chọn dựa trên thông tin từ danh sách các trẻ đã được lựa chọn ở trên. Trong đó, tiêu chuẩn lựa chọn là đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, có khả năng trả lời phỏng vấn và không mắc các bệnh liên quan đến tâm thần kinh, Alzheimer, mất kiểm soát hành vi. Tiêu chuẩn loại trừ là bà mẹ không phải là người trực tiếp chăm sóc trẻ (điều tra viên hỏi bà mẹ nếu không phải là người trực tiếp chăm sóc trẻ trong vòng 6 tháng trở lại đây sẽ loại trừ đối tượng) và đối tượng vắng mặt sau 3 lần tiếp cận.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2015 đến tháng 7/2015 tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội.

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

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Tính cỡ mẫu ngẫu nhiên đơn và phương pháp chọn mẫu hệ thống. Thực tế chọn được 216 bà mẹ phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu:

- Kiến thức chung về bệnh tiêu chảy: biểu hiện, nguyên nhân, đường truyền, hậu quả

- Kiến thức, thực hành của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy: nuôi con bằng sữa mẹ: thời gian cho bú sau sinh, nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu, thời điểm cai sữa cho trẻ; thời điểm bắt đầu cho trẻ ăn dặm; vệ sinh cá nhân cho trẻ; thời điểm cần rửa tay của bà mẹ; nguyên tắc chế biến, bảo quản thức ăn; nguyên tắc vệ sinh dụng cụ ăn uống của trẻ; tiêm chủng vắc xin phòng tiêu chảy; uống vitamin A phòng tiêu chảy.

2.6. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá kiến thức và thực hành: Mỗi câu trả lời đạt được 1 điểm, khi trả lời được từ 50% trở lên số điểm của câu thì được đánh giá

là đạt. Khi trả lời dưới 50% số điểm của câu là không đạt.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu:

- Công cụ thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để phỏng vấn bà mẹ về các yếu tố liên quan. Bảng kiểm thiết kế sẵn để điều tra viên điền trong lúc phỏng vấn, quan sát.

- Phương pháp: phỏng vấn trực tiếp tại hộ gia đình và quan sát bằng bảng kiểm (điều tra viên trực tiếp quan sát và tích vào bảng kiểm)

- Điều tra viên: nghiên cứu viên và 2 cán bộ y tế thôn thuộc trạm y tế xã Minh Khai. Điều tra viên được tập huấn và giám sát trước khi phỏng vấn và trong suốt quá trình thu thập số liệu.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng Epi-Data 3.0, làm sạch trước khi phân tích. Xử lý thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu trước khi trả lời và đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng có thể từ chối tham gia nghiên cứu nếu thấy không thích hợp. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu.

2.10. Hạn chế trong nghiên cứu và biện pháp khắc phục :

- Nghiên cứu chỉ tiến hành trên bà mẹ có con từ 6 – 24 tháng tuổi và trên một xã của huyện Hoài Đức nên kết quả chỉ có giá trị thực tiễn cho địa bàn nghiên cứu, không thể đại diện cho toàn huyện.

- Sai số nhớ lại của người trả lời: có thể hạn chế bằng thiết kế câu hỏi chặt chẽ, tiến hành kiểm tra chất lượng thông tin của bộ công cụ trước khi tiến hành nghiên cứu. Sau khi thử nghiệm bộ câu hỏi phải được chỉnh sửa và bổ sung cho phù hợp với nội dung nghiên cứu, tạo môi trường phỏng vấn thích hợp.

- Sai số do người thu thập số liệu: có thể khắc phục bằng tập huấn kỹ năng điều tra viên, các biến số phải được định nghĩa rõ ràng để hiểu, giám sát viên phải hiểu rõ mục đích thực hiện để tài, có kinh nghiệm thực hiện công tác điều tra và giám sát bệnh tiêu chảy. Giám sát chặt chẽ từng bước khi điều tra thu thập ở cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ

Bảng 1. Kiến thức chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy

Biến số	N	Đạt	Tỷ lệ (%)
Kiến thức của bà mẹ nhận biết biểu hiện bệnh tiêu chảy	216	189	87,5
Kiến thức bà mẹ nhận biết nguyên nhân gây tiêu chảy	216	124	57,4
Kiến thức bà mẹ nhận biết đường lây của tiêu chảy	216	198	91,7
Kiến thức bà mẹ nhận biết hậu quả của tiêu chảy	216	61	28,2

Tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng về biểu hiện bệnh tiêu chảy là đi ngoài phân lỏng bất thường từ 3 lần trở lên là khá cao 87,5%. Bà mẹ nhận biết nguyên nhân gây bệnh đúng còn thấp 57,4%. Phần lớn bà mẹ đều nhận biết đúng đường lây của tiêu chảy là qua đường tiêu hóa chiếm 91,7%. Đa số bà mẹ có kiến thức không đạt về hậu quả của bệnh tiêu chảy, chỉ có 28,2% bà mẹ có kiến thức đạt.

Bảng 2. Kiến thức của bà mẹ về nuôi con và vệ sinh phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ

Biến số	N	Đạt	Tỷ lệ (%)
Kiến thức bà mẹ về thời gian cho trẻ bú sau khi sinh tốt nhất	216	145	67,1
Kiến thức bà mẹ về thời gian cho trẻ bú hoàn toàn 6 tháng đầu	216	152	70,4
Kiến thức bà mẹ về thời gian cai sữa cho trẻ	216	43	19,9
Kiến thức bà mẹ về thời điểm cho trẻ ăn sam/ ăn dặm tốt nhất	216	81	37,5
Kiến thức của bà mẹ về vệ sinh cá nhân cho trẻ phòng tiêu chảy	216	72	33,3
Kiến thức của bà mẹ về vệ sinh bàn tay người chăm sóc phòng tiêu chảy	216	118	54,6
Kiến thức của bà mẹ về nguyên tắc chế biến thức ăn và vệ sinh dụng cụ ăn uống của trẻ	216	94	43,5

67,1% bà mẹ biết thời gian bú <1h sau khi sinh là tốt nhất. Bà mẹ hiểu biết cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu đạt là 70,4%. Về thời gian cai sữa tốt nhất cho trẻ: chỉ có 19,9% bà mẹ có kiến thức đạt. Có 37,5% bà mẹ có kiến thức đạt về thời gian cho trẻ ăn sam/ăn dặm tốt nhất. Tỷ lệ kiến thức đạt của bà mẹ về vệ sinh cá nhân phòng tiêu chảy cho trẻ còn thấp mới có 33,3%, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đạt về vệ sinh bàn tay người chăm sóc phòng tiêu chảy là 54,6%, còn kiến thức về vệ sinh dụng cụ ăn uống và chế biến thức ăn cho trẻ cũng vẫn rất thấp, chỉ 43,5% bà mẹ trả lời đạt.

Bảng 3. Kiến thức của bà mẹ về vitamin A và vắc xin phòng tiêu chảy cho trẻ

Biến số	N	Tỷ lệ (%)	
Kiến thức của bà mẹ về tiêm phòng vắc xin phòng tiêu chảy	Tiêm chủng đầy đủ theo chương trình TCMR	79	36,6
	Tiêm vắc xin sởi	87	40,3
	Uống vắc xin Rotavirut	86	39,9
Kiến thức của bà mẹ về bổ sung vitamin A phòng tiêu chảy	Có	115	53,2
	không	101	46,8

Ta thấy chỉ có 40,3% bà mẹ biết tiêm vắc xin sởi có thể phòng tiêu chảy; 39,9% bà mẹ hiểu biết uống vắc xin rotavirut có thể phòng tiêu chảy, bà mẹ biết tiêm phòng đầy đủ theo chương trình TCMR có thể phòng tiêu chảy cho trẻ chỉ chiếm 36,6%. Có 53,2% bà mẹ trả lời đạt là bổ sung vitamin A có thể phòng tiêu chảy cho trẻ.

3.2. Thực hành của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ

Bảng 4. Thực hành của bà mẹ về nuôi con và vệ sinh phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ

Biến số	N	Đạt	Tỷ lệ (%)
Thực hành cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng	216	91	42,1
Thực hành cho trẻ cai sữa	78	42	53,8
Thực hành cho trẻ ăn sam	198	76	38,3
Thực hành vệ sinh bình sữa núm vú, cốc uống sữa của trẻ	135	27	20,0
Thực hành vệ sinh cá nhân trẻ phòng tiêu chảy	216	71	32,9
Thực hành vệ sinh bàn tay người chăm sóc phòng tiêu chảy	216	75	34,7
Thực hành chế biến thức ăn phòng tiêu chảy cho trẻ	216	95	44,0

Tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 42,1%. Trong số 78 bà mẹ đã cai sữa cho trẻ chỉ có 53,8% bà mẹ thực hành đạt, cho trẻ cai sữa lúc trẻ 18-24 tháng. Có 198 trẻ đã ăn dặm thì tỷ lệ trẻ ăn dặm trên 6 tháng có 38,3%. Trong số 135 trẻ bổ sung thêm sữa ngoài chỉ có 20% bà mẹ đun sôi dụng cụ uống sữa của trẻ phòng tiêu chảy. Ta thấy có 32,9% bà mẹ thực hành đạt vệ sinh cá nhân trẻ phòng tiêu chảy, 34,7% bà mẹ thực hành đạt về vệ sinh bàn tay người chăm sóc, thực hành chế biến thức ăn phòng tiêu chảy cho trẻ có 44% bà mẹ đạt.

Bảng 5. Thực hành tiêm phòng và uống vitamin A phòng tiêu chảy

Biến số	N	Đạt	Tỷ lệ (%)
Thực hành bà mẹ uống vitamin A sau sinh	216	154	71,3
Thực hành uống VTM A của trẻ trong vòng 6 tháng	216	145	67,1
Thực hành tiêm chủng đầy đủ của trẻ	216	208	96,3

Thực hành tiêm phòng sởi của trẻ	216	143	66,2
Thực hành uống Rotavirut	216	77	35,6

Có 71,3% bà mẹ uống vitamin A sau khi sinh, 67,1% trẻ đã được uống vitamin A trong sáu tháng qua, 96,3% trẻ đã được tiêm phòng đầy đủ, 66,2% trẻ đã tiêm phòng sởi, chỉ có 35,6% trẻ được uống vắc xin Rotavirut.

Bảng 6. Tỷ lệ kiến thức, thực hành của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy

Biến số	N	Đạt	Tỷ lệ (%)
Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy	216	124	57,4
Thực hành của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy	102	114	52,8

Kiến thức phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ có 57,4% bà mẹ đạt, về thực hành phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ có 52,8% bà mẹ thực hành đạt về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức của bà mẹ về phòng và chăm sóc khi trẻ bị tiêu chảy. Kiến thức chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy. Bà mẹ biết được biểu hiện đúng của bệnh sẽ giúp chăm sóc và xử trí đúng và kịp thời. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức nhận biết bệnh tiêu chảy đúng tương đối cao 87,5%, tỷ lệ này tương đương với kết quả của nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Ngọc là 82,8% và nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh là 80,0%.^{5,6} Về hậu quả của bệnh tiêu chảy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 28,2% bà mẹ có kiến thức đạt về hậu quả của bệnh tiêu chảy.

Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy. Về kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ của bà mẹ: đánh giá kiến thức về cho trẻ bú sau khi sinh có 67,1% bà mẹ biết nên cho trẻ bú trong 1 giờ ngay sau khi sinh. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Ngọc là 79,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh là 50,6%.^{5,6} Sự khác biệt này có thể do thời gian nghiên cứu khác nhau, có thể do hoạt động truyền thông ngày càng mở rộng và do nền dân trí của đối tượng nghiên cứu khác nhau đã tác động vào kết quả nghiên cứu. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế và WHO nên cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu để có thể giúp trẻ có sức đề kháng tốt hơn, sẽ giảm tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy của trẻ.^{2,7} Kết quả của nghiên cứu này cho thấy có 70,4% bà mẹ biết nên cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Ngọc là 51,3%.⁵ Điều này có thể giải thích rằng do tác động truyền thông của về nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu những năm gần đây có hiệu quả đáng kể đã tác động lên kiến thức của các bà mẹ. WHO cũng khuyến cáo rằng thời gian ăn dặm của trẻ tốt nhất là từ 6 tháng trở lên. Việc cho ăn bổ sung quá sớm cũng không có lợi cho trẻ vì sẽ làm tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, nhất là tiêu chảy vì thức ăn bổ sung

không có yếu tố kháng khuẩn như sữa mẹ. Ngược lại, việc ăn bổ sung quá muộn thường dẫn đến trẻ bị thiếu chất, chậm lớn tăng nguy cơ mắc bệnh.^{7,8} Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bà mẹ biết thời điểm cho trẻ ăn dặm tốt nhất là trên 6 tháng còn thấp là 37,5%. Do tầm quan trọng của sữa mẹ có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển của trẻ vì vậy cả WHO và UNICEF đều khuyến nghị các bà mẹ nên cho trẻ bú kéo dài ít nhất 18-24 tháng và có thể lâu hơn, tốt nhất nên cai sữa cho trẻ khi trẻ đủ 24 tháng để làm giảm nguy cơ mắc tiêu chảy của trẻ.^{2,7} Kết quả trên cho thấy 19,9% bà mẹ trả lời đạt kiến thức về thời gian cai sữa tốt nhất để phòng tiêu chảy cho trẻ là trên 24 tháng. Kiến thức của bà mẹ vệ sinh cá nhân cho trẻ đạt chỉ có 33,3%, về vệ sinh bàn tay người chăm sóc cũng chỉ có 54,6% trả lời đạt. Một trong những cách phòng bệnh khác đó là nguyên tắc chế biến thức ăn đảm bảo vệ sinh thì chỉ có 43,5% bà mẹ có kiến thức đạt. Ngoài ra, tiêm chủng đầy đủ cho trẻ cũng là một biện pháp quan trọng giúp phòng tránh được bệnh tiêu chảy. Tuy nhiên chỉ có 36,9% bà mẹ biết rằng tiêm chủng đầy đủ có thể phòng tiêu chảy cho trẻ, 40,3% bà mẹ biết tiêm vắc xin sởi có thể phòng tiêu chảy cho trẻ và 39,9% bà mẹ biết uống vắc xin Rotavirut có thể phòng tiêu chảy. Vitamin A là một trong những biện pháp phòng ngừa quan trọng - đã được chứng minh là giảm thời gian, mức độ nghiêm trọng và các biến chứng liên quan tới tiêu chảy. Nhưng chỉ có 53,2% bà mẹ biết về phương pháp này. Nhìn chung, kiến thức của bà mẹ về phòng tiêu chảy cho trẻ chưa cao, số bà mẹ trả lời đạt chỉ có 57,4%.

Thực hành của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ. Thực hành của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ còn khá thấp, chỉ 52,8% bà mẹ thực hành đạt. Bà mẹ thực hành cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đạt chỉ chiếm 42,1%, số trẻ không được bú hoàn toàn trong 6 tháng còn khá cao 57,9%. Kết quả nghiên cứu

của chúng cho thấy chỉ có 38,3% bà mẹ cho trẻ ăn dặm sau 6 tháng. Điều này có thể do sự hiểu biết về bú hoàn toàn và cho trẻ ăn dặm của bà mẹ còn rất kém, khi được hỏi về bú hoàn toàn đa số bà mẹ đều nhầm lẫn với thời gian cai sữa cho trẻ, sau khi được giải thích về cho bú hoàn toàn các bà mẹ biết rằng cho bú hoàn toàn càng nhiều càng tốt nhưng các bà mẹ ở nghiên cứu này chủ yếu làm nông nghiệp và nghề thủ công tại nhà, rất ít bà mẹ làm công nhân viên chức vì vậy họ không có thời gian nghỉ để kéo dài, họ muốn cho trẻ ăn dặm sớm để có thể đi làm sớm hơn. Về thời gian cai sữa cho trẻ, có 53,8% bà mẹ cho trẻ cai sữa từ 18-24 tháng, có 46,2% bà mẹ cho trẻ cai sữa dưới 18 tháng. Thực hành vệ sinh bàn tay thực sự quan trọng trong việc phòng tiêu chảy. Tuy nhiên tỷ lệ thực hành về vệ sinh cá nhân bàn tay của bà mẹ còn thấp chỉ có 34,7% đạt, tỷ lệ bà mẹ thực hành vệ sinh cá nhân cho trẻ cũng còn thấy 32,9%. Việc bổ sung vi chất và phòng bệnh bằng vắc xin đã được bà mẹ thực hiện với 71,3% bà mẹ uống vitamin A sau sinh, 67,1% trẻ được uống vitamin A, tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ rất cao 96,3%, tuy nhiên trẻ được uống phòng Rotavirus thì vẫn còn rất thấp 35,6%. Tỷ lệ bà mẹ thực hành tiêm phòng và uống vitamin A khá cao do sự hoạt động tích cực của nhân viên y tế thôn bản trong việc giám sát, nhắc nhở các bà mẹ đến trạm y tế theo đúng lịch tiêm phòng. Do sự hiểu biết bà mẹ về vắc xin phòng rotavirus còn thấp cùng với giá của viên uống phòng Rotavirus khá cao vì vậy tỷ lệ trẻ được uống phòng khá thấp.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy: 87,5% bà mẹ trả lời đúng biểu hiện bệnh tiêu chảy, bà mẹ nhận biết nguyên nhân gây bệnh còn thấp 57,4%, có 28,2% bà mẹ trả lời đạt về nhận biết hậu quả bệnh tiêu chảy.

Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ: 57,4% bà mẹ trả lời đạt.

Thực hành của bà mẹ phòng tiêu chảy đạt chiếm 52,8%, còn lại 47,2% là chưa đạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Tuấn, Phạm Duy Tường. Chế độ dinh dưỡng cho trẻ 6-24 tháng tuổi bị tiêu chảy cấp tại cộng đồng. Tạp chí y học thực hành; 2002; 10:28-30.
2. Ahmed SF, Farheen A, Muzaffar A, Mattoo GM. Prevalence of Diarrhoeal Disease, its Seasonal and Age Variation in under- fives in Kashmir, India. Int J Health Sci (Qassim). Jul 2008;2(2):126-133.
3. Trung tâm y tế dự phòng huyện Hoài Đức. Báo cáo hoạt động y tế năm 2012, phương hướng nhiệm vụ năm 2013. 2013.
4. Trung tâm y tế dự phòng huyện Hoài Đức. Báo cáo hoạt động y tế năm 2013, phương hướng nhiệm vụ năm 2014. 2014.
5. Nguyễn Thị Thanh Ngọc. Kiến thức, thực hành về phòng và xử trí tiêu chảy của bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại phường Phúc Xá, Ba Đình, Hà Nội năm 2010; Tạp chí y học dự phòng; 2010; 122(4):61-67.
6. Nguyễn Quang Vinh. Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ và một số yếu tố liên quan trong phòng-xử trí bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Đắk Hà tỉnh Kon Tum. Tạp chí Y tế công cộng; 2007; 4(9):45-50.
7. Bộ Y Tế. Kế hoạch hành động vì sự sống còn của trẻ em giai đoạn 2009-2015. Nhà xuất bản Y học; 2009.
8. Phan Thị Bích Ngọc. Nghiên cứu tình hình tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghĩa An, huyện Tư Nghĩa, tỉnh Quảng Ngãi năm 2007. Tạp chí y học thực hành; 2009; 644+645(2):17-20.

NHỊP SINH HỌC HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP II

Cao Trường Sinh*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá sự biến đổi các thông số huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II để cung cấp thông tin cho quá trình điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II, 19 nam, 12 nữ, tuổi trung bình 63,71 ±6,9 năm, đồng ý

tham gia nghiên cứu. Tất cả được đo huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) với khoảng cách đo 30 phút/lần vào ban ngày từ 6 AM đến 10 PM và 60 phút/lần vào ban đêm từ 10PM đến 6 AM ngày hôm sau. **Kết quả:** Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn > 19.3 mmHg đối với huyết áp tâm thu và > 11.4 đối với huyết áp tâm trương. Tỷ lệ không trùng huyết áp ban đêm- nondipper ở mức cao đến 74.3%. Tỷ lệ quá tải huyết áp nặng ở mức cao 74.2% đối với huyết áp tâm thu và 38.7% đối với huyết áp tâm trương. Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm ở mức cao 64.5%. **Kết luận:** Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn cao, có nhiều đỉnh cao

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

trong 24h, cùng với tỷ lệ cao có vệt huyết áp sáng sớm là nguy cơ cao biến cố tim mạch. Cần phải kiểm soát tốt huyết áp và đường huyết để đề phòng các biến chứng.

SUMMARY

CIRCADIAN RHYTHM OF BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS

Aim: To evaluate the variation of 24-hour ambulatory blood pressure parameters in hypertensive patients with type II diabetes to provide information for the treatment. **Objects and methods:** 31 hypertensive patients with type II diabetes, 19 men, 12 women, mean age 63.71 ± 6.9 years, agreed to participate in the study. All were measured 24-hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) with a measuring interval every 30 minutes during the daytime from 6 AM to 10 PM and 60 minutes at nighttime from 10 PM to 6 AM the next day. **Results:** Blood pressure in hypertensive patients with type II diabetes fluctuated widely during 24h, standard deviation > 19.3 mmHg for systolic blood pressure and > 11.4 for diastolic blood pressure. The rate of nondipper was as high as 74.3%. The prevalence of severe BP overload was as high as 74.2% for systolic blood pressure and 38.7% for diastolic blood pressure. The rate of early morning surge of blood pressure was as high as 64.5%. **Conclusion:** Blood pressure in hypertensive patients with type II diabetes fluctuates a lot during in 24h, high standard deviation, multiple peaks in 24 hours, together with a high rate of early morning surge is a high risk factor of cardiovascular events. It is necessary to control well the blood pressure and glucosemia to prevent the complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu, là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế đứng sau bệnh ung thư và tim mạch. Ước tính có khoảng 1,4 tỷ người có tăng huyết áp và ít nhất 10 triệu người tử vong liên quan đến tăng huyết áp vào năm 2015 [1].

Bên cạnh tăng huyết áp, đái tháo đường là bệnh lý nội tiết chuyển hóa mang tính toàn cầu trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở các nước phát triển và được xếp vào nhóm bệnh không lây phát triển nhanh nhất thế giới [2]. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới WHO tới năm 2025 trên thế giới sẽ có khoảng 300 đến 330 triệu người mắc đái tháo đường, chiếm 5,4% dân số toàn cầu [2].

Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh ngày càng phổ biến, tiến triển có thể độc lập hoặc có mối liên quan với nhau. Tăng huyết áp là yếu tố làm tăng mức độ nặng của đái tháo đường, ngược lại đái tháo đường cũng làm cho tăng huyết áp trở nên khó điều trị hơn. [2].

Diễn biến huyết áp trong ngày của bệnh nhân

tăng huyết áp có đái tháo đường thường không ổn định, do vậy việc kiểm soát huyết áp khó đạt mục tiêu. Mặt khác một số bệnh nhân được theo dõi huyết áp hàng ngày nhưng sử dụng bằng máy đo huyết áp đồng hồ hay máy điện tử đo cổ tay chỉ đo được một số thời điểm trong ngày, không phản ánh đầy đủ diễn biến huyết áp bệnh nhân. Do vậy đo huyết áp lưu động 24 giờ ghi lại được biến đổi huyết áp trong ngày, phản ánh huyết áp đầy đủ, trung thực hơn để cung cấp thông tin cho việc dùng thuốc thích hợp nhằm kiểm soát huyết áp cho bệnh nhân cũng như giảm thiểu các biến cố nguy hiểm. Với lý do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích đánh giá sự biến đổi các thông số huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường týp II để cung cấp thông tin cho quá trình điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 31 bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường týp II, 19 nam, 12 nữ, tuổi trung bình $63,71 \pm 6,9$ năm, đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán và phân loại tăng huyết áp dựa trên khuyến cáo của Hội tăng huyết áp châu Âu 2018 và Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2017. Bệnh nhân có vòng cánh tay từ 25 cm trở lên đủ to để đeo băng quấn huyết áp. Loại trừ những bệnh nhân có tăng huyết áp cấp cứu, phình tách động mạch chủ và biến chứng cấp tính của đái tháo đường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 5/2020. Tất cả bệnh nhân được đo huyết áp lâm sàng bằng huyết áp kế thủy ngân, sau đó được giải thích thích đầy đủ về lợi ích và được đo huyết áp lưu động 24 giờ (Ambulatory Blood Pressure Monitoring-ABPM) bằng máy Suntech Oscar 2, USA với khoảng cách đo 30 phút/lần vào ban ngày từ 6 AM đến 10 PM và 60 phút /lần vào ban đêm từ 10PM đến 6 AM ngày hôm sau. Trước khi mang máy 1 ngày và trong ngày mang máy bệnh nhân không dùng thuốc hạ huyết áp và được theo dõi thường xuyên nếu xuất hiện cơn tăng huyết áp thì dùng mang máy, xử trí cấp cứu và loại khỏi nghiên cứu.

Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp trên huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) dựa trên khuyến cáo của Hội tăng Huyết áp châu Âu 2018. Huyết áp trung bình 24h: 130/80 mmHg, trung bình ban ngày: 135/85mmHg; trung bình ban đêm: 120/70mmHg đã được thiết lập trong phần mềm

phân tích huyết áp.

Các biến số nghiên cứu:

- Huyết áp tâm thu (HATT), Huyết áp tâm trương (HATTr), áp lực mạch (Pule Pressure-PP) và tần số tim: trung bình (TB) 24 giờ, TB ngày, TB đêm và từng giờ trong chu kỳ 24 giờ.

- Tỷ lệ trũng, không trũng HA ban đêm (dipper, nondipper)

+ Trũng HA ban đêm (trũng HABĐ-Dipper):

Cả 2 loại TB HATT và TB HATTr ban đêm giảm > 10% so với HA ban ngày.

+ Không trũng HABĐ (nondipper): HATT,

HATTr giảm < 10% so với HA ban ngày

- Tỷ lệ % quá tải HA: là tỷ lệ % số lần đo có HA tăng hơn giới hạn trong 24 giờ, ban ngày, ban đêm. Giá trị bình thường: < 25% [3]

- Vọt HA sáng sớm: Vọt HA sáng sớm được xác định HATT và HATTr tăng lên ít nhất 20/15mmHg tính từ HA thấp nhất trong quá trình ngủ đến trung bình 2 giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc [4]

- THA buổi sáng: HA đo trên ABPM \geq 135/85 mmHg trong giờ đầu tiên sau khi thức giấc [4].

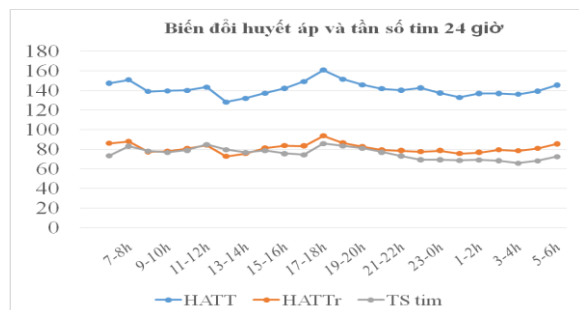
Số liệu được xử lý trên phần mềm Excel 2010 và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Biến đổi huyết áp và tần số tim theo giờ trong ngày

Bảng 1. Huyết áp và tần số tim theo giờ trong ngày

Giờ	HATT (mmHg)		HATTr (mmHg)		TS tim	
	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$
6-7h	147.35	20.96	86.00	15.20	73.61	11.84
7-8h	150.77	22.67	88.03	14.58	83.26	14.06
8-9h	138.97	21.16	77.35	11.50	78.26	10.77
9-10h	139.58	21.44	77.94	13.92	76.87	14.90
10-11h	140.10	23.46	80.81	13.19	79.13	19.12
11-12h	143.45	26.99	84.13	13.80	84.97	17.18
12-13h	128.35	21.85	72.81	11.43	79.74	14.29
13-14h	132.06	24.29	75.71	12.04	76.97	13.58
14-15h	137.29	24.29	81.45	13.81	78.84	16.21
15-16h	142.06	25.67	83.77	12.72	75.81	11.13
16-17h	149.06	20.64	83.48	14.76	74.68	9.81
17-18h	160.68	21.80	93.68	14.83	85.87	18.51
18-19h	151.42	19.33	86.74	12.75	83.55	13.80
19-20h	145.77	20.63	82.65	13.69	81.23	14.98
20-21h	141.90	21.66	79.32	14.49	77.26	14.78
21-22h	140.32	19.78	78.71	12.73	73.32	12.78
22-23h	142.68	25.04	77.65	15.89	69.48	11.28
23-0h	137.42	27.55	78.65	16.35	69.58	10.60
0-1h	132.97	20.96	75.71	12.72	68.97	10.52
1-2h	137.03	24.24	76.71	14.75	69.29	10.52
2-3h	136.90	23.27	79.55	16.47	68.65	10.63
3-4h	136.16	26.69	78.52	15.36	66.10	9.69
4-5h	139.35	23.74	80.77	16.76	68.35	9.51
5-6h	145.39	25.95	85.48	20.05	72.74	11.52



Biểu đồ 1. Biến đổi HA và TS tim 24 giờ ở người THA có ĐTĐ type 2

HA ở người THA có ĐTĐ type 2: độ lệch chuẩn đối với HATT là > 20mmHg, đối với HATTr > 11mmHg và tần số tim cũng dao động theo HA, độ lệch chuẩn TS tim > 9 lần/phút.

HA cao lên vào các thời điểm 6- 8 giờ, 17-19 giờ. HA xuống thấp vào thời điểm 12-13 giờ, bắt đầu trũng xuống từ 23 giờ, thấp nhất vào 0-1 giờ sáng sau đó tăng dần lên vào lúc 5-6 giờ.

Tần số tim diễn biến tương tự như HA, tăng lên cùng với HATT vào lúc 7-8 giờ sáng, lúc 17-19 giờ sau đó giảm dần và thấp nhất vào lúc 3-4 giờ sáng.

3.2. Tỷ lệ trứng, không trứng huyết áp ban đêm.

Bảng 2. Tỷ lệ BN có trứng, không trứng HA ban đêm chung và theo giới

Biến số	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng		p (1-2)
	n	%	n	%	n	%	
Có trứng HABĐ	7	36,8	1	8,3	8	25,8	0,086
Không trứng HABĐ	12	63,2	11	91,7	23	74,2	
Tổng	19	100	12	100	31	100	

Tỷ lệ bệnh nhân không trứng HA ban đêm chiếm tỷ lệ cao 74,2%.

Tỷ lệ bệnh nhân không trứng HABĐ ở nữ là 91,7% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân không trứng HABĐ ở nam (63,2%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

Bảng 3. Tỷ lệ có trứng, không trứng HA theo độ THA

Biến số	Tổng	Độ I		Độ II		Độ III		p(1-3)
		n	%	n	%	n	%	
Có trứng HABĐ	8	3	50,0	3	23,1	1	14,3	0,483
Không trứng HABĐ	18	3	50,0	10	76,9	6	85,7	
Tổng	26	6	100	13	100	7	100	

Tỷ lệ không giảm huyết áp ban đêm ở THA độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 85,7%. Tỷ lệ giảm, không giảm huyết áp ban đêm khác nhau giữa các độ THA.

3.3. Tỷ lệ quá tải HA

Bảng 4. Tỷ lệ phần trăm quá tải HA theo giới

Quá tải HA	Nam (1)	Nữ (2)	Tổng	P (1-2)
HATT (%)	66,58±28,53	64,83±23,39	65,90±26,26	0,860
HATTr (%)	46,16±32,08	41,17±20,57	44,23±27,91	0,602

Tỷ lệ quá tải huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 65,9% đối với HATT và 44,23% đối với HATTr, HA gần như cao thường xuyên trong ngày. Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Tỷ lệ phần trăm quá tải HA theo độ THA

Quá tải HA	Độ I	Độ II	Độ III
HATT (%)	38,17 ± 30,77	70,46 ± 22,46	77,86 ± 20,12
HATTr (%)	23,0 ± 28,5	47,62 ± 26,72	65,86 ± 22,63

Tỷ lệ quá tải huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở độ III rất cao 77,86% đối với HATT và 65,86% đối với huyết áp tâm trương.

Bảng 6. Tỷ lệ bệnh nhân quá tải HA nặng 24h

Tỷ lệ quá tải	HATT		HATTr	
	n	%	n	%
Quá tải < 50%	8	25,8	19	61,3
Quá tải ≥50%	23	74,2	12	38,7
Tổng	31	100	31	100

Tỷ lệ bệnh nhân có quá tải huyết áp nặng ≥50% chiếm tỷ lệ cao đối với HATT (74,2%) và gần 40% đối với HATTr.

3.4. Tỷ lệ vọt HA sáng sớm và THA buổi sáng

Bảng 7. Tỷ lệ vọt HA sáng sớm và THA buổi sáng

Biến số	Nam(1)		Nữ(2)		Tổng		p(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
Có vọt HASS	13	68.4	7	58.3	20	64.5	0.705
THA buổi sáng	12	63.2	4	33.3	16	51.6	0.149

Gần 2/3 số bệnh nhân THA có ĐTĐ type 2 có vọt HA sáng sớm, tỷ lệ có vọt HASS, không vọt HASS giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa (p>0,05).

Có trên 50% bệnh nhân có THA buổi sáng, tỷ lệ có THA buổi sáng, không THA buổi sáng không khác nhau giữa nam và nữ (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến đổi huyết áp và tần số tim theo thời gian trong ngày. Số liệu ở bảng 1 cho thấy: HATT và HATTr ở người THA có ĐTĐ type 2 thường xuyên > 130/80mmHg ở tất cả các giờ

trong ngày kể cả khi ngủ từ 22h đêm - 6h sáng hôm sau.

Độ lệch chuẩn (SD) tất cả các giờ đều > 20 mmHg đối với HATT và >11 mmHg với HATTr cho thấy HA dao động ở người THA có ĐTĐ type

2. Trong khi đó độ lệch chuẩn giới hạn ở người bình thường theo O'Brien là từ 10-15 mmHg cho TB HA ban ngày và 5-10 mmHg cho TB HA ban đêm ở người THA [5].

Tần số tim thường xuyên > 68 nhịp/phút ở tất cả các giờ trong ngày kể cả ban đêm từ 22h đêm - 6h sáng lúc BN ngủ. Độ lệch chuẩn tất cả các giờ đều >10 nhịp/phút cho thấy nhịp tim ở người THA có ĐTĐ type 2 dao động cùng với HA.

Biểu đồ 1 cho thấy: Huyết áp ở người THA có ĐTĐ type 2 có nhiều đỉnh cao, dao động và nhiều cơn THA trong ngày. Thời điểm 6 - 7h HA tăng lên sau đó tăng lên cao mạnh vào thời điểm 7 - 8h rồi lại hạ xuống vừa phải vào thời điểm 8-10h, tiếp đó HA giảm xuống thấp vào lúc ngủ trưa 12 - 13h, sau đó vào buổi chiều HA vọt lên nhanh cao nhất vào thời điểm 17 - 18h sau đó có giảm xuống rồi lại cao lên vào 22 - 23h, sau đó thấp dần sau 23h khi BN ngủ và thấp nhất vào thời điểm 0-1h sáng rồi lại tăng vọt lên vào sáng sớm 5 - 6h. Như vậy diễn biến HA trong ngày có 5 thời điểm cao và 2 thời điểm thấp vào lúc ngủ.

HA biến đổi theo từng thời gian, chu kỳ thức ngủ, hoạt động, trạng thái tâm lý của cơ thể. Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự tại Đại học Y khoa Huế (2003-2006) cho thấy: ở người bình thường cũng như bệnh nhân THA đơn thuần, HA thay đổi trong ngày theo từng thời điểm, cao nhất vào 9 - 11h sáng, buổi trưa từ 12 - 14h có giảm xuống (do ngủ trưa), buổi chiều lại tăng lên cao nhất vào khoảng 17 - 19h, sau đó bắt đầu giảm từ 22h và thấp nhất 1 - 3h sáng, sau đó từ 5h sáng bắt đầu tăng trở lại và bắt đầu một chu kỳ mới. Nhịp tim trong ngày cũng diễn biến tương tự như HA [6].

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Ở người THA có ĐTĐ type 2 huyết áp giống như người bình thường cũng như người THA đơn thuần là có 2 thời điểm cao giống nhau là vào 17 - 19h và 5 - 6 giờ sáng nhưng có các thời điểm tăng khác là tăng cao mạnh vào 7 - 8h sáng, ở người bình thường cũng như người THA đơn thuần huyết áp bắt đầu giảm từ 22h và thấp nhất vào 1-3h sáng nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi huyết áp lại có xu hướng tăng lên vào 22-23h sau đó mới giảm dần và thấp nhất vào 0-1 giờ.

Như vậy qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HA của người THA có ĐTĐ type 2 có nhiều đỉnh tăng huyết áp trong ngày, có nhiều biến đổi làm mất đi nhịp sinh học bình thường của huyết áp làm tăng các yếu tố nguy cơ tử vong tim mạch nói chung. Đặc điểm này làm thay đổi một số nhịp sinh học HA và sẽ được đề cập dưới đây.

4.2. Tỷ lệ có trứng, không trứng huyết áp

ban đêm. Hiện tượng trứng hay không trứng HABĐ (dipper hay non-dipper) đã được một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước đề cập.

Nghiên cứu của Narendra Hiregoudar trên 70 bệnh nhân có THA kèm ĐTĐ typ 2 qua theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ thu được kết quả 36,8% có trứng huyết áp ban đêm, tỷ lệ không trứng huyết áp ban đêm là 63,2%; tỷ lệ đảo ngược huyết áp là 11,4% [7]

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trâm Em trên 100 người bình thường và 52 người THA cho thấy, ở người bình thường tỷ lệ không trứng HABĐ là 61%; ở người THA là 63,5%. Tỷ lệ không trứng HABĐ tăng dần theo độ tuổi ở BN THA [9]

Nghiên cứu của Huỳnh Văn Cận trên 98 bệnh nhân THA nguyên phát chia làm 2 nhóm (54 bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa – nhóm 1, 44 bệnh nhân không có hội chứng chuyển hóa – nhóm 2), kết quả tỷ lệ trứng, không trứng huyết áp ban đêm ở các nhóm lần lượt là: nhóm 1: 29,6% và 63%; nhóm 2: 40,9% và 52% [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không trứng huyết áp ban đêm là 74,2%; trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân có trứng huyết áp ban đêm là 25,8%. Hai tỷ lệ này không khác biệt nhau giữa nam và nữ, giữa các độ THA. THA độ III có tỷ lệ không trứng huyết áp cao chiếm 85,7%.

4.3. Tỷ lệ quá tải huyết áp. Quá tải HA là tỷ lệ số lần đo có THA(HA trên ngưỡng) trong tổng số lần đo tự động trong 24 giờ, chu kỳ ngày, đêm. Quá tải HA là yếu tố nguy cơ tim mạch.

Ở người bình thường tỷ lệ quá tải HA <25% nghĩa là dưới 25% số lần đo có HA cao trên ngưỡng, tỷ lệ >50% là quá tải huyết áp nặng [3]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 4,5,6 cho thấy bệnh nhân bị THA có ĐTĐ typ 2 phần trăm quá tải huyết áp tâm thu là 65,9%; quá tải huyết áp tâm trương là 44,23%; tỷ lệ quá tải huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở THA độ III rất cao 77,86% đối với HATT và 65,86% đối với huyết áp tâm trương; nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có quá tải HATT nặng chiếm tỷ lệ cao 67,7%; quá tải HATT nặng chiếm 38,7%.

4.4. Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm và THA buổi sáng. Vọt huyết áp sáng sớm được xác định khi HATT và HATTtr tăng lên ít nhất 20/15 mmHg tính từ huyết áp thấp nhất trong quá trình ngủ đến trung bình huyết áp 2 giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc [4]. Tăng huyết áp buổi sáng được xác định là HA \geq 135/85 mmHg vào giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc [4]. Vọt huyết áp sáng sớm và THA buổi sáng là yếu tố nguy cơ của đột quỵ não

vào những giờ buổi sáng

Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự cho thấy: ở bệnh nhân có THA đa số có vọt huyết áp sáng sớm (57,9% - 81 bệnh nhân) và THA buổi sáng (74,3% - 104 bệnh nhân). Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm ở THA độ III cao hơn có ý nghĩa so với độ I và độ II. Tỷ lệ THA buổi sáng ở độ II và độ III cao hơn độ I [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 7 cho thấy: Gần 2/3 số bệnh nhân THA có đái tháo đường có vọt HA sáng sớm, trong đó nam chiếm 41,9%; nữ chiếm 22,6%; sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường tít II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn cao, có nhiều đỉnh cao trong 24h; cùng với tỷ lệ cao có vọt huyết áp sáng sớm là nguy cơ cao biến cố tim mạch. Cần phải kiểm soát tốt huyết áp và đường huyết để đề phòng các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas Ungera, Claudio Borghib et al (2020)** International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines, Journal of Hypertension, 38:982-1004, Number 6, June 2020.
2. **Tạ Văn Bình (2007)**, Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, NXB Y

học, Hà Nội,, 523-568.

3. **Niels Gobin et al (2012)**, "Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures", Forum Medical Suisse. 12, 600-607.
4. **Iqbal. P and Louise Stevenson (2011)**, "Cardiovascular Outcomes in patients with normal and abnormal 24-hour ambulatory blood pressure monitoring", International Journal of Hypertension, Volum 2011: 1-4
5. **Eoin O' Brien ((2007))**, "Is the Case for ABPM as a Routine Investigation in Clinical Practice Not Overwhelming?", Hypertension, . 50, 284- 286.
6. **Huỳnh Văn Minh, Cao Trường Sinh (2015)**, Theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ từ nguyên lí đến thực hành, NXB đại học Huế.
7. **Narendra Hiregoudar và cs (2017)**, "Study on ambulatory blood pressure monitoring in type 2 diabetic patients with hypertension", Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare. 4, 2507-2510.
8. **Stevanovic A1 và Dekleva M2 (2017)**, "The importance of subclinical left ventricular dysfunction and blood pressure pattern in asymptomatic type-2 diabetic patients: the diagnostic and prognostic significance of Tissue Doppler parameters, left ventricular global longitudinal strain, and nighttime blood pressure during sleep.", J Diabetes Complications.
9. **Nguyễn Hữu Trâm Em ((2003))**, "Sử dụng kỹ thuật theo dõi HA 24h trong bệnh lý huyết áp", Thời sự Y dược học, 21- 24.
10. **Huỳnh Văn Căn**, Nguyễn Đức Công (2011), "Nghiên cứu sự biến đổi huyết áp 24 giờ bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có hội chứng chuyển hóa", Y Học TP. Hồ Chí Minh 15.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CEFAZOLIN TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Trương Thị Thanh Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả sử dụng cefazolin trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa được điều trị dự phòng cefazolin thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi là 92,7% và phẫu thuật mổ mở là 7,3%. Tất cả bệnh nhân không có nhiễm khuẩn vết mổ trong 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật. Chi phí

điều trị kháng sinh trung bình/ bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh dự phòng và điều trị là 287,712 đồng và chi dự phòng là 103,905 đồng. **Kết luận:** Không có bệnh nhân nào được dự phòng cefazolin nhiễm khuẩn vết mổ. Chi phí điều trị kháng sinh ở nhóm dự phòng thấp hơn 2,7 lần so với nhóm kháng sinh điều trị.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, cefazolin, phẫu thuật phụ khoa

SUMMARY

INITIAL ASSESSMENT OF CEFAZOLIN PROPHYLAXIS IN GYNECOLOGIC SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To evaluate cefazolin prophylaxis for the prevention of surgical site infection at Hanoi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of women underwent gynecological surgical procedures was

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

administered cefazolin from 1/2022 to 3/2022. **Results:** The rate of patients undergoing laparoscopic procedure was 92.7% and the rate of patients undergoing open abdominal procedure was 7.3%. All patients had no surgical site infection within 30 days of surgery. The average cost of antibiotic treatment/patient in the group using therapeutic and prophylactic antibiotics was 287,712 VND and in the prophylactic group was 103,905 VND. **Conclusions:** All patients receiving cefazolin had no surgical site infection. The cost of antibiotic treatment in the group using therapeutic antibiotics was 2.7 times higher than in the prevention group.

Keywords: Antibiotic prophylaxis, cefazolin, gynecologic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến nhất, là nguyên nhân làm tăng nguy cơ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị, là gánh nặng tài chính cho các cơ sở y tế và bản thân người bệnh [1]. Tại Việt Nam, nhiễm khuẩn vết mổ đứng thứ ba sau nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn tiết niệu. NKVM xảy ra 5% – 10% trong số khoảng 2 triệu người bệnh được phẫu thuật hàng năm. Trên 90% NKVM làm tăng gấp 2 lần thời gian nằm viện và chi phí điều trị trực tiếp [2], [3].

Một trong những can thiệp nhằm hạn chế số ca nhiễm khuẩn vết mổ là sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP). Hiệu quả của kháng sinh dự phòng đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu, trong đó nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng và cộng sự tại 8 tỉnh bệnh viện phía Bắc năm 2008 cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở các bệnh nhân không sử dụng kháng sinh dự phòng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có sử dụng kháng sinh dự phòng (OR = 1,7; p < 0,05) [4]. Trong phẫu thuật phụ khoa, đặc biệt là các phẫu thuật cắt tử cung, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc sử dụng kháng sinh dự phòng cho thấy hiệu quả rõ rệt giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực hiện gần đây ở trong nước và cả trên thế giới cho thấy việc sử dụng KSDP trong thực hành vẫn còn tồn tại nhiều bất cập do lựa chọn các kháng sinh phổ rộng, thời điểm đưa liều kháng sinh không phù hợp theo hướng dẫn, sử dụng kháng sinh dự phòng kéo dài sau phẫu thuật như một liệu trình điều trị nhiễm khuẩn [5], [6]. Thực trạng này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả dự phòng của kháng sinh, làm xuất hiện tình trạng kháng kháng sinh đồng thời làm gia tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của cả nước, hàng năm

số lượng bệnh nhân phẫu thuật sản phụ khoa tại bệnh viện lên tới hàng chục nghìn. Các Hiệp hội Sản phụ khoa cũng đưa ra hướng dẫn sử dụng kháng sinh cefazolin là loại kháng sinh được lựa chọn nhiều nhất trong phẫu thuật phụ khoa. Nghiên cứu này nhằm: *Phân tích hiệu quả của việc áp dụng cephalosporin trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được chỉ định một trong các phẫu thuật (PT) sau: PT chữa ngoài tử cung, cắt u buồng trứng, bóc u buồng trứng qua nội soi ổ bụng, PT mổ mở bóc nhân xơ đơn thuần không mất máu (số lượng nhân xơ < 4); PT mổ mở cắt tử cung bán phần.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu;
+ Bệnh nhân dị ứng với kháng sinh nhóm cephalosporin, penicilin;
+ Trong vòng 48 giờ trước phẫu thuật có sử dụng kháng sinh;

+ Trước phẫu thuật có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt > 37,5°C; bạch cầu > 10,0 G/L; hoặc có các ổ nhiễm trùng trong cơ thể);

+ Có bệnh lý khác kèm theo như: tim mạch, đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, suy thận, viêm gan, ung thư, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng; Thiếu máu (hemoglobin < 8g/dL) quá béo phì (BMI > 30 kg/m²) hoặc suy kiệt (BMI < 15 kg/m²);

+ Phẫu thuật phức tạp hay có biến chứng (mổ cũ > 2 lần, có dính, có dẫn lưu, cầm máu khó khăn, tụ máu, tổn thương cơ quan lân cận...);

+ Các trường hợp tai biến trong và sau phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa.

2.2. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập bệnh nhân: bác sĩ lựa chọn bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật phụ khoa thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ để đưa vào nghiên cứu.

Bước 2: Sử dụng phác đồ kháng sinh dự phòng cefazolin trên bệnh nhân: Phác đồ cefazolin được sử dụng để dự phòng phẫu thuật: tiêm tĩnh mạch trong vòng 30 phút trước rạch da 2g cefazolin, sau 6 giờ kể từ liều 1 tiêm nhắc lại một liều cefazolin 2g.

Bước 3: Thu thập dữ liệu:

- Trong quá trình bệnh nhân nằm viện:

+ Bệnh nhân được theo dõi tình trạng vết mổ, thân nhiệt, vùng bụng xung quanh vết mổ và các dấu hiệu ra dịch bất thường ở âm đạo

+ Nếu bệnh nhân được chẩn đoán NKVM, bác sĩ sẽ thực hiện hội chẩn và xử trí hoặc chuyển phác đồ kháng sinh điều trị.

+ Thu thập thông tin bệnh nhân vào phiếu thu thập thông tin được trình bày ở phụ lục 2.

- Sau khi bệnh nhân ra viện:

+ Sau 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật phụ khoa, theo dõi bệnh nhân bằng cách phỏng vấn qua điện thoại, bệnh nhân tái nhập viện được tra cứu trên phần mềm quản lý bệnh viện.

2.3. Xử lý số liệu. Bằng phần mềm Microsoft Excel và bằng phần mềm SPSS Statistics 23 để tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị trung bình của các biến số, kiểm chứng độ tin cậy khi so sánh các trị số trung bình bằng test T – student, Kruskal Wallis test và so sánh các tỷ lệ quan sát bằng test χ^2 . Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu đã được thông qua tại Hội đồng Y Đức và Hội đồng khoa học tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Để đánh giá hiệu quả của cefazolin làm KSDP trong phẫu thuật phụ khoa tại bệnh viện, trong

thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022 chúng tôi đã thu thập được thông tin của 220 bệnh nhân được sử dụng cefazolin làm kháng sinh dự phòng. Trong đó có 114 bệnh nhân được sử dụng đúng phác đồ kháng sinh dự phòng cefazolin, 106 bệnh nhân còn lại sau khi sử dụng cefazolin làm KSDP vẫn tiếp tục được sử dụng kháng sinh điều trị cho đến khi ra viện theo quan điểm của bác sĩ vì lo ngại về nhiễm khuẩn vết mổ.

3.1. Đặc điểm phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng cefazolin

Tỷ lệ bệnh nhân	Số bệnh nhân n,% (n= 220)
Chỉ sử dụng cefazolin dự phòng trong đó	114 (51,8%)
Phẫu thuật nội soi	114 (51,8%)
Phẫu thuật mổ mở	0 (0%)
Sử dụng cefazolin dự phòng và điều trị	106 (48,2%)
Phẫu thuật nội soi	90 (40,9%)
Phẫu thuật mổ mở	16 (7,3%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chỉ dùng cefazolin dự phòng là 51,8% và tỉ lệ dự phòng và điều trị là 48,3%. Có 16 bệnh nhân mổ mở chiếm tỷ lệ 7,3% trong đó tất cả các bệnh nhân đều sử dụng cefazolin dự phòng và điều trị.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật của hai nhóm

Đặc điểm bệnh nhân	Nhóm dùng cefazolin (N=114)	Nhóm dùng cefazolin sau đó dùng KSDT (N=90)	p
Tuổi Trung vị (tứ phân vị)	31 (27-36)	32 (27,75-36)	$p > 0,05$ ($p=0,695$)
Tiền sử PTPK			
Lần 1	99 (86,8%)	83 (92,2%)	$p > 0,05$ ($p=0,219$)
Lần 2	15 (13,2%)	7 (7,8%)	
Tình trạng bệnh nhân trước mổ theo điểm ASA, n (%)			
ASA = 1	74 (64,9%)	54 (60,0%)	$p > 0,05$ ($p=0,471$)
ASA = 2	40 (35,1%)	36 (40,0%)	
Loại phẫu thuật			
PT chữa ngoài tử cung qua nội soi ổ bụng	92 (80,7%)	58 (64,4%)	$p < 0,05$ ($p=0,009$)
PT nội soi cắt u buồng trứng	22 (19,3%)	32 (35,6%)	
Thời gian phẫu thuật Trung vị (Tứ phân vị)	30 (25-40)	30 (25-40)	$p > 0,05$ ($p=0,403$)
Bất thường trong cuộc mổ	0 (0%)	0 (0%)	$p > 0,05$
Thời gian nằm viện trước phẫu thuật	0 (0-1)	1 (0-1)	$p > 0,05$ ($p=0,095$)

Nhận xét: Các đặc điểm về tuổi số lần mổ và thời gian phẫu thuật của 2 nhóm tương đương nhau. Nhóm KSDP chủ yếu là bệnh nhân mổ nội soi chữa ngoài tử cung cao hơn nhóm kháng sinh dự phòng chuyển sang điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Hiệu quả dự phòng cefazolin trên lâm sàng

Bảng 1. Hiệu quả dự phòng cefazolin trên lâm sàng

Tiêu chí đánh giá	Nhóm dự phòng cefazolin (N=114)	Nhóm dự phòng và điều trị cefazolin KSDT(N=90)	p
Thân nhiệt, n (%)			
Không sốt	114 (100%)	90 (100%)	p > 0,05
Sốt	0 (0%)	0 (0%)	
Tình trạng vết mổ, n (%)			
Vết mổ khô	114 (100%)	90 (100%)	p > 0,05
Vết mổ ướt (bằng vết mổ thẩm dịch)	0 (0%)	0 (0%)	
Vùng bụng xung quanh vết mổ, n (%)			
Bụng cứng	114 (100%)	90 (100%)	p > 0,05
Bụng mềm	0 (0%)	0 (0%)	
Tình trạng NKVM trong thời gian nằm viện, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	p > 0,05
Không NKVM	114 (100%)	90 (100%)	
Nhiễm khuẩn vết mổ nông	0	0	
Nhiễm khuẩn vết mổ sâu	0	0	
Nhiễm khuẩn khoang cơ thể	0	0	
Nhiễm khuẩn khác	0	0	
Thời gian nằm viện (trung vị (tứ phân vị))	3 (3-4)	4 (3-5)	p < 0,05 p=0,000
Không NKVM	107 (98,2%)	87 (98,9%)	
Nghi ngờ nhiễm khuẩn vết mổ	2 (1,8%)	1 (1,1%)	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của 2 nhóm khác biệt nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ, ở cả 2 nhóm trong thời gian nằm viện đều không có NKVM hay các nhiễm khuẩn khác sau mổ. Sau mổ 30 ngày: Ở nhóm sử dụng cefazolin dự phòng chúng tôi đã không liên lạc được với 5 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân đau, chảy dịch mủ vàng tại vết mổ sau 1 tuần kể từ ngày xuất viện, hai bệnh nhân đều tự mua kháng sinh điều trị và tình trạng vết mổ ổn định, vết mổ khô, không đau sau 7 ngày dùng kháng sinh. Ở nhóm còn lại, chúng tôi đã không thể liên lạc được với 2 bệnh nhân, trong số các bệnh nhân liên lạc được (88 bệnh nhân) có 1 bệnh nhân có đau vết mổ, vết mổ sưng, chảy dịch, phải dùng kháng sinh (tự mua kháng sinh điều trị).

3.3. Hiệu quả về kinh tế

Bảng 4. Hiệu quả về kinh tế

Chi phí	Nhóm dùng Cefazolin (N=114)	Nhóm dùng cefazolin sau đó dùng KSDT(N=90)
Tổng số kháng sinh sử dụng (lọ)	468	842
Chi phí trung bình kháng sinh/1 bệnh nhân (đồng)	103,905	287,712
Chi phí trung bình	4,000	15,674

vật tư tiêu hao /1 bệnh nhân (đồng)		
-------------------------------------	--	--

Nhận xét: Chi phí kháng sinh trung bình/bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh điều trị cao gấp 2,7 lần so với nhóm sử dụng cefazolin (287,712 đồng và 103,905 đồng), chi phí vật tư tiêu hao và nhân công điều dưỡng cũng gấp 4 lần (25,674 đồng và 4,000 đồng).

IV. BÀN LUẬN

Sau khi phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Phụ Ngoại A5, bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Sau khi có kết quả khảo sát và nhận được sự đồng thuận của hội đồng khoa học về việc sử dụng cefazolin làm KSDP trên các bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa, khoa Phụ A5 cùng phòng mổ đã đồng ý để các bệnh nhân được tiêm kháng sinh dự phòng tại phòng mổ để đảm bảo thời gian tiêm trước rạch da trong vòng 60 phút, nhóm nghiên cứu đã theo dõi, thu thập số liệu và triển khai phác đồ trên bệnh nhân. Kết quả cho thấy có 2 phân nhóm bệnh nhân được hình thành: Nhóm dùng cefazolin làm KSDP, nhóm dùng cefazolin sau đó tiếp tục dùng kháng sinh điều trị.

Về kết quả so sánh hai nhóm, chúng tôi ghi nhận thấy các đặc điểm bệnh nhân trước mổ có thể ảnh hưởng tới tình trạng NKVM về sau đều

không có sự khác biệt như tuổi, tiền sử PTPK, điểm ASA ($p > 0,05$). Do thực tế tại bệnh viện, khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu dịch covid diễn biến phức tạp, bệnh nhân ít nhập viện hơn, các phẫu thuật được thực hiện trong thời gian này chủ yếu là các phẫu thuật nội soi, chỉ có 16 trường hợp bệnh nhân mổ mở thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu (chiếm tỉ lệ 7,3%). Vì phẫu thuật nội soi gần như chiếm ưu thế trong lĩnh vực phụ khoa nên chỉ có các ca mổ phức tạp, khó thời gian kéo dài và mất máu nhiều nguy cơ nhiễm trùng cao mới tiến hành mổ mở. Các bác sĩ cũng chưa hoàn toàn yên tâm về việc dùng KSDP trên các phẫu thuật mổ mở, nên những bệnh nhân phẫu thuật mổ mở đều dùng kháng sinh điều trị kéo dài. Do vậy để tương đồng đối tượng bệnh nhân giữa hai nhóm, chúng tôi tiến hành so sánh hai nhóm trên các phẫu thuật nội soi. Ở cả hai nhóm phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất. Thời gian phẫu thuật cũng như thời gian nằm viện trước mổ của hai nhóm cũng tương tự nhau. Các kết quả trên cho thấy hai nhóm khá tương đồng về đặc điểm bệnh nhân cũng như đặc điểm phẫu thuật. Hiệu quả trên lâm sàng cũng cho thấy rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ NKVM và tỉ lệ NKVM sau 30 ngày phẫu thuật của hai nhóm. Trong khi đó thời gian nằm viện của nhóm dùng KSDT kéo dài hơn so với nhóm KSDP (trung vị 4 ngày ở nhóm KSDT và 3 ngày ở nhóm KSDP, $p < 0,05$), chi phí trung bình kháng sinh cao gấp 2,7 lần và chi phí vật tư tiêu hao, nhân công điều dưỡng cũng gấp 4 lần. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Jung Mi Byun tiến hành trên 139 bệnh nhân phẫu thuật ung thư phụ khoa cũng cho thấy rằng, không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giữa nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng trong vòng 24 giờ và nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng kéo dài hơn 24 giờ (6,4% (5/79); 8,3% (5/60), $p = 0,747$), bên cạnh đó nhóm sử dụng KSDP trong vòng 24 giờ có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm dùng kéo dài ($10,8 \pm 2,7$ ngày và $11,8 \pm 52,8$ ngày; $p = 0,039$) [7]. Như vậy có thể thấy rằng việc sử dụng kéo dài kháng sinh không mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân mà còn làm gia tăng thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu dựa trên quá trình theo dõi bệnh nhân và theo dõi hồ sơ bệnh án, và khảo sát nhiễm khuẩn vết mổ của bệnh nhân trong thời gian 30

ngày sau khi ra viện. Do chỉ có thể khảo sát bằng cách gọi điện thoại để thu thập thông tin nên có thể thông tin thu thập được có độ chính xác chưa cao, đồng thời bệnh nhân sau khi ra viện tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn, có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trong thời điểm dịch covid diễn biến phức tạp, chính vì vậy chưa thực sự tiếp cận được bệnh nhân và còn phụ thuộc nhiều vào bệnh án, đồng thời do bệnh nhân e ngại về dịch bệnh cho nên lượng bệnh nhân tới khám và điều trị của khoa giảm đi dẫn đến các phẫu thuật được đưa vào nghiên cứu chưa thật sự phong phú, các phẫu thuật đưa vào áp dụng KSDP chủ yếu là các phẫu thuật nội soi.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả khi so sánh cefazolin dùng dự phòng với nhóm dùng cefazolin vừa dự phòng vừa điều trị cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong thời gian nằm viện, sau 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Nhưng giá thành kháng sinh trung bình/ bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh vừa dự phòng và điều trị cao gấp 2,7 lần so với nhóm chỉ sử dụng cefazolin dự phòng và chi phí vật tư tiêu hao và nhân công điều dưỡng cũng gấp 4 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban K. A., Minei J. P., et al. (2017)**, "American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update", *J Am Coll Surg*, 224(1), pp. 59-74.
2. **Bộ Y Tế (2012)**, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế, pp. 4-13.
3. **Phạm Thúy Trinh, Lê Thị Anh Đào (2010)**, "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), pp. 124-128.
4. **Nguyễn Việt Hùng (2010)**, "Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn vết mổ và tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân phẫu thuật tại một số bệnh viện tỉnh phía bắc 2008", *Y học thực hành*, 105(2/2010), pp. 48-52.
5. **Agodi A., Barchitta M., et al. (2015)**, "Appropriate perioperative antibiotic prophylaxis: challenges, strategies, and quality indicators", *Epidemiol Prev*, 39(4 Suppl 1), pp. 27-32.
6. **Gouvêa M., Novaes Cde O., et al. (2015)**, "Adherence to guidelines for surgical antibiotic prophylaxis: a review", *Braz J Infect Dis*, 19(5), pp. 517-24.
7. **Byun J. M., Jeong D. H. (2020)**, "Antibiotic prophylaxis for gynecologic cancer surgery", *Taiwan J Obstet Gynecol*, 59(4), pp. 514-519.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HẸP ỔNG SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Lê Hoàng Nhã*, Kiều Đình Hùng**, Nguyễn Thị Hồng Tuyền***

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ các kết quả về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và kết quả sau phẫu thuật bệnh lý hẹp ống sống tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca trên 33 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng được phẫu thuật trong năm 2020. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trước mổ, đánh giá các kích thước ống sống thắt lưng trên phim MRI, khảo sát kết quả giảm đau sau khi phẫu thuật bằng chỉ số NRS, đánh giá sự phục hồi bệnh nhân bằng chỉ số JOA lúc xuất viện, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Trong 33 trường hợp của lô nghiên cứu có 19 nam và 14 nữ. Tuổi trung bình là 58 (32-81). 81.8% bệnh nhân nhập viện vì đau lưng và đi cách hời; số ngày nằm viện trung bình là 18 ngày (8-41); kết quả lâm sàng: đau lưng (100%), đau rễ (87.9%), Lasegue (+) (90.9%), rối loạn cảm giác (78.8%), rối loạn cơ vòng (36.4%), đi cách hời (97%), teo cơ (54.5%); hình ảnh ống sống trên MRI: đường kính trước sau (9mm), đường kính ngang (7.24mm), chiều cao ngách bên (1.17mm), diện tích ống sống (0.74cm²), bề dày dây chằng vàng (3.7mm); nguyên nhân gây hẹp ống sống: thoát vị đĩa đệm (90.9%), phì đại mật khớp (84.8%), dày dây chằng vàng (97%); kết quả điều trị: thang điểm NRS: trước mổ (8.45), sau mổ (3.85), 01 tháng (2.27), 03 tháng (0.88); chỉ số JOA: trước mổ (6.15), sau mổ (10.06), 01 tháng (12.48), 03 tháng (15.21). Sự phục hồi chức năng sinh hoạt: rất tốt (48.5%), tốt (36.4%) và trung bình (15.2%). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị hẹp ống sống thắt lưng cho kết quả giảm đau sau mổ và phục hồi chức năng sinh hoạt rất tốt. **Từ khóa:** hẹp ống sống thắt lưng. **Từ viết tắt:** NRS=Numbering Rating Scale, JOA= Japanese Orthopedic Association.

SUMMARY

ASSESSMENT OF EARLY RESULTS OF LUMBAR STENOSIS SURGERY IN TRA VINH GENERAL HOSPITAL

Purpose: The study aimed to determine the percentage of clinical symptoms, imaging results and post-operative results of lumbar spinal stenosis at Tra Vinh General Hospital. **Methods:** We conducted a prospective study, describing a series of cases on 33 patients with lumbar spinal stenosis undergoing surgery in 2020. Surveying the clinical symptoms of

preoperative patients, assessing the size of the lumbar spine on MRI film, investigating post-operative pain relief results by NRS index, assessing patient recovery by JOA index at discharge, 1 month and 3 months. **Results:** In 33 cases in the study group there were 19 males and 14 females. The mean age is 58 (32-81). 81.8% of patients hospitalized for back pain and intermittent travel; the average number of days hospitalized was 18 days (8-41); clinical results: back pain (100%), root pain (87.9%), Lasegue (+) (90.9%), sensory disturbances (78.8%), sphincter disturbances (36.4%), recuperation (97%), muscle atrophy (54.5%); sizes of spinal canal on MRI: front and back diameter (9mm), transverse diameter (7.24mm), lateral spine height (1.17mm), spinal canal area (0.74cm²), golden ligament thickness (3.7mm); causes of spinal stenosis: disc herniation (90.9%), enlargement of the joint surface (84.8%), thick yellow ligament (97%); treatment results: NRS scale: before surgery (8.45), postoperative (3.85), 01 month (2.27), 03 months (0.88); JOA index: preoperative (6.15), postoperative (10.06), 01 month (12.48), 03 months (15.21). Rehabilitation: very good (48.5%), good (36.4%) and average (15.2%). **Conclusion:** Surgical treatment of lumbar spinal stenosis gives very good postoperative pain relief and rehabilitation

Keywords: Lumbar spinal stenosis

Abbreviated: NRS=Numbering Rating Scale, JOA= Japanese Orthopedic Association

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng gây chèn ép vào các dây thần kinh đi xuống dưới đến hai chân. Bệnh thường xảy ra ở người từ 60 tuổi trở lên do tình trạng thoái hóa. Tuy nhiên, bệnh có thể xuất hiện ở người trẻ tuổi, do một số nguyên nhân trong quá trình phát triển [6]. Bệnh hẹp ống sống thường gây ra các cơn đau nhức có lúc âm ỉ, có lúc dữ dội khiến người bệnh mệt mỏi, tinh thần luôn căng thẳng [8]. Điều trị ngoại khoa nhằm mục đích giải phóng chèn ép tủy và rễ thần kinh mà không gây tổn thương cấu trúc thần kinh và đảm bảo sự vững chắc của cột sống [9]. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh, phương pháp điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phẫu thuật đã được triển khai từ năm 2017. Hàng năm khoa Ngoại thần kinh tiếp nhận và phẫu thuật khoảng hơn 50 trường hợp bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng, kết quả bước đầu cho thấy rất khả quan. Tuy nhiên, hiện chưa có đề tài nghiên cứu về điều trị phẫu thuật bệnh lý này, nên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2020" với

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Nhã

Email: lehoangnhatuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

hai mục tiêu sau: Mục tiêu nghiên cứu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh?*

- *Đánh giá kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng bằng thang điểm NRS và chỉ số JOA?*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống thắt lưng; có chỉ định can thiệp phẫu thuật và không bệnh nội khoa nghiêm trọng; được phẫu thuật làm cứng và giải ép ống sống; đủ thời gian theo dõi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; không theo dõi được bệnh nhân.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện (33 trường hợp).

- **Lấy mẫu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn

Bảng 1. Kết quả nghiên cứu

Tuổi	58 (32-81)	
Giới	Nam (19)	Nữ (14)
Thời gian nằm viện	18 ngày (8-41)	
Chèn ép rễ	L2 (3%); L3 (6.1%)	L4 (57.6%); L5 (84.8%)
Tiền sử	Tư thế xấu (40%) Loãng xương (15%)	Làm việc nặng (33%) Chấn thương cột sống (12%)
Thời gian khởi phát	<12 tháng (18.2%); 25-36 tháng(39.4%) 37-48 tháng (9.1%)	13-24 tháng (27.3%) >49 tháng (6.1%)
Lý do vào viện	Đi cách hồi (81.8%); Tê chân (6.1%)	Yếu chân(3%); Rối loạn cơ vòng(9.1)
Nguyên nhân gây hẹp	Thoát vị đĩa đệm (90.9%) Dây dây chằng vàng (97%)	Phi đại mặt khớp (84.8)

- Kết quả điều trị:

+ Thời gian phẫu thuật trung bình là 168.18 phút, thời gian ngắn nhất là 80 phút, thời gian dài nhất là 240 phút.

+ Lượng máu mất trung bình là 639 ml, nhiều nhất là 1200 ml, ít nhất là 300 ml.

+ Mức độ đau trung bình của các bệnh nhân trước mổ là rất nặng (NRS = 8.45), sau mổ giảm đau còn trung bình (NRS = 3.85), sau 01 tháng nhìn chung bệnh nhân còn đau nhẹ (NRS = 2.27) và sau 03 tháng thì trung bình các bệnh nhân không còn đau nữa (NRS = 0.88).

+ Chỉ số JOA: phục hồi rất tốt (48.5%), tốt (36.4%) và trung bình (15.2%).

+ Phục hồi vận động (93.9%), phục hồi rối loạn cơ vòng (83.9%).

+ Biến chứng: nhiễm trùng (9.1%), tổn thương rễ (3%), rách màng cứng (24.2%) và bắt vít sai vị trí (12.1%).

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi và giới: Trong nghiên cứu chúng tôi độ tuổi trung bình là 58 tuổi, đây là độ tuổi mà bệnh

mẫu sẽ được giải thích người nhà ký cam đoan chấp nhận tham gia nghiên cứu. Các số liệu trong nghiên cứu sẽ được thu thập theo bảng thu thập số liệu.

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 22.0.

- **Vấn đề y đức:** Tất cả bệnh nhân đều được giải thích rõ ràng và được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu 33 trường hợp hẹp ống sống thắt lưng được phẫu thuật trong năm 2020, kết quả như sau:

- Triệu chứng lâm sàng: 87.9% đau rễ; 90,9% Lasegue (+); 78.8% rối loạn cảm giác; 36.4% rối loạn cơ vòng; 97% đi cách hồi; 54.5% teo cơ.

- Hình ảnh ống sống trên MRI: đường kính trước sau (9mm), đường kính ngang (7.24mm), chiều cao góc bên (1.17mm), diện tích ống sống (0.74cm²), bề dày dây chằng vàng (3.7mm).

nhân không còn tham gia lao động nhiều hoặc đã nghỉ hưu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi so với tác giả Peng [7] và Lê Văn Công [1] không có sự khác biệt; tuy nhiên, khi so với các tác giả Hermansen [2] và Ko and Oh [4] thì có sự khác biệt nhau có ý nghĩa. Trong nghiên cứu chúng tôi có một bệnh nhân còn khá trẻ tuổi (< 35 tuổi) nhưng đã bị hẹp ống sống, nguyên nhân chủ yếu là do thoát vị đĩa đệm. Nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ nam nhiều hơn nữ với Hermansen [2] với tỉ lệ nam là 62.3%; nhưng lại có sự khác biệt với nghiên cứu của Peng [7] và Ko and Oh [4] với tỉ lệ nam ít hơn nữ lần lượt là 46.3% và 40%.

Bảng 2. So sánh độ tuổi

Tác giả	Tuổi trung bình	n	p
Hermansen (2019)	62.50	154	0.031
Peng (2019)	58.80	41	0.710
Ko and Oh (2019)	66.24	25	0.001
Lê Văn Công (2017)	61.00	54	0.145
Chúng tôi (2020)	58.06	33	

- Lý do vào viện: Trong nghiên cứu chúng tôi, lý do vào viện của bệnh nhân chủ yếu là do nguyên nhân đau lưng kèm đi cách hồi (> 80%). Trong nghiên cứu của Peng (2019), bệnh nhân nhập viện với lý do đau lưng kèm đau chân là hơn 50% (21/41 trường hợp); hơn 70.7% bệnh nhân nhập viện vì tê chân và 34.1% bệnh nhân nhập viện vì các triệu chứng của mất vững thần kinh [7].

- Số ngày nằm viện: Kết quả số ngày nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 18.87 ngày, kết quả này có sự khác biệt với tác giả Ko and Oh (2019) với số ngày nằm viện trung bình chỉ 5.67 ngày [4]. Sự khác biệt này do nhiều nguyên nhân: do sự khác nhau về quy trình làm xét nghiệm cho bệnh nhân trước mổ, nếu bệnh nhân làm các xét nghiệm trước rồi mới nhập viện thì sẽ rút ngắn được thời gian nằm viện khá nhiều; do tình trạng vết mổ, nếu vết mổ có biến chứng thì cần nằm lại viện để điều trị thêm đặc biệt là các biến chứng nhiễm trùng.

- Triệu chứng lâm sàng: Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả các bệnh nhân nhập viện đều có triệu chứng đau lưng. Trong khi đó các nghiên cứu của Peng (2019) thì tỉ lệ bệnh nhân đau lưng là 51.2% [7], kết quả này có sự khác biệt với kết quả của chúng tôi khá lớn có thể là do sự khác biệt về tiêu chuẩn đánh giá đau lưng hoặc do số lượng mẫu hai nghiên cứu chưa tương xứng nhau. Tuy nhiên khi so sánh với tác giả Lê Văn Công (2017) chúng tôi lại thấy có sự tương đồng về triệu chứng đau lưng với 96.3% [1].

Trong nghiên cứu chúng tôi, đa phần các trường hợp chèn ép tập trung ở rễ L4 (57.6%) và rễ L5 (84.8%), đây là các rễ thần kinh nằm ở vùng thắt lưng thấp, nơi cột sống phải chịu lực tải rất lớn. Theo nghiên cứu của Ko and Oh (2019) thì tỉ lệ chèn ép rễ L5 cũng khá cao (khoảng 76%) [4], kết quả này tương đồng với nghiên cứu chúng tôi.

- Hình ảnh học: Trên phim cộng hưởng từ tư thế trục (axial) chúng tôi đo được các kết quả kích thước của ống sống bao gồm đường kính ngang, đường kính trước sau, chiều cao ngách bên, diện tích ống sống và bề dày dây chằng vàng. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Hughes (2015) [3] chúng tôi ghi nhận như sau:

Bảng 3. So sánh các kết quả đo ống sống

Tác giả	Đường kính ngang (mm)	Đường kính trước sau (mm)	Chiều cao ngách bên (mm)	Diện tích ống sống (mm)
Chúng tôi	7.24	9.0	1.17	0.47
Hughes	12.5	15.5	2.8	1.02

Các kích thước ống sống trong nghiên cứu bệnh lý hẹp ống sống của Hughes đều lớn hơn của chúng tôi, điều này có thể lý giải là do sự khác biệt nhau về hình thái học của dân số mẫu. Đường kính ống sống ngang cho biết mức độ phì đại mặt khớp hai bên như thế nào; đường kính ống sống trước sau thường nhỏ do đĩa đệm phía trước và dây dây chằng vàng ở phía sau; chiều cao ngách bên nói lên về thần kinh đi ra lỗ liên hợp có bị chèn ép hay không; quan trọng nhất vẫn là diện tích ống sống, đây là tiêu chuẩn để chẩn đoán ống sống có bị hẹp hay không. Trên phim MRI để nhận biết ống sống có bị hẹp hay không thường dựa vào diện tích của ống sống ở tầng trên hoặc dưới kế cận.

Về tầng cột sống bị hẹp, kết quả nghiên cứu chúng tôi khi so sánh với nghiên cứu của Ko and Oh (2019) [4] có sự tương đồng nhau. Tầng hẹp nhiều nhất là tầng L4L5, trong khi tầng hẹp có số lượng ít hơn ở tầng L5S1.

Bảng 4. So sánh tầng hẹp cột sống

Tác giả	L5S1	L4L5	L3L4
Chúng tôi	3%	33.3%	9%
Ko and Oh	20%	76%	4%

Tầng cột sống L4L5 là nơi chịu lực lớn của cột sống nên các bệnh lý của cột sống thường xuất hiện ở tầng này nhiều hơn so với các tầng khác của thắt lưng. Ở vùng thắt lưng ống sống thường khá rộng nên để gây ra hẹp phải xảy ra chèn ép ở nhiều hướng, và cũng vì ống sống rộng nên việc phẫu thuật tương đối dễ dàng hơn so với các tầng có tủy sống (L1L2L3) hay tầng L5S1.

- Kết quả điều trị: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 168 phút khi so sánh với các nghiên cứu của Ko and Oh (2019) [4]; Kobayashi (2019) [5], chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0.05$).

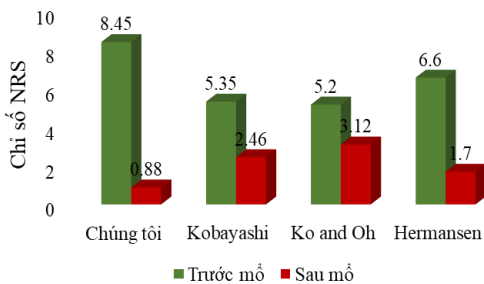
Thời gian phẫu thuật trong bệnh lý hẹp ống sống phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Các yếu tố có thể đoán trước được như số tầng hẹp nhiều (> 2 tầng) sẽ mất nhiều thời gian bóc bỏ, bắt dụng cụ cũng như giải ép và hàn xương; mặt khớp phì đại và biến dạng làm thay đổi cấu trúc giải phẫu bình thường gây khó khăn cho việc tìm điểm dùi để bắt vít vào thân sống. Một yếu tố nữa cũng ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật là việc sử dụng thành thạo các trợ cụ cho cuộc mổ, bao gồm các thiết bị dùng để định vị ốc vít và dụng cụ vi phẫu; kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng rất cần thiết để rút ngắn cuộc mổ, người mổ cần có kế hoạch rõ ràng trước phẫu thuật, bỏ qua các thì rờm rà không cần thiết cũng như xử trí được các biến chứng xảy ra trong lúc phẫu thuật.

Kết quả lượng máu mất trong nghiên cứu

chúng tôi trung bình là 639 ml, tuy nhiên đây là lượng máu được ghi nhận trong bình hút, nên sẽ bao gồm luôn phần dịch bơm rửa lúc mổ, thực tế lượng máu mất lúc mổ ít hơn so với ghi nhận. Mất máu trong lúc mổ do nhiều nguyên nhân, trong đó bao gồm cách kê tư thế lúc mổ cho bệnh nhân, thường ở tư thế nằm sấp vùng bụng bệnh nhân phải trống để làm giảm áp lực ổ bụng, tư đó làm giảm chảy máu phía sau cột sống.

Trong nghiên cứu của Kobayashi (2019) thì lượng máu mất trung bình chỉ là 60 ml [5], Tác giả cũng đưa ra một số phương pháp để hạn chế sự mất máu lúc mổ khi phẫu thuật bệnh lý hẹp ống sống. Đó là, điều chỉnh tốt huyết áp lúc mổ nằm trong khoảng 90 đến 110 mmHg; nên cầm máu xương bằng sáp cầm máu; nên vén rãnh tốt trước khi đốt các tĩnh mạch quanh màng cứng; kiểm tra kỹ lại phẫu trường trước khi quyết định đóng vết mổ.

Kết quả chỉ số phục hồi mức độ đau sau mổ so với trước mổ trong nghiên cứu chúng tôi khá tốt, điểm số NRS cải thiện từ 8.45 trước mổ giảm còn 0.88 sau mổ. Khi so sánh với kết quả của các tác giả Kobayashi (2019) [5] Ko and Oh (2019) [4] và Hermansen (2019) [2] chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng nhau có ý nghĩa.



Biểu đồ 1. So sánh chỉ số NRS

Đa phần các trường hợp phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi đều có chỉ số NRS giảm so với trước mổ, có nhiều trường hợp phục hồi gần như hoàn toàn, bệnh nhân không còn cảm thấy đau sau phẫu thuật; tuy nhiên, cũng có những trường hợp bệnh nhân chỉ giảm đau mức độ trung bình sau mổ và điều này có nhiều nguyên nhân.

- Bệnh nhân đã bị bệnh cột sống trong một khoảng thời gian dài, các rễ thần kinh đã bị chèn ép gây viêm tái đi tái lại nhiều lần làm xơ teo các sợi trục thần kinh. Cho nên dù có giải ép rễ thần kinh tốt đi nữa thì cũng rất khó phục hồi cảm giác đau tê hoặc việc phục hồi này diễn ra rất chậm, thường lớn hơn 6 tháng.

- Phẫu thuật giải ép các rễ thần kinh chưa triệt để, các phẫu thuật viên chú trọng việc giải

ép ống sống là chính chứ không quan trọng giải ép rễ hoặc chỉ giải ép đơn giản, chưa cắt hết các chồi xương chèn ép rễ hay dây chằng phì đại.

Kết quả phục hồi chức năng sinh hoạt của bệnh nhân sau mổ hẹp ống sống trong nghiên cứu chúng tôi cải thiện được 73.25%, chỉ số JOA cải thiện từ 6.15 lên 15.21. Khi so sánh với tác giả Kobayashi (2019) [5] chúng tôi nhận thấy kết quả phục hồi tương đồng nhau, với 76.8%.

Thời điểm đánh giá điểm JOA cũng quan trọng, đánh giá sau mổ càng xa thì chỉ số này càng lớn, nói lên sự phục hồi của bệnh nhân càng tốt. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian theo dõi sau mổ chỉ là 03 tháng nên còn tương đối ngắn vì chúng ta biết rễ thần kinh cần nhiều thời gian để phục hồi, thường là từ 6 tháng đến một năm.

Trong nghiên cứu chúng tôi đa phần các bệnh nhân sau mổ đều phục hồi cảm giác và vận động. Tuy nhiên cũng có 2 trường hợp không phục hồi về rối loạn cơ vòng, đây cũng là thương tổn thần kinh rất khó phục hồi. Hai bệnh nhân này đều nhập viện trong tình trạng tiểu không tự chủ, sau mổ 03 tháng cả hai bệnh nhân vẫn còn mặc tả, không có cảm giác mắc tiểu mặc dù đã giảm tê 2 chân, bệnh nhân vẫn tự di chuyển được một đoạn ngắn.

Số lượng vít được sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi nhiều nhất là 6 vít, tương ứng với phẫu thuật bệnh nhân hẹp hai tầng cột sống. Có trường hợp chúng tôi chỉ bắt 7 vít, lý do là một bên phì đại mặt khớp nhiều nên khi cúi bắt vít chúng tôi làm vỡ chân cung và không thể đặt vít đúng vào vị trí thân sống được, tuy chỉ bắt được 7 vít nhưng mức độ vững chắc của cột sống vẫn được đảm bảo.



Hình 1. Bắt vít và giải áp cột sống (trái), bắt vít kèm thay đĩa đệm (phải).

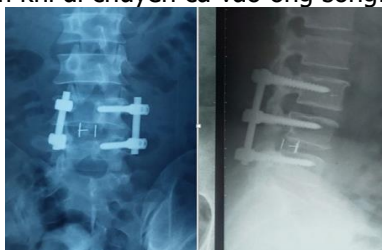
Về số lượng đĩa đệm được sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi nhiều nhất là một đĩa, có trường hợp chúng tôi chỉ mở rộng sống sống đơn thuần, chưa mặt khớp hai bên nên chúng tôi không thay đĩa đệm. Việc thay đĩa đệm nhằm mục đích giúp cho thân sống hàn dính lại với nhau sau khoảng 1 năm, vì sau thời gian này ốc vít thường sẽ bị lỏng và không còn chức năng

làm cứng cột sống nữa. Các trường hợp mở rộng ống sống đơn thuần chúng tôi kết hợp ghép xương liên mồm ngang để tăng cường khả năng hàn xương của cột sống, xương ghép thường được lấy từ chính xương của bệnh nhân khi cắt bản sống hoặc gai sau.

Về biến chứng trong lúc mổ, chúng tôi ghi nhận biến chứng nhiều nhất là việc màng tủy bị rách, đây là biến chứng rất hay gặp trong phẫu thuật hẹp ống sống do màng tủy bị chèn ép từ nhiều hướng, đặc biệt là từ dây chằng vàng ở phía sau.

Trong lô nghiên cứu chúng tôi có 4 trường hợp bắt vít sai vị trí, các dạng sai vị trí bao gồm vít không nằm trong chân cung, vít vào chân cung nhưng hướng đi trong thân sống lại bị lệch hoặc vít đi vào đĩa đệm. Nguyên nhân thường là do bệnh nhân ở tư thế nằm nếu không được kê đúng thì phẫu thuật viên đôi khi không định hướng tốt được hướng vít; thêm vào đó do tình trạng cột sống bệnh lý thường ảnh hưởng đến mặt khớp làm thay đổi các vị trí của điểm dùi. Các trường hợp bệnh nhân có loãng xương thường làm cho đầu vít trong thân sống khó được cố định vững chắc và dễ tụt vít khi bệnh nhân cúi người hay chấn thương.

Biến chứng tuột đĩa đệm vào ống sống cũng xảy ra ở 1 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân là do bệnh nhân loãng xương nặng nên khi ép vít sau khi thay đĩa không giữ được đĩa đệm, bệnh nhân sau mổ đi lại, thực hiện các động tác xoay làm ốc vít không còn giữ được vững chắc nên đĩa đệm dần tuột ra sau. Cấu trúc đĩa đệm thường có các răng một chiều nên nếu mức độ lỏng của vít không nhiều thì đĩa đệm cũng sẽ tự giới hạn ở một mức độ nhất định chứ hiếm khi di chuyển cả vào ống sống.



Hình 2. Biến chứng sai vít (trái), tuột đĩa đệm (phải)

Trong nghiên cứu chúng tôi có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân biểu hiện chảy dịch vàng từ vết mổ ở hậu phẫu ngày thứ 5, bệnh nhân không có biểu hiện sốt, tuy nhiên vết mổ đau nhiều và sờ cảm thấy tụ dịch nhiều dưới da vùng vết mổ. Bệnh nhân được chọc hút dịch hằng ngày và đổi kháng sinh liều cao sau một thời gian tình trạng nhiễm trùng ổn. Nguyên

nhân nhiễm trùng trên những bệnh nhân này có thể lý giải là do bệnh nhân bị hẹp nhiều tầng nên thời gian mổ kéo dài, thời gian phơi nhiễm của phẫu trường với môi trường bên ngoài kéo dài, kèm theo các thao tác vô trùng lúc mổ từ máy xquang hay kính vi phẫu.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một trường hợp tổn thương rễ sau phẫu thuật, bệnh nhân sau mổ tê chân nhiều hơn và yếu chân giảm khả năng đi lại hơn so với trước mổ, lý do là trong lúc thay đĩa đệm bệnh nhân được vén tủy khá căng gây ra hiện tượng nhỏ rễ thần kinh. Bệnh nhân được tư vấn, sử dụng kháng viêm kèm theo tập vận lý trị liệu 4 tuần thì sức cơ phục hồi khá, bệnh nhân hiện tại có thể tự đi lại bằng gậy.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 trường hợp hẹp ống sống được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh năm 2020, chúng tôi có kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Bệnh nhân thường nhập viện với tình trạng đau lưng kèm đi cách hồi, khám thấy các dấu hiệu của chèn ép rễ thần kinh bao gồm các rối loạn cảm giác, rối loạn vận động và rối loạn cơ vòng. Có hình ảnh các chỉ số ống sống trên MRI bao gồm các đường kính ngang, đường kính trước sau, chiều cao gác bên, bề dày dây chằng vàng. Nguyên nhân gây hẹp ống sống có ba nguyên nhân: thoát vị đĩa đệm, phì đại mặt khớp và dây chằng vàng.

2. Kết quả điều trị: Thang điểm NRS và chỉ số JOA cải thiện rất tốt sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Công (2017)**, Kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùng do thoái hóa bằng phẫu thuật giải ép kết hợp hàn xương liên thân sống tại bệnh viện quân y 121 năm 2016-2017. Bệnh viện Quân Y 121 Cần Thơ. p. tr. 50-60.
2. **Hermansen E, Myklebust T A, Austevoll I M, Rekeland F, Solberg T, Storheim K, et al. (2019)**, Clinical outcome after surgery for lumbar spinal stenosis in patients with insignificant lower extremity pain. A prospective cohort study from the Norwegian registry for spine surgery. BMC Musculoskelet Disord. 20(1): p. 36.
3. **Hughes A, Makirov S K and Osadchiv V (2015)**, Measuring spinal canal size in lumbar spinal stenosis: description of method and preliminary results. Int J Spine Surg. 9: p. 3.
4. **Ko S and Oh T (2019)**, Comparison of bilateral decompression via unilateral laminotomy and conventional laminectomy for single-level degenerative lumbar spinal stenosis regarding low back pain, functional outcome, and quality of life - A Randomized Controlled, Prospective Trial. J Orthop Surg Res. 14(1): p. 252.

5. Kobayashi Y, Ogura Y, Kitagawa T, Yonezawa Y, Takahashi Y, Yasuda A, et al. (2019), Gender Differences in Pre- and Postoperative Health-Related Quality of Life Measures in Patients Who Have Had Decompression Surgery for Lumbar Spinal Stenosis. *Asian Spine J.*
6. Lonne G, Fritzell P, Hagg O, Nordvall D, Gerdhem P, Lagerback T, et al. (2019), Lumbar spinal stenosis: comparison of surgical practice variation and clinical outcome in three national spine registries. *Spine J.* 19(1): p. 41-49.
7. Peng H, Tang G, Zhuang X, Lu S, Bai Y and Xu L (2019), Minimally invasive spine surgery decreases postoperative pain and inflammation for patients with lumbar spinal stenosis. *Exp Ther Med.* 18(4): p. 3032-3036.
8. Pennington Z, Alentado V J, Lubelski D, Alvin M D, Levin J M, Benzel E C, et al. (2019), Quality of life changes after lumbar decompression in patients with tandem spinal stenosis. *Clin Neurol Neurosurg.* 184: p. 105455.
9. Perna F, Geraci G, Mazzotti A, Stefanini N, Panciera A and Faldini C (2019), Acute Presentation of Lumbar Spinal Stenosis Due to Ossified Ligamentum Flavum: The Possible Role of Spondylolisthesis: A Case Report. *JBJS Case Connect.* 9(2): p. e0039.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ CÓ THAI CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁP ỨNG KÉM VỚI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Hoàng Quốc Huy¹, Lê Thị Hương Lan², Nguyễn Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Anh¹, Nguyễn Thị Kim Tiến¹, Nguyễn Thị Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét số lượng noãn và tỷ lệ có thai của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 trường hợp đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến 09/2021. **Kết quả và bàn luận:** Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng chủ yếu ở bệnh nhân lớn tuổi với tuổi trung bình 36,78 ± 4,95 năm và thời gian vô sinh khá dài 5,00 ± 2,87 năm. Các bệnh nhân đáp ứng kém kích thích buồng trứng thể hiện các chỉ số AMH trung bình thấp 1,04 ± 0,82 ng/ml và số nang thứ cấp ít 5,57 ± 1,48 nang. Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chứng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

Từ khóa: Đáp ứng kém, kích thích buồng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL, PARA CLINICAL FEATURES AND PREGNANCY RATE OF PATIENTS WHO RESPOND POORLY

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quốc Huy

Email: huyquochoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

TO OVARIAN STIMULATION

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and comment on the number of oocytes and the pregnancy rate of patients who have a poor ovarian response to ovarian stimulation. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 60 cases of poor response to ovarian stimulation who were examined and treated at the National Center for Assisted Reproductive Technology - National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to September 2021. **Results and discussion:** The poor response to ovarian stimulation was mainly in elderly patients with a mean age of 36,78 ± 4,95 years and a relatively long duration of infertility of 5,00 ± 2,87 years. The patients who responded poorly to ovarian stimulation exhibited a low mean AMH index of 1,04 ± 0,82 ng/ml and a low number of secondary follicles of 5,57 ± 1,48 follicles. The average number of oocytes retrieved was 5,10 ± 2,27. In which the number of MII oocytes accounted for the most with 4,23 ± 1,89. The proportion of patients who tested positive for hCG was 13,56%. The clinical pregnancy rate is 10,17%. The ongoing pregnancy rate was 8,47%. Stillbirth rate: the control group had 1 case of stillbirth, accounting for 1,67%. The biochemical pregnancy rate with 2 cases of biochemical pregnancy accounted for 3,39%.

Keywords: Poor response, ovarian stimulation, in vitro fertilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng (KTBT) chiếm từ 9%-24% các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) [1,2], được định nghĩa là số lượng noãn thu được ít trong chu kỳ TTTON, mặc dù bệnh nhân được KTBT với phác đồ chuẩn. Trường hợp này hay gặp ở những phụ nữ lớn tuổi (trên 35 tuổi), có dự trữ buồng trứng

giảm, nồng độ FSH đầu chu kỳ kinh thường tăng trên 10 UI/L và số nang thứ cấp ít. Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bóc u buồng trứng làm giảm mô lành, những người dính tiểu khung nặng hoặc bị lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng cũng là những bệnh nhân có nguy cơ đáp ứng kém. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến nay vẫn chưa có giải pháp điều trị hiệu quả và đang nhận được nhiều sự quan tâm các nhà khoa học để tìm hướng giải quyết. Hiểu rõ đặc điểm của các trường hợp đáp ứng kém với KTBT có vai trò rất quan trọng trong định hướng tìm giải pháp cá thể hóa điều trị nhằm thu được số noãn tối ưu cũng như gia tăng tỷ lệ có thai cho các cặp vợ chồng vô sinh hiếm muộn. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.

Nhận xét số lượng noãn và tỷ lệ có thai của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn được 60 bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị thực hiện IVF/ICSI, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 9/2021, tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện phụ sản Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có 2 trên 3 các tiêu chuẩn đầu và đáp ứng 3 tiêu chuẩn sau:

- Tuổi \geq 40 tuổi hoặc có bất kỳ yếu tố nguy cơ đáp ứng kém.

- Có một hoặc hai chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm thất bại sử dụng liều Gonadotropin cao (\geq 300UI trong một chu kỳ IVF/ICSI) và số nang noãn chọc hút được \leq 3.

- Nang thứ cấp (AFC) $<$ 5-7 nang hoặc Anti - Mullerian Hormone (AMH) $<$ 1,1 ng/ml.

- Tinh dịch đồ của chồng bình thường. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp xin noãn. Các trường hợp bệnh lý tuyến giáp. Các bệnh nhân suy giảm chức năng gan thận. Các bất thường cơ quan sinh dục, tiền sử can thiệp phẫu thuật buồng trứng.

Phương pháp nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Các trường hợp được xác định là đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia - Bệnh viện Phụ sản Trung

ương từ tháng 01/2021 đến 09/2021.

Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Tuổi, BMI, tiền sử IVF.
- Dự trữ buồng trứng (FSH, LH, E2, AMH và testosterone), AFC.

- Kết quả KTBT: nồng độ E2, niêm mạc tử cung, số lượng noãn chọc hút

- Số lượng phôi, tỷ lệ thụ tinh, số lượng phôi chuyển, hCG dương tính và tỷ lệ thai lâm sàng

Phân tích và xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình STATA 14.0

- Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$

- $P < 0,05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức.

- Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho cơ sở nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ phục vụ cho sức khỏe bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.

- Trung thực trong xử lý số liệu, khách quan trong thăm khám và đánh giá kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	$X \pm SD/Số$ lượng (Tỷ lệ %)
Tuổi (năm)	36,78 \pm 4,95
< 35	16 (26,67)
35 - 40	28 (46,67)
\geq 40	16 (26,67)
BMI (kg/m ²)	21,32 \pm 2,16
Thấp cân (< 18,5)	6 (10)
Bình thường (18,5 - 22,9)	40 (66,67)
Thừa cân (23,0 - 24,9)	11 (18,33)
Béo phì (\geq 25,0)	3 (5,00)
Thời gian vô sinh (năm)	5,00 \pm 2,87
\leq 5	39 (65,00)
6 - 10	15 (25,00)
\geq 10	6 (10,00)
Số chu kỳ IVF đã thực hiện	
Chưa thực hiện	53 (88,33)
1 chu kỳ	5 (8,33)
2 chu kỳ	2 (3,33)

Nhận xét: Tuổi trung bình của 3 nhóm bệnh nhân lần lượt là 36,78 \pm 4,95. Chỉ số BMI trung bình của đối tượng là 21,32 \pm 2,16 kg/m². Thời gian vô sinh trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 5,00 \pm 2,87 năm.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ±SD/Số lượng (tỷ lệ %)
Nồng độ nội tiết đầu chu kỳ kinh	
FSH (IU/L)	8,23 ± 2,25
LH (IU/L)	4,15 ± 1,74
E2 (pg/ml)	34,00 ± 9,57
AMH (ng/ml)	1,04 ± 0,82
≤ 0,5	7 (11,67)
0,5 – 1,1	31 (51,67)
≥ 1,1	22 (36,67)
Số nang thứ cấp (nang)	5,57 ± 1,48
< 3	3 (5,77)
3 – 5	12 (23,08)
6 - 7	37 (71,15)
Niêm mạc tử cung ngày tiêm hCG (mm)	10,39 ± 1,69
≤ 8	5 (8,33)
> 8	55 (91,67)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có 6-7 nang thứ cấp trong nghiên cứu cao nhất, chiếm 71,15%. Có 5,77% bệnh nhân có dưới 3 nang nang thứ cấp. Số nang thứ cấp trung bình của bệnh nhân là 5,39 ± 1,59. Nồng độ AMH trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 1,04 ± 0,82ng/ml với mức 0,5-1,1ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,67%.

Bảng 3: Số noãn thu được của đôi tượng nghiên cứu

Số noãn chọc hút được	Số lượng	Tỷ lệ
< 5	35	58,33
≥ 5	25	41,67
Tổng số	60	100%

Nhận xét: có 35 bệnh nhân chọc hút được dưới 5 noãn chiếm 58,33%.

Bảng 4: Phân loại số noãn chọc hút được của đôi tượng nghiên cứu

Phân loại	X	SD
Số noãn thu được	5,10	2,27
Số noãn MII	4,23	1,89
Số noãn MI	0,47	0,91
Số noãn GV	0,08	0,33
Số noãn thoái hóa	0,32	0,65

Nhận xét: Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89.

Bảng 5: Tỷ lệ có thai của đôi tượng nghiên cứu

Kết quả	Số lượng	Ti lệ %
Tỷ lệ hủy chu kỳ	1/60	1,67
Tỷ lệ chu kỳ có phôi chuyển	59/60	98,33
hCG dương tính	8/59	13,56
Thai lâm sàng	6/59	10,17
Thai tiến triển	5/59	8,47

Thai lưu	1/6	16,67
Thai sinh hóa	2/59	3,39
Đa thai	0/6	0

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 1 bệnh nhân hủy chu kỳ, chiếm tỷ lệ 1,67%. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chúng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu

Tuổi là một trong những yếu tố đánh giá dự trữ của buồng trứng, nhưng tuổi không phải là nguyên nhân gây vô sinh bởi vì tuổi thể hiện tình trạng sinh lý hơn là tình trạng bệnh lý³. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,78 ± 4,95. Kết quả này tương tự với tác giả Kim và cộng sự (2014)⁴, Đoàn Thị Hằng và cộng sự (2017) nghiên cứu về hiệu quả của testosterone dạng gel đối với bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng cho thấy nhóm dùng testosterone có tuổi trung bình là 38,70 ± 3,42⁵.

Chỉ số BMI không cho phép đánh giá dự trữ buồng trứng nhưng là một chỉ số khá quan trọng trong việc quyết định liều FSH ban đầu và tiên lượng đáp ứng của buồng trứng cùng với các yếu tố như tuổi, số nang thứ cấp hay Anti Mullerian Hormon. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng BMI tăng sẽ phải dùng liều FSH cao lên, tăng số ngày kích thích buồng trứng, số noãn thu được ít hơn và là thông số có giá trị để dự báo số nang noãn ≥ 14mm ngày tiêm hCG⁶.

Thời gian vô sinh của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi như sau: 53,30% bệnh nhân có thời gian vô sinh ≤ 5 năm và 65,00% bệnh nhân có thời gian vô sinh > 5 năm. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hà (2017), tại Bệnh viện phụ sản trung ương.

Số chu kỳ IVF đã thực hiện: kết quả ở bảng 1 cho thấy chủ yếu bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm lần đầu, chiếm 83,33%, tỷ lệ bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm từ lần thứ 2 là 8,33%. Đặc biệt có 3,33% bệnh nhân làm thụ tinh ống nghiệm lần thứ 3. Kết quả này tương tự như tác giả Nguyễn Việt Hà⁷ ở Bệnh viện phụ sản trung ương. Như vậy ở những bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân thực hiện IVF nhiều lần, nguyên nhân có thể do tiền sử đáp ứng kém với kích thích buồng trứng hoặc giảm

dự trữ buồng trứng làm chu kỳ IVF của bệnh nhân bị hủy hoặc không có thai.

***Đặc điểm về các chỉ số xét nghiệm và siêu âm ngày đầu chu kỳ kinh:** Các xét nghiệm định lượng nội tiết và siêu âm đầu chu kỳ kinh có vai trò rất quan trọng trong việc đánh giá dự trữ buồng trứng của người phụ nữ. Từ đó góp phần tiên lượng liều FSH cần sử dụng kích thích buồng trứng. Kết quả định lượng nội tiết AMH, FSH, LH, E2, và siêu âm đếm nang AFC của 3 nhóm nghiên cứu được tổng hợp và thể hiện ở các bảng 2. Trong đó nồng độ AMH trung bình của các đối tượng nghiên cứu thấp $1,08 \pm 0,82\text{ng/ml}$.

Số nang thứ cấp trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi là $5,57 \pm 1,48$. Số nang thứ cấp trung bình của nhóm sử dụng testosterone trong nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng và cộng sự (2017) có kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, số nang thứ cấp trung bình là $5,6 \pm 2,9$ với $p > 0,05^5$. Theo nghiên cứu của Kim và cộng sự (2014) nhóm bệnh nhân đáp ứng kém sử dụng testosterone 4 tuần có số nang thứ cấp trung bình là $4,8 \pm 1,0^4$. Như vậy số nang thứ cấp đầu chu kỳ kinh đều khá thấp ở những bệnh nhân đáp ứng kém.

4.2. Số noãn chọc hút được và tỷ lệ có thai

Số noãn chọc hút được: Một trong những mục đích của KTBV là tăng số noãn thu được. Chỉ định tiêm thuốc hCG gây trưởng thành noãn khi có ít nhất 2 nang kích thước ≥ 18 mm hoặc có 3 nang ≥ 17 mm. Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $5,10 \pm 2,27$ (bảng 4). Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với $4,23 \pm 1,89$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Balasch và cộng sự (2006) với số noãn thu được là $5,8 \pm 0,4$ noãn. Kim và cộng sự (2011) khi nghiên cứu các trường hợp đáp ứng kém, với số noãn thu được ở nhóm bệnh nhân là $3,8 \pm 1,4$ noãn⁴.

Theo bảng 4, số noãn MII trung bình của đối tượng nghiên cứu là $4,23 \pm 1,89$ noãn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Balasch và cộng sự (2006), kết quả số noãn MII thu được $4,6 \pm 0,4$ noãn [137]. Kim và cộng sự (2014) cũng thu được kết quả số noãn MII là $3,2 \pm 1,2^4$.

Kết quả có thai:

Hủy chu kỳ, bảng 5 cho thấy có 1 bệnh nhân bệnh nhân (1,67%) phải hủy chu kỳ. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng (2017) nhóm chúng có 3 trường hợp (5,5%)⁵. Kim và cộng sự (2014), kết quả nghiên cứu cho thấy có 3 bệnh

nhân ở nhóm chúng (10%) hủy chu kỳ⁴. Sự khác biệt này là do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau giữa các nghiên cứu.

hCG dương tính được xác định khi xét nghiệm có nồng độ $\beta\text{hCG} \geq 25$ IU/l vào ngày thứ 14 sau khi chuyển phôi. Theo bảng 5 tỷ lệ có hCG dương tính là 13,56%, tương đồng với kết quả của Kim và cộng sự (2011).

Thai lâm sàng được xác định là những trường hợp có túi thai trong buồng tử cung trên siêu âm đầu dò âm đạo sau chuyển phôi 4 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 6 trường hợp (10,17%). Kết quả có thai lâm sàng của chúng tôi tương đương với Kim và cộng sự (2014) có 3/30 trường hợp (10,0%)⁴. Sự tương đồng này có thể được lý giải là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu giống nhau đều là tiêu chuẩn Bologna (2011).

Thai tiền triển được xác định là những trường hợp có thai phát triển trong buồng tử cung sau 12 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (8,47%).

Thai sinh hóa được xác định là các trường hợp có nồng độ $\beta\text{hCG} \geq 25$ IU/L sau chuyển phôi 14 ngày nhưng sau đó không phát triển thành thai lâm sàng và nồng độ βhCG giảm dần. Bảng 5 cho thấy tỷ lệ thai sinh hóa ở nhóm chúng là 3,39%. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng và cộng sự (2017)⁵, tỷ lệ thai sinh hóa ở nhóm chúng là 9,6%. Sự khác biệt về kết quả thai sinh hóa giữa các nghiên cứu có thể là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân khác nhau.

Thai lưu được xác định bằng siêu âm khi có túi thai nhưng không có hoạt động của tim thai ở tuổi thai 8 tuần hoặc đã có hoạt động của tim thai sau đó không còn hoạt động của tim thai nữa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai lưu là 16,67% (bảng 5).

Đa thai được xác định khi có từ 2 túi thai trở lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đa thai ở nhóm sử dụng testosterone 4 tuần là 10,53%, ở nhóm sử dụng testosterone 6 tuần là 6,67%, ở nhóm chúng không có trường hợp đa thai nào (bảng 5). Kết quả nghiên cứu của Kim và cộng sự (2014) cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đa thai là 0% ở nhóm chúng.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.

- Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng chủ yếu ở bệnh nhân lớn tuổi với tuổi trung bình $36,78 \pm 4,95$ năm và thời gian vô sinh khá dài

5,00 ± 2,87 năm.

- Các bệnh nhân đáp ứng kém kích thích buồng trứng thể hiện các chỉ số AMH trung bình thấp 1,04 ± 0,82 ng/ml và số nang thứ cấp ít 5,57 ± 1,48 nang.

2. Số noãn chọc hút được và tỷ lệ có thai

- Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89.

- Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chúng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jeve YB, Bhandari HM.** Effective treatment protocol for poor ovarian response: A systematic review and meta-analysis. *J Hum Reprod Sci.* 2016;9(2):70-81. doi:10.4103/0974-1208.183515
2. **Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BCJM, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L.** ESHRE consensus on the definition of "poor response" to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. *Human Reproduction.* 2011; 26(7):1616-1624. doi:10.1093/humrep/der092

3. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng.** Nội tiết sinh sản nữ: cơ chế tác động và điều hòa. In: *Nội Tiết Sinh Sản.*; 2011:27-34.
4. **Kim CH, Ahn JW, Moon JW, Kim SH, Chae HD, Kang BM.** Ovarian Features after 2 Weeks, 3 Weeks and 4 Weeks Transdermal Testosterone Gel Treatment and Their Associated Effect on IVF Outcomes in Poor Responders. *Dev Reprod.* 2014; 18(3):145-152. doi:10.12717/DR.2014.18.3.145
5. **Doan HT, Quan LH, Nguyen TT.** The effectiveness of transdermal testosterone gel 1% (androgel) for poor responders undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology.* 2017; 33(12):977-979. doi:10.1080/09513590.2017.1332586
6. **Vương Thị Ngọc Lan.** Kích thích buồng trứng và các tác động lên kết quả kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. In: *Thụ Tinh Trong Ống Nghiệm.* NXB Giáo Dục Việt Nam; 2011:343-372.
7. **Nguyễn Việt Hà.** Hiệu quả của testosterone dạng gel trên các bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm giảm dự trữ buồng trứng. *Trường Đại học Y Hà Nội;* 2017.
8. **Balasz J, Fábregues F, Peñarrubia J, et al.** Pretreatment with transdermal testosterone may improve ovarian response to gonadotrophins in poor-responder IVF patients with normal basal concentrations of FSH. *Human Reproduction.* 2006;21(7):1884-1893. doi:10.1093/humrep/del052

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ SAU PHẪU THUẬT TIÊU HÓA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2021

Trần Anh Quân¹, Nguyễn Thị Tuyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021 và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu sử dụng bệnh án để thu thập các thông tin trước, trong phẫu thuật và các xét nghiệm của người bệnh. Quan sát và sử dụng bảng kiểm để đánh giá quy trình chăm sóc vết mổ của điều dưỡng. Quan sát đánh giá diễn biến vết mổ trong mỗi lần thay băng cho tới khi xuất viện, kết quả được ghi chép đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà nội năm 2021 là (1,7%). Có nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ: Người bệnh

có chỉ số đường huyết cao từ 8 mmol/l có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp 5 lần so với nhóm người bệnh có chỉ số đường huyết < 8 mmol/l. Người bệnh có Loại ASA >= III Nguy cơ NKVM nhiều gấp gần 7 lần so với nhóm ASA < III (p =0,001) . Người bệnh có chỉ số SENIC từ 2 trở lên có nguy cơ bị nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp 6 lần; sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Người già thiếu dinh dưỡng có xu hướng nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn nhóm người bệnh có chỉ số khối cơ thể bình thường hoặc thừa cân béo phì, sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Xanh Pôn năm 2021 thấp (1,7%). Có nhiều yếu tố liên quan làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật tiêu hóa như: người bệnh có chỉ số đường huyết cao, có ASA cao, chỉ số SENIC cao, người già thiếu cân.

Từ khóa: Phẫu thuật tiêu hóa, nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

SITUATION OF SURGICAL SITE INFECTION AFTER GASTROINTESTINAL SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2021

¹Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Quân

Email: anhquanxp81@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 24.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

Objectives: Describe the state of surgical site infection after gastrointestinal surgery at the Department of Gastroenterology, Transformation of Saint Paul General Hospital in 2021 and Analysis of some factors related to surgical site infection. **Object and Methods:** Descriptive research study using the patient's medical records to collect pre-, intraoperative and laboratory information of the patient. Observation and use of checklists to evaluate the surgical procedure of the patient. nursing. Observing and assessing the progress of the incision during each dressing change until discharge, the results were fully recorded in the research medical record. **Results:** The rate of postoperative wound infection at Green hospital Hanoi pontoon in 2021 is low (1.7%), compared with other studies. There are many factors associated with surgical site infection: -Patients with high glycemic index from 8mmol/l have 5 times higher risk of surgical site infection. Patients with Type ASA \geq III The risk of UTI is nearly 7 times higher than that of the ASA group $<$ III ; ($p = 0.001$) . Patients with SENIC index of 2 or higher have about 6 times the risk of surgical site infection; The difference is statistically significant.. Underweight people tend to have higher surgical site infections, but the difference is not statistically significant. **Conclusion:** The rate of surgical site infection after gastrointestinal surgery at Saint Paul hospital in 2021 is low (1.7%). There are many factors associated with an increased risk of infection after gastrointestinal surgery such as: patients with high glycemic index, high ASA, high SENIC index, thin and underweight people.

Keywords: Digestive surgery, surgical site infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là hậu quả không mong muốn thường gặp nhất và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở người bệnh được phẫu thuật trên toàn thế giới. Nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy tỉ lệ người bệnh phẫu thuật mắc nhiễm khuẩn vết mổ dao động từ 2,0% - 5,0%. Tỉ lệ này có xu hướng tăng lên ở những nước đang phát triển, nơi có hệ thống y tế chưa thật sự hoàn thiện và trang thiết bị còn nhiều hạn chế. Tại Việt Nam, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ dao động khoảng từ 5% - 15% [1], [8]. Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn trong những năm gần đây, việc kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện đang là một trong những ưu tiên hàng đầu của Bệnh viện. Vì vậy, để làm giảm nhiễm khuẩn vết mổ, việc phân tích các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ là việc làm cần thiết. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa và một số yếu tố liên quan tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021", với 2 mục tiêu cụ thể sau:

Mục tiêu 1: Mô tả tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021.

Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 7 năm 2021 gồm 578 người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB được phẫu thuật, điều trị tại BVĐK Xanh Pôn đến khi ra viện. NB đã được phẫu thuật tại BVĐK Xanh Pôn và tái nhập viện điều trị NKVM trong vòng 30 ngày tính từ ngày phẫu thuật trước đó. NB đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NB đã được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến, NB tử vong trong quá trình điều trị, NB chuyển viện trong thời gian điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Thực tế trong thời gian nghiên cứu đã thu thập được 578 người bệnh đủ điều kiện nghiên cứu.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu. Các thông tin trước và trong phẫu thuật, các xét nghiệm của người bệnh được thu thập từ bệnh án. Quy trình chăm sóc vết mổ của điều dưỡng được quan sát trực tiếp và đánh giá qua bảng kiểm.

Diễn biến vết mổ được đánh giá trong mỗi lần thay băng cho tới khi xuất viện. Các thông tin về tình trạng vết mổ sẽ được đánh giá tổng hợp vào bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu. Các số liệu được nhập liệu bằng phần mềm excel và phân tích trên phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật:

Bảng 3.1. Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa

Đặc điểm	Số NB (n= 578)	Tỉ lệ %
Nhiễm khuẩn VM	10	1,7
Không nhiễm khuẩn VM	568	98.3
Tổng số	578	100%

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật thấp chỉ chiếm 1,7%

Bảng 3.2. Diễn biến vết mổ sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n = 578)	Tỉ lệ %
Sốt		

Có	8	1.4
Không	570	98.6
Tại chỗ vết mổ		
Khô	571	98.8
Sưng, nóng, đỏ, đau và Chảy mủ từ lớp da, dưới da	4	0.7
Mủ /dịch chảy ra từ lớp cơ, toác vết mổ	1	0.2
Chảy mủ từ ống dẫn lưu hoặc từ khoang	2	0.3

Nhận xét: Triệu chứng sốt chiếm tỷ lệ cao nhất: 1,4% sau đến sưng, nóng, đỏ, đau, mủ từ lớp da, dưới da 0,7% Chảy mủ từ lớp cơ, ống dẫn lưu thấp.

3.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ:

Bảng 3.3. Liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với nhiễm khuẩn vết mổ

Chỉ số BMI	NKVM n (%)	Không NKVM n (%)	OR(95%CI) P
Gầy (< 18,5)	2 (4%)	48 (96%)	2,46 (0,46-13,54) P=0,27
Bình thường (18,5 -24,9)	5 (1.7%)	296 (98.3%)	
Thừa cân, béo phì (≥ 25)	3 (1.3%)	224 (98.7%)	3,02 (0,51-17,64) P=0,19

Nhận xét: Xu hướng ít cân hơn tỷ lệ NKVM càng cao (từ 1,3% lên 1,7% và 4%). Nguy cơ NKVM nhóm gầy so với nhóm cân bình thường cao gấp 2,46 lần và so với nhóm thừa cân béo phì gấp 3 lần. Sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

Bảng 3.4. Liên quan giữa mức đường huyết với nhiễm khuẩn vết mổ

Đường huyết	NKVM n (%)	Không NKVM n (%)	OR (95%CI) P
≥ 8 mmol/L	4 (5.7%)	66 (94.3%)	OR =5,07 (1,39-18,44) P = 0.006
< 8 mmol/L	6 (1.2%)	502 (98.8%)	

Nhận xét: Đường huyết cao liên quan rất mạnh và có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. Nhóm đường huyết cao từ 8 mmol/lít tỷ lệ NKVM 5,7% so với nhóm đường huyết dưới 8 mmol/ lít 1,2%. Nguy cơ NKVM do đường huyết cao gấp 5 lần (OR=5,07; p=0,006).

Bảng 3.5. Liên quan giữa loại ASA với nhiễm khuẩn vết mổ

Loại ASA	NKVM n (%)	Không NKVM n (%)	OR (95%CI) P
≥ III	4 (7.4%)	50 (92.6%)	OR= 6.907(1,88-25,29) P = 0.001
< III	6 (1.1%)	518 (98.9)	

Nhận xét: Loại ASA ≥ III có nguy cơ bị NKVM cao hơn (7,4% so với 1,1%). Nguy cơ NKVM nhiều gấp gần 7 lần so với nhóm ASA < III. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (p =0,001)

Bảng 3.6. Liên quan giữa chỉ số SENIC với nhiễm khuẩn vết mổ.

Chỉ số SENIC	NKVM n (%)	Không NKVM n (%)	OR (95%CI) P
2 - 4 điểm	9 (3.7%)	332 (99.7)	OR=6,39 (0,80 – 50,8) P = 0.04
1 điểm	1 (0.3)	236 (96.3%)	

Nhận xét: Chỉ số SENIC từ 2 trở lên có tỷ lệ mắc NKVM cao hơn nhiều so với nhóm 1 điểm (3,7% so với 0,3%, p<0,001), nguy cơ bị nhiễm khuẩn vết mổ của nhóm 2-4 điểm SEMIC cao gấp khoảng 6 lần; sự khác nhau có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1.Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa tại khoa tiêu hóa bệnh viện Xanh Pôn so với các nghiên cứu khác là thấp chỉ chiếm 1,7%. Nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy tỉ lệ bệnh nhân phẫu thuật mắc nhiễm khuẩn vết mổ dao động từ 2,0%-5,0%. Việt Nam, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ dao động khoảng từ 5% - 15% số bệnh nhân được phẫu thuật[1][2][3][5][6],[7]. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Tân (2016), nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2011-2013 nghiên cứu trên 2861 bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa tỷ lệ NKVM trung là 3,6%. Trong đó, tỷ lệ NKVM phẫu thuật tiêu hóa theo từng cơ quan giao động từ 0% - 10,7% [7]. Theo Lê Anh Tuấn (2017), nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ bụng tại Bệnh viện Tỉnh Sơn La từ 2011 – 2012, tỷ lệ NKVM liên quan đến phẫu thuật tiêu hóa khoảng 8,1%, tỷ lệ NKVM theo nhóm cơ quan phẫu thuật dao động từ 4,3% – 22,2%[4].

Tại Trung Quốc tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa từ 3.66% - 5,2% [8].

Đây là kết quả rất đáng quan tâm sau nhiều năm bệnh viện đa khoa Xanh Pôn tuân thủ thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện nói chung và đặc biệt trong phẫu thuật.

4.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ: Yếu tố liên quan rõ nhất đến

tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ là chỉ số đường huyết của người bệnh. Nhóm đường huyết cao từ 8g/lít tỷ lệ NKVM 5,7% so với nhóm đường huyết dưới 8g/lít 1,2%. Nguy cơ NKVM do đường huyết cao gấp 5 lần (OR=5,07; p=0,006). Như vậy việc điều chỉnh và duy trì đường huyết ở mức bình thường của người bệnh trước, trong và sau phẫu thuật là rất cần thiết, ảnh hưởng tới nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật. Ngoài ra chỉ số ASA, SENIC cũng liên quan rất rõ tới nhiễm khuẩn vết mổ. Loại ASA \geq III có nguy cơ bị NKVM cao gấp gần 7 lần so với nhóm ASA < III. Điều này hoàn toàn phù hợp với nhận xét và phân loại của Hội Gây mê Hoa Kỳ, người bệnh phẫu thuật có điểm ASA :4 điểm và 5 điểm có tỷ lệ NKVM cao nhất.

Theo phân loại chỉ số SENIC với yếu tố nguy cơ về nhiễm khuẩn vết mổ: chỉ số SENIC từ 2 trở lên có tỷ lệ mắc NKVM cao hơn [1][2]. Theo nghiên cứu của chúng tôi chỉ số SENIC từ 2 trở lên có nguy cơ bị nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp khoảng 6 lần. Trong nghiên cứu: người có thể trạng gầy thiếu dinh dưỡng cũng có xu hướng nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn. Tuy nhiên, số nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu còn thấp nên số liệu chưa thấy có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tại bệnh viện Xanh Pôn Hà nội năm 2021 thấp (1,7%).

Có nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ:

-Người bệnh có chỉ số đường huyết cao từ 8g/l có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp 5 lần

-Người bệnh có Loại ASA \geq III Nguy cơ NKVM nhiều gấp gần 7 lần so với nhóm ASA < III. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (p =0,001)

- Người bệnh có chỉ số SENIC từ 2 trở lên có nguy cơ bị nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp khoảng 6 lần; sự khác nhau có ý nghĩa thống kê.

- Người gầy thiếu dinh dưỡng có xu hướng nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2012)**, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (Ban hành kèm theo quyết định 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012).
- Đinh Vạn Trung (2015)**. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa sạch và sạch nhiễm tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tạp chí Y Dược học quân sự số 3-2017, tr 142-146.
- Bùi Tú Quyên, Trương Văn Dũng (2012)**, Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa ngoại, sản Bệnh viện đa khoa Sa Đéc năm 2012. Tạp chí Y tế công cộng (27), tr 54-60.
- Lê Anh Tuấn (2017)**. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ bụng tại bệnh viện tỉnh Sơn La. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
- Nguyễn Thị Hồng Nguyên và cộng sự (2019)**, Tình hình nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân phẫu thuật tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí nghiên cứu khoa học và phát triển kinh tế trường Đại học Tây Đô, 06, tr 202-209.
- Nguyễn Đình Sướng và cộng sự (2017)**. Khảo sát tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2014-2016. Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 21, số 3-2017, tr 130-137.
- Phạm Văn Tân (2016)** Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Bạch mai. Luận văn tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
- Wang Z, Chen J, Wang P, Jie Z, Jin W, Wang G, Li J, Ren J (2018)**, Surgical Site Infection After Gastrointestinal Surgery in China: A Multicenter Prospective Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30986636/>

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II, III

Trịnh Lê Huy¹, Hà Việt Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu của nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

(UTTT) giai đoạn II, III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 69 bệnh nhân UTTT thấp, trung bình giai đoạn II, III được hoá xạ trị tiền phẫu đồng thời tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2020 đến tháng 05/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,49 \pm 10, UTTT trung bình chiếm 58%, UTTT thấp chiếm 42%. Sau hoá-xạ trị, 89,2% bệnh nhân hết đi ngoài ra máu; 10 trường hợp (14,5%) không nhìn thấy u sụn hoá- xạ trị qua nội soi. 95,4% bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong nhóm bệnh nhân UTTT thấp là 71,4%. 11 BN (15,9%) đáp ứng hoàn

toàn, đa số BN giảm giai đoạn khối u (59,1%) và hầu hết BN giảm giai đoạn hạch (95,1%). Các tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị chủ yếu là tiêu chảy, viêm da, viêm trực tràng và viêm bàng quang, hầu hết là độ 1. **Kết luận:** hóa xạ trị đồng thời trên nhóm bệnh nhân UTTT trung bình, thấp giai đoạn II, III là phương pháp có hiệu quả cao, ít độc tính, có khả năng tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Từ khóa: hoá xạ đồng thời, ung thư trực tràng

SUMMARY

RESULTS OF PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY FOR RECTAL CANCER STAGE II, III

Objectives: To evaluate the treatment results of preoperative concurrent chemoradiotherapy in stage II, III adenocarcinoma of the lower two-thirds of the rectum. **Patients and methods:** Retrospective study on 69 stage II, III middle-to-low rectal cancer patients underwent preoperative concurrent chemoradiotherapy at 108 Military Central Hospital between January 2020 and May 2021. **Results:** Mean age was 60.49 ± 10. Middle rectal cancer accounted for 58%. After chemoradiotherapy, 89.2% of patients had no longer hematochezia; 10 patients (14.5%) had no visible tumor on endoscopy. 95.4% of 66 patients who had undergone surgery had complete resection. Of 42 low rectal cancer, 30 (71.4%) underwent sphincter-preserving procedures. 11 patients (16.6%) had pathologic complete response. 59.1% had tumor regression, while 95.1% had response in nodal status. Common adverse events were diarrhea, skin inflammation, cystitis, most of which were in grade I. **Conclusion:** preoperative concurrent chemoradiotherapy achieved encouraging rates of tumor downstaging and sphincter preservation with a low toxicity profile.

Keywords: concurrent chemoradiotherapy, rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là bệnh lý ác tính đường tiêu hóa phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư trực tràng có tỷ lệ mắc cao thứ 8 và tỷ lệ tử vong cao thứ 9 trong các bệnh ung thư. Tại Việt Nam, ung thư trực tràng đứng thứ 5 về tỉ lệ mắc, thứ 6 về tỉ lệ tử vong và có xu hướng ngày càng gia tăng và trẻ hóa. [1] Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn đối với UTTT. Tuy nhiên, các bệnh nhân ung thư trực tràng thường đến bệnh viện ở giai đoạn muộn khi tổn thương đã xâm lấn tổ chức xung quanh. Nếu chỉ phẫu thuật đơn thuần có tỷ lệ thất bại tại vùng cao (25 – 50%). [2] Xạ trị có vai trò quan trọng trong kiểm soát tái phát tại vùng; tỷ lệ tái phát tại vùng sau 5 năm ở nhóm xạ trị sau phẫu thuật thấp hơn nhóm chỉ phẫu thuật tương ứng là 15% và 23%. [3] Hóa chất là phương pháp điều trị toàn thân, giúp kiểm soát di căn xa và vi di căn. Hóa chất

khi kết hợp xạ trị giúp tăng nhạy cảm tế bào u với tia xạ. Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh rằng kết hợp hóa – xạ trị với phẫu thuật ở bệnh nhân UTTT giai đoạn II–III giúp giảm tỷ lệ tái phát, di căn xa và cải thiện thời gian sống còn. Hiện nay, hóa – xạ trị tiền phẫu được coi là điều trị chuẩn đối với bệnh nhân UTTT giai đoạn tiến triển tại vùng (giai đoạn II–III) còn khả năng phẫu thuật. Một số nghiên cứu chứng minh lợi ích và sự an toàn của xạ trị tiền phẫu ngắn ngày, làm tăng tỷ lệ kiểm soát vùng và thời gian sống thêm. [4] Tuy nhiên hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày có thêm ưu điểm làm giảm kích thước u và giai đoạn bệnh sau điều trị, qua đó tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. [2] Bên cạnh đó so với hóa xạ trị đồng thời hậu phẫu có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tuy không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ giữa hai nhóm hóa xạ trị tiền phẫu và hậu phẫu nhưng hóa xạ trị tiền phẫu có tỉ lệ đáp ứng cao, cải thiện đáng kể tỉ lệ phẫu thuật triệt căn và tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn, đồng thời là phương pháp an toàn, ít độc tính. [2,5]

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về hóa xạ trị đồng thời UTTT nhưng ở nước ta hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, đặc biệt trong các bệnh viện Quân đội, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả điều trị hóa xạ trị tiền phẫu ung thư trực tràng giai đoạn II, III tại bệnh viện trung ương Quân đội 108" với mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu của nhóm bệnh nhân ung thư trực t giai đoạn II, III tại bệnh viện trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 69 bệnh nhân UTTT thấp, trung bình giai đoạn II, III được hoá xạ trị tiền phẫu đồng thời tại khoa Xạ Trị – Xạ Phẫu, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2020 đến tháng 05/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

– Bệnh nhân được chẩn đoán UTTT thấp, trung bình giai đoạn II, III (cT₃₋₄, N₀M₀ và cT_{bất kỳ} N₁₋₂M₀) theo phân loại AJCC 2017.

– Chỉ số toàn trạng từ 0 – 2 theo thang điểm ECOG.

– Có chẩn đoán mô bệnh học trước điều trị là ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tế bào nhẵn, ung thư biểu mô tế bào chế nhầy.

– Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận trong giới hạn bình thường.

– Tham gia đầy đủ liệu trình điều trị

- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN ung thư trực tràng cao hoặc giai đoạn I, IV
- BN được hóa chất hoặc xạ trị tiền phẫu đơn thuần.

- Bệnh nhân bỏ điều trị không phải do bệnh tiến triển hoặc không do độc tính không dung nạp được, hồ sơ không đầy đủ thông tin.

- Mặc các bệnh cấp và mạn tính khác: như suy thận, suy tim, suy gan...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị: tuổi, giới, mô bệnh học, vị trí u, tổn thương u trên nội soi.

- Kết quả điều trị: tỉ lệ cải thiện triệu chứng, đáp ứng u qua nội soi, tỉ lệ phẫu thuật triệt căn, tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, tỉ lệ đáp ứng trên bệnh phẩm sau mổ, độc tính của phác đồ

Quy trình hóa xạ trị trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hóa trị: Capecitabine 825mg/m² hai lần uống mỗi ngày trong các ngày xạ trị (5 ngày/tuần)

Xạ trị: Kỹ thuật xạ trị: sử dụng máy gia tốc tuyến tính Clinac CX của hãng Varian với kỹ thuật xạ trị theo không gian ba chiều (3D – CRT) với tổng liều 45Gy/25 phân liều cho toàn bộ khung chậu bao gồm: khối u, cân quanh trực tràng, hạch chậu trong hai bên, hạch trước xương cụt, và hạch bịt hai bên. Nếu tổn thương xâm lấn ra các tạng phía trước như bàng quang, tử cung, tiền liệt tuyến thì bao gồm cả hạch chậu ngoài hai bên. Sau đó, nâng liều tại u (mở rộng biên 2cm quanh u) và cân trực tràng tương ứng, đạt tổng liều 50,4Gy. Phân liều quy ước: 1,8Gy/ngày, 5 ngày/tuần x 5,5 tuần.

Bệnh nhân uống 500ml nước lọc trước chụp CT mô phỏng 30 phút, nhịn tiểu, chụp tư thế nằm sấp, có Belly board.

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: - Việc tiến hành

Bảng 3.3. Tỉ lệ bệnh nhân phẫu thuật sau HXT

Loại phẫu thuật		Số BN	Tỉ lệ %
Không phẫu thuật		3	4,3
Có phẫu thuật	Cắt trực tràng trước thấp (LAR)	43	62,4
	Cắt nội soi qua hậu môn (TaTME)	8	11,6
	Cắt cụt trực tràng (Miles)	12	17,4
	Hậu môn nhân tạo trên u	3	4,3
Tổng		69	100

Nhận xét: 66 bệnh nhân được phẫu thuật (95,7%) và 3 bệnh nhân từ chối không phẫu thuật

ngiên cứu nhận được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của được giữ bí mật.

- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng****Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình		60,49±10,9(25-80)	
Nhóm tuổi	< 40	3	4,3
	40 -60	31	45
	61- 80	35	51,7
Giới	Nam	43	62,3
	Nữ	26	37,7
Vị trí u	UT trực tràng thấp	29	42,0
	UT trực tràng giữa	40	58,0
Mô bệnh học	UTBM tuyến biệt hoá cao	4	5,8
	UTBM tuyến biệt hoá vừa	55	79,7
	UTBM tuyến biệt hoá kém	2	2,9
	UTBM tế bào nhân	8	11,6

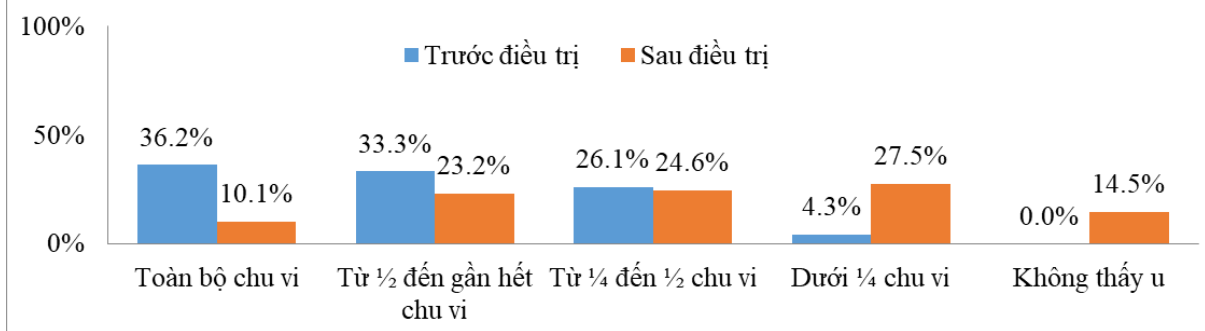
Nhận xét: Nhóm tuổi 61-80 là nhóm tuổi thường gặp nhất. UTBT giữa chiếm 58%, UTBT thấp chiếm 42%. UTBM tuyến biệt hoá vừa là thể bệnh thường gặp nhất.

Bảng 3.2. Đáp ứng cơ năng sau điều trị

Triệu chứng	Số bệnh nhân hết triệu chứng so với trước điều trị	Tỷ lệ %
Hết đi ngoài ra máu	58/65	89,2
Số lần đại tiện giảm < 3 lần/ngày	49/54	90,7
Hết đau hậu môn/vùng chậu	22/30	73,3
Hết táo - lỏng	32/40	80,0

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có các triệu chứng được cải thiện nhiều sau điều trị (hết đi ngoài ra máu 89,2%; số lần đại tiện trong ngày giảm xuống dưới 3 lần/ngày: 90,7%).

(4,3%). Trong 66 bệnh nhân phẫu thuật, có 63 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn (95,4%). Có 3 bệnh nhân UTTT trung bình, sau hoá xạ trị tổn thương u không đáp ứng, phải tiến hành làm hậu môn nhân tạo trên u do u tiến triển rộng tại chỗ. Trong 42 bệnh nhân UTTT thấp, có 12 bệnh nhân phải phẫu thuật Miles, tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong nhóm bệnh nhân này là 71,4% (30/42 bệnh nhân).



Biểu đồ 3.1. Đáp ứng khối u qua nội soi

Nhận xét: Thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị. Trước điều trị: có 69,5% số BN có khối u chiếm trên 1/2 chu vi lòng trực tràng đã giảm xuống còn 33,3%. Cụ thể, 36,2% số BN có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống còn 10,1% sau điều trị. Có 10 trường hợp (14,5%) không nhìn thấy u sau hoá- xạ trị. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Đáp ứng điều trị của khối u trên giải phẫu bệnh sau mổ

Giai đoạn T trước HXT \ Giai đoạn T sau PT	pT0	pT1	pT2	pT3	pT4	Giảm giai đoạn T sau hóa xạ trị
cT3	10	3	11	23	2	24/49 (49%)
cT4	1	2	5	7	2	15/17 (88,2%)
Tổng	11	5	16	30	4	39/66* (59,1%)

Bảng 3.5. Đáp ứng điều trị của hạch trên giải phẫu bệnh sau mổ

Giai đoạn hạch trước HXT \ Giai đoạn hạch sau PT	pN0	pN1	pN2	Giảm giai đoạn hạch sau hóa xạ trị
cN1	16	1	0	16/17 (94,1%)
cN2	28	13	3	42/44 (95,5%)
Tổng	44	14	3	58/61** (95,1%)

*3BN từ chối PT; **5BN giai đoạn cN0 trước HXT

Nhận xét: So sánh giai đoạn khối u và hạch sau phẫu thuật với trước HXT có 11 BN (16,6%) đáp ứng hoàn toàn, đa số BN giảm giai đoạn khối u (59,1%) và hầu hết BN giảm giai đoạn hạch (95,1%).

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn của xạ trị trên da, hệ tiêu hóa, tiết niệu

Tác dụng không mong muốn	Độ 0		Độ 1		Độ 2	
	n	%	n	%	n	%
Viêm da do xạ trị	30	43,5	34	49,2	5	7,3
Viêm trực tràng do xạ trị	29	42	36	52,2	4	5,8
Viêm ruột non	65	94,2	4	5,8	0	0
Viêm bàng quang, âm đạo	48	69,6	21	30,4	0	0,0
Thủng ruột, tắc ruột	69	100	0	0,0	0	0,0
Tiêu chảy	59	85,5	10	14,5	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị chủ yếu là viêm da, viêm trực tràng và viêm bàng quang và hầu hết là độ 1.

IV. BÀN LUẬN

Về đáp ứng cơ năng sau điều trị, đa số các bệnh nhân các triệu chứng được cải thiện nhiều (hết đi ngoài ra máu 89,2%; số lần đại tiện trong ngày giảm xuống dưới 3 lần/ngày: 90,7%, hết táo bón 80%). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương

(2013): đa số các bệnh nhân có các triệu chứng được cải thiện nhiều sau điều trị (đi ngoài ra máu cải thiện 86,6%; số lần đại tiện trong ngày giảm xuống dưới 3 lần/ngày: 89,7% đi ngoài phân thành khuôn 72,4%, hết táo bón 73,3%). [6] Điều này cho thấy hiệu quả của liệu pháp điều trị, đặc biệt trong việc cải thiện những triệu

chứng gây khó chịu như đi ngoài nhiều lần, đi ngoài ra máu hoặc táo bón, qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong thời gian hoá xạ trị cũng như trong quãng thời gian nghỉ 6 tuần đợi phẫu thuật.

Về đáp ứng qua kết quả nội soi trước và sau điều trị, thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm rõ sau điều trị. Trước điều trị có 69,6% số BN có khối u chiếm trên 1/2 chu vi lòng trực tràng đã giảm xuống còn 33,3%. Cụ thể, 36,2% số BN có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống còn 10,1% sau điều trị. Trước điều trị chỉ có 3 trường hợp (4,3%) có khối u nhỏ hơn 1/4 chu vi, sau điều trị con số này tăng lên 42%, trong đó đáng chú ý, có 10 trường hợp (14,5%) không nhìn thấy u sau hoá - xạ trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ giảm thể tích khối u so với chu vi trực tràng: 58/69 (84,1%), cho thấy hiệu quả điều trị rõ rệt của liệu pháp, giúp thu nhỏ khối u. Và đây cũng là một trong những yếu tố góp phần cải thiện đáng kể triệu chứng cơ năng của bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương cho thấy, trước điều trị không có bệnh nhân nào có khối u chiếm dưới 1/2 chu vi nhưng sau điều trị tỷ lệ này tăng lên 29,9% và tỷ lệ bệnh nhân có thể tích khối u chiếm toàn bộ chu vi trực tràng giảm từ 52,9% trước điều trị xuống 16,1% sau điều trị. [6] Nghiên cứu của tác giả Võ Quốc Hưng cũng cho thấy các triệu chứng cơ năng cải thiện sau điều trị và 41,0% các bệnh nhân sau điều trị u có kích thước nhỏ đi $\geq 50\%$. [7]

Sau hoá xạ trị 66 bệnh nhân được phẫu thuật và có 63 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn (95,4%) (3 bệnh nhân từ chối phẫu thuật không phải do bệnh tiến triển); trong 42 bệnh nhân UTTT thấp, tỉ lệ bảo tồn cơ thắt thành công là 71,4%. So sánh giai đoạn khối u và hạch sau phẫu thuật với trước hoá xạ trị có 11 BN (16,6%) đáp ứng hoàn toàn, đa số BN giảm giai đoạn khối u (59,1%) và hầu hết BN giảm giai đoạn hạch (95,1%). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Kim JC (2005) thực hiện trên 95 bệnh nhân UTTT trung bình và thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau hoá xạ trị là 12% và tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn trong 54 BN UTTT thấp là 74%. [8]

Về độc tính của phác đồ hoá xạ trị, các kết quả trong nghiên cứu đánh giá tác dụng không mong muốn cho thấy việc kết hợp xạ trị với Capecitabine trong điều trị tiền phẫu ung thư trực tràng có ít tác dụng không mong muốn và người bệnh có thể dung nạp tốt. Cụ thể, các tác

dụng phụ của xạ trị trên da, hệ tiêu hóa và hệ tiết niệu sinh dục chủ yếu là viêm da do xạ trị, viêm niêm mạc ống hậu môn-trực tràng, viêm bàng quang âm đạo và hầu hết là độ 1; không có bệnh nhân nào có tác dụng phụ độ 3,4,5. Các triệu chứng này đều thuyên giảm sau khi bệnh nhân kết thúc hóa xạ trị.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương với ghi nhận đa số bệnh nhân có các tác dụng không mong muốn do hóa trị ở độ 1,2; không ảnh hưởng nhiều đến quá trình điều trị cũng như sinh hoạt của bệnh nhân. [6] Kết quả của chúng tôi có phần cải thiện hơn so với nghiên cứu trước đây, đặc biệt là tỉ lệ rối loạn tiêu hóa và viêm bàng quang. Cụ thể, nghiên cứu của Hoàng Mạnh Thắng (2009) ghi nhận các biến chứng chủ yếu: nóng và đau rát TSM (83,3%), viêm bàng quang (57,1%), rối loạn tiêu hóa (42,9%). [9] Qua so sánh với nghiên cứu khác cho thấy các tác dụng không mong muốn của phác đồ đã được cải thiện rất nhiều đặc biệt trên hệ thống ruột non và bàng quang, có lẽ do những tiến bộ trong hệ thống máy gia tốc cũng như kỹ thuật xạ trị có sử dụng Belly Board do vậy ít ảnh hưởng đến quá trình điều trị và sinh hoạt của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu trên nhóm bệnh nhân UTTT trung bình, thấp giai đoạn II, III là phương pháp có hiệu quả cao, ít độc tính, có khả năng tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., et al. (2021).** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
2. **Sauer R, Becker H, Hohenberger W, et al.** Preoperative versus Postoperative Chemoradiotherapy for Rectal Cancer. *N Engl J Med.* 2004; 351(17):1731-1740. doi:10.1056/NEJMoa040694
3. **Colorectal Cancer Collaborative Group.** Adjuvant radiotherapy for rectal cancer: a systematic overview of 8,507 patients from 22 randomised trials. *Lancet Lond Engl.* 2001;358(9290):1291-1304. doi:10.1016/S0140-6736(01)06409-1
4. **Cammà C, Giunta M, Fiorica F, Pagliaro L, Craxi A, Cottone M.** Preoperative radiotherapy for resectable rectal cancer: A meta-analysis. *JAMA.* 2000;284(8):1008-1015. doi:10.1001/jama.284.8.1008
5. **Hiếu NV, Quảng LV, Toàn BC, Tuấn LQ.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn. *Bản B Của Tạp Chí Khoa*

- Học Và Công Nghệ Việt Nam. 2018;60(2).
6. **Phạm Cẩm Phương.** Đánh giá hiệu quả của xạ trị kết hợp Capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ, Luận văn tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội. 2013
 7. **Võ Quốc Hưng.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả đáp ứng xạ trị trước mổ của ung thư trực tràng tại Bệnh viện K, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004
 8. **Kim, J.C., T.W. Kim, J.H. Kim, et al.** Preoperative concurrent radiotherapy with capecitabine before total mesorectal excision in locally advanced rectal cancer, Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2005,63, 2, 346-53.
 9. **Hoàng Mạnh Thắng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại Bệnh viện K, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà nội, Hà Nội. 2009.

THỰC TRẠNG NHIỄM GIUN TRUYỀN QUA ĐẤT CỦA HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI HUYỆN BA VÌ, HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Đoàn Hữu Thiên*, Nguyễn Thị Kiều*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng nhiễm giun truyền qua đất của học sinh tiểu học huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2020-2021. Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 208 học sinh tiểu học từ khối lớp 1 đến khối lớp 5 tại 4 trường tiểu học trong huyện. Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất của học sinh là 12,5%, trong đó 8,2% là đơn nhiễm, 4,3% là đa nhiễm, 11,5% học sinh nhiễm giun tóc, 4,3% học sinh nhiễm giun đũa và 1,0% học sinh nhiễm giun móc. Tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc ở học sinh khối lớp 2 đến khối lớp 5 tương đương nhau và tỷ lệ này thấp hơn ở học sinh khối lớp 1. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giun và giới tính.

Từ khóa: học sinh tiểu học, giun đũa, giun móc, giun tóc.

SUMMARY

THE STATUS OF SOIL-TRANSMITTED HELMINTH INFECTIONS OF ELEMENTARY STUDENTS IN BA VI DISTRICT, HANOI

This study aims to describe the status of soil-transmitted worm infections among elementary school students in Ba Vi district, Hanoi in 2020-2021. The research team used a cross-sectional descriptive research method on 208 primary school students from grade 1 to grade 5 at 4 primary schools in the district. The rate of soil-transmitted worm infections among students was 12.5%, of which 8.2% were single infections, 4.3% were multiple infections, 11.5% of students were infected with *Trichocephalus*, and 4.3% of students were infected *Ascaris lumbricoides* infection and 1.0% of students infected with *Ancylostoma duodenale*. The prevalence of *Ascaris*

lumbricoides and *Trichocephalus* infection among students in grades 2 to 5 was similar and this rate was lower than that of students in grade 1. There was no difference in prevalence of worms and sex.

Keywords: primary school students, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale*, *Trichocephalus*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giun truyền qua đất do các loại giun chính gây nên là giun đũa, giun tóc và giun móc/mỏ. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi và gây ảnh hưởng rất lớn tới sự phát triển thể chất, tinh thần, đặc biệt là đối với trẻ em¹. Bệnh chủ yếu tập trung ở những nước chưa phát triển, ở khu vực nhiệt đới và cận nhiệt đới^{2,3}. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2016, trên thế giới có khoảng 1,2 tỉ người nhiễm giun đũa, 795 triệu người nhiễm giun tóc và 740 triệu người nhiễm giun móc/mỏ, trong đó có hơn 267 triệu trẻ em trước tuổi đến trường và hơn 568 triệu trẻ em trong độ tuổi đến trường sống ở những nơi có nguy cơ cao bị nhiễm bệnh, cần điều trị và can thiệp dự phòng³.

Nhiễm giun có thể dẫn đến thiếu máu, suy dinh dưỡng và kém phát triển về trí tuệ và thể chất, đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe, giáo dục và hiệu suất của trẻ. Trẻ em bị nhiễm giun thường ốm yếu, mệt mỏi, không thể đi học đầy đủ tất cả các buổi học ở trường.

Ba Vì là một huyện thuộc Hà Nội, điều kiện kinh tế còn khó khăn. Mật độ dân số của huyện trung bình là 660 người/km². Tỷ lệ làm nông nghiệp cao, trẻ em có nguy cơ mắc giun truyền qua đất. Để có số liệu cụ thể góp phần vào chương trình phòng chống bệnh giun sán và công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với mục tiêu: "*Mô tả thực trạng nhiễm giun truyền qua đất của học sinh tiểu học huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2020-2021*".

*Viện Kiểm định quốc gia Vaccine và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Học sinh tiểu học tại 4 trường tiểu học thuộc huyện Ba Vì, Hà Nội (Trường tiểu học Tản Lĩnh, Phú Sơn, Vật Lại, Thụy An) từ tháng 9/2020 đến 3/2021.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(1-\alpha/2) d^2}, \text{ trong đó:}$$

n: Số lượng mẫu cần điều tra

α là ý nghĩa thống kê, ở mức $\alpha = 0,05$ giá trị Z tương ứng là 1,96

p lấy = 0,1614 dựa trên nghiên cứu của Lê Trường Giang và cộng sự trên 254 học sinh tại Phú Thọ cho kết quả tỉ lệ nhiễm giun là 16,14%.

d là độ chính xác mong đợi, lấy $d = 0,05$.

Thay vào công thức tính được n tối thiểu là 208 bệnh nhân. Chúng tôi chọn ngẫu nhiên 4 trường tiểu học trong danh sách tất cả các trường tiểu học tại huyện Ba Vì, thu được 4 trường: Tản Lĩnh, Phú Sơn, Vật Lại, Thụy An. Tại mỗi trường lấy ngẫu nhiên 52 học sinh theo danh sách học sinh trong trường.

2.4. Nội dung nghiên cứu

Tỉ lệ nhiễm giun đường ruột chung = Tổng số mẫu có giun/Tổng số mẫu xét nghiệm.

Tỉ lệ nhiễm từng loại giun: giun đũa hoặc giun tóc hoặc giun móc = Tổng số mẫu có giun đũa hoặc giun tóc hoặc giun móc/Tổng số mẫu xét nghiệm.

Tỉ lệ nhiễm giun theo giới = Tổng số mẫu có giun ở nam hoặc nữ/Tổng số mẫu xét nghiệm ở nam hoặc nữ.

Tỉ lệ đơn và đa nhiễm giun = Tổng số mẫu có 1 loại giun hoặc 2-3 loại giun/Tổng số mẫu xét nghiệm.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin. Để xác định thực trạng nhiễm giun: đũa, tóc, móc ở học sinh, đối tượng được chọn nghiên cứu được lấy phần làm xét nghiệm tìm trứng giun: đũa, tóc và móc.

Thời gian lấy bệnh phẩm: Từ khi lấy phân đến khi làm xét nghiệm không quá 24h đối với tìm trứng giun.

Vị trí lấy bệnh phẩm phân: lấy ở rìa phân, ở nhiều vị trí.

Khối lượng phân: Khối lượng phân khoảng 60mg. Kỹ thuật xét nghiệm phân bằng phương pháp Kato - Katz.

Đặt một mẫu phần nhỏ lên giấy báo.

Ấn lưới lên mẫu phân sao cho phân lọt qua lưới và tụ lên phía trên.

Đặt hồ đồng lên lam kính.

Dùng que gạt lấy phân ở phía trên lưới cho phần đầy vào hồ đồng, gạt phần phân thừa trên hồ.

Nhấc tấm hồ đồng ra, phân được giữ lại trên lam kính.

Phủ lên phân một miếng giấy cellophan đã được ngâm dung dịch glycerin

Dung nút cao su ấn nhẹ nhàng lên giấy cellophan.

Để từ 30 - 60 phút nhiệt độ phòng thí nghiệm.

Soi tiêu bản dưới kính hiển vi có vật kính 10 tìm các trứng giun: đũa, tóc, móc.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích về mục đích, ý nghĩa, lợi ích và bất lợi khi tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân tham gia hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỉ lệ đơn và đa nhiễm giun truyền qua đất của học sinh tiểu học

Loại nhiễm	Số lượng n=208	Tỉ lệ %
Đơn nhiễm	17	8,2
Đa nhiễm	9	4,3
Nhiễm chung	26	12,5

Qua điều tra 208 học sinh tại 4 trường tiểu học, có 26 học sinh nhiễm giun truyền qua đất, chiếm 12,5%. Số học sinh chỉ nhiễm 1 loại giun là 17, chiếm 8,2% và có 9 học sinh nhiễm từ 2-3 loại giun, chiếm 4,3%.

Bảng 2. Tỉ lệ nhiễm từng loại giun truyền qua đất của học sinh tiểu học

Loại giun	Số lượng(n=208)	Tỉ lệ %
Giun đũa	9	4,3
Giun tóc	24	11,5
Giun móc	2	1,0

Trong số 26 học sinh nhiễm giun truyền qua đất, số học sinh nhiễm giun tóc là nhiều nhất, 24 em chiếm 11,5%. Số học sinh nhiễm giun đũa là 9 em, chiếm 4,3% và có 2 học sinh nhiễm giun móc, chiếm 1%

Bảng 3. Tỉ lệ nhiễm từng loại giun của học sinh theo khối lớp học

Khối lớp	Số mẫu	Giun đũa		Giun tóc		Giun móc	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	40	3	7,5	1	2,5	0	0
2	43	5	11,6	2	4,7	1	2,3

3	41	6	14,6	2	4,9	0	0
4	44	5	11,4	2	4,6	1	2,3
5	40	5	12,5	2	5,0	0	0

Tỉ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc ở khối 2 đến khối 5 tương đương nhau, tỉ lệ nhiễm 2 loại giun này ở khối lớp 1 thấp hơn, lần lượt là 7,5% nhiễm giun đũa và 2,5% nhiễm giun tóc. Có 2 học sinh nhiễm giun móc nằm ở khối lớp 2 và khối lớp 4.

Bảng 4. Tỉ lệ nhiễm từng loại giun của học sinh theo giới

Giới	Số mẫu	Giun đũa		Giun tóc		Giun móc	
		SL	%	SL	%	SL	%
Nam	119	14	11,8	5	4,2	1	0,8
Nữ	89	10	11,2	4	4,5	1	1,1

Không có sự khác biệt về giới tính và tỉ lệ nhiễm các loại giun. Tỉ lệ nam nhiễm giun đũa là 11,8% còn ở nữ là 11,2%, 4,2% học sinh nam nhiễm giun tóc và 4,5% học sinh nữ nhiễm giun tóc. Số lượng nhiễm giun móc ở nam và nữ đều là 1 em.

IV. BÀN LUẬN

Qua xét nghiệm 208 mẫu phân cho học sinh tiểu học, tỉ lệ nhiễm chung các loại giun là 12,5%, trong đó chủ yếu là đơn nhiễm chiếm 8,2%, còn đa nhiễm chỉ có 4,3%.

So với kết quả nghiên cứu của Lê Hữu Thọ và cs điều tra nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học tại 2 xã nông thôn của tỉnh Khánh Hòa năm 2012, thì tỉ lệ nhiễm chung trong nghiên cứu của chúng tôi: thấp hơn (12,5% so với 23,7%)⁴, nhưng lại tương đương của Phạm Ngọc Dẫn (13,62%) nghiên cứu ở 602 học sinh tại Hưng Yên⁵; và Lê Trường Giang (16,14%) nghiên cứu trên 254 học sinh ở Phú Thọ².

Trong tổng số 208 học sinh được làm xét nghiệm phân tìm trứng giun trong nghiên cứu trên, tỉ lệ nhiễm giun tóc chiếm tỉ lệ cao nhất là 11,5%, tiếp là nhiễm giun đũa 4,3%, và thấp nhất giun móc là 1,0% (kết quả bảng 2). So với kết quả nghiên cứu của Lê Hữu Thọ và cs ở học sinh tiểu học tại 2 xã nông thôn của tỉnh Khánh Hòa, tỉ lệ nhiễm giun đũa và giun móc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (4,3% và 1,0% so với 15,1% và 12,9%), nhưng giun tóc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (11,5% so với 0,0%)⁴.

Giun tóc là loại giun ký sinh ở đại tràng, không như giun đũa, giun móc ở ruột non và tá tràng, trong khi đó lại nhiễm cao nhất, đây là điểm cần chú ý khi tẩy giun hàng loạt tại cộng đồng, nên ưu tiên nhóm thuốc hiệu quả cao với giun tóc.

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Võ Hình và cs điều tra giun đường ruột tại 25 trường tiểu học Huế nằm trên địa bàn một huyện ven biển có núi từ năm 2002-2005 cho thấy tỉ lệ nhiễm chung là 70,21%, giun đũa là 55,48%, giun tóc là 26,71% và giun móc nhỏ là 37,33%¹, cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù nơi tác giả nghiên cứu cũng là vùng

đồng bào dân tộc thiểu số người Pa Ko và Ka Tu, nhưng tỉ lệ nhiễm giun cao hơn rất nhiều, có thể do thời gian nghiên cứu của tác giả đây cách đây 13 năm, mà các nhà nghiên cứu ký sinh trùng đã nói: các bệnh giun sán trước đây phổ biến thì hiện nay đang trở thành hiếm gặp, do trình độ văn hóa cũng như ý thức người dân đang ngày càng tăng cao, đời sống các vùng dân tộc ngày càng đỡ khó khăn hơn. Đây cũng là vấn đề để giúp các nhà khoa học cần có các điều tra tỉ lệ nhiễm giun rộng hơn ở những vùng đã từng điều tra cách đây trên 10 năm.

Tỉ lệ nhiễm giun ở các khối lớp có sự tương đương nhau ở khối 2 đến khối 5, khối 1 có tỉ lệ nhiễm giun thấp hơn (kết quả bảng 3); các loại giun đũa, tóc đều nhiễm vào cơ thể người qua đường ăn uống như uống nước chưa đun sôi, hoặc ăn sống các loại rau quả chưa rửa sạch, vì vậy người bị nhiễm tỉ thuận với các yếu tố vệ sinh trên, như vậy khối 1, tỉ lệ nhiễm giun đũa, tóc thấp hơn các khối trên, có thể ở đây, khối 1 các cháu còn nhỏ hơn nên tỉ lệ ăn rau sống thấp hơn các anh chị lớn.

Nam giới và nữ giới mặc dù tỉ lệ cao hoặc thấp hơn, nhưng chưa có ý nghĩa (kết quả bảng 4). So với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Anh, nghiên cứu tại trường tiểu học Tập Sơn tỉnh Trà Vinh năm 2018, tỉ lệ nhiễm giun chung là 8,8%, trong đó ở nam 8,3%, nữ 9,2%, nhưng chỉ là giun móc, còn giun đũa và tóc 0%, thì trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nhiễm giun chung cao hơn (12,5% so với 8,8%); tỉ lệ nhiễm giun móc ở nam và nữ thấp hơn (0,8% so với 8,3%, và 1,1% so với 9,2%)⁶.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm giun truyền qua đất của học sinh 4 trường tiểu học huyện Ba Vì, Hà Nội là 12,5%, trong đó 8,2% là đơn nhiễm, 4,3% là đa nhiễm, 11,5% nhiễm giun tóc, 4,3% nhiễm giun đũa và

1,0% giun móc. Không có sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm giun giữa giới tính và các khối lớp của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Võ Hình.** Đánh giá hiệu quả công tác giun truyền qua đất tại các trường tiểu học tỉnh Thừa Thiên Huế sau 4 năm giáo dục sức khỏe và tẩy giun định kỳ hàng loạt (2005-2008). Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. 2011:321-330.
2. **Lê Trường Giang, Đoàn Trọng Hưng, Lê Thị Tuyết.** Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất của học sinh lớp 3 và 4 tại 3 xã huyện Tân Sơn tỉnh Phú Thọ năm học 2018 – 2019. Tạp chí Y dược học cổ truyền. 2021;4:59-64.

3. **WHO.** Soil-transmitted helminth infections. 2016.
4. **Lê Hữu Thọ, Nguyễn Hữu Phước.** Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học tại hai xã nông thôn của tỉnh Khánh Hòa năm 2012. Tạp chí Y học dự phòng. 2012;XXIV:1(149):46.
5. **Phạm Ngọc Duân, Phạm Ngọc Minh.** Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh Tiểu học tỉnh Hưng Yên. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2018;114(5):66-73.
6. **Nguyễn Hữu Anh.** Khảo sát tỉ lệ nhiễm giun đường ruột và các yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học tại Trà Vinh năm 2017. Tạp chí khoa học trường Đại học Trà Vinh. 2018;32:29-35.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC CỦA PHƯƠNG PHÁP TỰ ĐIỀU KHIỂN (PCEA) SO VỚI TRUYỀN LIÊN TỤC (CEI) QUA CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG

Phạm Quang Minh¹, Bùi Lương Ngọc²

TÓM TẮT

Trong phẫu thuật lồng ngực, đau sau phẫu thuật làm giảm khả năng vận động của bệnh nhân, ảnh hưởng xấu đến chức năng phổi, làm tăng tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật và có khả năng mắc hội chứng đau mạn tính sau mổ. Giảm đau ngoài màng cứng đoạn ngực thường được coi là tiêu chuẩn vàng đối với điều trị đau sau phẫu thuật lồng ngực. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của phương pháp tự điều khiển (Patient Controlled Epidural Analgesia-PCEA) so với truyền liên tục (Continuous Epidural Infusion- CEI) qua catheter NMC bằng hỗn hợp bupivacain và fentanyl. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, thực hiện từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021 trên 63 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm I: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp PCEA; nhóm II: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp CEI. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp PCEA và CEI qua catheter ngoài màng cứng trong phẫu thuật lồng ngực cho hiệu quả giảm đau tốt cả khi nghỉ ngơi lẫn khi vận động, ít tác dụng phụ. Phương pháp PCEA dùng ít thuốc giảm đau hơn và bệnh nhân nhanh chóng kiểm soát được cơn đau hơn so với CEI.

Từ khóa: phẫu thuật lồng ngực, giảm đau ngoài màng cứng, giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

EFFECTIVE ASSESSMENT OF PAIN RELIEF AFTER THORACIC SURGERY OF PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA (PCEA) METHOD COMPARED WITH THE CONTINUOUS EPIDURAL INFUSION (CEI) METHOD

In thoracic surgery, postoperative pain will reduce the patient's motor function, adversely affect lung function, increase the rate of postoperative complications, and potentially chronic pain syndrome after surgery. Thoracic epidural analgesia is often considered the gold standard for pain management after thoracic surgery. We conducted a study to evaluate the effectiveness of pain relief after thoracic surgery of the Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) method compared with the Continuous Epidural Infusion (CEI) through the epidural catheter with a mixture of bupivacaine and fentanyl. The study method was a randomized controlled clinical intervention study carried out from June 2021 to September 2021, on 63 patients randomly divided into 2 groups: Group I – patients were received postoperative pain relief by PCEA; group II- patients were received postoperative pain by CEI method. Research results show that PCEA and CEI methods through epidural analgesia catheter in thoracic surgery have good pain relief both at rest and at movements, with few side effects. Furthermore, the PCEA method uses less pain reliever and the patient has more rapid pain control compared with CEI.

Keyword: thoracic surgery, epidural anesthesia, patient control analgesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ là một vấn đề lớn, ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình hồi phục sức khỏe của bệnh nhân sau mổ. Trong phẫu thuật lồng ngực, đau sau phẫu thuật làm giảm khả năng vận động của bệnh nhân, ảnh hưởng xấu đến chức năng phổi,

làm tăng tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật, người bệnh có khả năng mắc hội chứng đau mạn tính sau phẫu thuật [1]. Các nghiên cứu khác nhau cho thấy rằng hiệu quả giảm đau khi phẫu thuật làm giảm các biến chứng phổi sau phẫu thuật [2]. Giảm đau ngoài màng cứng lồng ngực thường được coi là tiêu chuẩn vàng đối với điều trị đau sau phẫu thuật lồng ngực [3]. Để duy trì giảm đau thông thường người ta dùng bơm tiêm điện truyền liên tục (CEI) hoặc bệnh nhân tự điều khiển (PCEA). Mỗi phương pháp luôn có những ưu nhược điểm riêng [4]. Tại Việt Nam các nghiên cứu về PCEA chủ yếu trong giảm đau sản khoa và các phẫu thuật trong ổ bụng, với phẫu thuật lồng ngực chưa có nhiều nghiên cứu được tiến hành. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: so sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của phương pháp tự điều khiển (PCEA) hoặc truyền liên tục (CEI) qua catheter ngoài màng cứng với hỗn hợp bupivacain và fentanyl và đánh giá một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân tuổi từ 18, tình trạng sức khỏe ASA I-II-III, được phẫu thuật theo chương trình và đồng ý tham gia nghiên cứu; không có chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng; không có tiền sử dị ứng với thuốc tê và thuốc họ morphin.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp gây tê NMC thất bại về kỹ thuật hoặc có diễn biến nặng sau mổ buộc phải chuyển về phòng hồi sức tích cực thở máy > 24h

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng .

Địa điểm- Thời gian nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phổi Trung Ương từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 63 bệnh nhân chia thành 2 nhóm:

- Nhóm I: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA).

- Nhóm II: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng truyền liên tục (CEI).

Cách thức tiến hành:

- Trước mổ: Bệnh nhân làm các xét nghiệm cơ bản, khám gây mê trước ngày phẫu thuật. Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng thước đo điểm đau VAS, máy PCA.

- Tại phòng mổ:

+ Bệnh nhân được đặt monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, ECG, SpO₂, thở oxy gọng kính 3-5 lít/phút; đặt đường truyền ngoại vi bằng catheter 18G.

+ Tiến hành gây tê ngoài màng cứng: Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng vuông góc với bàn mổ, cong lưng tôm. Xác định vị trí chọc: vị trí chọc trong phẫu thuật lồng ngực là giao điểm của đường giữa cột sống và các khe liên đốt T5-T6 hoặc T6-T7 hoặc T7-T8 và tính chất cột sống của từng bệnh nhân cụ thể. Liều thử gồm: 2 ml lidocain 2% có adrenalin nồng độ 1/200000. Theo dõi trong vòng 5 phút rồi cố định catheter.

+ Tiến hành gây mê nội khí quản: khởi mê bằng fentanyl 2 µg/kg, propofol 2mg/kg, esmeron 1mg/kg. Duy trì mê bằng Sevorane, tiêm nhắc lại esmeron theo máy TOF Watch, duy trì giảm đau bằng hỗn hợp Bupivacain + Fentanyl (CEI) tốc độ 3-5ml/h. Sau khi kết thúc phẫu thuật, chuyển bệnh nhân sang phòng hồi sức theo dõi thoát mê rút nội khí quản.

+ Pha thuốc giảm đau: dùng bơm tiêm 50ml lấy 12,5ml bupivacain 0,5% và 0,1 mg fentanyl rồi thêm nước cất vô trùng hoặc dung dịch NaCl 0,9% vô trùng thành 50ml ta được dung dịch hỗn hợp bupivacain 0,125% - fentanyl 2mcg/ml. Gọi là hỗn hợp bupivacaine – fentanyl (BF).

+ Theo dõi giảm đau sau mổ:

Nhóm I (PCEA): sử dụng BF qua catheter ngoài màng cứng, đặt thông số máy như sau: liều bolus 2ml, liều nền 3ml/h, khóa 15 phút, tổng liều 9ml/1giờ. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân sau 2 lần bấm có đáp ứng mà VAS > 4, bác sĩ tiêm 5ml hỗn hợp BF để đạt VAS < 4, các thông số máy vẫn giữ nguyên.

Nhóm II (CEI): Sử dụng hỗn hợp BF qua NMC truyền liên tục với liều 5ml/h. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân đau VAS > 4, bác sĩ tiêm 5ml hỗn hợp BF để đạt VAS < 4, các thông số máy vẫn giữ nguyên.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ thu thập số liệu trong 48 giờ tính từ khi bắt đầu sử dụng thuốc giảm đau.

Các tiêu chuẩn đánh giá: Các đặc điểm nhân trắc học, tổng liều lượng tiêu thụ hỗn hợp BF, lượng bupivacain, mức độ giảm đau khi nghỉ ngơi, khi vận động tại các thời điểm trong nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân cần giảm đau giải cứu; Thay đổi hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm I (n = 32)	Nhóm II (n = 31)	p
Giới (%): Nam/Nữ	59,4 40,6	64,5 35,5	> 0,05
Tuổi (năm) (min – max)	49,6 ± 18 (17-77)	48,8 ± 16,9 (16-73)	>0,05
Cân nặng (kg) (min – max)	53,9 ± 6,1 (38 – 70)	54,5 ± 6,6 (39 -75)	>0,05
Chiều cao (m) (min – max)	1,59 ± 0,05 (1,46 – 1,70)	1,58 ± 0,06 (1,50 – 1,75)	>0,05

Nhận xét: phân bố về tuổi, chiều cao, cân nặng, vị trí gây tê NMC giữa 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Liều lượng thuốc

Bảng 3.2. Lượng thuốc giảm đau dung sau mổ của hai nhóm

	Nhóm I (n = 32)	Nhóm II (n = 31)	p
Hỗn hợp BF (ml)	163,72 ± 22,19	245,68 ± 3,94	<0,05
Lượng bupivacaine (mg)	209,53 ± 28,4	314,47 ± 5,04	<0,05

Nhận xét: lượng hỗn hợp BF và lượng bupivacaine của nhóm 2 cao hơn nhóm 1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Số lần dùng liều cứu trong quá trình giảm đau

Bảng 3.3. Số lần dùng liều cứu trong quá trình giảm đau

	Nhóm I (n = 32)	Nhóm II (n = 31)	p
Liều cứu 5ml (lần)	0	1,15±0,39	<0,05

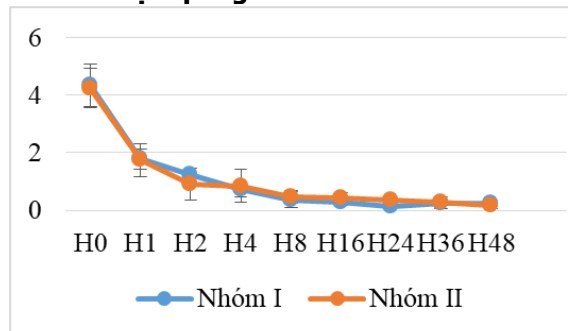
Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn khác

Các tác dụng không mong muốn	Nhóm I		Nhóm II		p
	n	%	n	%	
Bí tiểu (đặt sonde tiểu)	5(1)	15,6	5(2)	16,1	>0,05
Nôn và buồn nôn	3	9,3	3	9,7	>0,05
Ngứa	0	0	0	0	>0,05
Ức chế vận động	0	0	0	0	>0,05
Đau tại vùng chọc kim	0	0	0	0	>0,05
Đứt catheter	0	0	0	0	>0,05
Nhiễm trùng vùng chọc kim	0	0	0	0	>0,05

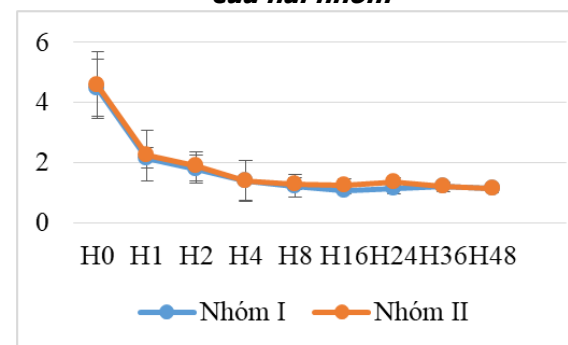
Nhận xét: Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn khác như: bí tiểu, nôn và buồn nôn, ngứa...ở 2 nhóm như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ở nhóm I các bệnh nhân không có lần nào phải tiêm thêm liều cứu (liều 5ml hỗn hợp bupivacain-fentanyl), nhóm II cần 1,15±0,39 (lần), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Hiệu quả giảm đau sau mổ



Biểu đồ 3.1. Diễn biến điểm đau lúc nghỉ của hai nhóm



Biểu đồ 3.2. Diễn biến điểm đau lúc ho của hai nhóm

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS trung bình khi nghỉ của cả 2 nhóm đều ở mức độ đau ít (VAS < 4) và tại hầu hết các thời điểm nghiên cứu đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.5. Các tác dụng không mong muốn

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy về đặc điểm chung của bệnh nhân, có sự tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu, do đó ảnh hưởng lên

kết quả nghiên cứu của 2 nhóm lành nhau. Về lượng thuốc sử dụng, ở nhóm I lượng bupivacain 0,125% trung bình trong 48 giờ là $209,53 \pm 28,4$ mg, lượng bupivacain 0,125% tiêu thụ trung bình trong 1 giờ là $4,37 \pm 1,36$ mg. Nhóm II lượng bupivacain 0,125% trung bình trong 48 giờ là $314,47 \pm 5,04$ mg, lượng bupivacain 0,125% tiêu thụ trung bình trong 1 giờ là $6,55 \pm 0,1$ mg. Nhóm I các bệnh nhân sử dụng lượng bupivacain ít hơn nhóm II và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.2).

Theo biểu đồ 3.1 và 3.2 chúng tôi thấy ở cả 2 nhóm bệnh nhân có mức độ giảm đau tốt khi nghỉ ngơi cũng như khi ho. Điểm đau VAS ở 2 nhóm đều giảm so với thời điểm H0, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của điểm VAS ở các thời điểm nghiên cứu giữa 2 nhóm. Như vậy tác dụng giảm đau ở 2 nhóm là như nhau vì vậy lượng thuốc dùng ở nhóm I ít hơn nhóm II có ý nghĩa thống kê cho thấy hiệu quả sử dụng thuốc của phương pháp PCEA là tốt hơn có ý nghĩa so với CEI ($p < 0,05$). Nguyễn Tiến Đức nghiên cứu so sánh giảm đau PCEA và CEI trên 65 bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng, lượng bupivacain tiêu thụ sau 48 giờ của nhóm PCEA 100,35mg, của nhóm CEI là 120,49mg. Trong nghiên cứu này, lượng bupivacain tiêu thụ ở nhóm PCEA là thấp hơn nhóm CEI điều này là phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Tuy nhiên lượng tiêu thụ bupivacain trong 2 nhóm giảm đau của nghiên cứu này cũng thấp hơn đáng kể so với chúng tôi (nhóm PCEA 100,35mg so với 209,53mg, nhóm CEI 120,49 so với 314,47). Kết quả khác nhau này là do đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức là phẫu thuật ung thư trực tràng còn chúng tôi trên bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực. Nhu cầu giảm đau ở 2 loại phẫu thuật này là khác nhau.

Điểm VAS của bệnh nhân ở 2 nhóm giảm rõ rệt giữa 2 thời điểm H1 và H0 khi nghỉ (nhóm I giảm từ 4,35 xuống 1,78 ở nhóm II giảm từ 4,24 xuống 1,75) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Giá trị trung bình của điểm VAS ở 2 nhóm ở các thời điểm nghiên cứu đều giảm so với thời điểm H0, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều có được giảm đau tốt trong suốt quá trình nghiên cứu. BK Behera nghiên cứu so sánh giữa giảm đau tĩnh mạch do bệnh nhân điều khiển PCA và giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân kiểm soát PCEA trên 30 bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực cho kết luận: PCEA sử dụng fentanyl và bupivacaine so với PCA sử dụng morphine cung cấp giảm đau tốt hơn cả khi nghỉ

ngơi và trong khi ho và liên quan đến ít tác dụng phụ hơn [6]. Trong nghiên cứu, ở nhóm I các bệnh nhân không có lần nào phải tiêm thêm liều cứu (liều 5ml hỗn hợp bupivacain-fentanyl), còn ở nhóm II là $1,15 \pm 0,39$ (bảng 3.3). Như vậy phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển PCEA có tác dụng giúp giảm đau nhanh, giảm đau tốt cả khi vận động và nghỉ ngơi, ưu điểm của phương pháp giảm đau tự điều khiển giúp bn chủ động đạt được kiểm soát đau nhanh hơn tại các thời điểm cần tăng liều (ho, thở sâu, lý liệu pháp hô hấp).

Về các tác dụng không mong muốn, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$) (bảng 3.4). Nhóm I có 3 bệnh nhân buồn nôn chiếm 9,3%, nhóm II có 3 bệnh nhân buồn nôn chiếm 9,7%, các bệnh nhân này chỉ buồn nôn thoáng qua và không phải dùng thuốc chống nôn, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Nguyễn Tiến Đức trong nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nôn và buồn nôn 2 nhóm PCEA và CEI không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]. Nghiên cứu của các tác giả Ozalp G [7] là 10%, Liu SS [8] tỷ lệ này là 14,8% ($n = 1030$). Các kết quả này khác nhau phụ thuộc vào cỡ mẫu nghiên cứu có hoặc không có kết hợp với fentanyl hay morphin.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau PCEA và CEI qua catheter ngoài màng cứng trong phẫu thuật lồng ngực cho hiệu quả giảm đau tốt cả khi nghỉ ngơi lẫn khi vận động, ít tác dụng phụ. Phương pháp PCEA dùng ít thuốc giảm đau hơn và bệnh nhân nhanh chóng kiểm soát được cơn đau hơn so với CEI. Nên áp dụng phương pháp PCEA thường quy hơn bởi lẽ ngoài giá trị về tiết kiệm thuốc thì phương pháp này còn giảm bớt nguy cơ ngộ độc thuốc do tích lũy thuốc ít hơn.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới các bệnh nhân, gia đình bệnh nhân cùng toàn thể nhân viên khoa Gây mê hồi sức và Chống đau Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ chúng tôi trong quá trình làm nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E. Kalso; K. Perttunen et al (1992).** Pain after thoracic surgery. 36(1), 96-100.
2. **Yegin, A (2003).** Early postoperative pain management after thoracic surgery; pre- and postoperative versus postoperative epidural analgesia: a randomised study. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 24(3), 420-424.
3. **Boyle, Patrick K. (2010).** Raj's Practical Management of Pain, Fourth Edition.. Anesthesiology, 112(1), 257-258.

4. Ferrante, F. Michael; Lu, Louise; Jamison, Stephen B.; Datta, Sanjay (1991). Patient-Controlled Epidural Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 73(5).
5. Đức NT. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ ung thư trực tràng bằng hỗn hợp bupivacaine và fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển và truyền liên tục, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
6. Behera B, Puri G, Ghai B. Patient-controlled epidural analgesia with fentanyl and bupivacaine provides better analgesia than intravenous morphine patient-controlled analgesia for early thoracotomy pain. *Journal of postgraduate medicine*. 2008;54(2):86.
7. Ozalp G, Güner R, Kuru N, Kadiogullari N. Postoperative patient-controlled epidural analgesia with opioid bupivacaine mixtures. *Canadian journal of anaesthesia*. 1998;45(10):938-942.
8. Liu S.S et al. Patient-controlled epidural analgesia with bupivacaine and fentanyl on hospital wards: Prospective experience with 1030 surgical patients. *Anesthesiology*. 1998;88.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TĂNG HUYẾT ÁP ẨN GIẤU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2020

Vũ Thanh Bình¹, Nguyễn Lê Thủy¹, Trần Thị Nương¹, Lê Đức Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố nguy cơ của tình trạng tăng huyết áp ẩn giấu ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với 186 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 theo dõi và điều trị tại bệnh viện đại học Thái Bình từ tháng 1-10/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Đã phát hiện có 106 bệnh nhân có tình trạng THAAG trong tổng số 186 BN được theo dõi HA 24 giờ. Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có BMI ≥ 23 , có tiền sử gia đình THA có nguy cơ THAAG cao hơn nhóm BMI < 23 , không có tiền sử gia đình THA (tương ứng OR: 6,9; 95% CI: 3,4 – 14,2 và OR = 5,5; 95% CI: 2,3 – 12,5. Bệnh nhân có chỉ số huyết áp tại phòng khám ở mức tiền THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường với OR = 8,7; 95% CI: 4,4 – 17,5; thời gian phát hiện ĐTĐ > 5 năm có nguy cơ THAAG cao hơn thời gian phát hiện ≤ 5 năm, OR = 2,1; 95% CI: 1,1 – 3,8. Hút thuốc lá, uống rượu bia, rối loạn Lipid máu, tăng uric máu là yếu tố nguy cơ độc lập gây THAAG ở người đái tháo đường (tương ứng OR = 2,1 với 95% CI: 1,1 – 4,0; OR = 2,0 với 95% CI: 1,02 – 4,1; OR = 3,4 với 95% CI: 1,8 – 6,3 và OR = 2,1; 95% CI: 1,01- 4,5. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, mức tuổi, protein niệu với tình trạng THAAG. **Kết luận:** BMI ≥ 23 , tiền sử gia đình THA, HA tại phòng khám ở mức tiền THA là những yếu tố nguy cơ của THAAG ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, Tăng huyết áp ẩn giấu, THAAG

Các chữ viết tắt

BMI: Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)

THA: Tăng huyết áp

THAAG: Tăng huyết áp ẩn giấu

ĐTĐ: Đái tháo đường

SUMMARY

SOME RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MASKED HYPERTENSION IN DIABETES TYPE 2 PATENTS TREATED IN THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objective: To Identify risk factors associated with masked hypertension (MH) in diabetes type 2 patents treated in Thai Binh Medical University Hospital in 2020. **Subjects and Methods:** a cross-sectional study conducted from Jan - October 2020 in 186 diabetes type 2 patients treated in hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy. **Results:** by using APBM, 106 patients were detected having MH among 186 diabetes type 2 patients. Patients with BMI ≥ 23 were more likely having MH higher than patients with BMI > 23 (OR: 6.9; 95% CI: 3.4 – 14.2). MH were more likely to occur in patients who have family history of hypertension (OR = 5.5; 95% CI: 2.3 – 12.5). Patients with high normal clinic BP were more likely to diagnose of MH significantly (OR = 8.7; 95% CI: 4.4 – 17.5). Smoking and drinking patients have higher risk of MH (OR = 2.1; 95% CI: 1.1 – 4.0; OR = 2.0; 95% CI: 1.02 – 4.1, respectively). Patients with history of dyslipidemia have remarkably more risk of MH than normal patients (OR = 3.4; 95% CI: 1.8 – 6.3). Others possible risks of MH included: duration from diabetes diagnosed > 5 years; increasing uric acid. No significant statistical difference associated with MH found, related to gender, age, proteinuria level. **Conclusion:** possible risk of MH in diabetes patients included: BMI ≥ 23 , having family history of hypertension, high normal clinic BP.

Keywords: diabetes type 2, masked hypertension, MH.

¹Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: binhvt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh ngày càng phổ biến ở những nước phát triển, đang phát triển nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Hai bệnh lý này nhìn bên ngoài có vẻ khác biệt nhưng thực tế thường xảy ra trên cùng bệnh nhân ĐTĐ, đặc biệt bệnh nhân ĐTĐ tít 2. Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng tăng huyết áp ẩn giấu (THAAG) gây tổn thương cơ quan đích: dày thất trái, rối loạn chức năng tâm trương, dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh, đạm niệu và là một trong các yếu tố nguy cơ tim mạch so với bệnh nhân có huyết áp bình thường thực sự. Với mục đích phát hiện THAAG và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của THAAG để từ đó tiên lượng và điều trị kịp thời tình trạng THA ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 186 bệnh nhân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa giới tính, tuổi, BMI với tình trạng THAAG

Huyết áp		Không THAAG		THAAG		OR	95% CI
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	31	40,3	46	59,7	0,8	0,5 – 1,5
	Nữ	49	45,0	60	55,0		
BMI (kg/m ²)	< 23	67	59,8	45	40,2	6,9	3,4 – 14,2
	≥ 23	13	17,6	61	82,4		
Nhóm tuổi (tuổi)	< 60	23	39,7	39	62,9	0,7	0,4 – 1,3
	≥ 60	57	46,0	67	54,0		

Bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có BMI ≥ 23 nguy cơ THAAG lớn hơn bệnh nhân bệnh nhân có BMI < 23 với OR: 6,9; 95% CI: 3,4 – 14,2. Không có mối liên quan giữa giới tính và mức tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân THAAG với không THAAG (p > 0,05).

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố về tiền sử với THAAG (n = 186)

Tiền sử		Huyết áp		Không THAAG		THAAG		OR	95% CI
		SL	%	SL	%				
Hút thuốc	Không	62	48,4	66	51,6	2,1	1,1 – 4,0		
	Có	18	31,0	40	69,0				
Uống rượu	Không	65	47,4	72	52,6	2,0	1,02 – 4,1		
	Có	15	30,6	34	69,4				
Gia đình THA	Không	72	52,2	66	47,8	5,5	2,3 – 12,5		
	Có	8	16,7	40	83,3				
Tiền sử rối loạn lipid máu	Không	60	54,5	50	45,5	3,4	1,8 – 6,3		
	Có	20	26,3	56	73,7				
Thời gian ĐTĐ (năm)	≤ 5	37	54,4	31	45,6	2,1	1,1 – 3,8		
	> 5	43	36,4	75	63,6				

Bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có hút thuốc nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không hút thuốc có ý nghĩa thống kê với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 – 4,0. Có uống rượu nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không uống rượu có ý nghĩa thống kê với OR= 2,0; 95% CI: 1,02 – 4,1. Tiền sử gia đình

được chẩn đoán đái tháo đường tít 2 theo tiêu chuẩn của hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2010, khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Thái Bình, không đang dùng thuốc hạ huyết áp trong 3 tháng gần đây, có huyết áp đo tại phòng khám <140/90 mmHg, được đánh giá tình trạng tăng huyết áp ẩn giấu bằng máy Holter huyết áp 24 giờ, thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2020.

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả.

Các chỉ số nghiên cứu: tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với tình trạng tăng huyết áp ẩn giấu: Tuổi, giới, BMI, chỉ số huyết áp đo tại phòng khám, tiền sử gia đình THA, hút thuốc lá, sử dụng rượu, tiền sử rối loạn Lipid máu, thời gian ĐTĐ, mức độ chỉ số uric máu, protein niệu.

Thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án thống nhất.

Xử lý số liệu: theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

có THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử gia đình THA có ý nghĩa thống kê với OR= 5,5; 95% CI: 2,3 – 12,5. Có tiền sử rối loạn Lipid máu nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử rối loạn Lipid máu có ý nghĩa thống kê với OR= 3,4; 95% CI: 1,8 – 6,3.

Thời gian phát hiện ĐTD >5 năm có nguy cơ nghĩa thống kê với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 – 3,8. THAAG cao hơn bệnh nhân phát hiện ≤ 5 năm có

Bảng 3. Môi liên quan giữa một số chỉ số sinh hóa với THAAG (n = 186)

Sinh hóa	Huyết áp	Không THAAG		THAAG		OR	95 % CI
		SL	%	SL	%		
Protein niệu	Âm tính	70	45,8	8	54,2	1,9	0,8 – 4,3
	Dương tính	10	30,3	23	69,7		
Tăng acid uric	Bình thường	68	46,9	77	53,1	2,1	1,01 – 4,5
	Tăng	12	29,3	29	70,7		

Bệnh nhân ĐTD týp 2 tăng acid Uric có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không tăng acid Uric có ý nghĩa thống kê với OR= 2,1; 95% CI: 1,01- 4,5. Có protein niệu dương tính nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân protein niệu âm tính không có ý nghĩa thống kê với OR= 1,9; 95% CI: 0,8- 4,3.

Bảng 4. Môi liên quan giữa mức độ HA đo phòng khám với THAAG

HA đo phòng khám	HA đo ABPM	Không THAAG		THAAG		OR	95% CI
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %		
Bình thường		65	65,0	35	35,0	8,7	4,4 – 17,5
Tiền THA		15	17,4	71	82,6		

Bệnh nhân ĐTD týp 2 có tiền THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường có ý nghĩa thống kê với OR= 8,7; 95% CI: 4,4 – 17,5.

Bảng 5. Phân tích môi liên giữa các số yếu tố ảnh hưởng đến THAAG

THAAG	OR	95 % CI
Tiền sử gia đình	3,2	1,2 - 8,4
Tiền sử rối loạn Lipid máu	1,7	0,7 – 3,9
Uống rượu	0,9	0,3 – 2,7
Tăng acid Uric	1,0	0,4 – 2,7
Hút thuốc	1,2	0,35–4,5
Thời gian ĐTD > 5 năm	0,8	0,3 – 1,7
BMI ≥ 23	4,2	1,8 - 9,1
Tiền THA	5,7	2,6–11,9

Có môi liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ tiền sử gia đình THA với THAAG có ý nghĩa thống kê với OR= 3,2; 95% CI: 1,2 – 8,4. Có môi liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ BMI ≥ 23 với THAAG có ý nghĩa thống kê với OR= 4,2; 95% CI: 1,8 – 9,1. Có môi liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ tiền THA đo tại phòng khám với THAAG có ý nghĩa thống kê với OR= 5,7; 95% CI: 2,6 – 11,9. Tiền sử rối loạn Lipid máu, uống rượu, hút thuốc, tăng acid Uric, thời gian ĐTD > 5 năm là các yếu tố nguy cơ liên quan với THAAG, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Môi liên quan giữa giới, BMI, tuổi với tình trạng THAAG: phân tích dữ liệu nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan tình trạng tăng huyết áp giấu trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 theo giới tính. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Marchesi C ghi nhận rằng trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2, không có sự khác biệt tỷ lệ tăng huyết áp ẩn giấu theo giới

[1]. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu Nguyễn Trần Tuyết Trinh cho rằng giới tính không có môi liên quan giữa giới tính với tăng huyết áp ẩn giấu [2]. Chúng tôi cũng ghi nhận chỉ số khối cơ thể là yếu tố nguy cơ độc lập gây THAAG. Trong nghiên cứu, kết quả phân tích cho thấy môi liên quan giữa chỉ số khối cơ thể tương quan thuận với tăng huyết áp ẩn giấu. Nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23 có khả năng tăng huyết áp ẩn giấu 6,7 lần (OR= 6,7; 95% CI= 3,3 - 13,6) so với nhóm có chỉ số BMI < 23, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây của Á Âu [3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp ẩn giấu không khác nhau giữa các nhóm tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Trần Tuyết Trinh, không có sự liên quan giữa tuổi và tăng huyết áp ẩn giấu [2].

Môi liên quan giữa yếu tố tiền sử với tình trạng THAAG: Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân ĐTD týp 2 có hút thuốc nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không hút thuốc với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 – 4,0. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, trong nghiên cứu khảo sát tăng huyết áp ẩn giấu trên bệnh nhân ĐTD của Nguyễn Trần Tuyết Trinh phát hiện hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ẩn giấu 2,5 lần so với bệnh nhân không hút thuốc [2]. Nicotin có trong thuốc lá kích thích hệ thần kinh giao cảm làm co mạch ngoại vi gây THA. Theo các nhà nghiên cứu thì hút một điếu thuốc lá, HATT có thể tăng lên tới 11 mmHg, HATTtr tăng lên tới 9 mmHg và kéo dài 20-30 phút, hút nhiều có thể

gây cơn THA kịch phát nguy hiểm. Trong khi đó, nghiên cứu Platina ghi nhận hút thuốc lá không liên quan với tăng huyết áp ẩn giấu. Sự khác biệt kết quả này giữa các nghiên cứu do sự khác nhau về dân số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tăng huyết áp ẩn giấu trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2, còn nghiên cứu Platina khảo sát trên dân số chung. Kết quả của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa uống rượu với tình trạng THAAG: bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có hút thuốc nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không hút thuốc với OR= 2,1 ; 95% CI: 1,1 - 4,0. Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Huấn [6]. Điều này nhiều tác giả cũng khẳng định rượu làm giảm tác dụng của thuốc điều trị ĐTĐ, những người uống nhiều rượu có tỷ lệ THA gấp đôi so với người không uống rượu. Phân tích kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ týp 2 gia đình có THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử gia đình THA với OR= 5,5; 95% CI: 2,3 - 12,5. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng huyết áp ẩn giấu dao động đáng kể giữa hai nhóm có hay không có tiền sử gia đình tăng huyết áp. Bệnh nhân có tiền sử gia đình tăng huyết áp có tỷ lệ 83,3% so với 47,8% bệnh nhân không có tiền căn gia đình tăng huyết áp. Theo nghiên cứu Nguyễn Trần Tuyết Trinh tỷ lệ này là 70,7% [2]. Có mối liên quan giữa thời phát hiện bệnh với tình trạng THAAG: bệnh nhân ĐTĐ týp 2 phát hiện > 5 năm có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân phát hiện ≤ 5 năm với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 - 3,8. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Thời gian phát hiện ĐTĐ càng dài thì tỷ lệ tăng biến chứng càng cao. Tỷ lệ biến chứng các cơ quan đích càng cao thì khả năng thích nghi, bù trừ của cơ thể người bệnh nói chung vào hệ thần kinh, hệ tim mạch nói riêng càng giảm đi. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả cũng cho thấy: nếu bệnh ĐTĐ xuất hiện càng lâu thì nguy cơ xuất hiện bệnh THA càng cao và ngược lại bệnh THA phát hiện càng lâu thì nguy cơ gây ĐTĐ týp 2 ở đối tượng đó càng cao [5]. Trong kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có tiền sử rối loạn Lipid máu nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử rối loạn Lipid máu với OR= 3,4; 95% CI: 1,8 - 6,3. Rối loạn lipid máu là biểu hiện rất thường gặp ở cả bệnh nhân THA và ĐTĐ týp 2. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa rối loạn Lipid máu hiện tại với THAAG. Rối loạn Lipid máu là nguyên nhân quan trọng, trực tiếp gây vữa xơ động mạch - cơ chế bệnh sinh chủ yếu của các biến chứng kinh điển

ở BN THA, ĐTĐ týp 2. Chính vì thế trong các kết quả nghiên cứu nhận thấy mối liên quan giữa rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân THA, ĐTĐ týp 2 chủ yếu thể hiện qua các biến chứng.

Mối liên quan giữa một số chỉ số sinh hóa với tình trạng THAAG: Chúng tôi đánh giá tổn thương thận trên bệnh nhân ĐTĐ bằng protein niệu và nồng độ creatinin máu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy không có mối liên hệ giữa protein niệu với tình trạng THAAG. Trong nhóm bệnh nhân THAAG có 21,7 % bệnh nhân có protein niệu. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tình trạng tăng acid uric với THAAG: bệnh nhân ĐTĐ týp 2 tăng acid Uric có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không tăng acid Uric với OR= 2,1; 95% CI: 1,0- 4,5. Theo Marchesi C, ở BN đề kháng insulin tăng acid uric máu là do insulin kích thích tái hấp thu natri và urate ở ống lượn gần. Tăng acid uric máu là yếu tố tiên đoán cho sự phát triển của cả THA và bệnh động mạch vành. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng tăng acid uric máu thường hay gặp ở những bệnh nhân tăng HA, nó phản ánh sự suy giảm dòng máu đến thận và xơ cứng thận sớm trong THA [5].

Mối liên quan giữa HA đo tại phòng khám với THAAG: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số HA đo tại phòng khám <140/90 mmHg. Tuy nhiên, sau khi khảo sát HA của bệnh nhân mang máy ABPM, tỷ lệ THAAG chiếm 57,0% và tình trạng tiền THA có liên quan với nguy cơ mắc THAAG. Cụ thể là, bệnh nhân ĐTĐ týp 2 khi đo tại phòng khám có tiền THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường với OR= 8,7; 95% CI: 4,4 - 17,5. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhất quán với các nghiên cứu khác [2], [7]. Từ những phân tích trên trong nghiên cứu này cùng các nghiên cứu ngoài nước chứng minh rằng bỏ sót một tỷ lệ cao tăng huyết áp ẩn giấu trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nhất là khi kèm các yếu tố nguy cơ. Chính vì vậy, việc cần thiết theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ trên bệnh nhân có giá trị HA mức tiền tăng huyết áp [8].

Phân tích mối liên quan giữa các số yếu tố ảnh hưởng đến THAAG: Khi phân tích đa yếu tố nguy cơ liên quan với tình trạng THAAG ở bệnh nhân ĐTĐ, chúng tôi ghi nhận yếu tố tiền sử gia đình có THA, BMI ≥ 23 và tiền THA khi đo tại phòng khám có mối liên quan chặt chẽ với THAAG (p < 0,05). Các yếu tố hút thuốc, uống rượu và rối loạn lipid máu có liên quan nhưng không chặt chẽ (p > 0,05). Theo nghiên cứu của Zhao tại Trung Quốc cũng như nghiên cứu của

Nguyễn Trần Tuyết Trinh trên bệnh nhân ĐTĐ, khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy yếu tố tiền THA, tiền sử gia đình THA, BMI \geq 23 là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng THAAG [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 186 đối tượng đái tháo đường typ 2 chưa có THA chúng tôi thấy: BMI \geq 23 nguy cơ THAAG cao hơn nhóm có BMI < 23 với OR = 6,7; 95% CI = 3,3 - 13,6, tiền sử gia đình THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử gia đình THA với OR = 5,4; 95% CI: 2,3- 12,5, HA tại phòng khám ở mức tiền THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có mức HA bình thường: OR = 8,7; 95% CI: 4,4 - 17,5. THAAG có liên quan với các yếu tố: hút thuốc, tiền sử rối loạn Lipid máu, tăng acid Uric máu, thời gian phát hiện bệnh > 5 năm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marchesi C., Maresca A.M., Solbiati F. và cộng sự.** (2007). Masked hypertension in type 2 diabetes mellitus. Relationship with left-ventricular structure and function. American Journal

Hypertens, **20(10)**, 1079–1084.

2. **Nguyễn Trần Tuyết Trinh** (2013), Khảo sát tình hình tăng huyết áp ẩn giấu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Wijkman M., Länne T., Engvall J. và cộng sự.** (2009). Masked nocturnal hypertension a novel marker of risk in type 2 diabetes. Diabetologia, **52(7)**, 1258.
4. **Nguyễn Văn Huân** (2014), Đặc điểm tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Marchesi C, Maresca AM, và Solbiati F** (2007). Masked hypertension in type 2 diabetes mellitus. American Journal of Hypertension, **20**, 1079–1084.
6. **Adler AI. và Stratton IM** (2014). Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. British Medical Journal, **321**, 412–419.
7. **Thakkar H.V., Pope A., Anpalahan M.** (2020). Masked Hypertension: A Systematic Review. Heart Lung Circulation, **29(1)**, 102–111.
8. **Kario K., Park S., Chia Y.-C. et al** (2020). Consensus summary on the management of hypertension in Asia from the HOPE Asia Network. Journal of Clinical Hypertens (Greenwich), **22(3)**, 351–362.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN NẶNG

Đặng Thị Xuân¹, Nguyễn Gia Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm và tiến triển của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 246 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Bệnh nhân (BN) nam chiếm 73,2%; tuổi trung bình 61,3 \pm 16,22, người cao tuổi 42,9%. Tổn thương thận cấp (AKI) gặp ở 45,5% BN nhiễm khuẩn nặng, tử vong 61,6%; những BN phải lọc máu tử vong tới 75%. Lâm sàng: mạch nhanh 118 \pm 24,1 lần/phút, huyết áp trung bình 68,1 \pm 31,23 mmHg, tỉ lệ bệnh nhân tụt huyết áp 88,4%; suy hô hấp phải thở máy tới 91,1%; điểm APACHE II 23,5 \pm 7,41; SOFA 6,8; đều cao hơn nhóm không AKI (p < 0,001). Cận lâm sàng: Hb trung bình 107,1g/l; bạch cầu 15,7G/l; procalcitonin 33U/l; lactat máu 3,88mmol/l, tiêu cơ vân 32,1%, đều cao hơn nhóm không AKI (p < 0,001),

pH máu và HCO₃⁻ thì thấp hơn (p < 0,001). Thận tổn thương trung bình 2,3 ngày sau vào viện, nặng nhất sau 4,5 ngày. Có 61,6% BN AKI tiến triển nặng hơn sau vào viện và 36,6% chức năng thận hồi phục về bình thường. **Kết luận:** Tổn thương thận cấp rất thường gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, tỉ lệ tiến triển nặng hơn và tử vong cao.

Từ khóa: suy thận cấp, nhiễm khuẩn nặng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS WITH SEVERE SEPSIS

Objective: to describe characteristics and progression of acute kidney injury in patients with severe sepsis. **Subjects and methods:** A prospective observational study was conducted in 246 patients with severe sepsis treated at the ICU of Bach Mai hospital. **Results:** mean age was 61.3 \pm 16.22, male accounted for 73.2%, and 42.9% patients were elderly. On admission, heart rate and systolic blood pressure were 118 \pm 24.1 b/m and 68.1 \pm 31.23 mmHg, 88.4% patients were hypotension and 91.1% required mechanical ventilation. APACHE II score was 23.5 \pm 7.41 and average SOFA was 6.8; much higher than those in the patient without AKI (p < 0.001). Laboratory abnormalities: mean Hb 107.1 g/L; white blood cells 15.7 G/L; procalcitonin 33 U/L; blood

¹Trung Tâm Chống Độc Bệnh viện Bạch Mai

²Trung tâm Hồi sức Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Xuân

Email: xuandangthi@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

lactate 3.88mmol/L and rhabdomyolysis 32.1%, all were higher than those in the patients without AKI ($p < 0.001$), while blood pH and HCO_3^- were lower ($p < 0.001$). AKI often occurred after admission 2.3 days, and maximum after 4.5 days. There were 61.6% of patients with more severely kidney damage after admission and 36.6% patients got complete recovery of renal function after treatment. **Conclusions:** AKI was very common in severe sepsis patients with high mortality rate.

Key words: acute renal failure, severe sepsis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp thường xảy ra ở những bệnh nhân nặng trong khoa Hồi sức với nhiều nguyên nhân và bệnh cảnh phức tạp. Nguyên nhân được các tác giả đề cập nhiều nhất là tình trạng nhiễm khuẩn. Nhiễm khuẩn sẽ khởi động quá trình viêm hệ thống, giải phóng các cytokin, hoạt hóa các hóa chất trung gian, nội độc tố... gây giảm thể tích trong lòng mạch do tích tụ dịch trong khoang thứ ba, giãn mạch ngoại biên và giảm sức bóp cơ tim, co mạch và thiếu máu cục bộ, giảm tưới máu vùng, ảnh hưởng trực tiếp lên nội mạc mạch máu thận và các tạng, tổn thương vi mạch, dẫn đến hội chứng suy đa tạng và cuối cùng là tử vong [1].

Ở Việt Nam, nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết nhận thấy 71,9% bệnh nhân hồi sức vào viện vì liên quan tới tình trạng nhiễm khuẩn, trong đó 43,8% số bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn [2]. Một nghiên cứu ở bệnh nhi nặng cho thấy nguyên nhân chính gây tổn thương thận cấp là do nhiễm trùng và 47,9% có sốc nhiễm khuẩn. Nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cao hơn gấp 2,7 lần so với các nhóm bệnh khác [3]. Để tìm hiểu về đặc điểm của tổn thương thận ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, nhằm góp phần điều trị sớm để giảm mức độ tổn thương thận và tử vong, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng.*

2. *Đánh giá tiến triển của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng từ 18 tuổi trở lên điều trị tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 2011 đến 2012.

***Chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng:** theo tiêu chuẩn của Hội lồng ngực Hoa Kỳ/Hội Hồi sức tích cực Hoa Kỳ [1], [4]:

- Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS)
- Hội chứng nhiễm khuẩn toàn thân (sepsis) là SIRS do vi khuẩn gây nên (có ổ nhiễm khuẩn hoặc cấy máu dương tính).

Chẩn đoán sepsis theo tiêu chuẩn mới (sepsis 3) bao gồm nhiễm khuẩn (infection) + qSOFA ≥ 2 điểm (ngoài khoa Hồi sức) hoặc SOFA ≥ 2 điểm (trong khoa Hồi sức).

- Nhiễm khuẩn nặng: là sepsis phối hợp với tụt huyết áp (còn đáp ứng với bù dịch) và/hoặc phối hợp với giảm tưới máu hoặc rối loạn chức năng của một hay nhiều cơ quan: suy hô hấp cấp tiến triển; rối loạn ý thức; thiếu niệu; rối loạn đông máu; toan chuyển hoá không giải thích được; tăng acid lactic máu.

- Sốc nhiễm khuẩn là nhiễm khuẩn nặng có huyết áp tâm thu $< 90\text{mmHg}$ hoặc giảm trên 40mmHg so với huyết áp cơ bản của bệnh nhân, không đáp ứng với bù dịch hoặc phải dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp, có biểu hiện giảm tưới máu tổ chức hoặc rối loạn chức năng ít nhất một cơ quan (rối loạn ý thức, thiếu niệu, toan chuyển hoá, tăng acid lactic).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân tổn thương thận mạn: tiền sử bệnh thận tiết niệu đã có tăng ure/creatinin từ trước, siêu âm thấy hai thận nhỏ, thiếu máu, tăng huyết áp của tổn thương thận mạn.

+ Tổn thương thận cấp do nguyên nhân khác không liên quan tới nhiễm khuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: đánh giá đặc điểm và tiến triển theo các chỉ số:

- Lâm sàng

+ Thông tin bệnh nhân: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật

+ Toàn thân: mạch, huyết áp, thiếu dịch, tần số thở, SpO₂, suy hô hấp, nước tiểu

- Cận lâm sàng

+ Công thức máu, sinh hóa máu: ure, creatinin, điện giải đồ, procalcitonin

+ Khí máu động mạch, xét nghiệm nước tiểu

+ Xét nghiệm tìm nguyên nhân, biến chứng: siêu âm, xquang, cấy máu và dịch ổ nhiễm khuẩn.

- Tính điểm APACHE II, SOFA, đánh giá biến chứng, kết quả điều trị.

- Diễn tiến AKI trong quá trình điều trị

- Chẩn đoán AKI: creatinin máu $\geq 130\mu\text{mol/l}$, áp dụng phân độ AKI theo RIFLE [5]:

+ Mức độ R (Risk): creatinin huyết thanh 130

- 170 $\mu\text{mol/l}$

+ Mức độ I (Injury): creatinin huyết thanh

171 - 259 $\mu\text{mol/l}$

+ Mức độ F (Failure): creatinin huyết thanh $\geq 260 \mu\text{mol/l}$

2.3. Xử lý số liệu. Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi có 246 BN nhiễm khuẩn nặng: 112BN (45,5%) cóAKI, 134 BN (54,5%) không AKI.

Tử vong ởBN nhiễm khuẩn nặng có AKI là 69 BN (61,6%), BN phải lọc máu tử vong 75%

3.1. Đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng.

- **Phân bố theo giới:** 112 BN AKI, nam 82BN (73,2%), nữ 30BN (26,8%), Nam/Nữ: 2,7:1

- **Phân bố theo tuổi:** Có 86,6% BN AKI ≥ 45 tuổi và ở người cao tuổi ≥ 65 là 42,7%.

Tuổi trung bình BNAKI là $61,3 \pm 16,22$ cao hơn nhóm không AKI là $59,7 \pm 18,45$ ($p < 0,05$)

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tổn thương thận lúc vào viện

Thông số	AKI (112 BN) ⁽¹⁾	Không AKI (134 BN) ⁽⁰⁾	P ⁽⁰⁾ và ⁽¹⁾
Glasgow (điểm)	11,8 \pm 3,41	12,0 \pm 3,49	>0,05
Mạch (lần/phút)	118 \pm 24,1	107 \pm 16,6	<0,01
Huyết áp (mmHg)	68,1 \pm 31,23	83,1 \pm 19,22	<0,001
Tụt huyết áp	99 (88,4%)	49(36,6%)	<0,001
Thiếu dịch	26 (23,2%)	12 (9,0%)	<0,01
Suy hô hấp phải thở máy (n,%)	102 (91,1%)	96 (71,6%)	<0,001
APACHEII (điểm)	23,5 \pm 7,41	16,2 \pm 7,41	<0,001
SOFA (điểm)	6,8	3,1	<0,001*

(*Mann-Witney U test)

Nhận xét: lúc vào viện: - Bệnh nhân AKI mạch nhanh, thiếu dịch nhiều hơn không AKI ($p < 0,01$).

- Bệnh nhân AKI có huyết áp trung bình thấp 68,1 mmHg, tỉ lệ BN tụt huyết áp cao (88,4%), suy hô hấp phải thở máy rất cao (91,1%), điểm APACHE II 23,5, SOFA 6,8; cao hơn nhiều so với BN không AKI, $p < 0,001$.

Bảng 3.2. Xét nghiệm huyết học và đông máu bệnh nhân AKI lúc vào viện

Thông số	AKI (112 BN) ⁽¹⁾	Không AKI (134 BN) ⁽⁰⁾	P ⁽⁰⁾ và ⁽¹⁾
Hồng cầu(T/l)	3,64 \pm 0,86	3,83 \pm 0,82	>0,05
Hemoglobin (g/l)	107,1 \pm 24,45	109,7 \pm 22,10	>0,05
Hematocrit	0,32 \pm 0,08	0,33 \pm 0,06	>0,05
Bạch cầu (G/l)	15,7	13,6	<0,05*
Tiểu cầu (G/l)	171	227	<0,001*
Prothrombin (%)	51,9 \pm 22,95	68,8 \pm 19,80	<0,05
INR	1,75 \pm 1,14	1,25 \pm 0,28	<0,001
Fibrinogen (g/l)	4,48 \pm 1,769	4,65 \pm 1,586	>0,05

(*Mann-Witney U test)

Nhận xét: Hồng cầu, Hb, Hct, Fibrinogen không khác biệt giữa BN AKI và không AKI ($p > 0,05$)

- Số lượng bạch cầu của BN AKI cao hơn không AKI ($p < 0,05$).

- Tiểu cầu và tỉ lệ prothrombin BN AKI thấp hơn không AKI với $p < 0,001$ và $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Xét nghiệm hóa sinh và khí máu của bệnh nhân AKI lúc vào viện

Thông số	AKI (112 BN) ⁽¹⁾	Không AKI (134 BN) ⁽⁰⁾	P ⁽⁰⁾ và ⁽¹⁾
Ure (mmol/l)	15,9	6,9	<0,001*
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	229,3	72,3	<0,001*
Glucose (mmol/l)	9,7	9,3	>0,05*
BilirubinTP($\mu\text{mol/l}$)	40,1	25,3	< 0,05*
Procalcitonin (U/l)	33,0	5,9	<0,01*
Tiêu cơ vân	36 (32,1%)	7 (5,2%)	<0,001
Natri (mmol/l)	135,9 \pm 9,82	134,9 \pm 7,27	>0,05
Kali (mmol/l)	4,34 \pm 0,98	3,9 \pm 0,61	<0,001
pH	7,38 \pm 0,121	7,44 \pm 0,093	<0,001
PCO ₂ (mmHg)	40,0 \pm 16,60	46,4 \pm 20,13	<0,01
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	23,7 \pm 8,35	29,8 \pm 7,94	<0,001
Lactat(mmol/l)	3,88 \pm 3,425	2,04 \pm 1,837	<0,001

(*Mann-Witney U test)

Nhận xét: Kali, bilirubin, procalcitonin của BN AKI cao hơn không AKI ($p < 0,001$), tỉ lệ tiêu cơ vân cũng cao hơn.

- pH máu và HCO_3^- BN AKI thấp hơn không AKI ($p < 0,001$), lactat máu thì cao ($p < 0,001$).

3.2. Tiến triển của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn

Bảng 3.4. Tổn thương thận tăng lên sau vào viện theo các mức độ

Nhóm bệnh nhân	Tiến triển	Độ tổn thương thận khi vào viện				Tổng số BN
		Nvv	Rvv	Ivv	Fvv	
BN nhiễm khuẩn(112 BN)	Tiến triển tăng lên	30	15	12	12	69(61,6%)
	Không tăng thêm	0	15	12	16	43
Bệnh nhân hồi sức chung (225 BN)	Tiến triển tăng lên	47	33	28	39	147(57,6%)

Nhận xét: Sau khi vào viện, AKI tiếp tục nặng lên ở 61,6% số BN, cao hơn nhóm BN hồi sức chung(57,6%).

Bảng 3.5. Diễn biến của tổn thương thận trong quá trình điều trị

Thông số	Nhóm	Nvv ⁽¹⁾ (n=30)	Rvv ⁽²⁾ (n=30)	Ivv ⁽³⁾ (n=24)	Fvv ⁽⁴⁾ (n=28)	Chung (n=112)	p ^(1,2,3,4)
Thời gian xuất hiện AKI (ngày)		5,9	1,0	1,0	1,0	2,3	<0,001**
Thời gian đến khi AKI nặng nhất (ngày)		7,57	2,6	5,4	2,3	4,5	<0,01**
Thời gian AKI nằm bệnh viện(ngày)		4,9	4,8	7,4	8,9	6,4	>0,05
Thời gian AKI nằm tại hồi sức (ngày)		4,8	4,1	7,1	8,4	6,0	>0,05
Tỉ lệ hồi phục chức năng thận (%)		23,3	60	37,5	25	36,6	<0,05

(** Kruskal Wallis H test)

Nhận xét:

- Tổn thương thận xuất hiện trung bình sau vào viện 2,3 ngày; tiến triển nặng nhất sau 4,5 ngày, khác nhau giữa các mức độ, $p < 0,001$.

- Có 41 BN (36,6%) hồi phục chức năng thận trong quá trình điều trị, sớm nhất là nhóm Ivv và Rvv (3,4 và 2,7 ngày), sau đó là nhóm Nvv, muộn nhất là F; $p < 0,05$.

- Thời gian nằm viện và hồi sức của các mức độ tổn thương thận không khác nhau, $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn

- **Phân bố về giới:** tỉ lệ bệnh nhân nam là 73,2% cao hơn nữ (26,8%), tỉ lệ nam/nữ là 2,7/1. Nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết, BN suy thận cấp ở khoa hồi sức cấp cứu có tỉ lệ nam 60,2% cao hơn nữ 39,8% [2]. Nhiều nghiên cứu nhận thấy AKI thường gặp ở nam giới, có thể do một số nguyên nhân gây AKI hay gặp ở nam hơn: bệnh về tim mạch, viêm tụy cấp, tiêu cơ vân, xơ gan...

- **Phân bố theo tuổi:** tuổi trung bình của BN nhiễm khuẩn là 59,7 năm, trong đó nhóm AKI là 61,3, cao hơn nhóm không AKI là 58,4 năm; $p < 0,05$. Bệnh nhân trong nghiên cứu của Piccinni P. trung bình là 66 tuổi [6]. Theo sinh lý, khi tuổi cao hơn thì chức năng thận sẽ giảm dần, mặt khác bệnh nhân tuổi cao thường có bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, đái tháo đường, xơ

gan... vì vậy nguy cơ AKI cũng tăng hơn. Tác giả Bellomo R. khi phân tích về tuổi BN AKI từ các nghiên cứu trong vòng 30 năm thì thấy tuổi trung bình có xu hướng tăng lên [5], hay có thể hiểu là khả năng điều trị AKI và hồi sức bệnh nhân nặng ngày càng tốt hơn.

***Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân**

- Khi đánh giá về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân AKI khi vào viện, chúng tôi thấy:

Điểm Glasgow trung bình của BN AKI là 11,8. Tuy nhiên, bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, hôn mê có thể do bệnh chính của bệnh nhân nhiều hơn là do AKI

Mạch nhanh là dấu hiệu rất thường gặp, gặp ở nhóm AKI nhiều hơn không AKI ($p < 0,05$), mạch nhanh cũng là đáp ứng sớm của BN nặng trước tình trạng suy hô hấp, tuần hoàn. Chúng tôi thấy 88,4% BN bị tụt huyết áp, cao hơn BN không AKI 36,6%, $p < 0,001$; tỉ lệ bệnh nhân thiếu dịch cũng cao hơn, đây cũng là những yếu tố nguy cơ làm tăng tổn thương thận và tử vong của BN. Biểu hiện mạch nhanh, tụt huyết áp, giảm SpO_2 là những dấu hiệu của tình trạng nặng, thường đi cùng nhau theo diễn biến của bệnh.

Đặc biệt, ở các bệnh nhân AKI có tới 91,1% suy hô hấp nặng cần phải thở máy, với tỉ lệ thở máy rất cao chứng tỏ mức độ nặng của các bệnh nhân nhiễm khuẩn tại các khoa hồi sức.

Tình trạng nặng của BN được thể hiện rõ hơn ở điểm APACHE II và SOFA rất cao. Điểm

APACHE II lúc vào viện của bệnh nhân AKI lên tới 23,5. Điểm SOFA của BN AKI cao hơn nhóm không AKI (6,8 và 3,1; $p < 0,01$). Trong nghiên cứu của mình, tác giả Piccinni P. thấy điểm APACHE II lúc vào viện nhóm AKI là 19 cao hơn nhóm không AKI là 17; $p < 0,001$. SOFA nhóm AKI là 6 điểm cao hơn nhóm không AKI là 4 điểm, $p < 0,001$. Tác giả còn nhận thấy, những bệnh nhân già, nam giới, béo phì (BMI > 30) ở nhóm AKI cũng cao hơn [6]. Salgado G. nghiên cứu ở 627 BN hồi sức cũng thấy điểm APACHE II và SOFA ở nhóm AKI cao hơn nhóm không AKI [7]. Các tác giả có thể đưa ra nhiều con số vì nghiên cứu tiến hành ở nhiều quốc gia, tuy nhiên đều thống nhất điểm APACHE II và SOFA ở BN AKI cao hơn nhóm không AKI, tổn thương thận nặng hơn có điểm cao hơn. Về thực chất, tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức, dù rất quan trọng và thường gặp nhưng vẫn nằm trong bệnh cảnh nặng chung, bệnh cảnh suy đa tạng của bệnh nhân.

- Khi đánh giá về thay đổi của công thức máu và đông máu cơ bản ở nhóm bệnh nhân AKI qua bảng 3.6 chúng tôi thấy khi vào viện lượng Hb trung bình của cả 2 nhóm có đều thấp 107,1 g/l và 109,7g/l. Đây cũng là dấu hiệu thường gặp của bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức.

Ostermann Marlies nhận thấy những bệnh nhân nặng có suy thận, khi vào viện thiếu máu Hb < 90 g/l thì nguy cơ tử vong cao gấp 1,39 lần so với nhóm Hb > 90g/l (OR 1.39 (95%CI: 1.3–1.48), $p < 0,0001$) [4].

Số lượng bạch cầu nhóm AKI cao hơn nhóm không AKI (15,7 so với 13,6 G/l ($p < 0,05$). Bạch cầu cao cũng là phản ứng thường gặp của tình trạng nhiễm trùng nặng; số lượng tiểu cầu thấp hơn (171 G/l so với 227 G/l ($p < 0,001$); tỉ lệ prothrombin thấp hơn (51,9% so với 68,8% ($p < 0,001$). Tất cả những thay đổi của công thức máu và đông máu cơ bản của bệnh nhân lúc vào viện và trong quá trình nằm viện thay đổi chủ yếu là theo bệnh chính của bệnh nhân.

- Thay đổi về hóa sinh và khí máu động mạch của bệnh nhân AKI và không AKI:

Kali máu trung bình nhóm AKI cao hơn nhóm không AKI (4,34 so với 3,9; $p < 0,001$), thực tế tăng kali máu luôn là biến chứng nặng và thường gặp của tổn thương thận cấp, là một trong các chỉ định lọc máu cấp cứu. Tỉ lệ tiêu cơ vân nhóm AKI cũng cao hơn nhóm không AKI (32,1%) so với 5,2%; $p < 0,001$). Tiêu cơ vân cũng là tác nhân gây AKI thường gặp ở những bệnh nhân hồi sức và tiêu cơ vân cũng làm tăng giải phóng kalitừ cơ vào máu.

Procalcitonin nhóm AKI cao hơn nhóm không

AKI, $p < 0,001$, điều này thể hiện rất rõ vì các bệnh nhân của chúng tôi là tổn thương thận ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng.

Thay đổi khí máu do tình trạng toan chuyển hóa khá rõ ở các bệnh nhân, pH máu trung bình và HCO_3^- nhóm AKI thấp hơn nhóm không AKI, $p < 0,001$. Toan chuyển hóa và tăng kali máu luôn là yếu tố tiên lượng xấu và nguy cơ tử vong ở bệnh nhân tổn thương thận cấp. Đặc biệt nồng độ lactat nhóm AKI cao hơn nhóm không suy thận (3,88 so với 2,04; $p < 0,001$). Nồng độ lactat cao vì các bệnh nhân nặng, giảm tưới máu do tụt huyết áp, nhiễm khuẩn, sốc. Nồng độ lactat máu tăng thể hiện tình trạng tụt huyết áp, giảm tưới máu tổ chức, liên quan tới tình trạng nặng và là nguy cơ độc lập tới tử vong ở bệnh nhân nặng mắc AKI [8]. Những rối loạn nội môi do hậu quả của quá trình thiếu oxy máu, cũng như rối loạn huyết động đã ảnh hưởng xấu tới chức năng các cơ quan, trong đó có thận, ảnh hưởng tới tim mạch và tăng tử vong.

4.2. Tiến triển của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng

***Tiến triển của tổn thương thận theo mức độ.** Theo kết quả bảng 3.6, sau khi vào viện 57,7% số bệnh nhân AKI tiếp tục tiến triển nặng lên. Tỉ lệ riêng nhóm nhiễm khuẩn thì tỉ lệ tổn thương thận tiếp tục tăng lên ở 61,6% số bệnh nhân. Tỉ lệ AKI tiến triển khác nhau giữa các mức độ: bệnh nhân xuất hiện AKI sau vào viện (Nvv) là 100%, tiếp theo là Fvv (57%), Rvv và Ivv đều là 50%.

Tác giả Piccinni P. thấy 42,7% bệnh nhân tổn thương thận xuất hiện trong 24 giờ đầu, 133 bệnh nhân xuất hiện sau khi vào viện. Có 30,8% số bệnh nhân tổn thương thận tiến triển tăng lên [6]. Yếu tố làm tăng tiến triển của tổn thương thận thường là những bệnh nhân già hơn, điểm APACHE III và SOFA cao hơn.

***Diễn biến của suy thận trong quá trình điều trị:** Tổn thương thận xuất hiện trung bình sau vào viện 2,3 ngày. Tổn thương thận nặng nhất sau vào viện trung bình 4,5 ngày, thời gian khác nhau giữa các mức độ $p < 0,001$. Tác giả Piccinni P. thấy suy thận cấp tiến triển đến mức nặng nhất sau 2 ngày với mức độ R (33,5%), I (34,3%) và F (32,2%) [6].

V. KẾT LUẬN

***Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng**

- Tổn thương thận cấp gặp ở 45,5% số bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng; tỉ lệ tử vong rất cao 61,6%, những BN phải lọc máu tử vong tới 75%.

- Bệnh nhân nam là 73,2%, tuổi trung bình là 61,3 tuổi, nhiều nhất ở người cao tuổi (42,9%).
 - Đặc điểm lâm sàng chính: mạch nhanh; tụt huyết áp 88,4%; huyết áp trung bình 68,1 mmHg; phải thở máy 91,1%; điểm APACHE II 23,55±7,41; SOFA 6,8; cao hơn nhóm không AKI (p<0,001). Cận lâm sàng: Hb trung bình thấp 107,1 g/l; bạch cầu 15,7 G/l; procalcitonin 33 U/l; lactat máu 3,88 mmol/l; tiêu cơ vân 32,1%, cao hơn nhóm không AKI (p<0,001); pH máu và HCO₃- thì thấp hơn (p <0,001)

***Tiên triển tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng**

Thận tổn thương trung bình 2,3 ngày sau vào viện, nặng nhất sau 4,5 ngày. Có 61,6% tổn thương thận nặng lên sau khi vào viện và 36,6% hồi phục chức năng thận trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singer M., et al.** (2016), "The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3)". JAMA 315(8): 801-810.
2. **Lê Thị Diễm Tuyết** (2010), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại

khoa Điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

3. **Tạ Anh Tuấn** (2012), Nghiên cứu nguyên nhân, mức độ và vai trò của neutrophil gelatinase associated lipocalin trong thương tổn thận cấp ở bệnh nhi nặng, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
4. **Ostermann Marlies** (2007), "Acute kidney injury in the ICU according to RIFLE", Critical Care Med, 35(8), 1837-1843.
5. **Bellomo R., Ronco C., Kellum J A.** (2004), "Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group", Critical Care, 8(20), 204-212.
6. **Piccini, P., et al.** (2011), "Prospective multicenter study on epidemiology of acute kidney injury in the ICU: a critical care nephrology Italian collaborative effort (NEFROINT)". Minerva Anestesiol 77(11): 1072-1083.
7. **Salgado G., et al.** (2014), "Acute renal failure according to the RIFLE and AKIN criteria: a multicenter study", Med Intensiva 38(5): 271-277.
8. **Dellinger, R. P., et al.** (2013), "Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012", Intensive Care Med 39(2): 165-228.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN MÃN KINH PHẪU THUẬT U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Nguyễn Ngọc Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả giải phẫu bệnh lý của bệnh nhân mãn kinh được phẫu thuật u buồng trứng. **Đối tượng và hướng pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân mãn kinh được phẫu thuật u buồng trứng thời gian từ ngày 1/1/2019 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,5 ± 7,7 tuổi. Hoàn cảnh phát hiện u của đa số bệnh nhân u buồng trứng lành tính là do đi khám phụ khoa định kỳ (60,2%) và u buồng trứng ác tính là do đau bụng hạ vị (39,4%). Đặc điểm siêu âm nhóm u ác tính 100% có thành phần đặc, 92,9% có vách và 57,1% có nhú. Giải phẫu bệnh nhóm u buồng trứng lành tính chiếm nhiều nhất là u biểu mô thanh dịch (41,7%), nhóm u ác tính chiếm nhiều nhất là ung

thư biểu mô nhầy (35,7%). **Kết luận:** Ung thư buồng trứng thường biểu hiện đau bụng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện và hình ảnh siêu âm chủ yếu có tổ chức đặc chiếm 100% và có vách chiếm 92,9%. U buồng trứng ở người mãn kinh chủ yếu có nguồn gốc từ tế bào biểu mô.

Từ khóa: u buồng trứng, mãn kinh

SUMMARY

CLINICAL, ULTRASOUND AND HISTOPATHOLOGY CHARACTERISTICS OF POSTMENOPAUSAL WOMEN OPERATING OVARIAN TUMOUR AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe clinical, ultrasound and histopathology characteristics of surgery ovarian tumors with postmenopausal women. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of postmenopausal women with surgery ovarian tumors from 1/1/2019 to 31/12/2020. **Results:** Most women with benign ovarian tumors were accidentally discovered by periodic screening (60,2%), of malignant ovarian tumors, the most common clinical manifestations were abdominal pain (39,4%). Ultrasound images of

¹Đại học Y Hà Nội

²Đại học Y Dược -Đại học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

malignant ovarian tumors with presence of solid components (100%), septums (92.9%) and papillary (57.1%). The histopathology of benign ovarian tumors that accounted for the most was serous tumors (41.7%), of malignant tumors that accounted for the most was mucinous carcinoma (35.7%).

Conclusions: Of malignant ovarian tumors, the most common clinical manifestations were abdominal pain and ultrasound images with presence of solid components and septums. The histopathology of ovarian tumors with postmenopausal women were epithelial tumors

Keywords: ovarian tumors, postmenopausal women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi buồng trứng ngừng hoạt động phóng noãn và nội tiết lúc này cấu trúc buồng trứng chỉ còn một vài nang noãn sơ cấp và tổ chức kẽ. Chính vì vậy, việc xuất hiện các nang hoặc các khối u buồng trứng luôn là vấn đề sức khỏe đáng được quan tâm. Tại Việt Nam, theo thống kê của GLOBOCAN 2020 có khoảng 1400 trường hợp ung thư buồng trứng mắc mới và khoảng 923 ca tử vong do ung thư buồng trứng.

Các khối u buồng trứng (UBT) thường được hình thành bởi các tế bào biểu mô, tế bào mầm và rất ít khi xuất phát từ các tế bào sợi -sinh dục nên các rối loạn nội tiết do u buồng trứng gây nên rất ít gặp. Buồng trứng lại là một tạng nằm sâu trong tiểu khung nên u thường khó phát hiện khi kích thước còn nhỏ và không có triệu chứng hoặc các triệu chứng không rõ ràng.

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là cơ sở sản phụ khoa đầu ngành của thủ đô, hàng năm bệnh viện khám và điều trị cho hàng nghìn trường hợp u buồng trứng. Tuy nhiên nhóm bệnh lý u buồng trứng ở người mãn kinh chưa được tìm hiểu rõ ràng. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và giải phẫu bệnh học của các bệnh nhân mãn kinh có khối u buồng trứng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân mãn kinh có khối u buồng

Bảng 1. Liên quan giữa tuổi và khối u buồng trứng

	< 55		55-64		≥ 65		Tuổi trung bình
	n	%	n	%	n	%	
UBT lành tính (n1=103)	12	9,2	61	46,5	30	22,9	53,1 ± 4,1
UBT ác tính (n2=28)	3	2,3	9	6,9	16	12,2	61,7 ± 3,5
Tổng số	15	11,5	70	53,4	46	35,1	57,5 ± 7,7
p	> 0,05						> 0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,5 ± 7,7 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UBT ác tính là 61,7 ± 3,5 cao hơn tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UBT lành tính là 53,1 ± 4,1. Tuy nhiên sự khác biệt không có YNTK.

trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bao gồm kết quả giải phẫu mô bệnh học u buồng trứng lành, ác tính (bao gồm cả u giáp biên). Mãn kinh được xác định khi người phụ nữ không có chu kỳ kinh nguyệt từ 1 năm trở lên.

Thời gian từ 1/1/2019 đến 31/12/2020.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ không đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu.

- Bệnh nhân được phẫu thuật tại các bệnh viện khác chuyển đến.

- Kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân không phải là u buồng trứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế và địa điểm nghiên cứu

- Phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội thời gian từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2020.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số bệnh nhân mãn kinh bị u buồng trứng $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ g. là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,96²

p: Tỷ lệ ung thư buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh, p=0,221 theo tác giả Cao Thị Thuý Hà nghiên cứu tại BVPSTW năm 2016.

d độ chính xác tuyệt đối mong muốn, lấy d= 0,09

Thay vào công thức trên ta có được n = 128

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có tất cả 131 bệnh nhân mãn kinh có chẩn đoán sau phẫu thuật là UBT đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu có 28/131 bệnh nhân có UBT ác tính (chiếm 21,4%) và 103/131 BN có UBT lành tính (chiếm 78,6%).

Bảng 2. Lý do đến khám của người bệnh U BT mãn kinh

	u lành tính (n=103)		u ác tính (n=28)		Tổng	
	n	%	n	%	N	%
Khám phụ khoa định kỳ	62	60,2	8	28,6	70	53,4
Đau bụng hạ vị	35	34	11	39,4	46	35,1
Tự sờ thấy u	4	3,9	2	7,1	6	4,6
Bụng to nhanh-gầy sút	0	0	5	17,8	5	3,8
Lý do khác	2	1,9	2	7,1	4	3,1
Tổng	103	100	28	100	131	100

Nhận xét: Hoàn cảnh phát hiện u của bệnh nhân UBT lành tính đa số là do đi khám phụ khoa định kỳ (60,2%) và đau bụng hạ vị (34%).

Trong số các BN có UBT ác tính, hoàn cảnh phát hiện u đa số là do đau bụng hạ vị (39,4%).

Bảng 3. Đặc điểm khám thực thể của u buồng trứng ở người mãn kinh

		u lành tính (n=103)		p	u ác tính (N=28)		p
		n	%		n	%	
Vị trí	Một bên	90	87,4	<0,05	18	64,3	>0,05
	Hai bên	13	12,6		10	35,7	
Mật độ u	Chắc	38	36,9	<0,05	12	42,9	>0,05
	Mềm	65	63,1		16	57,1	
Tính chất di động	Di động	73	70,9	<0,05	4	14,3	<0,05
	Hạn chế di động	30	29,1		24	85,7	

Nhận xét:

- Trong nhóm bệnh nhân UBT lành tính
- U một bên nhiều hơn u hai bên (87,4% và 12,6%), sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,005.
- Các UBT lành tính mật độ mềm nhiều hơn so UBT mật độ chắc (63,1% và 36,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05
- U di động chiếm 70,9% nhiều hơn u hạn

chế di động (29,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Trong nhóm UBT ác tính cho thấy:

- Các UBT ác tính mật độ mềm 57,1%, tương đương với mật độ chắc 42,9%.
- Nhóm u hạn chế di động chiếm 85,7%, có sự khác biệt có YNTK so với nhóm u di động (14,3%)

Bảng 4. Các đặc điểm trên siêu âm của u buồng trứng ở người mãn kinh

Đặc điểm	Nhú		Vách		Thành phần đặc	
	n	%	n	%	n	%
UBT lành tính (n=103)	0	0	17	16,5	43	41,7
UBT ác tính (n=28)	16	57,1	26	92,9	28	100
Tổng (n=131)	16	12,2	43	32,8	71	54,2

Nhận xét: Trong nhóm u ác tính, 100% có thành phần đặc, u có vách có 26/28 (92,9%) trường hợp và u có nhú chiếm 16/28 (57,1%) trường hợp.

Bảng 5. Phân loại giải phẫu bệnh của khối u buồng trứng ở người mãn kinh

	Loại u	Số lượng	Tỷ lệ %	p
U buồng trứng lành tính (n= 103)	Thanh dịch	43	41,7	p<0,05
	U nhầy	17	16,5	
	Dạng nội mạc	5	4,9	
	U quái trưởng thành	25	24,3	
	U sợi	13	12,6	
U buồng trứng ác tính (n= 28)	Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch	6	21,4	p>0,05
	Ung thư biểu mô dạng nội mạc	5	17,9	
	Ung thư biểu mô chế nhầy	10	35,7	
	Ung thư biểu mô tế bào sáng	3	10,6	
	U quái trưởng thành hóa ác	1	3,6	
	U tế bào mầm	1	3,6	
	U tế bào hạt	2	7,2	

Nhận xét: Trong nhóm UBT lành tính, u biểu mô thanh dịch chiếm nhiều nhất (41,7%), u dạng nội mạc chiếm ít nhất (4,9%). sự khác biệt có YNTK p<0,05.

Trong nhóm u ác tính, ung thư biểu mô nhầy chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,7%, U quái không trưởng thành và u tế bào mầm chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.

Trong số bệnh nhân UBT lành tính, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 55-64 chiếm 46,5%, tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 65 chiếm 22,9%. Trong nhóm u ác tính, nhóm tuổi ≥ 65 tuổi có tỷ lệ cao nhất sau đó đến nhóm tuổi 55-64. Tuổi trung bình mắc UBT ác tính là $61,7 \pm 3,5$. Sự chênh lệch về độ tuổi giữa nhóm UBT lành tính và UBT ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Disaia và cộng sự: Lứa tuổi hay gặp UBT ác tính là 50-60 [1].

4.1.2. Hoàn cảnh phát hiện u. Hoàn cảnh phát hiện u của các BN u lành tính chủ yếu là nhờ khám định kỳ chiếm 47,3%, do đau bụng hạ vị chỉ chiếm 26,7%. Ngoài ra còn có các lý do khác như ra máu âm đạo, đại tiểu tiện khó. Ngược lại, trong nhóm bệnh nhân ung thư, lý do khám bệnh nhiều nhất lại là đau bụng.

Nguyên nhân gây đau bụng hạ vị là do khối u phát triển làm căng dẫn dây chằng rộng, gây chèn ép hoặc xâm lấn vào các rễ thần kinh gây đau. Thường bệnh nhân chỉ có cảm giác hơi đau tức vùng hạ vị, đau âm ỉ không thường xuyên, triệu chứng này không làm cho bệnh nhân đi khám ngay mà thường sau một thời gian khá dài không thấy đỡ mà còn thấy tăng lên mới đi khám.

Số bệnh nhân tự sờ thấy u hoặc cảm thấy bụng to dần lên đến khám là 6, chiếm tỷ lệ 4,6%. Để có thể tự sờ thấy khối u hoặc cảm thấy bụng to dần thường thì khối u đã có kích thước khá lớn và thời gian tồn tại đã khá lâu. Theo Vũ Bá Quyết, tỷ lệ bệnh nhân ung thư buồng trứng có triệu chứng đau bụng chiếm 30,1% và bụng to chiếm 28,8%, tỷ lệ bệnh nhân có dịch ổ bụng chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm 70,6%, đau bụng là triệu chứng xuất hiện sớm hơn là bụng to tỷ lệ thấp và bệnh nhân có biểu hiện gầy sút (10/136 bệnh nhân, tương ứng 7,3%) [2]. Đây là những biểu hiện lâm sàng ít có giá trị để chẩn đoán bệnh sớm, gầy sút thường là những biểu hiện của bệnh ở giai đoạn muộn, khi u đã xâm nhập vào đại trực tràng hoặc đã di căn xa, tàn phá cơ thể một cách nặng nề. Nhiều nghiên cứu cho biết đau bụng và bụng to hơn bình thường là những dấu hiệu khá phổ biến ở giai đoạn muộn [3]. Theo Chow và Chen, đau bụng vùng hạ vị chiếm

70 – 80% các trường hợp ung thư buồng trứng.

4.1.3. Triệu chứng thực thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thực thể cho thấy cả nhóm UBT lành tính và ác tính thì UBT một bên chiếm tỷ lệ cao hơn UBT hai bên.

Kết quả nghiên cứu của Vũ Bá Quyết về ung thư buồng trứng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có u ở 1 bên buồng trứng chiếm tỷ lệ cao (61,6%) và tỷ lệ bệnh nhân có u cả 2 bên chiếm tỷ lệ 38,4% [2]. Theo Rulin thì những bệnh nhân có khối u ở cả 2 bên buồng trứng thì khả năng ung thư buồng trứng gặp đôi những bệnh nhân có khối u ở 1 bên buồng trứng [4]. U di động trong nhóm lành tính là chủ yếu chiếm 70,9%. Ngược lại, trong nhóm u ác tính, tỷ lệ u hạn chế di động rất cao lên đến 85,7%. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số nghiên cứu khác. Chúng tôi cho rằng tỷ lệ u ác tính không di động chiếm số lượng lớn là bởi các u này hầu hết phát hiện ở giai đoạn muộn. Khi ở giai đoạn muộn, ngoài kích thước khối u đã lớn gây hạn chế di động còn do các tế bào u xâm lấn ra vỏ ngoài hoặc thậm chí xâm lấn các tổ chức xung quanh vì vậy theo cơ chế sinh u thì mô u phát triển đến đâu, chúng tăng sinh mạch và mô liên kết đến đó đồng thời cũng tạo ra phản ứng bảo vệ của cơ thể biểu hiện bằng hình ảnh xâm nhập viêm (các tế bào một nhân), tăng sinh xơ để ngăn chặn, hạn chế sự phát triển và lan tràn của mô u. Chính những yếu tố trên đã làm cho mô u mất tính chất di động. Một số nghiên cứu ở nước ngoài cho biết có tới 80% các trường hợp ung thư buồng trứng khi được chẩn đoán đã có sự lan tràn mô u ngoài buồng trứng [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 63,1% các UBT lành tính có mật độ mềm và 57,1% UBT ác tính có mật độ mềm. Theo chúng tôi, tỷ lệ này là hợp lý vì số bệnh nhân u nang thanh dịch buồng trứng chiếm 33,9% và u nang nhầy chiếm 16,5%.

4.2. Hình ảnh siêu âm của u buồng trứng. Dựa vào các đặc điểm trên siêu âm như nhú, vách, tổ chức đặc và dịch cổ chướng có thể sơ bộ chẩn đoán lành hay ác tính. Trong nghiên cứu này, tại nhóm u lành tính tỷ lệ xuất hiện nhú, vách, tổ chức đặc hay âm vang hỗn hợp chiếm tỷ lệ thấp 0%, 16,5% và 41,7%. Ngược lại tỷ lệ này ở nhóm ung thư buồng trứng là 57,1%, 92,9% và 100%. Không có trường hợp u lành tính nào có tổ chức nhú trên siêu âm và tất cả các trường hợp ung thư buồng trứng trong nghiên cứu này đều quan sát thấy tổ chức đặc. Kết quả này sơ bộ đánh giá vai trò của siêu âm trong dự đoán tính chất ác tính của khối u buồng trứng. Tuy nhiên, để đánh giá chính xác nhất

bản chất của u có thể sử dụng phương pháp cắt lạnh tức thì để đưa kết quả chính xác nhất. Đặc biệt ở người mãn kinh, nếu khối u lành tính có thể chỉ cần nội soi cắt 2 phần phụ nhưng nếu khối u ác tính thì phẫu thuật tiêu chuẩn sẽ là mổ mở cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ mạc nối lớn và nạo vét hạch.

4.3. Về phân loại mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Trong nhóm UBT lành tính, loại thanh dịch chiếm nhiều nhất (41,7%), u dạng lạc nội mạc tử cung chiếm ít nhất (4,1%). Trong nhóm u ác tính, ung thư biểu mô chày gặp nhiều nhất chiếm 35,7%, loại u sợi sinh dục ác tính và u tế bào mầm chiếm ít nhất đều 7,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh (2008). Theo tác giả, nghiên cứu 1269 trường hợp u biểu mô buồng trứng, u biểu mô lành tính chiếm đa số (75,9%), trong số đó u thanh dịch lành tính gặp nhiều nhất (47,7%), u chày lành tính và u dạng nội mạc tử cung lành tính có tỷ lệ không khác biệt nhiều (27,0% và 22,1%). Tiếp đến là u biểu mô ác tính chiếm 19,3%, trong đó ung thư thanh dịch, ung thư chày và ung thư dạng nội mạc chiếm tỷ lệ cao nhất theo thứ tự 28,6%; 28,6% và 28,2%. U tế bào chuyển tiếp ác tính có tỷ lệ thấp nhất (3,3%). U biểu mô giáp biên chỉ chiếm 4,8%, trong đó u chày giáp biên thường gặp nhất 62,3% [6]. Như vậy, ở lứa tuổi mãn kinh tỷ lệ u buồng trứng từ tế bào biểu mô là hay gặp nhất, trong đó u lành tính hay gặp nhất là u thanh dịch còn u ác tính ở người mãn kinh thì hay gặp ở loại u chày.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy ở nhóm bệnh nhân mãn kinh có khối u buồng trứng tỷ lệ ung thư chiếm 21,4%. Ung thư buồng trứng thường có biểu hiện đau bụng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện và đa phần các u khối ác tính không di động khi khám (85,7%) và hình ảnh siêu âm có tổ chức đặc chiếm 100% và có vách chiếm 92,9%. U buồng trứng ở người mãn kinh chủ yếu có nguồn gốc từ tế bào biểu mô và ung thư buồng trứng ở người mãn kinh chủ yếu là loại u chày (35,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Philip J. DiSaia (1994). Ovarian neoplasm, Danforth's obstetrics and gynecology edition, seventh. J.B Lippincott company Philadelphia,, 977-1016.
2. Vũ Bá Quyết (2011). Nghiên cứu giá trị của CA 125 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Hương Linh (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u buồng trứng giáp biên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2001 đến 2010, Luận văn BSCKII, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Matthews CE, Chen KY, Freedson PS, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. Am J Epidemiol. 2008;167(7):875-881. doi:10.1093/aje/kwm390
5. Fleischer.AC (1996). Early detection ovarian with transvaginal colour Doppler ultrasonography. Am J of Obstetrics and Gynecology, 174 (1), 101-106.
6. Lê Quang Vinh (2008). Nghiên cứu hình thái học các u biểu mô buồng trứng, Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỚP CẢN SÂU BẰNG MÁNG CHỈNH NHA TRONG SUỐT

Phạm Thu Trang¹, Trịnh Đình Hải², Tạ Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả điều trị khớp cắn sâu bằng máng chỉnh nha trong suốt thông qua chỉ số PAR W. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên mẫu hàm 3D trước và sau điều trị của 30 bệnh nhân có khớp cắn sâu được điều

trị bằng máng chỉnh nha trong suốt điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo các chỉ số trên mẫu hàm 3D. **Kết quả:** độ cắn trùm giảm 1.66mm, chỉ số Par w thay đổi 22.53 điểm, cải thiện tốt 86.7%. **Kết luận:** Máng chỉnh nha trong suốt có hiệu quả trong điều trị lệch lạc khớp cắn sâu.

SUMMARY

MANAGEMENT OF DEEPBITE MALOCCLUSION BY CLEAR ALIGNER

Objective: To evaluate effectiveness of deepbite treatment by clear aligner with Par w index. **Materials and method:** 30 deepbite patients was examined and treated in National Hospital of Odontostomatology, analysis index in 3D scan before and after treatment. **Results:** overbite was reduced

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

²Đại học Y dược- Đại học quốc gia Hà Nội

³Viện nghiên cứu Y dược học lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

1.67mm, Par w was changed 22.53 point, great improvement 86.7%. **Conclusion:** Clear Aligner are effective in deepbite treatment

Key world: deepbite, clear aligner, Par index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di chuyển răng không dùng đến mắc cài đã được giới thiệu từ rất lâu bởi Kesling 1945, ông sử dụng một khí cụ trong suốt đặt vào răng để điều chỉnh những di chuyển nhỏ. Nó đã được thử nghiệm trong phòng thí nghiệm trên mẫu hàm sáp, và một hàm duy trì trong suốt đã được tạo ra cho những di chuyển của răng đạt được vị trí như máng. Kỹ thuật này có khả thi cho những sắp xếp làm đều nhỏ, dần qua nhiều năm phát triển, hiện tại máng trong suốt đã được sử dụng rộng rãi và phổ biến trong điều trị các bệnh lí về khớp cắn.

Cắn sâu là một trong các dạng bệnh lí về sai khớp cắn khó điều trị. Cắn sâu là sự phủ quá mức theo chiều dọc của răng cửa hàm dưới bởi các răng cửa giữa hàm trên ở tư thế cắn khít trung tâm. Thông thường, rìa cắn của răng dưới phải tiếp xúc nhẹ nhàng ở vị trí gót răng hoặc trên gót răng của răng cửa giữa hàm trên, với độ cắn phủ khoảng 1mm đến 3mm. Do sự khác biệt về độ dài thân răng cửa giữa, độ cắn phủ bình thường là khoảng 5-25% hoặc một phần ba chiều cao lâm sàng của thân răng cửa hàm dưới.

Có rất nhiều cách để điều trị khớp cắn sâu. Đồng thời đánh giá kết quả thông qua chỉ số par được nhiều tác giả sử dụng. Trên thế giới chỉ số PAR được coi như một công cụ để đánh giá kết quả điều trị nắn chỉnh răng đơn giản và chính xác do vậy nó được dùng phổ biến trên thế giới trong thực hành lâm sàng cũng như trong nghiên cứu Chỉ số Par không chỉ đánh giá tổng thể tình trạng khớp cắn trước và sau điều trị, mà còn đánh giá các chỉ số thành phần khớp cắn.

Tuy nhiên các nghiên cứu về kết quả điều trị bằng ở máng chỉnh nha trong suốt chưa nhiều do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị khớp cắn sâu bằng máng chỉnh nha trong suốt thông qua chỉ số PAR W.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự thay đổi chỉ số PAR W trung bình trước sau điều trị

Bảng 3.1: Sự thay đổi chỉ số PAR W trung bình trước sau điều trị

Biến	n	GTTB	GTLN	GTNN	p
Par w trước điều trị	30	25.63±6.96	41.00	10.00	0.000
Par w sau điều trị	30	3.10±3.75	14.00	0.00	
Par w thay đổi	30	22.53±7.76	41.00	7.00	

Nhận xét: Giá trị trung bình của điểm số PAR W trước điều trị là 25.63 , Giá trị trung bình của điểm số PAR W sau điều trị là 3.10, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.000<0.001

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Mẫu thuận tiện 30 bệnh nhân có khớp cắn sâu đồng ý điều trị bằng máng chỉnh nha trong suốt, sử dụng mẫu hàm 3D scan trong miệng trước sau điều trị.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân là người Việt Nam

- Độ cắn trùm >1/3 chiều dài răng cửa dưới
- Góc ANB<8 độ
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
- Bệnh nhân có hội chứng teo nửa mặt.
- Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh về hàm mặt, dị dạng hàm mặt.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Biến số và các chỉ số trong nghiên cứu

Thành phần	PAR (W)
Khấp khểnh vùng phía trước trên và dưới	Tổng điểm x 1
Khấp khểnh vùng phía sau trên và dưới	Tổng điểm x 1
Khớp cắn bên phải và trái	Tổng điểm x 1
Cắn chìa	Tổng điểm x 6
Cắn trùm	Tổng điểm x 2
Đường giữa	Tổng điểm x 4
Tổng số	

Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu, phiếu khám lâm sàng

2.4. Xử lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để nhập và xử lý số liệu

Tính giá trị trung bình, kiểm định T – Test, So sánh 2 giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu đề tài

- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu
- Các thông tin người tham gia nghiên cứu kín chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.
- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đề cương Viện y dược học lâm sàng 108.

Thay đổi chỉ số PAR W trước sau điều trị trung bình là 22.53

3.2. Phân loại PAR W trước và sau điều trị

Bảng 3.2: Phân loại PAR W trước và sau điều trị

	n	PAR W <11	PARW 11-30	PAR W>30
Trước điều trị	30	1(3.3%)	23 (76.7 %)	6 (20%)
Sau điều trị	30	29 (96.7%)	1(3.3%)	0 (0%)
p		0.000		

Nhận xét: Trước điều trị: 3.3% khớp cắn bình thường, 76.7 % lệch lạc khớp cắn nhẹ đến trung bình, 20% lệch lạc khớp cắn nặng. Sau điều trị: 96.7% khớp cắn bình thường, 3.3% lệch lạc khớp cắn nhẹ, không còn lệch lạc khớp cắn nặng

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.000<0.001$

3.3. Phân nhóm mức độ cải thiện sau điều trị của PAR W

Bảng 3.3: Phân loại PAR W trước và sau điều trị

Biến	n	Không cải thiện	Cải thiện	Cải thiện tốt
PAR W sau điều trị	30	0(0 %)	4 (13.3%)	26 (86.7%)

Nhận xét: sau điều trị chỉ số PAR W cho thấy sự cải thiện tốt sau điều trị chiếm 86.7%, cải thiện chiếm 13.3 %.

3.4. Sự thay đổi độ cắn chàm trên mẫu 3D trước sau điều trị

Bảng 3.4: Phân loại PAR W trước và sau điều trị

STT	Biến	N	Trước điều trị	Sau điều trị	Thay đổi	p
1	Cắn tràm trên mẫu 3D (mm)	30	4.16±1.06	2.49±1.21	1.67±1.08	0.000

Nhận xét: - Sự thay đổi độ cắn tràm trên mẫu 3D trước và sau điều trị là 1.67±1.08 mm

- Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.000<0.001$

IV. BÀN LUẬN

Par w trước điều trị trung bình là 25.63 điểm, sau điều trị giảm còn 3.1 điểm, và tổng Par W thay đổi là 22.53 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Jiafeng Gu[1] với độ giảm Par W là 16.73 điểm. Điều này do điểm Par W trước điều trị trong nghiên cứu của Gu thấp hơn với tổng điểm là 20.81; còn Par W sau điều trị tương đương kết quả chúng tôi với Par sau điều trị trung bình là 4.08

Khớp cắn bình thường Par W < 11 trước điều trị là 3.3% đã tăng lên 96.7% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Lệch lạc khớp cắn trung bình đến nặng trước điều trị chiếm 76.7% và 20%, sau điều trị đã giảm còn 3.3% và 0%, và không có bệnh nhân nào có chỉ số PAR thay đổi < 40%, điều này chứng tỏ kết quả điều trị tốt, cải thiện rất nhiều mức độ lệch lạc khớp cắn Điều này cho thấy hiệu quả của việc điều trị can thiệp, giúp lệch lạc khớp cắn cải thiện tốt hơn. Sau điều trị cải thiện tốt chiếm 86.7%, cải thiện chiếm 13.3%. Như vậy cải thiện khi điều trị bằng máng chỉnh nha trong suốt chiếm 100% Kết quả này cũng tương tự Griffith và CS năm 2021[2] và kết quả của chúng tôi cao hơn Valentina Lanteri 2018 cải thiện 80.9%[3]. Sự khác biệt này có thể do mức độ lệch lạc khớp cắn giữa các nghiên cứu không giống nhau, cách lựa chọn mẫu cũng

khác nhau. Bên cạnh đó khẳng định chất lượng điều trị tốt đạt tiêu chuẩn.

Chỉ số PAR(W) sau điều trị = 3.10 ± 3.75 chứng tỏ khớp cắn được hoàn thiện rất tốt đảm bảo về mặt chức năng và ổn định. Bởi Theo Richmond thì khi chỉ số PAR <5 khớp cắn được coi như lý tưởng và <10 thì khớp cắn được cho nằm trong giới hạn bình thường. Chỉ số PAR sau điều trị gần tương tự như kết quả nghiên cứu của Dyken (2001)=3,1. Kết quả này cũng chưa khẳng định chất lượng điều trị của nghiên cứu tốt hơn các nghiên cứu trước bởi còn phụ thuộc vào mức độ lệch lạc khớp cắn ban đầu. Nên nếu so sánh về hiệu quả điều trị thì dựa vào mức độ thay đổi của chỉ số PAR sẽ chính xác hơn nhiều.

Phần trăm cắn tràm sau điều trị đã được cải thiện từ 57.56% thành 33%, thay đổi 24.56%. Độ cắn tràm chung đã giảm từ 4.16mm trước điều trị xuống còn 2.49 sau điều trị, giảm 1.67mm. Điều này cho thấy tác dụng của điều trị can thiệp, so sánh với nghiên cứu của Meyer 2021 thì kết quả của chúng tôi cũng tương tự khi so sánh độ cải thiện độ cắn tràm bằng máng chỉnh nha trong suốt [4], và kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Brenner 2019 [5] với chỉ số thay đổi là 1.22mm. Kết quả của Khosravi cũng tương đương kết quả của chúng tôi khi sự thay đổi sau điều trị của cắn sâu khi sử dụng máng invisalign 1,5mm [6]

Phát hiện này mâu thuẫn với quan điểm chung giữa các bác sĩ lâm sàng rằng máng Invisalign làm tăng cắn tràm. Một nghiên cứu ban đầu cho thấy rằng máng Invisalign® làm lún răng sau trong quá trình điều trị, do đó làm tăng cắn tràm [7]

Kết quả của Khosravi cho thấy rằng hàm có thể trôi lên đến 0,6 mm, của răng sau ở những bệnh nhân cắn sâu trung bình [6]. Những cải tiến trong kỹ thuật Invisalign, chẳng hạn như đệm cắn phía trước tác dụng duy trì hoặc tăng kích thước thẳng đứng phía sau.

Những phát hiện của chúng tôi từ việc nghiên cứu bệnh nhân cắn sâu cho thấy rằng kích thước chiều dọc phía trước đã được cải thiện ở phần lớn những bệnh nhân này. Những phát hiện này mâu thuẫn với khuyến nghị của Rossini và cộng đồng rằng máng Invisalign® có thể chỉ được sử dụng để điều trị cắn sâu nhẹ [8]

V. KẾT LUẬN

Máng chỉnh nha trong suốt giúp giúp điều trị khớp cắn sâu với giảm độ cắn tràm 1.67mm, cải thiện tốt kết quả điều trị 86.7% theo chỉ số PAR W

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gu, J., et al.**, Evaluation of Invisalign treatment effectiveness and efficiency compared with conventional fixed appliances using the Peer Assessment Rating index. American Journal of Orthodontics, 2017. **151**(2): p. 259-266.
2. **Griffith, M., et al.**, Comparison of 2 Invisalign tray generations using the Peer Assessment Rating index. 2021. **160**(5): p. 718-724.
3. **Lanteri, V., et al.**, The efficacy of orthodontic treatments for anterior crowding with Invisalign compared with fixed appliances using the Peer Assessment Rating Index. Quintessence Int, 2018. **49**(7): p. 581-7.
4. **Meyer, E.**, The Evaluation of Orthodontic Parameters Between Pre-Treatment Clear Aligner Therapy Predictions and Clinically Achieved Outcomes: A Retrospective Study. 2021, Nova Southeastern University.
5. **Brenner, R.C.**, Cephalometric analysis of deep bite correction in patients treated with Invisalign. 2019, Saint Louis University.
6. **Khosravi, R., et al.**, Management of overbite with the Invisalign appliance. American journal of orthodontics, 2017. **151**(4): p. 691-699. e2.
7. **Boyd, R.L., R. Miller, and V. Vlaskalic**, The Invisalign system in adult orthodontics: mild crowding and space closure cases. Journal of Clinical Orthodontics, 2000. **34**(4): p. 203-212.
8. **Rossini, G., et al.**, Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement: a systematic review. The Angle Orthodontist, 2015. **85**(5): p. 881-889.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ KẼM VÀ FRUCTOSE TRONG TINH DỊCH CỦA NHỮNG BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM KHÔNG CÓ TINH TRÙNG

Nguyễn Hoài Bắc¹, Trần Văn Kiên²

TÓM TẮT

Để khảo sát nồng độ kẽm và fructose trong tinh dịch và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ kẽm và fructose với pH, thể tích tinh dịch và các nội tiết tố sinh dục ở những bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 270 bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng. Kết quả cho thấy: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $30,1 \pm 5,05$ tuổi. Nồng độ kẽm và fructose tinh dịch trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu lần lượt là $0,51 \pm 1,76 \mu\text{mol/L}$ và $1,25 \pm 0,8 \text{mg/ml}$. Không có sự khác biệt nồng độ kẽm giữa 2 nhóm OA và NOA. Nồng độ fructose ở nhóm NOA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OA. Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, thể tích tinh dịch và pH tinh dịch có mối liên

quan thuận đối với fructose ở nhóm OA. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ fructose trong tinh dịch có giá trị định hướng chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng do tắc nghẽn.

Từ khóa: Kẽm, fructose, không có tinh trùng, vô sinh

SUMMARY

STUDY ON CHARACTERISTICS IN SEMINAL ZINC AND FRUCTOSE CONCENTRATION OF MALE PATIENTS WITH AZOOSPERMIA

We examined 270 patients with azoospermia to investigate the concentration of zinc and fructose in semen and to find out the relationship between zinc and fructose concentrations with pH, semen volume and sex hormones in infertile patients with azoospermia. The results show that the average age of patients in the study was $30,1 \pm 5,05$ years. The average concentration of zinc and semen fructose of study subjects was $0.51 \pm 1.76 \mu\text{mol/L}$ and $1.25 \pm 0.8 \text{mg/ml}$, respectively. There was no difference in zinc concentration between the 2 groups OA and NOA. The fructose concentration in the NOA group was statistically significantly higher than in the OA group.

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

In the multivariate linear regression model, semen volume and semen pH were positively related to fructose in the OA group. Our research shows that the fructose concentration in semen has value in determining the cause of obstructive azoospermia.

Key word: Zinc, fructose, Azoospermia, infertility

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỉ lệ vô sinh trên thế giới cũng như tại Việt Nam ngày càng tăng cao. Theo tổ chức y tế thế giới, trong số các cặp vợ chồng ở độ tuổi sinh sản gặp vấn đề về việc sinh con thì 30 – 40% do nam giới, 40% do nữ giới, 10% do cả nam và nữ, 10% không rõ nguyên nhân[1]. Từ đó, công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản nam giới ngày càng nhận được nhiều sự quan tâm của xã hội.

Vô sinh ở nam giới do nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó vô sinh do không có tinh trùng trong tinh dịch chiếm tỉ lệ 1% tổng số nam giới nói chung và 10-15% số nam giới vô sinh. Nguyên nhân dẫn tới không có tinh trùng trong tinh dịch được chia thành 2 nhóm chính: không do tắc nghẽn đường dẫn tinh (NOA) và do tắc nghẽn đường dẫn tinh (OA). Trên thực tế lâm sàng việc chẩn đoán xác định nguyên nhân vô sinh không có tinh trùng có ý nghĩa vô cùng quan trọng, giúp bác sỹ lâm sàng tiên lượng và quyết định phương pháp điều trị để đạt được kết quả tốt nhất. Thăm khám lâm sàng và xét nghiệm tinh dịch đồ từ lâu đã được coi như ưu tiên hàng đầu trong chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng. Tuy nhiên, như vậy là chưa đủ để chẩn đoán và đưa ra hướng điều trị tốt nhất phục hồi khả năng sinh sản cho bệnh nhân. Do vậy, ngay từ đầu thế kỉ XX, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về các nội tiết tố sinh dục và các marker sinh hóa trong tinh dịch bao gồm kẽm, fructose, có ý nghĩa đáng kể trong chẩn đoán nguyên nhân vô sinh ở nam giới.

Trên thế giới, nghiên cứu ảnh hưởng của nồng độ kẽm và fructose trong tinh dịch đến tính chất của tinh trùng qua các thông số tinh dịch đồ đã công bố từ khá lâu. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, kẽm đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển bình thường của tinh hoàn, tuyến tiền liệt và khả năng di động của tinh trùng[2]. Trong khi fructose được coi là nguồn năng lượng chính cho mọi hoạt động của tinh trùng, nồng độ fructose phản ánh tình trạng chức năng của túi tinh, đường dẫn tinh. Tuy nhiên, ở Việt Nam, đây còn là một vấn đề rất mới, chưa có một báo cáo hay nghiên cứu cụ thể nào, dù vai trò của kẽm và fructose trong quá trình sinh sản đã được biết đến từ lâu. Cho tới nay các nghiên cứu về mối

liên quan của kẽm và fructose đến chất lượng tinh dịch và khả năng sinh sản nam giới tại Việt Nam còn rất hạn chế, đặc biệt, chưa có một nghiên cứu nào đánh giá mối tương quan giữa nồng độ kẽm và fructose, các chỉ số tinh dịch đồ và các nội tiết tố huyết thanh trên đối tượng bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng. Xuất phát từ tình hình thực tế này, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm nồng độ kẽm và Fructose trong tinh dịch ở bệnh nhân vô sinh do không có tinh trùng"; với mục tiêu khảo sát nồng độ kẽm và Fructose trong tinh dịch ở bệnh nhân vô sinh do không có tinh trùng và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ kẽm và fructose với pH, thể tích tinh dịch và các nội tiết tố sinh dục ở những bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trong độ tuổi từ 18-55 tuổi có nhu cầu sinh con
- Được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không trong độ tuổi sinh sản
- Các trường hợp vô sinh do suy sinh dục thứ phát
- Các trường hợp vô sinh do các khối u ác tính ở tinh hoàn hoặc sau điều trị hóa, xạ trị.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y HN.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4 năm 2014 đến tháng 10 năm 2019.

Quy trình nghiên cứu:

- Mỗi bệnh nhân phải trải qua một cuộc kiểm tra chi tiết để xác định nguyên nhân không có tinh trùng, trong đó bao gồm bệnh sử, tình trạng hôn nhân, thời gian chậm con, tiền sử các bệnh lý trước đó, đánh giá vị trí tinh hoàn và tuyến vú, lỗ tiểu thấp, các khối u tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh và các bất thường của ống dẫn tinh và mào tinh.

- Bệnh nhân được chẩn đoán không có tinh trùng khi xét nghiệm hai mẫu tinh dịch cách nhau 3-5 ngày, quay ly tâm 1500 vòng, lấy cặn soi không thấy tinh trùng. Xét nghiệm nước tiểu sau xuất tinh để loại trừ các trường hợp xuất tinh ngược dòng.

- Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng của Huang I.S[3] chia bệnh nhân thành 2 nhóm chính: Nhóm vô sinh không có tinh trùng do tắc nghẽn đường dẫn tinh(OA)

và nhóm vô sinh không có tinh trùng không do đường dẫn tinh (NOA).

- Xét nghiệm máu định lượng nồng độ các nội tiết tố (LH, FSH, Testosterone) theo phương pháp xét nghiệm miễn dịch điện hóa phát quang "ECLIA". Giá trị tham khảo của LH, FSH, Testosterone lần lượt là 1,7 – 8,6 mIU/ml; 3,5 – 12,5 mIU/ml; 9,9 – 27,8 nmol/l.

- Định lượng nồng độ fructose trong tinh dịch bằng phương pháp ROE.

- Định lượng nồng độ kẽm trong tinh dịch bằng phương pháp 5-Br-PAPS

- Siêu âm đánh giá kích thước của tinh hoàn theo công thức Thể tích = chiều dài x chiều rộng x chiều cao x 0,71 (ml).

3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử

lý bằng chương trình Excel 2010 và phần mềm R. Sử dụng thống kê mô tả số lượng, tỷ lệ phần trăm, mode, mean, độ lệch chuẩn, Min, Max. Sự khác biệt giữa các tỷ lệ được ước tính bằng thuật toán χ^2 hoặc Fisher's exact tests. Phân tích phương sai (ANOVA) và phân tích hậu định Bonferroni được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa nhiều nhóm, giá trị $p < 0.01$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được giải thích đầy đủ, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	n	%	Mean	SD	Median	Min-Max
Tuổi	272		30,1	5,05	30,0	15,0 - 55,0
Cao	262		167,3	5,74	168,0	145,0 - 183,0
Nặng	263		62,3	8,23	61,0	45,0 - 100
BMI	262		22,3	2,52	22,2	16,4 - 32,2
<18.5	15	5,7%				
18.5-23	154	58,8%				
>23	93	35,5%				
Hút thuốc lá	236					
Có	57	24,2%				
Không	179	75,8%				
Tiền sử viêm tinh hoàn	136					
Có	30	22,1%				
Không	106	77,9%				
Phân loại vô sinh	233					
Nguyên phát	215	92,3%				
Thứ phát	18	7,7%				
LH	264		8,19	6,93	5,68	0,01 - 49,7
FSH	264		15,3	15,5	7,78	0,24 - 74,0
Testosterone	264		15,5	6,68	15,0	1,95 - 45,3
Thể tích tinh hoàn trung bình	262		10,4	4,97	10,1	0,49 - 23,4
Thể tích tinh dịch (mL)	270		2,28	1,46	2,1	0,1 - 9,8
<1,5	81	30%				
≥1,5	189	70%				
pH tinh dịch	266		7,22	0,73	7,5	5 - 9
<7,5	62	23,3%				
≥7,5	204	76,7%				

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $30,1 \pm 5,05$. Đa số bệnh nhân có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường từ 18,5 – 23 chiếm tỷ lệ 58,8%, tuy nhiên vẫn có tới 35,5% bệnh nhân thừa cân. Có 24,2% bệnh nhân sử dụng thuốc lá. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm đa số các trường hợp vô sinh với tỷ lệ 92,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm tinh hoàn chiếm tới 22,1%. Nồng độ LH và Testosterone trung bình nằm trong giới hạn bình thường, nồng độ FSH trung bình tăng cao so với giới trị tham chiếu bình thường. Thể tích tinh hoàn trung bình của đối tượng nghiên cứu nhỏ hơn đáng kể so với giá trị bình thường.

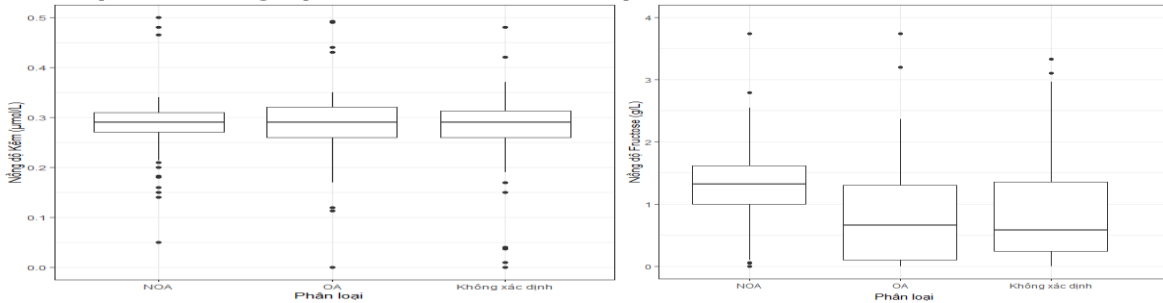
2. Đặc điểm nồng độ kẽm và fructose trong tinh dịch của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2: Đặc điểm nồng độ kẽm và fructose trong tinh dịch

Đặc điểm	n	%	Mean	SD	Median	Min-Max
Zn	272		0,52	1,66	0,29	0,00 - 22,0
< 0,3	141	51,8%				
≥ 0,3	131	48,2%				
Fructose	272		1,13	0,89	1,19	0,00 - 7,50
< 1,3	160	58,8%				
≥ 1,3	112	41,2%				

Trong số 272 đối tượng nghiên cứu xét nghiệm kẽm và fructose đều nằm trong giới hạn bình thường với giá trị lần lượt là $0,52 \pm 1,66\mu\text{mol/L}$ và $1,13 \pm 0,89\text{mg/ml}$. Trong đó, hơn một nửa các giá trị kẽm (51,8%) và fructose (58,8%) đều có giá trị nhỏ hơn bình thường.

3. Đặc điểm nồng độ kẽm và fructose tinh dịch của nhóm OA và NOA.



$P = 0.87$

$p < 0.001$

Biểu đồ 1: So sánh nồng độ kẽm và fructose tinh dịch giữa nhóm OA và NOA

Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt nồng độ kẽm giữa 2 nhóm OA và NOA. Nồng độ fructose ở nhóm NOA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OA.

4. Liên quan giữa nồng độ kẽm và fructose tinh dịch với các đặc điểm chung ở những bệnh nhân OA và NOA.

Bảng 3: Liên quan giữa nồng độ kẽm và fructose tinh dịch với các đặc điểm chung ở những bệnh nhân OA và NOA.

Đặc điểm	Kẽm					
	OA		NOA		Không xác định	
	β	p	β	p	β	p
Tuổi	-0,04	0,15	0,08	0,05	0,01	0,24
BMI	-0,02	0,65	-0,02	0,83	-0,001	0,96
Thể tích TH trung bình	-0,04	0,49	-0,10	0,20	-0,02	0,25
Thể tích tinh dịch	0,11	0,30	-0,16	0,27	0,01	0,73
pH tinh dịch	-0,25	0,06	-0,40	0,49	0,01	0,88
LH	-0,03	0,69	0,00	0,92	0,06	0,1
FSH	0,20	0,06	0,00	0,95	0,001	0,97
Testosterone	0,04	0,06	0,00	0,84	-0,007	0,93

Đặc điểm	Fructose					
	OA		NOA		Không xác định	
	β	p	β	p	β	p
Tuổi	-0,09	0,06	-0,02	0,22	0,004	0,82
BMI	-0,01	0,85	0,01	0,75	-0,02	0,57
Thể tích TH trung bình	-0,15	0,07	0,03	0,12	-0,08	0,06
Thể tích tinh dịch	0,58	< 0,001	0,06	0,18	0,25	< 0,001
pH tinh dịch	-0,03	0,05	0,24	0,16	0,18	0,14
LH	-0,04	0,74	-0,01	0,63	0,18	0,1
FSH	0,07	0,63	0,01	0,13	-0,06	0,1
Testosterone	0,05	0,08	-0,00	0,95	-0,02	0,14

Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, chỉ có thể tích tinh dịch và pH tinh dịch có mối liên quan thuận đối với fructose ở nhóm OA. Ở nhóm

NOA, không có yếu tố nào có liên quan tới nồng độ kẽm và fructose. Chỉ có thể tích tinh dịch có mối liên quan thuận ở những bệnh nhân chưa

phân biệt được rõ là OA hay NOA.

IV. BÀN LUẬN

Trong thực hành lâm sàng việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân không có tinh trùng trong tinh dịch là rất quan trọng, nó giúp các bác sĩ tiên lượng và đưa ra những phương pháp điều trị phù hợp cho những bệnh nhân vô sinh nam. Tuy nhiên việc xác định nguyên nhân không có tinh trùng là không hề đơn giản. Thăm khám lâm sàng và xét nghiệm tinh dịch đồ, xét nghiệm nội tiết tố sinh dục được coi như ưu tiên hàng đầu trong chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng, ngoài ra định lượng các yếu tố sinh hóa trong tinh dịch cũng có ý nghĩa đáng kể trong chẩn đoán nguyên nhân vô sinh ở nam giới.

Yếu tố kẽm và fructose được biết đến là các yếu tố sinh hóa có ảnh hưởng đến khả năng sinh sản ở nam giới. Kẽm trong tinh dịch được sản xuất chủ yếu từ tiền liệt tuyến. Trong cơ thể nam giới kẽm đóng vai trò quan trọng trong quá trình sinh sản, nó cần thiết cho hoạt động của tinh trùng, quá trình thụ thai và làm tổ của trứng. Kẽm có những đặc tính chống các gốc oxy hóa tự do, góp phần tạo nên sự bền vững của màng sinh học và bảo vệ vật chất di truyền của tinh trùng. Cơ thể nam giới thiếu kẽm có thể dẫn tới giảm khả năng hoạt động tinh dục, đồng thời giảm số lượng và chất lượng tinh trùng. Tuy nhiên, sự thay đổi nồng độ của kẽm trong tinh dịch ở những bệnh nhân Azoospermia vẫn chưa sáng tỏ. Một số nghiên cứu cho thấy nồng độ kẽm vẫn nằm trong giới hạn bình thường hoặc tăng cao trong những trường hợp vô sinh nam. Các tác giả cho rằng kẽm là giúp tăng cường khả năng di động của tinh trùng, do đó, kể cả trong những trường hợp thiếu tinh hoặc vô tinh thì nồng độ kẽm cũng không thay đổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các kết quả cũng cho thấy khoảng 50% bệnh nhân Azoospermia vẫn có nồng độ kẽm trong giới hạn bình thường. Khi so sánh nồng độ kẽm trong tinh dịch giữa 2 nhóm OA và NOA, chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tuttelmann[6]. Điều này cho thấy giá trị kẽm trong tinh dịch không có ý nghĩa trong chẩn đoán nguyên nhân vô sinh không có tinh trùng.

Cùng với kẽm, fructose trong tinh dịch cũng được nhắc đến với vai trò quan trọng trong sinh sản ở nam giới, fructose đóng vai trò trong quá trình trao đổi chất, là nguồn dinh dưỡng, nguồn năng lượng chính của tinh trùng. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự giảm sút nồng độ fructose trong tinh dịch có liên quan đáng kể với các bất

thường về cấu trúc, số lượng, chức năng túi tinh và ống dẫn tinh. Nồng độ fructose trong tinh dịch ở nhóm OA thấp hơn có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm NOA. Kết quả trên cho thấy, khi gặp các vấn đề về đường dẫn, nồng độ fructose có thể giảm dưới ngưỡng bình thường. Điều này có thể được giải thích bởi fructose là sản phẩm trực tiếp của túi tinh và là nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu cho hoạt động sống của tinh trùng. Sự tắc nghẽn ống dẫn tinh và túi tinh dẫn tới hiện tượng các sản phẩm của túi tinh không được giải phóng vào tinh dịch làm fructose tinh dịch giảm.

Kết quả nghiên cứu mối tương quan giữa nồng độ kẽm và fructose tinh dịch với các đặc điểm chung của 2 nhóm OA và NOA nhận thấy chỉ có thể tích tinh dịch và pH tinh dịch có mối tương quan thuận đối với fructose ở nhóm OA. Ở nhóm NOA, không có yếu tố nào có liên quan tới nồng độ kẽm và fructose. Điều này có thể được giải thích do fructose được hình thành trong túi tinh và bài tiết qua các ống dẫn tinh nên đây được coi là chất sinh hóa phản ánh trung thực chức năng của các thành phần này. Túi tinh đóng góp 50 - 70% thể tích tinh dịch. Dịch của túi tinh mang tính kiềm tạo nên pH kiềm cho tinh dịch. Do đó, xuất tinh có tính acid (pH < 7,2) với nồng độ fructose và khối lượng tinh dịch giảm có thể hướng tới một tình trạng tắc nghẽn ống dẫn tinh hoặc bất sản túi tinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Gonzales G.F.(2001)[8], Kumar R. (2005)[9]. Theo đó, các đặc điểm tinh dịch cho phép định hướng chẩn đoán nguyên nhân tắc nghẽn bao gồm: Không có tinh trùng, fructose trong tinh dịch thấp, thể tích tinh dịch thấp < 1,5 ml, pH tinh dịch < 7.

Như vậy, cùng với xét nghiệm TĐĐ thì xét nghiệm định lượng fructose trong tinh dịch có vai trò quan trọng trong định hướng nguyên nhân tắc nghẽn ở các trường hợp không có tinh trùng. Xét nghiệm định lượng fructose trong tinh dịch có thể được cân nhắc thay thế cho những thủ thuật xâm lấn để chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng do tắc nghẽn.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ kẽm trong tinh dịch không có ý nghĩa trong chẩn đoán nguyên nhân vô sinh không có tinh trùng.

Nồng độ fructose trong tinh dịch có giá trị định hướng chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng. Xuất tinh với khối lượng thấp, pH acid và nồng độ fructose thấp là một gợi ý cho tình trạng không có tinh trùng do tắc nghẽn đường

dẫn tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jungwirth, A., et al.,** Guidelines on Male infertility. European Association of Urology, 2013. **10**: p. 14-16.
2. **Melmed, S., et al.,** Williams Textbook of Endocrinology E-Book. 2015: Elsevier Health Sciences.
3. **Huang, I.-S., W.J. Huang, and A.T. Lin,** Distinguishing non-obstructive azoospermia from obstructive azoospermia in Taiwanese patients by hormone profile and testis size. Journal of the Chinese Medical Association, 2018. **81**(6): p. 531-535.
4. **Zhao, J., et al.,** Zinc levels in seminal plasma and their correlation with male infertility: a systematic review and meta-analysis. Scientific reports, 2016. **6** (1): p. 1-10.
5. **Abdul-Rasheed, O.F.,** The relationship between seminal plasma zinc levels and high molecular weight zinc binding protein and sperm motility in Iraqi infertile men. Saudi Med J, 2009. **30**(4): p. 485-489.
6. **Tüttelmann, F., et al.,** Clinical experience with azoospermia: aetiology and chances for spermatozoa detection upon biopsy. International journal of andrology, 2011. **34**(4pt1): p. 291-298.
7. **Buckett, W. and D. Lewis-Jones,** Fructose concentrations in seminal plasma from men with nonobstructive azoospermia. Archives of andrology, 2002. **48**(1): p. 23-27.
8. **Gonzales, G.F.,** Function of seminal vesicles and their role on male fertility. Asian journal of Andrology, 2001. **3**(4): p. 251-258.
9. **Kumar, R., et al.,** Contribution of investigations to the diagnosis of bilateral vas aplasia. ANZ journal of surgery, 2005. **75**(9): p. 807-809.
10. **Menkveld, R.,** Clinical significance of the low normal sperm morphology value as proposed in the fifth edition of the WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. Asian journal of andrology, 2010. **12**(1): p. 47.

ĐẶC ĐIỂM XÉT NGHIỆM MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Nguyễn Thị Kiều*

TÓM TẮT

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm xét nghiệm mô bệnh học của bệnh nhân ung thư đại trực tràng đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020. Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 115 bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, có tiêu bản là ung thư đại trực tràng và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí khối u gặp nhiều nhất là trực tràng (56,5%), tiếp theo là đại tràng sigma, 27%. Gặp mọi tổn thương trên đại thể trong đó thể sùi và thể loét là 2 thể gặp nhiều nhất, chiếm 82,6%. Ung thư biểu mô tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4%. 94,8% độ mô học biệt hóa vừa.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, mô bệnh học.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HISTORY TESTING OF COLOR CANCER CANCER CANCER AT HOSPITAL OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY

The study aimed to describe the histopathological characteristics of colorectal cancer patients visiting

Hanoi Medical University Hospital in 2020. The research team used a cross-sectional descriptive method on 115 patients performed histopathological examination, with the specimen being colorectal cancer and histological examination results as colorectal carcinoma at the Department of Pathology - Hanoi Medical University Hospital in the period from May January 2020 to December 2020. The study results showed that the most common tumor site was the rectum (56.5%), followed by the sigmoid colon, 27%. Meet all lesions on the macroscopic level, in which warts and ulcers are the two most common types, accounting for 82.6%. Normal adenocarcinoma accounts for the highest rate of 90.4%. 94.8% histology is moderately differentiated.

Keywords: colorectal cancer, Hanoi Medical University hospital, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là ung thư phổ biến thứ ba sau ung thư phổi và ung thư vú với gần 1,4 triệu trường hợp mới mắc trong năm 2012. Tỷ lệ mắc bệnh giữa các vùng miền, các châu lục có sự khác nhau. Theo thống kê của Bệnh viện K Hà Nội, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng là 9% tổng số bệnh nhân ung thư nói chung¹. Típ mô học, độ mô học cũng như giai đoạn u là các yếu tố quan trọng phục vụ cho điều trị và tiên lượng bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Gần đây nhất Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization – WHO) đã đưa ra bảng phân loại mô bệnh học ung thư đại trực tràng năm 2010 có bổ sung một số típ mô học mới có

*Viện Kiểm định quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

ý nghĩa cho việc tiên lượng bệnh nhân như ung thư biểu mô vi nhú, ung thư biểu mô tuyến răng cưa². Ngày nay các nhà nghiên cứu đang đi sâu vào nghiên cứu bệnh học phân tử và gen để tìm ra các yếu tố tiên lượng khác liên quan đến kết quả lâm sàng cũng như tìm ra một thể hệ mới các thuốc điều trị ung thư có khả năng tác động chính xác tới các đích tiềm năng trong tế bào ung thư đó là liệu pháp điều trị nhắm trúng đích. Ở Việt Nam, tuy đã có nhiều đề tài nghiên cứu về ung thư đại trực tràng, song hầu hết tập trung ở lĩnh vực lâm sàng mà có rất ít các đề tài nghiên cứu việc xếp giai đoạn của ung thư đại trực tràng (UTĐTT) được dựa trên phẫu thuật/mô bệnh học, do đó chẩn đoán chính xác các típmô bệnh học ung thư biểu mô (UTBM) về mặt vi thể cũng như những đánh giá về mặt đại thể trong phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu "*Mô tả đặc điểm xét nghiệm mô bệnh học của bệnh nhân ung thư đại trực tràng đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, có tiêu bản là ung thư đại trực tràng và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020. Còn tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng để chẩn đoán. Còn khối u nếu có đủ bệnh phẩm để xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu có chủ đích. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật và các tiêu bản kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng. Thực tế thu được 115 bệnh nhân.

2.4. Nội dung nghiên cứu

Vị trí khối u, tổn thương đại thể khối u
Típmô bệnh học. Độ mô bệnh học của khối u
Sự xâm lấn, di căn, xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh và hoại tử bần.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Thu thập thông tin hồ sơ về vị trí u
- Mô tả và nhận xét đại thể bệnh phẩm phẫu thuật
- Xét nghiệm mô bệnh học
- Xét nghiệm mô bệnh học để khẳng định

chẩn đoán ung thư biểu mô đại trực tràng theo tiêu chuẩn phân loại của WHO năm 2010.

- Bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định trong formon trung tính 10%, trong vòng 48 giờ; sau đó bệnh phẩm được pha, đúc và cắt mảnh, nhuộm theo phương pháp HE và PAS thường quy.

- Các tiêu bản được đọc trên kính hiển vi quang học độ phóng đại 40, 100, 200, 400 lần, dưới sự giúp đỡ của các bác sỹ trong khoa Giải phẫu bệnh có kinh nghiệm.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích về mục đích, ý nghĩa, lợi ích và bất lợi khi tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân tham gia hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo vị trí khối u

Vị trí u	Số lượng n=115	Tỉ lệ %
Manh tràng	0	0
Đại tràng lên	1	0,9
Đại tràng góc gan	4	3,5
Đại tràng ngang	5	4,3
Đại tràng góc lách	3	2,6
Đại tràng xuống	6	5,2
Đại tràng sigma	31	27,0
Trực tràng	65	56,5

Qua nghiên cứu 115 bệnh nhân ung thư đại trực tràng, vị trí khối u gặp nhiều nhất ở trực tràng, chiếm 56,5%, tiếp theo là đại tràng sigma, chiếm 27%. Các vị trí khác ở đại tràng ít xuất hiện khối u hơn: đại tràng xuống 5,2%, đại tràng ngang 4,3%, đại tràng góc gan 3,5%, đại tràng góc lách 2,6%, đại tràng lên 0,9% và không có bệnh nhân nào có khối u ở manh tràng.

Bảng 2. Phân bố vị trí khối u theo giải phẫu đại trực tràng

Vị trí u	Số lượng(n=115)	Tỉ lệ %
Trực tràng	65	56,5
Đại tràng phải	10	8,7
Đại tràng trái	40	34,8

Số bệnh nhân có vị trí khối u ở trực tràng chiếm tỉ lệ cao nhất là 56,5%, tỉ lệ khối u ở vị trí đại tràng trái là 34,8% và ở đại tràng phải là 8,7%.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo tổn thương đại thể

Típmô bệnh học	Số lượng (n=115)	Tỉ lệ %
Sùi	53	46,1
Loét	42	36,5
Vòng nhẫn	11	9,6
Thâm nhiễm	9	7,8

U thể sùi và thể loét là hai thể bệnh gặp nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 46,1% và 36,5%. Thể vòng nhẫn và thể thâm nhiễm có tỉ lệ thấp hơn, lần lượt là 9,6% và 7,8%.

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo típmô bệnh học

Típmô bệnh học	Số lượng n=115	Tỉ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến NOS	104	90,4
Ung thư biểu mô tuyến nhày	11	9,6

Có 104 bệnh nhân thuộc ung thư biểu mô tuyến NOS, chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 90,4%. Chỉ 11 bệnh nhân (chiếm 9,6%) là ung thư biểu mô tuyến nhày.

Bảng 5. Phân bố về độ mô học

Độ mô học	Số lượng n=115	Tỉ lệ %
Biệt hóa cao	0	0
Biệt hóa vừa	109	94,8
Kém biệt hóa	6	5,2

Tỉ lệ bệnh nhân UTĐTT biệt hóa vừa (cấu trúc tuyến chiếm từ 50-95%) là cao nhất (94,8%). 5,2% bệnh nhân ung thư biểu mô kém biệt hóa (cấu trúc tuyến chiếm dưới 50%) và không có bệnh nhân nào ở mức độ biệt hóa cao (cấu trúc tuyến chiếm trên 95%).

Bảng 6. Phân bố về mức độ xâm lấn của khối u

Sự xâm lấn của khối u	Số lượng n=115	Tỉ lệ %
T1	0	0
T2	32	27,8
T3	44	38,3
T4	39	33,9

Ung thư biểu mô đại trực tràng xâm lấn thanh mạc (T3 và T4) chiếm tỉ lệ cao nhất 72,2%, xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm tỉ lệ 27,8%.

Bảng 7. Tỉ lệ di căn hạch

Di căn hạch	Số lượng(n=115)	Tỉ lệ %
N0	57	49,6
N1	37	32,2
N2	21	18,2

Có 27 trường hợp ung thư đại trực tràng không thấy di căn hạch, chiếm tỉ lệ 49,6%, có 32,2% trường hợp di căn ≤3 hạch và 18,2% trường hợp di căn >3 hạch.

Bảng 8. Tỉ lệ xâm nhập mạch và thần kinh

Xâm nhập	Số lượng n=115	Tỉ lệ %
Có xâm nhập mạch	78	67,8
Có xâm nhập thần kinh	89	77,4

Có 89 bệnh nhân UTĐTT có xâm nhập thần kinh, chiếm tỉ lệ 77,4% và 67,8% bệnh nhân ung thư đã xâm nhập mạch.

Bảng 9. Tỉ lệ gặp hoại tử bản trong u thần kinh

Hoại tử bản	Số lượng (n=115)	Tỉ lệ %
Không	87	75,7
Có	28	24,3

Tỉ lệ gặp hoại tử bản trong u thần kinh là 24,3%, thấp hơn tỉ lệ không gặp hoại tử bản (75,7%)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu 115 trường hợp của chúng tôi cho thấy gặp nhiều nhất là trực tràng với 65 trường hợp chiếm 56,5%, sau đó là đại tràng sigma với 27,0%, các vị trí khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu 225 trường hợp ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K của Lê Đình Roanh và cộng sự (1999), cho thấy vị trí gặp nhiều nhất là trực tràng chiếm tỷ lệ 68,4%, sau đó là đại tràng sigma 11,5%¹. Theo kết quả nghiên cứu trên 372.130 bệnh nhân UTĐTT của chương trình Giám sát Dịch tễ và kết quả điều trị (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program - SEER) cho thấy vị trí hay gặp nhất là đại tràng sigma (23,1%), trực tràng (21%), sau đó là manh tràng và đại tràng lên³. Qua đó cho thấy đặc điểm vị trí u cũng có vai trò tiên lượng cho bệnh nhân UTĐTT. Qua nghiên cứu 115 trường hợp UTĐTT chúng tôi nhận thấy u thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 46,1%, sau đó là u thể loét 36,5%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là u thể vòng nhẫn và thâm nhiễm lần lượt là 9,6% và 7,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác với kết quả của một số nghiên cứu. Nghiên cứu 68 trường hợp UTĐTT của Đặng Trần Tiến năm 2007 cho thấy u thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất 59%, sau đó là thể sùi 29%⁴. Có sự khác nhau giữa các kết quả này là do phân loại về đặc điểm đại thể của UTĐTT không thống nhất, nhiều tác giả đưa ra u hỗn hợp giữa thể sùi và thể loét, giữa thể loét và thể thâm nhiễm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến tít thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày 9,6%, các típmô học khác không có. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lê Đình Roanh và cộng sự năm 1999 cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 79,6%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm tỷ lệ 17,3%¹. Nghiên cứu của Đặng Trần Tiến năm 2007 tại bệnh viện E cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 84%⁴. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 trên 174 trường hợp UTĐTT cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 87,9%, sau

đó là ung thư biểu mô tuyến nhày 6,9%, ung thư biểu mô tế bào nhầy chiếm 1,7% và ung thư thể tủy chiếm 0,6%⁵. Một trong các điểm mới trong phân loại của WHO năm 2010 so với các phân loại cũ là sự bổ sung 3 típ mô học mới: UTBM tuyến dạng sàng, UTBM tuyến răng cưa và UTBM vi nhú. Ung thư biểu mô tuyến dạng sàng đúng như tên gọi của nó bao gồm các cấu trúc tuyến sắp xếp dạng sàng, có hoại tử ở trung tâm giống với ung thư biểu mô thể trứng cá của tuyến vú². Ung thư biểu mô vi nhú được xác định bởi các đám nhỏ tế bào u nằm trong khoảng trống mô đệm giả lòng mạch. Tế bào u có bào tương rộng ưa toan, nhân đa hình mức độ vừa. UTBM vi nhú có tần số cao di hạch, xâm nhập mạch, thần kinh và giai đoạn T cao. Ung thư biểu mô tuyến răng cưa lần đầu tiên được mô tả bởi Jass và Smith năm 1992, có hình thái giống u tuyến răng cưa hoặc polyp tăng sản, đây cũng được coi là tổn thương tiền ung thư của típ mô học này. Đặc điểm mô bệnh học của UTBM tuyến răng cưa bao gồm: hình thái chia nhánh dạng răng cưa, biệt hóa nhầy, đám hình cầu hoặc dây tế bào trôi nổi trong chất nhày, bào tương rộng ưa toan, nhân hình túi, hạt nhân rõ và không xuất hiện hoại tử bản⁶. Hình thái răng cưa cấu tạo bởi chỉ thành phần biểu mô hoặc biểu mô và màng đáy tạo cấu trúc nhú nhưng không có trục liên kết xơ mạch. Hình thái này gặp trong hầu hết số trường hợp UTBM tuyến răng cưa (93%). Biệt hóa chất nhầy gặp trong 43% UTBM tuyến răng cưa. Hình thái dạng bè là đặc trưng của UTBM tuyến răng cưa kém biệt hóa, có thể không gặp cấu trúc tuyến răng cưa. Sự kết hợp với các đặc điểm khác như bào tương rộng ưa toan, nhân hình túi, chất nhiễm sắc cô đặc, không có hoại tử gợi ý chẩn đoán UTBM tuyến răng cưa. Trên 90% UTBM tuyến răng cưa không có hoại tử, tuy nhiên vẫn có thể gặp hoại tử bản ở một số trường hợp nhưng chiếm < 10% diện tích mô u. Ngược lại với UTBM tuyến thông thường, hoại tử bản gặp ở 75% số trường hợp⁷.

Ung thư biểu mô tuyến của đại trực tràng được phân thành 3 độ cơ bản dựa trên tỷ lệ cấu trúc tuyến với lòng ống rõ: biệt hóa cao nếu > 95% u có cấu trúc tuyến, biệt hóa vừa nếu cấu trúc tuyến chiếm từ 50-95%, kém biệt hóa nếu cấu trúc tuyến chiếm < 50% u. Nhiều nghiên cứu gần đây chứng minh hệ thống phân loại 2 độ (độ thấp nếu $\geq 50\%$ cấu trúc tuyến, độ cao nếu < 50% cấu trúc tuyến) làm giảm bớt sự khó khăn trong đánh giá đồng thời cải thiện ý nghĩa tiên lượng. Phân độ mô học này chỉ được áp dụng cho UTBM tuyến thông thường². Trong

nghiên cứu của chúng tôi, u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 94,8%, u kém biệt hóa chiếm 5,2% và biệt hóa cao không có trường hợp nào. Phân độ mô học theo hệ thống hai độ cho kết quả là độ mô học thấp chiếm tỷ lệ 87,3%, độ mô học cao chiếm tỷ lệ 12,7%. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 52,3%, biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 25,4% và kém biệt hóa là 20,3%⁵. Nghiên cứu của Lê Huy Hòa năm 2015 trên 90 bệnh nhân cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 72,2%, u biệt hóa cao và kém biệt hóa chiếm tỷ lệ 8,9% và 18,9%⁸. Các kết quả trên tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đều cho thấy nhóm u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhiều nghiên cứu cho thấy độ mô học là một yếu tố tiên lượng độc lập, độ mô học cao liên quan đến tăng nguy cơ di căn hạch, di căn xa và có tiên lượng xấu. Ung thư biểu mô tế bào nhầy được coi như típ kém biệt hóa có độ mô học cao.

V. KẾT LUẬN

Vị trí khối u gặp nhiều nhất là ở trực tràng (56,5%), sau đó là đại tràng sigma (27,0%). Chủ yếu ung thư đại trực tràng có dạng thể sùi chiếm 46,1%. Ung thư biểu mô tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4% và gặp mọi tổn thương trên đại thể (thể sùi, thể loét, thể thâm nhiễm, thể vòng nhầy). 94,8% độ mô học là biệt hóa vừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa, cs. Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại bệnh viện K - Hà Nội 1994-1997. Tạp chí Thông tin Y dược. 1999;11:66-69.
2. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO classification of tumours of the digestive system. World Health Organization; 2010.
3. Lee Yen-Chien, Lee Yen-Lin, Chuang Jen-Pin, Lee Jenq-Chang. Differences in survival between colon and rectal cancer from SEER data. PLoS One. 2013;8(11):e78709.
4. Đặng Trần Tiên. Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại trực tràng. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2007;11(3):86-88.
5. Chu Văn Đức. Nghiên cứu bộc lộ một số dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng. Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2015.
6. Marzouk Ola, Schofield John. Review of histopathological and molecular prognostic features in colorectal cancer. Cancers (Basel). Jun 23 2011; 3(2):2767-810.
7. Mäkinen MJ. Colorectal serrated adenocarcinoma. Histopathology. Jan 2007;50(1):131-50.
8. Lê Huy Hòa. Nghiên cứu tình trạng hạch mạc treo trong ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với kỹ thuật làm sạch mô mỡ. Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Tp Hồ Chí Minh; 2015.

