

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THALASSEMIA ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Đoàn Hữu Thiện*, Nguyễn Thị Kiều*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm các chỉ số xét nghiệm dòng hồng cầu máu ngoại vi và thành phần huyết sắc tố ở người mang đột biến gen bệnh thalassemia ở người tới khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, đánh giá kết quả xét nghiệm chỉ số hồng cầu, thành phần huyết sắc tố và tổn thương gen ở 189 người tới khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được chẩn đoán là thalassemia. **Kết quả:** MCV < 80f/l và MCH < 27pg ở 100% và 98,8% người mang đột biến gen $\beta 0$ và $\alpha 0$, gặp 21,9% ở $\alpha+$ và 75,0% ở HbE. Các đột biến nhẹ $\alpha+$ và βE có thể có chỉ số MCV và MCH trong giới hạn bình thường (MCV > 85 f/l và MCH > 28pg) với tỷ lệ là 14,3% và 7,1% ở $\alpha+$ và 3,1% và 0,0% ở βE . Thành phần huyết sắc tố trong $\alpha+$ thalassemia ở giới hạn bình thường, trong $\alpha 0$ thalassemia có HbA2 giảm nhẹ. Trong beta thalassemia có HbA2 tăng, trong HbE dị hợp tử. **Kết luận:** Người mang gen (1 allen đột biến) thường không thiếu máu hoặc chỉ thiếu nhẹ, hầu hết có HC nhỏ. Thành phần huyết sắc tố có HbA2 tăng trong beta thalassemia, HbA2 bình thường trong alpha thalassemia; các đột biến nhẹ $\alpha+$ và βE có thể có chỉ số MCV và MCH trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: thalassemia, tan máu bẩm sinh, sàng lọc.

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF THALASSEMIA PATIENTS AT THE HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: to access the characteristic of red cell indices among α , β carriers who came to Hanoi Medical University Hospital to be consulted. **Methodology:** A cross-sectional study was applied in 189 healthy people who who visited the Hanoi Medical University Hospital and were diagnosed with thalassemia. **Results:** Smaller size of red cell with MCV < 80f/l và MCH < 27 pg in 100% and 98.8% among of $\beta 0$ and $\alpha 0$ carriers; 21.4% in $\alpha+$ thalassemia and 75,0% in HbE. MCV and MCH might be in normal range of MCV and MCH (MCV > 85 f/l và MCH > 28pg) in 14.3% and 7.1% in $\alpha+$ thalassemia and 3.2% và 0.0% in βE respectively. Among people who are $\alpha 0$ thalassemia carrier, HbA2 might be slightly decreased. In heterozygous HbE. **Conclusion:** almost of the subjects were single allele mutation with normal or slightly decreased hemoglobin; the MCV and MCH might be in normal range in $\alpha+$ or βE silence carriers.

*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: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Key words: thalassemia, mutation, screening

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh di truyền đơn gen phổ biến trên thế giới, với biểu hiện chính là thiếu máu do tan máu. Nhóm đối tượng chính có nguy cơ lan truyền gen bệnh sang thế hệ sau là những người mang gen hoặc mang bệnh mức độ nhẹ thường không có biểu hiện lâm sàng. Xác định được người mang gen và hạn chế việc truyền gen cho thế hệ sau, tiến tới không sinh ra trẻ bị bệnh hoặc mang gen bệnh là biện pháp hiệu quả phòng ngừa bệnh.

Thalassemia gây ra bởi cơ chế tổn thương gen tổng hợp chuỗi α , β globin khá phức tạp, tùy thuộc kiểu đột biến và sự phối hợp các đột biến với nhau sẽ gây ra các mức độ tổn thương hồng cầu khác nhau từ đó tạo nên các kiểu hình và biểu hiện lâm sàng rất đa dạng. Theo hướng dẫn của Liên đoàn Thalassemia thế giới, quy trình sàng lọc, chẩn đoán và tư vấn thalassemia thường bắt đầu từ các chỉ số xét nghiệm tế bào máu ngoại vi, tr80ong đó có những chỉ số được sử dụng rất hữu hiệu như MCV, MCH với ngưỡng cut off phổ biến là 80 f/l và 27pg, đặc biệt cho sàng lọc cộng đồng.¹ Tổng phân tích máu ngoại vi là xét nghiệm cơ bản đầu tay để định hướng chẩn đoán thalassemia, tiếp đến là xét nghiệm xác định thành phần huyết sắc tố để chẩn đoán thể bệnh thalassemia và cuối cùng là sinh học phân tử để xác định chính xác loại đột biến.

Dựa trên kết quả những đột biến gen đã xác định được của nhóm đối tượng người bệnh đến khám chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: "*Mô tả đặc điểm các chỉ số xét nghiệm dòng hồng cầu máu ngoại vi và thành phần huyết sắc tố ở bệnh nhân thalassemia đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

- Đối tượng nghiên cứu được chọn theo phương pháp thuận tiện. Thực tế có 189 bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được chẩn đoán xác định là thalassemia.

- Đối tượng loại trừ: thiếu sắt hoặc các bệnh lý viêm nhiễm khác.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 1/2021 - 12/2021.

- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3. Phương pháp nghiên cứu:

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

3.2. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- ❖ Nội dung và chỉ số nghiên cứu
- Thông tin chung: Tuổi, giới.
- Chỉ số hồng cầu máu ngoại vi: Hb, MCV, MCH.
- Thành phần huyết sắc tố.
- Kiểu đột biến gen α , β globin.

❖ **Phương tiện, dụng cụ:**

- Máy đếm tế bào tự động ADVIA 2120 (Siemen - Đức).
- Xác định thành phần huyết sắc tố bằng kỹ thuật HPLC.
- Xác định đột biến gen globin bằng phương pháp PCR đơn và strip assay.

3.3. Quản lý và xử lý số liệu: Bằng phần

mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thể bệnh

Số allen đột biến	Thể bệnh	Số lượng	Tỉ lệ %
Tổn thương 1 allen	α -thalassemia	105	55,6
	β -thalassemia	79	41,8
Tổn thương nhiều allen	Thể kết hợp	5	2,6
Chung		189	100

Chúng tôi gặp 55,6% đối tượng nghiên cứu mang gen đột biến α -thalassemia, 41,8% mang gen đột biến β -thalassemia và 2,9% mang kết hợp đột biến α và β - thalassemia.

Bảng 3.2. Tần suất xuất hiện 1 allen đột biến

Đột biến gen tổng hợp chuỗi alpha globin			Đột biến gen tổng hợp chuỗi beta globin		
Kiểu gen	Kiểu hình	SL (%)	Kiểu gen	Kiểu hình	SL (%)
$\alpha\alpha/--^{SEA}$	α^0	84 (80,0)	β/β^{Cd17}	β^0	22 (27,9)
$\alpha\alpha/-\alpha^{3.7}$	α^+	11 (10,4)	$\beta/\beta^{Cd41/42}$	β^0	16 (20,2)
$\alpha\alpha/-\alpha^{4.2}$	α^+	3 (2,9)	$\beta/\beta^{Cd71/72}$	β^0	2 (2,5)
$\alpha\alpha/\alpha^{HbCs}$	α^+	7 (6,7)	β/β^{IVS1-1}	β^0	1 (1,3)
			$\beta/\beta^{IVS2-654}$	β^0	1 (1,3)
			β/β^{Cd95}	β^0	1 (1,3)
			$\beta/\beta^{Cd26}(HbF)$	β^E	32 (40,5)
			β/β^{-28}	β^+	4 (2,0)
Tổng		105	Tổng		79

Trong tổng số người mang đột biến gen α , chủ yếu gặp đột biến gen $\alpha\alpha/--^{SEA}$ (80%), ngoài ra còn gặp allen đột biến $\alpha\alpha/-\alpha^{3.7}$, $\alpha\alpha/-\alpha^{4.2}$, $\alpha\alpha/\alpha^{HbCs}$. Chúng tôi gặp 10 kiểu allen đột biến chuỗi β , phổ biến nhất là Codon 26, Codon 17, Codon41/42 với tỷ lệ lần lượt là 40,5%, 27,9%, 20,2%.

3.2. Đặc điểm xét nghiệm huyết học của người mang 1 đột biến gen thalassemia

Bảng 3.3. Nồng độ huyết sắc tố (g/l) theo kiểu hình giữa hai giới

Kiểu hình đột biến	Giới	Hgb ở Nam	Hgb ở Nữ	p
		$\bar{X} \pm SD, \text{min-max}$	$\bar{X} \pm SD, \text{min-max}$	
α^0 -thalassemia		135,1 \pm 10,2 ^a (102-158)	117,4 \pm 12,3 ^c (91-143)	$p_{a-b} < 0,05$
α^+ -thalassemia		148,2 \pm 11,1 ^b (112-168)	123,7 \pm 10,5 ^d (99-137)	$p_{c-d} > 0,05$
β^0 -thalassemia		133,1 \pm 8,9 ^e (118-142)	103,8 \pm 10,1 ^g (89-131)	$p_{e-f} > 0,05$
β^+ -thalassemia		142,1 \pm 9,3 ^f (102-153)	124,1 \pm 10,2 ^h (91-146)	$p_{g-h} < 0,05$

Ở đối tượng mang gen là nam, chỉ số huyết sắc tố trung bình đều trên 120g/l. Ở nữ, nhóm mang gen α^0 có lượng Hb trung bình thấp hơn nhóm α^+ (117,4 \pm 12,3g/l so với 123,7 \pm 10,5g/l), nhóm β^0 thấp hơn nhóm β^+ (103,8 \pm 10,1 và 124,1 \pm 10,2), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Chỉ số hồng cầu và thành phần huyết sắc tố theo kiểu đột biến gen

Kiểu hình đột biến	MCV (fl) $\bar{X} \pm SD$	MCH (pg) $\bar{X} \pm SD$	HbA2 (%) $\bar{X} \pm SD$	p
α^0 (n=84)	68,1 \pm 3,4 ^a	21,2 \pm 1,3 ^c	2,1 \pm 0,2	$p_{a-b} < 0,05$ $p_{c-d} < 0,05$
α^+ (n=14)	83,2 \pm 2,3 ^b	27,3 \pm 1,4 ^d	2,3 \pm 0,4	
HbCs (n=7)	82,6 \pm 3,4	26,9 \pm 2,1	2,1 \pm 0,8	$p_{e-f} < 0,05$ $p_{e-g} < 0,05$
β^0 (n=43)	64,1 \pm 3,5 ^e	19,1 \pm 1,2 ^h	5,3 \pm 0,3	
β^+ (n=4)	70,6 \pm 3,6 ^f	23,0 \pm 1,4 ⁱ	5,4 \pm 0,5	$p_{h-i} < 0,05$ $p_{h-k} < 0,05$
β^E (n=32)	78,1 \pm 3,8 ^g	26,3 \pm 1,2 ^k	2,5 \pm 1,5	

Chỉ số MCV, MCH trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu đều thấp hơn giới hạn bình thường. Nhóm mang gen α^0 có MCV trung bình là $68,1 \pm 3,4$ fl, MCH trung bình là $21,2 \pm 1,3$ pg, thấp hơn so với nhóm mang gen α^+ và HbCs, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; nhóm mang gen β^0 có MCV trung bình là $64,1 \pm 3,5$ fl, MCH trung bình là $19,1 \pm 1,2$ pg, thấp hơn nhóm β^+ và β^E , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ (%) các ngưỡng chỉ số hồng cầu theo các dạng đột biến

Dạng đột biến	MCV (fl)			MCH (pg)		
	≤ 80	80 - 84,9	≥ 85	≤ 27	27 - 27,9	≥ 28
α^0 (%)	98,8	1,2	0	98,8	1,2	0
α^+ (%)	21,4	64,3	14,3	64,3	28,6	7,1
β^0 (%)	100	0	0	100	0	0
β^+ (%)	100	0	0	100	0	0
β^E (%)	75,0	21,9	3,1	90,6	9,4	0

Hầu hết người mang gen α^0 và β^0 có chỉ số MCV < 80 fl và MCH < 27 pg. Nhóm mang gen α^+ có MCV ≥ 85 fl và MCH ≥ 28 là 14,3% và 7,1%. Ở nhóm mang gen β^E có MCV ≥ 85 fl là 3,1%, và không có MCH ≥ 28 .

3.3. Đặc điểm xét nghiệm huyết học ở nhóm có nhiều đột biến

Bảng 3.6. Chỉ số xét nghiệm ở nhóm có nhiều đột biến gen

Dạng đột biến	Chỉ số HC	Số mẫu	MCV (fl)	MCH (pg)	HbA2 (%)
Cd17 và SEA		1	67,8	20,7	5,8
Cd17 và HbCs		1	63,7	19,6	4,3
Cd 41/42 và Alpha 4.2		1	62,5	19,3	4,8
Cd26 và SEA		1	65,9	20,8	2,9
Cd26 và Alpha 3.7		1	73,2	22,1	1,9

Có 5 trường hợp có 2 đột biến gen globin. Trong tất cả các trường hợp có đột biến phối hợp alpha với beta thalassemia, thành phần HbA2 đều tăng. Hầu hết các trường hợp có MCV và MCH rất thấp. Phối hợp 2 đột biến nghe trên 1 cặp gen không ảnh hưởng nhiều đến lượng Hb.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đột biến gen bệnh thalassemia ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Trong số 189 người tới khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có 184 người mang 1 allele đột biến, có 5 trường hợp mang kết hợp đột biến α và β ; 55,6% đối tượng nghiên cứu mang gen đột biến α -thalassemia, 41,8% mang gen đột biến β -thalassemia. Trong số đột biến trên gen tổng hợp chuỗi α globin được khảo sát, đột biến $-\text{SEA}$ gặp phổ biến nhất (80%), tiếp theo là các đột biến $-\alpha^{3.7}$, α^{HbCs} , $-\alpha^{4.2}$. Chúng tôi gặp 10 kiểu allele đột biến chuỗi β , phổ biến nhất là Codon 26, Codon 17, Codon 41/42 với các tỷ lệ lần lượt là 40,5%, 27,9%, 20,2%. Các tỷ lệ này phù hợp với một số nghiên cứu khác ở nước ta như trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hân Hoan (2011) nghiên cứu trên 290 đối tượng được chẩn đoán trước sinh, tỷ lệ mang đột biến $-\text{SEA}$ là 77,8%,² trong nghiên cứu của Ngô Diễm Ngọc (2015) trên 124 thai phụ nguy cơ cao là 80,6%.³

4.2. Đặc điểm xét nghiệm huyết học bệnh Thalassemia ở nhóm có 1 đột biến gen. Những chỉ số hồng cầu máu ngoại vi có ý nghĩa trong sàng lọc và chẩn đoán người mang

gen/bị bệnh thalassemia đó là nồng độ huyết sắc tố, MCV, MCH. Trong số 189 người mang 1 đột biến, chúng tôi phân tích sự khác nhau về nồng độ huyết sắc tố giữa nhóm α^0 và α^+ ; β^0 và β^+ để khảo sát sự khác biệt được thể hiện ra các chỉ số máu ngoại vi. Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy, ở đối tượng mang gen là nam, chỉ số huyết sắc tố trung bình đều trên 120g/l. Ở nữ, nhóm mang gen α^0 có lượng Hb trung bình thấp hơn nhóm α^+ ($117,4 \pm 12,3$ g/l so với $123,7 \pm 10,5$ g/l), nhóm β^0 thấp hơn nhóm β^+ ($103,8 \pm 10,1$ và $124,1 \pm 10,2$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà, Ngô Mạnh Quân, Vũ Hải Toàn và cộng sự.⁴ Điều này tương đối phù hợp với cơ sở lý thuyết, những đột biến α^0 , β^0 như $-\text{SEA}$, Codon 17, Codon 41/42... làm mất khả năng tổng hợp chuỗi globin, còn các đột biến α^+ , β^+ như $-\alpha^{3.7}$, $-\alpha^{4.2}$, $-\text{SEA}$... chỉ làm giảm tổng hợp chuỗi globin, đột biến HbCs và Codon 26 (HbF) là các đột biến tạo ra các loại chuỗi globin khác. Một số trường hợp chỉ có tổn thương 1 allele α^0 , β^0 như $-\text{SEA}$, Codon 17, Codon 41/42 có lượng giảm huyết sắc tố dưới 90g/l (thiếu máu mức độ trung bình) đều là những người đang có thai. Về thành phần huyết sắc tố, kết quả bảng 3.4 cho

thấy, hầu hết các trường hợp mang 1 allen đột biến α , thành phần huyết sắc tố chỉ có HbA và HbA₂, HbA₂ ở mức thấp, dưới 2,5%. Những trường hợp mang 1 allen đột biến β^0 và β^+ tỷ lệ A₂ thường dao động khoảng 5%.

Chỉ số MCV và MCH cũng như thành phần huyết sắc tố cũng có sự khác biệt tương đối rõ giữa các nhóm α^0 và α^+ , β^0 và β^+ . Bảng 3.4 cho thấy, chỉ số MCV, MCH trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu đều thấp hơn giới hạn bình thường (85fl và 28pg). Ở nhóm mang gen α^0 , chỉ số MCV trung bình là $68,1 \pm 3,4$ fl, MCH trung bình là $21,2 \pm 1,3$ pg, thấp hơn so với nhóm mang gen α^+ và HbCs, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chỉ số MCV và MCH có giá trị quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán tình trạng mang gen đột biến. Các nghiên cứu trong khu vực như của Ma ESK ở Trung Quốc, Chan ở Hồng Kông, Wibhasiri ở Thái Lan đề xuất tiêu chí sàng lọc MCV < 80 fL và MCH < 27 pg.^{5,6,7} Một số tác giả khác lựa chọn ngưỡng cut off của MCV là 76 fL thì độ nhạy và độ đặc hiệu trong sàng lọc β -thalassemia là 93,7% và 96,6%. Trong nghiên cứu này, kết quả bảng 3.5 cho thấy, sử dụng ngưỡng MCV và MCH như trên khá phù hợp để định hướng chẩn đoán người mang gen ở thể α^0 và β^0 (MCV < 80f/l và MCH < 27 pg ở 100% và 98,8% người mang đột biến gen β^0 và α^0). Tuy nhiên, ở nhóm mang gen α^+ , 14,3% có MCV ≥ 85 fl, 64,3% ở mức 80-84,9 fl, 7,1% có MCH ≥ 28 pg và có tới 28,6% ở mức 27-28pg. Tương tự, trong nhóm mang gen β^E , có 21,9% có MCV ở mức 80-84,9 fl, 3,1% ở mức ≥ 85 fl; 9,4% có mức MCH từ 27-28pg, 0,0% có MCH > 28pg. Như vậy, nếu trong sàng lọc cộng đồng mà sử dụng ngưỡng MCV < 80fl, MCH < 27pg sẽ có khả năng bỏ sót mang gen α^+ , β^E , điều này rất quan trọng trong tư vấn trước kết hôn và trước sinh. Nếu những người β^E kết hôn với người gen β^0 thì sẽ có nguy cơ sinh con bị bệnh β^0/β^E , với biểu hiện lâm sàng trung bình đến nặng. Nếu mang gen α^+ đặc biệt là HbCS kết hôn với người mang gen α^0 (--^{SEA}) thì sẽ có nguy cơ sinh con bị bệnh (--^{SEA}/ α^0 ^{HbCs}) thường là mức độ trung bình. Có lẽ việc xác định ngưỡng MCV, MCH cho sàng lọc cần được nghiên cứu ở quy mô rộng hơn.

4.3. Đặc điểm xét nghiệm huyết học bệnh thalassemia ở nhóm nhiều đột biến gen. Gen tổng hợp chuỗi alpha globin nằm trên nhiễm sắc thể số 16, gen beta globin trên nhiễm sắc thể số 11, hai gen này độc lập với nhau. Việt Nam cũng như các nước khu vực Đông Nam Á có tỷ lệ người mang gen bệnh cao ở cả 2 thể alpha

và beta globin.⁸ Do sự tương tác gen của bố và mẹ là ngẫu nhiên nên đứa con của cặp vợ chồng có người mang gen bệnh beta, có người mang gen bệnh alpha có thể bị phối mang cả gen alpha và beta thalassemia. Sự phối hợp đột biến gen alpha với gen beta globin không ảnh hưởng đến lượng Hb mặc dù MCV, MCH thấp (bảng 3.6). Tuy nhiên kết quả thành phần Hb chỉ có HbA₂ tăng – giống như các trường hợp beta thalassemia đơn thuần. Vì vậy với trường hợp đã chẩn đoán beta thalassemia vẫn cần phải làm xét nghiệm xác định các đột biến gen alpha globin để tránh bỏ sót các trường hợp phối hợp như thế này. Việc định hướng chẩn đoán người mang gen vô cùng có ý nghĩa đặc biệt trong tư vấn chẩn đoán trước sinh, trước kết hôn để tránh sinh ra những đứa trẻ bị bệnh thalassemia.

V. KẾT LUẬN

- Chủ yếu là người mang 1 allen đột biến, trong đó α -thalassemia chiếm 55,6%, β -thalassemia chiếm 41,8%. Người mang gen bệnh thalassemia (1 allen đột biến) thường không thiếu máu hoặc chỉ thiếu nhẹ. Lượng huyết sắc tố trung bình ở nam giới từ 102 – 158 g/L. Người mang đột biến gen α^0 và β^0 đều có chỉ số HC nhỏ, MCV < 80f/l và MCH < 27 pg. Các đột biến nhẹ α^+ và β^E có thể có chỉ số MCV và MCH trong giới hạn bình thường (MCV > 85 f/l và MCH > 28pg) với tỷ lệ là 14,3% và 7,1% ở α^+ và 3,1% và 0,0% ở β^E . - Thành phần huyết sắc tố trong α^+ thalassemia ở giới hạn bình thường, trong α^0 thalassemia thì có thể bình thường hoặc HbA₂ giảm nhẹ.

- Phối hợp đột biến α với β globin làm hồng cầu nhỏ, nhưng không ảnh hưởng nhiều đến lượng huyết sắc tố. Thành phần huyết sắc tố như biểu hiện của đột biến gen β đơn thuần.

VI. KIẾN NGHỊ

Nhất thiết phải xét nghiệm xác định đột biến gen α -thalassemia trong các trường hợp đã chẩn đoán xác định β -thalassemia và trong các trường hợp hồng cầu nhỏ mà thành phần điện di huyết sắc tố bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **TIF (2008)**, Hướng dẫn xử trí lâm sàng bệnh Thalassemia, NXB Y học, Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Khắc Hân Hoan (2013)**, "Nghiên cứu tầm soát và chẩn đoán trước sinh bệnh alpha và beta thalassemia", Luận văn Tiến sĩ Y học - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Ngô Diễm Ngọc và cs (2015)**, "Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh bệnh α và β thalassemia trên các thai phụ nguy cơ cao tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí Y học Việt Nam, số 434, tr. 83-92.

4. Nguyễn Thị Thu Hà; Ngô Mạnh Quân; Vũ Hải Toàn và cộng sự (2021) Đặc điểm một số chỉ số huyết học ở người mang gen bệnh thalassemia đến tư vấn tại Viện Huyết học – Truyền máu TW. Tạp chí Y học Việt Nam. Số chuyên đề. tr.112-119.
5. Ma ES, Chan AY, Ha SY, Lau YL, Chan LC. Thalassemia screening based on red cell indices in the Chinese. Haematologica. 2001;86(12):1310-1311.
6. Chan L, Ma S, Chan A, et al. Should we screen for globin gene mutations in blood samples with mean corpuscular volume (MCV) greater than 80 fL in areas with a high prevalence of thalassaemia? J Clin Pathol. 2001;54(4):317-320. doi:10.1136/jcp.54.4.317
7. Srisuwan W, Tatu T. Diagnosis of thalassemia carriers commonly found in Northern Thailand via a combination of MCV or MCH and PCR-based methods.
8. Fucharoen G, Sanchaisuriya K, Sae-ung N, Dangwibul S, Fucharoen S. A simplified screening strategy for thalassaemia and haemoglobin E in rural communities in south-east Asia. Bull World Health Organ. 2004;82(5):364-372. Accessed April 24, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2622836/>

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ LAO NÃO, MÀNG NÃO – PHÂN TÍCH 45 TRƯỜNG HỢP CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cung Văn Công*, Vũ Sỹ Quân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) sọ của các ca bệnh lao não, màng não có dấu hiệu lâm sàng (LS), được chẩn đoán xác định bằng các xét nghiệm cận lâm sàng (CLS). Đối tượng: 45 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định lao não, màng não bằng 1 trong 2 hoặc cả 2 phương pháp xét nghiệm dịch não tủy (DNT): Gene Xpert và nuôi cấy môi trường lỏng MGIT. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi TB: 28,2 ± 21,058; nam/nữ là 1,5/1; các triệu chứng: đau đầu (73,3%); nôn, buồn nôn (60%); mệt mỏi, kém ăn (62,2%); rối loạn tri giác (37,8%); chẩn đoán lâm sàng: Giai đoạn I: 26,7%; giai đoạn II: 48,9%; giai đoạn III: 24,4%. Có 84,4% thấy bất thường não trên CHT: tăng ngấm thuốc đối quang từ màng não nền sọ 66,7%; tăng ngấm thuốc khe Sylvial 2,2%; tăng ngấm thuốc bể đáy 15,6%; não úng thủy 31,1%; dấu hiệu "củ lao" 44,4%; dấu hiệu nhồi máu não 13,3%; tổn thương không ngấm thuốc 2,2%. Không có trường hợp nào xuất hiện hình ảnh bất thường của dây thần kinh sọ não. **Kết luận:** CHT não có vai trò quan trọng trong định hướng, hỗ trợ chẩn đoán lao não, màng não.

Từ khóa: Cộng hưởng từ lao não, màng não; lao não, màng não; lao não; lao màng não

SUMMARY

FEATURES OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF THE BRAIN TUBERCULOSIS, MENINGITIS TUBERCULOSIS - ANALYSIS OF 45 CASE WAS DIAGNOSED AND TREATED AT

*Bệnh viện Phổi trung ương

**Bệnh viện E Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objectives: Characterization of skull magnetic resonance imaging (MRI) of cases of tuberculosis of the brain and meninges with clinical signs, confirmed by laboratory tests. Subjects: 45 patients were diagnosed with tuberculous brain, meningoencephalitis by 1 of 2 or both methods of testing cerebrospinal fluid (DNT): Gene Xpert and MGIT liquid culture. **Methods:** retrospective, descriptive, cross-sectional. **Results:** Average age: 28.2 ± 21.058; male/female is 1.5/1; symptoms: headache (73.3%); vomiting, nausea (60%); fatigue, poor appetite (62.2%); perceptual disturbances (37.8%); clinical diagnosis: Stage I: 26.7%; stage II: 48.9%; stage III: 24.4%. There were 84.4% brain abnormalities on MRI: increased contrast enhancement from the meninges at the base of the skull 66.7%; increase in enhancement of Sylvial slit by 2.2%; increase infiltration of bottom tank by 15.6%; Hydrocephalus 31.1%; signs of "tuberculous" 44.4%; signs of cerebral infarction 13.3%; non-adherent lesions 2.2%. There were no cases of abnormal images of cranial nerves. **Conclusion:** Brain MRI plays an important role in orienting and supporting the diagnosis of tuberculous brain, meningoencephalitis..

Keywords: Magnetic resonance of tuberculous brain, meningoencephalitis; tuberculosis, meningoencephalitis; brain tuberculosis; Meningitis tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao não, màng não thuộc lao hệ thần kinh trung ương, là một trong những thể lao nặng, thường dẫn đến tử vong hoặc để lại nhiều di chứng nếu phát hiện và điều trị muộn. Lao não, màng não chiếm 1-2% các ca bệnh lao hoạt động; 5% các thể lao ngoài phổi. Ở thập kỷ trước chẩn đoán lao não, màng não gặp nhiều khó khăn, chủ yếu dựa vào lâm sàng. Bệnh luôn đòi hỏi phải có chẩn đoán nhanh và chẩn đoán

sớm. Hiện nay nhờ có sự hỗ trợ của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, kỹ thuật xét nghiệm sinh học phân tử (Gene Xpert) cũng như nuôi cấy môi trường lỏng (MGIT) dịch não tủy mà thời gian chẩn đoán đã giảm đi đáng kể đem lại lợi ích to lớn cho người bệnh.¹⁻⁵

Trên phương diện chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu chủ yếu phân tích về hình ảnh CHT sọ của 45 BN lao não, màng não với mong muốn cung cấp cho các đồng nghiệp góc nhìn toàn diện hơn về các đặc điểm hình ảnh CHT của căn bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 45 BN khám và điều trị tại BV Phổi trung ương, được **chẩn đoán xác định** lao não màng não, được chụp CHT sọ não có tiêm đối quang từ. Phương pháp chọn mẫu chọn mẫu toàn thể, thuận tiện, khoảng thời gian từ 7/2019 – 9/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Hồi cứu, mô tả cắt ngang; Vật liệu NC: hồ sơ bệnh án và hình ảnh CHT của 45 ca bệnh lao não, màng não, dữ liệu được quản lý tại HIS (phần mềm quản lý hành chính) và PACS (phần mềm lưu trữ và chia sẻ dữ liệu hình ảnh) của bệnh viện Phổi trung ương.

2.3. Các tiêu chí nghiên cứu:

2.3.1. Được động học của đối quang từ và các chuỗi xung nghiên cứu. Các thuốc đối quang từ (ĐQT) được sử dụng bằng đường tĩnh mạch và có các đặc điểm về được động học khá tương đồng. Sau khi tiêm tĩnh mạch, do có khối lượng phân tử thấp và kích thước nhỏ, thuốc nhanh chóng phân bố vào khoảng dịch ngoại bào mà không đi qua màng tế bào nguyên vẹn hoặc các hàng rào sinh học như hàng rào máu não. Trong trường hợp có tổn thương tế bào não/hàng rào máu não sẽ sinh ra tình trạng “ngấm thuốc” đối quang từ vào tổ chức tổn thương, có thể qua sát thấy bằng mắt thường trên hình ảnh CHT. Đây là cơ sở quan trọng để khẳng định có tổn thương não, màng não trong các bệnh lý, trong đó có lao não, màng não.¹

Các chuỗi xung cơ bản để so sánh đánh giá tình trạng ngấm ĐQT: (1) chuỗi xung T1W trước tiêm và T1W xoá mỡ sau tiêm ĐQT; (2) chuỗi xung T2 FLAIR trước tiêm và T2 xoá mỡ sau tiêm ĐQT. Như vậy điểm mấu chốt của đánh giá là phải luôn so sánh hình ảnh cùng chuỗi xung ở 2 thời điểm (CHT chỉ đánh giá bằng định tính; không có phép đo tỷ trọng như cắt lớp vi tính). Ngoài ra các chuỗi xung hạn chế khuếch tán DWI và bản đồ ADC cũng được sử dụng để đánh giá

phù não, áp xe não.¹⁻⁴

2.3.2. Dấu hiệu (DH) tăng ngấm thuốc ĐQT màng não. Tăng cường đối quang từ màng não được định nghĩa là sự tăng tín hiệu dạng dải (tuyến tính) hoặc dạng nốt của màng não tại một hoặc nhiều vị trí: màng não nền (ví dụ: bể đáy, bể tiểu não, bể trước hành tủy), khe Sylvian, hệ thống não thất.¹

2.3.3. Dấu hiệu não úng thủy. Não úng thủy được chẩn đoán khi xuất hiện một hoặc nhiều dấu hiệu:¹

- Chiều rộng của cả hai sừng thái dương (TH) > 2mm và rãnh Sylvian, rãnh liên bán cầu, rãnh vỏ não không nhìn thấy.

- Bề rộng cả hai sừng thái dương >2mm và tỉ lệ: FH/ID > 0,5 (FH: chiều rộng lớn nhất của hai sừng trán, ID: đường kính trong giữa hai bản sọ tại vị trí này; (<40%: bình thường, 40-50%: giới hạn, >50%: tràn dịch não thất)).

- Sừng trán của não thất bên tròn (tai chuột Mickey) và/hoặc: não thất ba tròn.

- Tín hiệu cao quanh não thất trên T2W (hấp thụ xuyên nhu mô của dịch não tủy gây phù não).

- Tỉ số Evan’s (FH/BPD) >0,3 (BPD: đường kính hai đỉnh lớn nhất đo trên cùng lát cắt).

- MRI đứng dọc (sagittal) thể chai mỏng và/hoặc cong lên trên.

2.3.4. Dấu hiệu “củ lao”. Được định nghĩa là sự hiện diện của nốt hoặc vòng tăng tín hiệu khi tiêm đối quang từ; được phân loại: Nốt <2mm; Nốt > 2mm), hoặc giả áp-xe (bã đậu hoá nang). Áp xe được định nghĩa là sự hiện diện của nốt ngấm thuốc hình vòng với hạn chế khuếch tán trên DWI-ADC.¹⁻⁶

2.3.5. Dấu hiệu nhồi máu não. Nhồi máu cấp được định nghĩa là những tổn thương với sự hạn chế khuếch tán trên DWI-ADC, tăng cường độ tín hiệu trên T2W và suy giảm tín hiệu trên FLAIR. Nhồi máu thể hiện dịch hoá, khi đó sẽ giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W.¹

2.3.6. Dấu hiệu bất thường dây thần kinh sọ não: Được định nghĩa là sự tăng cường tín hiệu, có hoặc không có sự dày lên của dây thần kinh vận nhãn, dây thần kinh sinh ba, dây thần kinh mặt hoặc dây thần kinh ốc tai.¹

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới

- Tuổi TB: 28,2 ± 21,058; BN nhỏ nhất là 1 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi.

- Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,5/11

3.2. Các dấu hiệu lâm sàng

Bảng 3.1. Các dấu hiệu lâm sàng (n=45)

Triệu chứng bệnh	Số BN	(%)
------------------	-------	-----

Đau đầu	33	73,3
Nôn và buồn nôn	27	60,0
Mệt mỏi, kém ăn	28	62,2
Rối loạn tri giác	17	37,8

Các triệu chứng khác	6	13,3
----------------------	---	------

Đau đầu, nôn, buồn nôn, mệt mỏi, kém ăn là những dấu hiệu xuất hiện ở phần lớn các BN lao não, màng não.

3.3. Kết quả XN cận lâm sàng chẩn đoán xác định

Bảng 3.2. Kết quả XN chẩn đoán xác định (n=45)

Kết quả	Gene Xpert		MGIT		Gene Xpert/MGIT	
	n	%	n	%	n	%
Dương tính	26	57,8	30	66,7	45	100
Âm tính	19	42,2	15	33,3	0	0
Tổng	45	100	45	100	45	100

Gene Xpert làm lần đầu và kết quả nuôi cấy môi trường lỏng MGIT có giá trị như nhau về khẳng định sự hiện diện vi khuẩn lao hoạt động trong dịch não tủy. Tỷ lệ dương tính của 2 kỹ thuật này đều ở mức cao (>50%). 100% BN được chẩn đoán xác định bằng tiêu chuẩn vàng.

3.4. Chẩn đoán giai đoạn bệnh khi BN nhập viện

Bảng 3.3. Giai đoạn bệnh khi BN nhập viện (n=45)

Giai đoạn	Số BN	(%)
Giai đoạn I: (BN tỉnh táo, có DH kích thích song chưa có DH thần kinh khu trú)	12	26,7
Giai đoạn II: (BN có RL ý thức song chưa hôn mê; có DH thần kinh khu trú/liệt TKSN)	22	48,9
Giai đoạn III: (BN hôn mê, liệt TK khu trú/liệt TKSN)	11	24,4

Số BN được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn II và III chiếm 73,3%; giai đoạn I chiếm 26,7%.

3.5. Dấu hiệu CHT khi BN nhập viện (khi được chẩn đoán)

Bảng 3.5. Đặc điểm CHT sọ BN khi nhập viện

Các dấu hiệu	n = 45	
	Số lần gặp	Tỷ lệ %
Không ngấm thuốc đối quang từ não, màng não	1	2,2
Tăng ngấm thuốc đối quang từ màng não:	38	84,4
Màng não nền sọ	30	66,7
Khe Sylvial	1	2,2
Các bể não đáy	7	15,6
Não úng thủy	14	31,1
Củ lao	20	44,4
Nhồi máu não	6	13,3
Bất thường dây thần kinh sọ	0	0

Dấu hiệu tăng ngấm thuốc màng não đáy xuất hiện ở đại đa số (84,4%); trong đó chủ yếu vùng nền sọ (66,7%). Dấu hiệu "củ lao" thấy ở

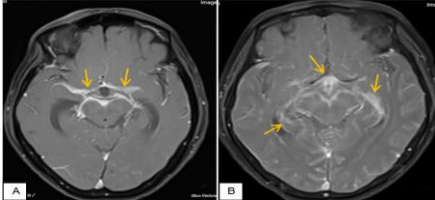
44,4% các trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Tại phần kết quả NC chúng tôi có nêu các bảng từ 3.2 đến 3.4 nhằm cho các độc giả thấy rõ các triệu chứng lâm sàng và độ tin cậy tuyệt đối của chẩn đoán. Trong khuôn khổ có giới hạn của bài viết chúng tôi xin được không bàn luận các vấn đề này ở đây để dành thời lượng cho bàn luận, phân tích các dấu hiệu của CHT.

Có một vài giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của lao não, màng não. Mycobacterium tuberculosis (MTB) được cho là có khả năng lây lan trong giai đoạn đầu như một nhiễm khuẩn huyết dẫn đến sự phát triển u hạt ở tất cả các cơ quan trong cơ thể, bao gồm cả não. Viêm màng não do lao (Tuberculous meningitis -TBM) xảy ra do các u hạt ở màng não hoặc nhu mô sát màng não vỡ vào khoang dưới nhện. Khi vi khuẩn lao phát triển trong môi trường dịch não tủy, dịch tiết này được sản sinh bởi MTB có thể cuốn vào các động mạch và dây thần kinh sọ, và có thể gây tắc nghẽn tái hấp thu dịch não tủy. Khu vực màng não đáy (nền sọ, bể đáy) do ở phần thấp nên dịch này thường lắng đọng nhiều hơn, điều này sẽ làm cho màng não tại khu vực này càng trở nên viêm nặng. Khi tiêm ĐQT, các proton Gado sẽ được tập trung ở đây với mật độ dày hơn, sẽ tạo nên hình ảnh tăng ngấm ĐQT trên MRI. Tuy nhiên, các tổn thương tối thiểu trong giai đoạn sớm có thể bị bỏ sót trên hình ảnh MRI thông thường, kể cả khi có tiêm ĐQT. Như vậy một khi đã có dấu hiệu tăng ĐQT từ màng não, đặc biệt khu vực màng não đáy thì hầu hết tổn thương màng não đều đã ở giai đoạn muộn. Trong NC của chúng tôi, 84,4% BN đã có dấu hiệu tăng ngấm ĐQT màng não và điều này cũng phù hợp với chẩn đoán giai đoạn lâm sàng khi mà có tới 73,3% số BN nghiên cứu khi đến với chúng tôi đã ở giai đoạn II và III, cũng phù hợp với các NC của 1 số tác giả trên thế giới.¹⁻³ Trong các vị trí ngấm thuốc ĐQT thì màng não

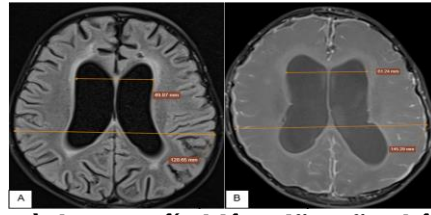
nền sọ là hay gặp và thấy rõ ràng nhất (66,7%), tiếp đến là các bể não đáy (15,6%); chỉ có 1 trường hợp ngấm thuốc màng não khe Sylvial (2,2%). Điều này cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh đã nêu ở trên và với một số NC của các tác giả khác.⁴ Một số NC trên thể giới lại nhấn mạnh đến việc đánh giá ngấm đối quang vùng nhu mô não sát vùng màng não đáy. Nếu khu vực nhu mô vùng lân cận màng não đáy tăng ngấm đối quang tử với diện tích vùng viền càng rộng thì mức độ nguy cơ tử vong của BN càng cao. Cùng mối quan tâm này, một số tác giả lại đề nghị nên chụp CHT đánh giá vấn đề huyết khối trong các xoang tĩnh mạch não, đặc biệt là xoang tĩnh mạch dọc trên. Sự xuất hiện huyết khối xoang tĩnh mạch não thường là yếu tố tiên lượng nặng.^{4,5}



Hình 4.1. Dấu hiệu tăng ngấm đối quang tử màng não đáy (các mũi tên); A: BN nữ, 55 tuổi, Gene Xpert MTB/RIF dịch não tủy (+). B: BN nữ, 62 tuổi, MGIT dịch não tủy (+) MTB

Não úng thủy bản chất là tình trạng ứ dịch trong não thất, gây giãn các não thất và phù não khu vực quanh não thất do nhu mô hấp thụ dịch xuyên thành não thất. Cơ chế bệnh sinh của tăng khối lượng dịch trong khoang não thất đó là do tình trạng vi khuẩn lao từ dịch não tủy xâm nhập gây viêm các đám rối mạch mạc, làm rối loạn tăng tiết và mất cân bằng hấp thụ dịch. Niêm mạc các não thất bị viêm cũng gây tình trạng tăng hấp thụ dịch từ não thất vào nhu mô, gây nên tình trạng phù não. Trong thực hành đọc phim CHT có rất nhiều cách để nhận biết và đánh giá mức độ giãn não thất (như đã nêu tại mục 2.3.3). Tuy nhiên khó khăn nhất khi đánh giá các trường hợp giãn não thất nhẹ và việc lựa chọn lát cắt để đo các thông số cũng cần được thảo luận. Việc tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến giãn các não thất của CHT cũng vô cùng quan trọng để quyết định dẫn lưu não thất. Có 2 phân loại là giãn não thất thể thông và giãn não thất do hẹp khe Sylvial. Căn nguyên thứ nhất đơn thuần do tăng khối lượng dịch. Trên hình ảnh CHT sagittal chúng ta hoàn toàn có thể đo được độ rộng của khe Sylvial. Đặc biệt xuất hiện dấu hiệu "trống tín hiệu dịch" tại khe này là khá chắc chắn cho nhận định giãn não thất do căn nguyên

thứ hai.^{1,3,5}

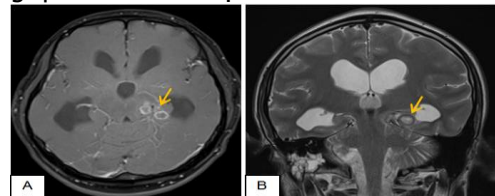


Hình 4.2. Dấu hiệu giãn não thất

A: Tỷ số Evan's = 0,38 (BN nam, 2 tuổi, Gene Xpert MTB/RIF dịch não tủy (+)).

B: Tỷ số Evan's = 0,42 (BN nam, 14 tuổi, Gene Xpert MTB/RIF dịch não tủy (+), ngấm đối quang tử màng não diện rộng).

Củ lao hay còn gọi là u hạt lao (Tuberculoma) có kích thước khác nhau, xuất hiện trên CHT phụ thuộc vào bản thân nội tại của nó: (1) Không/chưa bã đậu; (2) bã đậu hoá đặc; (3) bã đậu hoá nang. Dạng (1) thường có tín hiệu thấp trên T2W và ngấm đối quang tử hoàn toàn trên T1W sau tiêm; dạng (2) và (3) đều ngấm thuốc hình vòng nhẫn. Loại (2) do bã đậu còn đặc vùng lõi nên giảm tín hiệu trên T2W vùng trung tâm; ngược lại loại (3) do bã đậu đã hoá nang (dịch) nên vùng trung tâm thường tăng tín hiệu trên T2W. Tồi tệ nhất đối với củ lao đó là xuất hiện tình trạng áp xe hoá khi sinh mủ trong nang dẫn đến hạn chế khuếch tán của tổn thương, sẽ thấy rõ trên xung DWI và bản đồ ADC. Khái niệm "củ lao" nên được hiểu theo nghĩa rộng, theo nhiều các tiêu chí khác nhau: một nốt/ nhiều nốt; kích thước nốt; cấu trúc nội tại của nốt. Trong thực hành CHT từ khó khăn nhất khi xuất hiện "củ lao" đơn độc lớn, rất khó khăn phân biệt với u thần kinh đệm. Khi đó vai trò của CHT phổ (Magnetic Resonance Spectroscopy - MRS) có vai trò rất quan trọng giúp chúng ta giải quyết tình huống này.⁶⁻⁹ Trong NC của chúng tôi 44,4% có tổn thương dạng củ lao trên CHT sọ, chủ yếu thuộc loại chưa bã đậu hoá và bã đậu hoá đặc; không có trường hợp nào phát hiện ở dạng áp xe não. Dian S và cộng sự tiến hành NC cho thấy hình ảnh MRI sọ có thể xấu đi (gia tăng các củ lao, bã đậu hoá nang củ lao) song tình trạng lâm sàng của BN lại tốt lên hoặc không xấu đi trong quá trình điều trị.

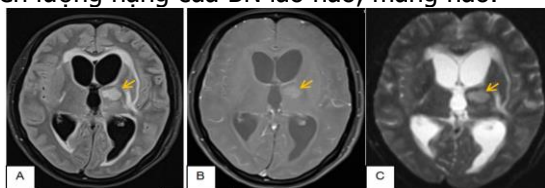


Hình 4.3. Dấu hiệu "củ lao" ở BN nam, 24 tuổi; lao não, màng não (MGIT +)

A: T1W sau tiêm, xuất hiện các nốt ngấm đôi quang hình nhẵn (mũi tên); B: T2W tăng tín hiệu vùng trung tâm nốt thể hiện "nang hoá" (mũi tên), được xếp loại (3).

Tác giả khuyến cáo các bác sỹ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh cần nắm vững điều này để nhất quán trong quá trình điều trị.¹ Thuật ngữ "Tuberculoma", dịch là U lao như trước đây, theo chúng tôi nên dịch là "Củ lao" sẽ phù hợp hơn, tránh nhầm lẫn với tổn thương dạng u khác.

Nhồi máu não là hậu quả của sự giảm đột ngột lưu lượng máu tới một vùng của não do tắc một phần hay toàn bộ nhánh động mạch não cấp máu, căn nguyên do viêm mạch máu. Một số tác giả cho rằng nhồi máu não có thể là giai đoạn đầu của một tổn thương lao dạng củ. Các tiêu chí nhận định ổ nhồi máu não cấp được định nghĩa là những tổn thương với sự hạn chế khuếch tán trên DWI-ADC, tăng cường độ tín hiệu trên T2W, giảm tín hiệu trên FLAIR và ít/không ngấm thuốc ĐQT. Ổ nhồi máu mạn tính thường xuất hiện hình ảnh ổ giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W. Nhiều NC cho thấy có thể dùng CHT mạch để phát hiện các tắc mạch não do huyết khối và đây cũng là yếu tố tiên lượng nặng của BN lao não, màng não.³



Hình 4.4. Dấu hiệu nhồi máu não ở BN nữ, 27 tuổi; lao não, màng não

Ổ nhồi máu cấp (các mũi tên). A: T2W FLAIR; B: T1W sau tiêm đôi quang từ; C: DWI

Lao màng não đáy đôi khi có thể gây viêm một số dây thần kinh sọ đi qua khu vực nền sọ. Sự dày lên của dây thần kinh vận nhãn, dây thần kinh sinh ba, dây thần kinh mặt hoặc dây thần kinh ốc tai có thể quan sát thấy ở những BN lao não, màng não. Hình ảnh CHT cùng với sự xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng tương ứng có thể đưa ra chẩn đoán cho những tình trạng này. Trong NC của chúng tôi không có trường hợp nào thể hiện hình ảnh của tình trạng này. Và thực tế khi BN đã ở giai đoạn III (hôn mê) cũng rất khó đánh giá về dấu hiệu lâm sàng của viêm thần kinh sọ não.¹⁻⁴

V. KẾT LUẬN

- 100% các trường hợp NC có dấu hiệu lâm sàng của bệnh lý thần kinh trung ương và 100% các trường hợp được chẩn đoán xác định bằng

tiêu chuẩn vàng.

- Dấu hiệu tăng ngấm thuốc đôi quang từ màng não xuất hiện ở 84,4% các trường hợp; trong đó vị trí màng não nền sọ 66,7%; các bể não đáy 15,6%; Khe Sylvial 2,2%.

- Dấu hiệu củ lao xuất hiện 44,4% các trường hợp.

- Dấu hiệu não úng thủy 31,1%; Nhồi máu não 13,3% và không có trường hợp nào thể hiện của viêm thần kinh sọ.

- Cộng hưởng từ sọ não có vai trò rất quan trọng trong việc hỗ trợ chẩn đoán lao não, màng não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dian S, Hermawan R, van Laarhoven A, et al.** Brain MRI findings in relation to clinical characteristics and outcome of tuberculous meningitis. PLoS One. 2020 Nov 13;15(11):e0241974. doi: 10.1371/journal.pone.0241974. eCollection 2020. PMID: 33186351
- Leonard JM.** Central Nervous System Tuberculosis. Microbiol Spectr. 2017 Mar;5(2). doi: 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0044-2017.PMID: 28281443
- Peer S, Tiwari S, Swaminathan AD, et al.** Multiparametric magnetic resonance imaging features of giant intracranial tuberculomas. Clin Neurol Neurosurg. 2021 Nov;210:107006. doi: 10.1016/j.clineuro.2021.107006. Epub 2021 Oct 25.PMID: 34739879
- Bansod A, Garg RK, Rizvi I, et al.** Magnetic resonance venographic findings in patients with tuberculous meningitis: Predictors and outcome. Magn Reson Imaging. 2018 Dec; 54:8-14. doi: 10.1016/j.mri.2018.07.017. Epub 2018 Aug 1.PMID: 30076948
- Li D, Lv P, Lv Y, Ma D, Yang J.** Magnetic resonance imaging characteristics and treatment aspects of ventricular tuberculosis in adult patients. Acta Radiol. 2017 Jan;58(1):91-97. doi: 10.1177/0284185116633913. Epub 2016 Mar 2.PMID: 26936900
- Parry AH, Wani AH, Shaheen FA, et al.** Evaluation of intracranial tuberculomas using diffusion - weighted imagin (DWI), magnetic resonance spectroscopy (MRS) and susceptibility weighted imaging (SWI). Br J Radiol. 2018 Nov;91(1091):20180342. doi: 10.1259/bjr.20180342. Epub 2018 Jul 23.PMID: 29987985
- Wang YY, Xie BD.** Progress on Diagnosis of Tuberculous Meningitis.Methods Mol Biol. 2018;1754: 375-386. doi: 10.1007/978-1-4939-7717-8_20. PMID: 29536453
- Psimaras D, Bonnet C, Heinzmann A, et al.** Solitary tuberculous brain lesions: 24 new cases and a review of the literature. Rev Neurol (Paris). 2014 Jun-Jul;170(6-7): 454-63. doi: 10.1016/j.neurol.2013.12.008. Epub 2014 Apr 16.PMID: 24746395.
- Shiraishi W, Tateishi T, Sonoda K, et al.** A case of brain tuberculoma resembling a malignant tumor. Rinsho Shinkeigaku. 2021 Apr 21;61(4):253-257. doi: 10.5692/clinicalneuro.001557. Epub 2021 Mar 25.PMID: 33762499

TRẦM CẢM Ở SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM HỌC 2020-2021 TRONG BỐI CẢNH ĐẠI DỊCH COVID-19 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phan Nguyệt Hà*, Trần Thơ Nhi*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là xác định tỷ lệ trầm cảm ở sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch Covid-19 và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 1325 sinh viên trường Đại học Y Hà Nội, công cụ để đánh giá trầm cảm là thang đo DASS 21. Các thông tin khác được thu nhập bằng bộ câu hỏi tự soạn. Kết quả cho thấy có 57,1% sinh viên có nguy cơ mắc trầm cảm. Trong đó trầm mức độ nhẹ: 16,5%, trầm cảm mức độ vừa: 25,1%, trầm cảm mức độ nặng: 7,1%, rất nặng: 8,4%. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở sinh viên là: khó khăn với tài chính, khó khăn với học trực tuyến và Covid-19: lo lắng vì dịch bệnh đang lây lan rộng, lo lắng rằng mình có khả năng mắc bệnh, sợ hãi về nhà vì có khả năng lây nhiễm bệnh cho gia đình. Sinh viên tích cực rèn luyện, nâng cao sức khoẻ, có thời gian biểu khoa học. Nhà trường quan tâm, hỗ trợ sinh viên khó khăn về tài chính, tư vấn học tập.

Từ khóa: Trầm cảm, sinh viên, Covid-19, yếu tố liên quan

SUMMARY

DEPRESSION AMONG STUDENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN THE ACADEMIC YEAR 2020-2021 UNDER COVID-19 PANDEMIC AND SOME RELATED FACTORS

This study aimed to determine the prevalence of depression among students of Hanoi Medical University in the academic year 2020-2021 under the context of Covid-19 pandemic and some related factors. A cross-sectional study was carried out on 1325 students of Hanoi Medical University using the DASS 21 scale to assess depression. Other information was collected by self-reported questionnaires. Results: the prevalence of depression among medical students was 57.1%. In which, mild depression was 16.5%, moderate depression accounted for 25.1%, severe depression was 7.1% and extreme severe was 8.4%. Factors associated with the risk of having depression among students were financial difficulties, difficulties regarding online learning. Covid-19 factors included worrying about the disease spreading and having sick, fear of infecting Covid-19 to the family. To enhance the mental health of students during Covid-19, they should actively practice, improve their health and have

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Nguyệt Hà

Email: phanhexdxd@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

an appropriate timetable. The school should provide care and supports students who have financial difficulties.

Keywords: Depression, students, Covid-19, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trầm cảm là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến và là mối quan tâm của cả cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trung bình mỗi năm có khoảng 850.000 người tử vong do trầm cảm và ước tính đến năm 2030 sẽ trở thành nguyên nhân đứng đầu về gánh nặng bệnh tật [1]. Theo số liệu công bố trong nước, Việt Nam có ít nhất ba triệu thanh thiếu niên bị rối loạn tâm thần, chỉ 20% trong số đó được chẩn đoán và điều trị thích hợp [2].

Sinh viên ngành Y khoa với đặc thù là học tập trong một môi trường nghiêm ngặt, khối lượng kiến thức lớn, thời gian học dài, ngoài học lý thuyết trên giảng đường sinh viên còn phải thực hành lâm sàng hay trực tại bệnh viện. Khi có đại dịch COVID-19 xuất hiện thì những áp lực này càng là một gánh nặng về sức khỏe của sinh viên, đặc biệt là ảnh hưởng xấu đến tâm lý. Ở Mỹ, một nghiên cứu của Scott J. và cộng sự năm 2020 từ 40 trường đại học y khoa trong thời kỳ COVID19 cho tỷ lệ trầm cảm là 24,3% [3]. Ở Việt Nam, tỷ lệ trầm cảm sinh viên Y khoa trước đại dịch COVID19 dao động từ 15,2 – 52,8% thuộc các nghiên cứu khác nhau.

Trường Đại học Y Hà Nội đã có nhiều nghiên cứu (NC) trước đây về trầm cảm trên sinh viên tuy nhiên NC về thực trạng này trong bối cảnh đại dịch COVID-19 chưa được công bố trên các tạp chí nghiên cứu khoa học. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành NC đề tài: " Trầm cảm ở sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch COVID-19 và một số yếu tố liên quan " với 2 mục tiêu cụ thể (1) Xác định tỷ lệ trầm cảm ở sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch COVID-19; (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

➤ **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Sinh viên đang theo học chương trình đào tạo chính quy tại trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021.

- Sinh viên có thỏa thuận đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

➤ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Sinh viên vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu
- Sinh viên không có khả năng trả lời các câu hỏi nghiên cứu

2.2. Thời gian nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022

- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 12/2021 đến tháng 2/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ, sử dụng độ tin cậy là 95% ($\alpha = 0,05$) và sai số trong khoảng cho phép là 10%.

$$p(1-p)$$

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

Trong đó: n: số sinh viên y cần nghiên cứu; p: tỷ lệ SV mắc trầm cảm $p = 0,497$ (theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Nguyên [1]); ϵ : Mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chọn $\epsilon = 0,05$. Thay số liệu vào công thức trên, cỡ mẫu NC là $n = 1590$. Sau khi thu thập số liệu và loại bỏ một số phiếu không hợp lệ cỡ mẫu cuối cùng phân tích được là 1325.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: giới, điểm trung bình học tập, thu nhập hàng tháng

- Các biến số cho mục tiêu 1: Tỷ lệ trầm cảm của sinh viên

- Các biến số và chỉ số cho mục tiêu 2

+ Yếu tố cá nhân: năm học, giới, thu nhập hàng tháng, khó khăn tài chính

+ Yếu tố học tập: điểm trung bình học tập, thi lại, khó khăn học trực tuyến

+ Yếu tố Covid-19: lo lắng rằng mình có khả năng mắc bệnh, sợ hãi về nhà vì có khả năng lây nhiễm bệnh cho gia đình, Covid-19 có ảnh hưởng tiêu cực có thể tác động đến sự nghiệp trong tương lai, lo ngại vì việc học tập hoặc các hoạt động ngoại khóa bị gián đoạn

2.6. Công cụ thu thập số liệu. Phỏng vấn theo bộ câu hỏi tự điền được thiết kế dựa vào

các biến số đã xây dựng và Thang đo DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale 21).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA14.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung của nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

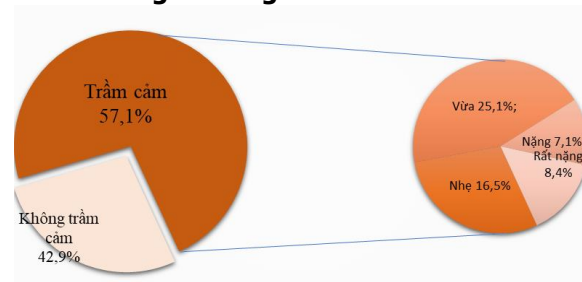
3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	915	69,1
	Nam	410	30,9
Học lực	Giỏi/ xuất sắc	121	9,1
	Khá	785	31
	Trung bình	411	59,3
	Yếu/kém	8	0,6
Thu nhập	Trên 3 triệu đồng	246	18,8
	Từ 2 triệu đến 3 triệu đồng	451	34,5
	Từ 1 triệu đến 2 triệu đồng	326	24,9
	Dưới 1 triệu đồng	284	21,7

Nhận xét: Sinh viên nữ nhiều hơn sinh viên nam chiếm tỷ lệ 69,1%. Học lực của sinh viên tính theo quy chế đào tạo tín chỉ sinh viên đạt học lực loại trung bình chiếm đa số với tỷ lệ 59,3%, vẫn còn 0,6% đạt học lực yếu/ kém. Mức thu nhập trung bình 1 tháng của sinh viên bao gồm tiền trợ cấp của bố mẹ, bạn bè, người thân... và tiền do chính đối tượng tự kiếm được, chiếm hơn 1/3 là mức từ 2 triệu đến 3 triệu đồng (34,5 %) và mức trên 3 triệu đồng chiếm tỷ lệ thấp nhất (18,8 %).

3.2. Tỷ lệ trầm cảm của sinh viên y khoa theo đánh giá thang DASS21



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trầm cảm của sinh viên y khoa

Nhận xét: Từ biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ trầm cảm chung trong sinh viên chiếm 57,1%. Trong đó tỷ lệ trầm cảm mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 16,5%, 25,1%, 7,1% và 8,4%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm của sinh viên y khoa

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm của sinh viên y khoa

Yếu tố liên quan		Có trầm cảm n(%)	Không trầm cảm n(%)	OR (95%CI)
Yếu tố cá nhân:				
Năm học	Y1	268 (56,1)	210 (43,9)	1
	Y2	165 (55,9)	130 (44,1)	0,99 (0,74 - 1,33)
	Y3	75 (56,8)	57 (43,2)	1,03 (0,70 - 1,52)
	Y4	124 (63,3)	72 (36,7)	1,34 (0,96 - 1,90)
	Y5	99 (53,8)	85 (37,5)	0,91 (0,65 - 1,28)
	Y6	25 (62,5)	15 (37,5)	1,31 (0,67 - 2,53)
Giới	Nữ	530 (57,9)	385 (42,1)	1
	Nam	226 (55,1)	184 (44,9)	0,89 (0,70 - 1,12)
Tình trạng thu nhập hàng tháng	Trên 3 triệu đồng	111 (45,1)	135 (54,9)	1
	Từ 2 đến 3 triệu đồng	261 (57,9)	190 (42,1)	1,67 (1,22 - 2,28)
	Từ 1 đến 2 triệu đồng	202 (62)	124 (38)	1,98 (1,41 - 2,77)
	Dưới 1 triệu đồng	171(60,2)	113 (39,8)	1,84 (1,30 - 2,60)
Khó khăn tài chính	Không	377 (49,9)	379 (50,1)	1
	Có	376 (66,7)	188 (33,3)	2,01 (1,60 - 2,51)
Yếu tố học tập:				
Điểm trung bình học kỳ vừa qua	Giỏi	75 (62)	46 (38)	1
	Khá	438 (55,8)	347 (44,2)	0,77 (0,52 - 1,15)
	Trung bình	239 (58,2)	172 (41,9)	0,85 (0,56 - 1,29)
	Yếu/kém	4 (50)	4 (50)	0,61 (0,15 - 2,57)
Thi lại	Không	659 (57)	497 (43)	1
	Có	94 (57)	71 (43)	1,00 (0,71 - 1,39)
Khó khăn học trực tuyến	Không	198 (47)	223 (53)	1
	Có	556 (57,1)	343 (42,9)	1,82 (1,44 - 2,31)
Yếu tố Covid-19:				
Lo lắng vì dịch bệnh đang lây lan rộng	Không	86 (55,5)	69 (44,5)	1
	Có	668 (57,2)	499 (42,8)	1,07 (0,77 - 1,50)
Lo lắng rằng mình có khả năng mắc bệnh	Không	241 (51,6)	226 (48,4)	1
	Có	513 (60,1)	340 (39,9)	1,41 (1,13 - 1,78)
Sợ hãi về nhà vì có khả năng lây nhiễm bệnh cho gia đình	Không	182 (48,2)	195 (51,7)	1
	Có	573 (60,5)	374 (39,5)	1,64 (1,29 - 2,09)
Những ảnh hưởng tiêu cực có thể tác động đến sự nghiệp trong tương lai	Không	213 (48)	231 (52)	1
	Có	539 (61,6)	336 (38,4)	1,74 (1,38 - 2,19)
Lo ngại vì việc học tập hoặc các hoạt động ngoại khoá bị gián đoạn	Không	110 (46,6)	126 (53,4)	1
	Có	645 (59,5)	439 (40,5)	1,68 (1,27 - 2,23)

Nhận xét:

Yếu tố bản thân: SV khó khăn tài chính có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn 2 lần so với sinh viên học không khó khăn tài chính (OR=2,01; 95%CI: 1,60- 2,52). SV có thu nhập hàng tháng dưới 3 triệu có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn gấp

2 lần so với sinh viên có thu nhập hàng tháng trên 3 triệu đồng 1,67 (1,22 - 2,28) 1,98 (1,41 - 2,77) 1,84 (1,30 - 2,60)

Yếu tố học tập: SV gặp khó khăn khi học trực tuyến có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 2 lần so với sinh viên không gặp khó khăn khi

học trực tuyến (OR=1,82; 95%CI: 1,44 – 2,31)

Yếu tố Covid-19: Sinh viên lo lắng rằng mình có khả năng mắc bệnh có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 1,5 lần so với sinh viên không lo lắng (OR=1,41; 95%CI: 1,13– 1,78); sợ hãi về nhà vì có khả năng lây nhiễm bệnh cho gia đình có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 2 lần (OR=1,64; 95%CI: 1,29– 2,09); COVID19 có ảnh hưởng tiêu cực có thể tác động đến sự nghiệp trong tương lai nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2 lần (OR=1,74; 95%CI: 1,38 – 2,19); lo ngại vì việc học tập hoặc các hoạt động ngoại khóa bị gián đoạn có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 2 lần (OR=1,68; 95%CI: 1,27 – 2,23).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ sinh viên có nguy cơ trầm cảm:

Tỷ lệ TC ở SVY Hà Nội trong thời kỳ đại dịch COVID-19 (57,1%) cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của WHO về tỷ lệ trầm cảm chung của người Việt Nam là 4% [1]. Sự khác biệt này có thể giải thích là do sự khác nhau về tiêu chuẩn đề chẩn đoán, nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trầm cảm được tính dựa vào điểm số, trong khi đó WHO sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng. Kết quả nghiên cứu này cũng cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây trên SV trường ĐH Y Hà Nội như NC Nguyễn Hoàng Nguyên trên sinh viên hệ bác sỹ khối Y1,3,6 là 48,7% [4]; NC của Hà Thị Hạnh trên sinh viên khối Y2 với tỷ lệ trầm cảm chung là 28,46% [5] hay nghiên cứu của Lê Thị Vũ Huyền trên SV năm nhất là 52,8% [6]. Sự khác biệt này là do có sự khác nhau về cách chọn mẫu cũng như công cụ nghiên cứu. Một yếu tố làm cho kết quả của chúng tôi cao hơn những nghiên cứu có sử dụng cùng thang DASS là các nghiên cứu tiến hành ở các thời gian khác nhau và địa điểm nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đúng thời điểm giãn cách xã hội do dịch covid các sinh viên chủ yếu học online, mối quan hệ xã hội bị thu hẹp nên có thể có ảnh hưởng tới sức khỏe tinh thần nói chung và trầm cảm nói riêng. Điều này cũng có thể làm tăng tỷ lệ trầm cảm cao hơn điều kiện bình thường.

4.2. Mối liên quan giữa trầm cảm và yếu tố cá nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng thu nhập trung bình hàng tháng có mối liên quan chặt chẽ với trầm cảm của sinh viên. Sinh viên có thu nhập trung bình hàng tháng từ 1 triệu đồng đến 2 triệu đồng và dưới 1 triệu đồng có nguy cơ bị trầm cảm lần lượt cao gấp 2,67 lần và 3,52 lần so với sinh viên có thu nhập trên 3 triệu đồng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn

Thành Trung là sinh viên y khoa có thu nhập bình quân của gia đình từ 1 triệu đến 1,3 triệu có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2 lần so với sinh viên y khoa có thu nhập bình quân của gia đình trên 2 triệu [7]. Khi điều kiện kinh tế không cho phép, những dẫn đo trong chi tiêu sẽ khiến sinh viên nói chung và sinh viên Y nói riêng gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống, từ đó dẫn đến những suy nghĩ tiêu cực.

Những sinh viên khó khăn tài chính có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn 2 lần so với sinh viên học không khó khăn tài chính, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Vũ Huyền trên sinh viên hệ bác sỹ năm thứ nhất trường Đại học Y Hà Nội (OR=1,63)

Học tập là công việc quan trọng đối với sinh viên Y, áp lực học tập trên sinh viên Y là rất lớn, nhất là khi thời gian này sinh viên phải làm quen với hình thức học mới là học trực tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh viên gặp khó khăn trong học trực tuyến có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2 lần so với sinh viên khác.

4.3. Mối liên quan giữa trầm cảm và yếu tố Covid-19. Điểm mới trong nghiên cứu này của chúng tôi là phân tích mối liên quan giữa trầm cảm và yếu tố Covid-19. Yếu tố lo lắng vì dịch bệnh đang lan rộng chiếm 57,2% trong số các sinh viên mắc trầm cảm, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với NC của Nadia B. và cộng sự về lo lắng sự lây lan dịch bệnh trên sinh viên ở Đại học Jouf năm 2021 (22,4%) [6],[7]. Ngoài ra các yếu tố do ảnh hưởng của đại dịch Covid-19 mang lại như lo lắng rằng mình có khả năng mắc bệnh, sợ hãi về nhà vì có khả năng lây nhiễm bệnh cho gia đình, Covid-19 có ảnh hưởng tiêu cực có thể tác động đến sự nghiệp trong tương lai, lo ngại vì việc học tập hoặc các hoạt động ngoại khóa bị gián đoạn, đều có mối liên quan đến trầm cảm trên sinh viên y khoa.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 có nguy cơ trầm cảm là 57,1%. Trong đó trầm mức độ nhẹ: 16,5%, trầm cảm mức độ vừa: 25,1%, trầm cảm mức độ nặng: 7,1%, rất nặng: 8,4%. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở sinh viên là: khó khăn với tài chính, khó khăn với học trực tuyến và Covid-19: lo lắng rằng mình có khả năng mắc bệnh, sợ hãi về nhà vì có khả năng lây nhiễm bệnh cho gia đình, Covid-19 có ảnh hưởng tiêu cực có thể tác động đến sự nghiệp trong tương lai, lo ngại vì việc học tập hoặc các hoạt động ngoại khóa bị gián đoạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Thị Hạnh, Đặc điểm nhân cách và trầm cảm ở sinh viên năm 2 hệ bác sỹ trường Đại học Y Hà Nội năm học 2016-2017 - Ha Noi Medical University Library, 2017.
2. Lê Thị Vũ Huyền, Trầm cảm theo thang Dass 21 ở sinh viên hệ bác sỹ y khoa năm thứ nhất trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 và một số yếu tố liên quan - Tạp chí Y học Việt Nam 509, số p.h 2, 2021.
3. Nguyễn Hoàng Nguyên, Trầm cảm, lo âu và stress ở sinh viên hệ bác sỹ trường Đại học Y Hà Nội năm học 2018—2019 và một số yếu tố liên quan – Ha Noi Medical University Library, 2019.
4. Nguyễn Thành Trung, Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan trong sinh viên cử nhân trường Đại học Y tế công cộng năm 2017
5. Halperin, Scott J., Matthew N. Henderson, Sofia Prenner, Prevalence of Anxiety and Depression Among Medical Students During the Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study – Journal of Medical Education and Curricular Development, 2020
6. Nadia B. Elsharkawy, Enas M. Abdelaziz, Levels of fear and uncertainty regarding the spread of coronavirus disease (COVID-19) among university students- Perspectives in Psychiatric Care, 2021.
7. Jean-Marc Olivé, Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới – Một căn bệnh tiềm ẩn, 2015.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP GIAI ĐOẠN T3b

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền²

WITH INVASION STRAP MUSCLE

Objectives: To evaluate the clinical characteristics and the results of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) in the treatment of thyroid cancer with invasion of the strap muscle. **Methods:** A prospective study on 28 patients with papillary thyroid cancer invading strap muscle by TOETVA at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to December 2021. **Results:** The mean age was 39±8.9; 92.8% female. Results of ultrasound presented that the average tumor size was 8.3±3.2mm, there was no case of tumor invading the strap muscle on preoperative ultrasound. Histopathology after surgery was 100% papillary thyroid cancer, with invasion strap muscle. Metastasis of the central lymph nodes was detected in 10 cases (35.7%). The average surgery time was 120±24 minutes. Temporary hoarseness was found in 7.1% of cases, hypocalcemia was found in 3.6% of cases. High levels of Tg or anti-Tg after surgery were found in 8 cases (28.5%), however the concentration of Tg and anti-Tg were below the normal value after I131 treatment. **Conclusion:** TOETVA still achieves safety, efficacy and initial oncological assurance in the treatment of thyroid cancer with invasion of the strap muscle.

Keywords: thyroid cancer, transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, trong số các bệnh lý ác tính, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc mới. Tuy nhiên, nếu xét riêng nhóm tuổi từ 20-50, ung thư tuyến giáp hay gặp thứ 3 sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung.¹

Năm 2016, tác giả Anuwong đã lần đầu tiên mô tả phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường miệng (Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach -TOETVA)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi đường miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp xâm lấn cơ trước giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu trên 28 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú xâm lấn cơ trước giáp (T3b) được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2019 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 39±8,9; 92,8% nữ giới. Trên siêu âm kích thước u trung bình là 8,3±3,2mm, không có trường hợp nào phát hiện u xâm lấn cơ trước giáp trên siêu âm trước mổ. Tất cả trường hợp sau mổ chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú, có xâm nhập mô cơ vận, 10 trường hợp (35,7%) phát hiện di căn hạch cổ trung tâm sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 120±24 phút. Nổi khàn tạm thời gặp ở 7,1% trường hợp, tê bì tay chân gặp ở 3,6% trường hợp. Nồng độ Tg, anti-Tg cao sau mổ gặp ở 8 trường hợp (28,5%), tuy nhiên nồng độ thấp dưới ngưỡng sau khi điều trị I131. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đường miệng đạt được an toàn, hiệu quả và bước đầu đảm bảo về mặt ung thư học trong điều trị ung thư tuyến giáp xâm lấn cơ trước giáp.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp, phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN THE TREATMENT OF THE THYROID CANCER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 31.5.2022

bằng cách đặt 3 trocar ở vùng mô dưới và không có vết rạch da. Kỹ thuật này không chỉ loại bỏ hoàn toàn vết mổ ngoài da, tối ưu về mặt thẩm mỹ, mà hiệu quả và tính an toàn của nó cũng đã chứng minh. Từ đó, TOETVA đã nhanh chóng được áp dụng rộng rãi trong điều trị u tuyến giáp lành tính và vi ung thư tuyến giáp biệt hóa.

Trường hợp ung thư tuyến giáp kích thước nhỏ, xâm lấn cơ trước giáp trong phẫu thuật cũng phù hợp để áp dụng phương pháp này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp phẫu thuật tuyến giáp nội soi đường miệng trên nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp xâm lấn cơ trước giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 28 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp giai đoạn T3bN0M0 được phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán trước mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa qua khám lâm sàng, siêu âm và tế bào học.

- Kích thước khối u nhỏ dưới 20mm

- Khối u xâm lấn cơ trước giáp được đánh giá trong mổ và khẳng định bằng giải phẫu bệnh khối u xâm nhập mô cơ vân.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

2.3. Các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới; khám u: vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), số lượng u, kích thước u (cm), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), ranh giới u (rõ hay không rõ), di động u (có hay không có di động).

Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp: số lượng u, tirads; vị trí u (thùy phải, trái, eo), kích thước u, đặc điểm xâm lấn cơ trước giáp.

Kết quả của phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật; lượng máu mất trong mổ, thời gian dẫn lưu, thời gian hậu phẫu, mức độ đau sau mổ, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tê bì tay chân, tê bì cằm, nhiễm trùng.

Kết quả ung thư học: Giải phẫu bệnh sau mổ, đặc điểm di căn hạch cổ, khám lâm sàng và siêu âm sau 1 tháng đánh giá tổn thương tồn dư; chỉ số Tg, anti-Tg sau 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $39 \pm 8,9$ năm trong khoảng từ 26 đến 61 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 30-40 tuổi chiếm 35,7%

Giới: 26 (92.8%) bệnh nhân là nữ giới.

Đặc điểm lâm sàng u: Toàn bộ bệnh nhân không sờ thấy u trên lâm sàng mà phát hiện qua siêu âm.

Siêu âm:

Bảng 1. Đặc điểm siêu âm

Vị trí u	Thùy trái	12 (42.9%)
	Thùy phải	11 (39.2%)
	Eo (hoặc thùy và eo)	3 (10.8%)
	Hai thùy	2 (7.1%)
Tirads	4a	8 (28.6%)
	4b	12 (42.9%)
	4c	7 (25%)
	5	1 (3.6%)
Hạch cổ siêu âm	5 (17.8%)	
Đặc điểm xâm lấn	Xâm lấn vỏ bao	16 (57.1%)
	Xâm lấn cơ trước giáp	0

Đa u tuyến giáp gặp ở 7 bệnh nhân, trong đó 2 bệnh nhân đa u hai thùy. Kích thước u trung bình là $8,3 \pm 3,2$ (4-15)mm. Không có trường hợp nào xuất hiện dấu hiệu khối u xâm lấn cơ trước giáp trên siêu âm.

3.2. Kết quả phẫu thuật. Tất cả 28 bệnh nhân (100%) đều trải qua phẫu thuật nội soi đường miệng, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt bỏ một phần cơ trước giáp và nạo vét hạch cổ trung tâm 2 bên.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	120 ± 24
	Lượng máu mất (ml)	9.1 ± 0.83
Biến chứng	Tê bì tay chân	1 (3.6%)
	Nói khàn	2 (7.1%)
	Tê bì vùng cằm	0 (0)
	Động dịch sau mổ	0 (0)
Thời gian nằm viện (ngày)	$5 \pm 1,6$	

Tất cả các trường hợp khàn tiếng và tê bì chân tay đều hồi phục sau 1 tháng.

3.3. Kết quả ung thư học. Toàn bộ bệnh nhân đều là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, trong đó có 1 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể có vỏ và 1 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể nang. Số hạch trung bình vét được là 7.5 ± 5.8 (1-21) hạch; di căn hạch cổ trung tâm sau mổ gặp ở 12 trường hợp (42,8%); số hạch di căn trung bình là $3,98 \pm 2,81$ hạch.

Bảng 3. Kết quả ung thư học

	Sau mổ	Sau RAI
--	--------	---------

Bất thường Tg (>2ng/ml)	4(14.2%)	0
Bất thường anti-Tg (>100IU/ml)	4(14.2%)	0
Tăng tập trung mật độ phóng xạ vùng cổ	26(92%)	
Siêu âm phát hiện tồn dư	0	0

Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá sau 1 tháng bằng khám lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm Tg và antiTg; chụp xạ hình tuyến giáp sau 2 tháng. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị sau đó bằng iod-131 1 lần, tổng liều trung bình 85 mCi (50-100 mCi). Thời gian theo dõi trung vị là 10.5 tháng (từ 4-24 tháng). Cho đến nay, tất cả các trường hợp đều có nồng độ Tg và antiTg dưới ngưỡng, siêu âm vùng cổ không có tổn thương tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình bệnh nhân là 39±8,9 tuổi, 25/28 bệnh nhân dưới 50 tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Quốc Duy (2021) với độ tuổi trung bình 29,3±7,4.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 26 trong số 28 bệnh nhân là nữ giới. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Bảo (2010), tỉ lệ ung thư tuyến giáp ở nữ giới cao gấp 3 lần nam giới⁴.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều không sờ thấy u trên lâm sàng, việc phát hiện ung thư tuyến giáp thông qua siêu âm khi đi khám sức khỏe. Trên hình ảnh siêu âm, vị trí u không có sự khác biệt giữa 2 thùy; 42,9% u thùy phải và 39,2% u thùy trái. Kích thước u trung bình đạt 8,3±3,2 mm, với trường hợp lớn nhất chỉ đạt 15mm. Trên tất cả các bệnh nhân, khối u tuyến giáp đều mang những đặc điểm nghi ngờ ác tính với phân độ Tirads 4 trở lên. Một điểm đáng chú ý là không có bệnh nhân nào có dấu hiệu khối u tuyến giáp xâm lấn cơ trước giáp trên siêu âm trước phẫu thuật. Cụ thể hơn, 28 bệnh nhân này nằm trong 369 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2019 đến tháng 12/2021, cho thấy giá trị phản ứng âm tính là 92,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 120 ±24 phút, lượng máu mất trung bình là 9,1ml; kết quả này cải thiện hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật mổ mở cắt tuyến giáp toàn bộ của Ahn (132,65 ± 34,79 phút và 32,7 ml).

Trong nhóm bệnh nhân này, chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân (7,1%) khàn tiếng và 1 bệnh nhân (3.6%) tê bì tay chân sau mổ, tuy nhiên những bệnh nhân này đều hồi phục sớm sau một vài tháng. Không có bệnh nhân nào xuất hiện tê

bì vùng cằm sau phẫu thuật. Kết quả này tương đương với báo cáo của Anuwong trên 425 bệnh nhân u lành và ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng năm 2018.⁶ Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 5 ngày.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tuyến giáp thể nhú, đây là thể mô bệnh học hay gặp và biệt hóa, tiên lượng tốt và đáp ứng với điều trị I131. Tình trạng di căn hạch phát hiện sau mổ gặp ở 12 bệnh nhân (42,9%). Siêu âm vùng cổ và xét nghiệm nồng độ Tg, anti-Tg trong máu là phương pháp phổ biến để phát hiện bệnh tình trạng tái phát sau điều trị ung thư tuyến giáp. Nồng độ Tg>2ng/ml và anti-Tg>100IU/ml là 2 yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng tỉ lệ tái phát.^{7,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi, 4 bệnh nhân ghi nhận nồng độ Tg >2ng/ml và 4 bệnh nhân khác có nồng độ anti-Tg cao sau mổ. Điều trị tiếp theo bằng iod phóng xạ 131 được chỉ định ở tất cả các bệnh nhân với liều trung bình là 85 mCi. Sau điều trị I131, các chỉ số Tg, anti Tg đều đạt dưới ngưỡng. Trong thời gian theo dõi trung vị 10,5 tháng (từ 4-24 tháng) chưa phát hiện trường hợp tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường vẫn đạt được an toàn, hiệu quả và bước đầu đảm bảo về mặt ung thư học trong điều trị ung thư tuyến giáp xâm lấn cơ trước giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory**. Accessed March 28, 2021. <https://gco.iarc.fr/>
2. **Anuwong A**. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016;40(3):491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1
3. **Kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng** trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. Accessed April 17, 2022. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1818/1634>
4. **Ngô Quốc Bảo**. Ung Thư Tuyến Giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư 2010, nhà xuất bản Y học; trang 92-113.
5. **Chung SR, Baek JH, Choi YJ, et al**. Sonographic Assessment of the Extent of Extrathyroidal Extension in Thyroid Cancer. *Korean J Radiol*. 2020;21(10):1187-1195. doi:10.3348/kjr.2019.0983
6. **Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh QY**. Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*. 2018;153(1):21. doi:10.1001/jamasurg.2017.3366
7. **Chung JK, Park YJ, Kim TY, et al**. Clinical

significance of elevated level of serum antithyroglobulin antibody in patients with differentiated thyroid cancer after thyroid ablation: Anti-thyroglobulin antibody in thyroid cancer. Clinical Endocrinology. 2002;57(2):215-221. doi:10.1046/j.1365-2265.2002.01592.x

8. Kloos RT, Mazzaferri EL. A Single Recombinant Human Thyrotropin-Stimulated Serum Thyroglobulin Measurement Predicts Differentiated Thyroid Carcinoma Metastases Three to Five Years Later. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2005;90(9):5047-5057. doi:10.1210/jc.2005-0492

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẮN CHỈNH, BÓ BỘT TẠI KHOA KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ- BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2021

Vũ Văn Khoa*

TÓM TẮT

Gãy hai xương cẳng chân là tổn thương thường gặp. Việc điều trị tùy từng trường hợp cụ thể. Điều trị bảo tồn gãy kín thân hai xương cẳng chân được áp dụng chủ yếu ở trẻ em. Tại khoa khám xương và điều trị ngoại trú Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, từ tháng 10/2020 đến 10/2021 điều trị cho 61 Bệnh nhân gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng phương pháp nắn chỉnh, bó bột cho kết quả thu được như sau: 93,4% các Bệnh nhân gãy typ A, 6,6% gãy typ B1 theo phân loại của AO/ASIF. Kết quả điều trị theo thang điểm Lyshome tại các thời điểm sau 2 tuần, sau 4 tuần và sau 6 tuần tháo bột, với tỷ lệ lần lượt là 42,6%; 60,7% và 83,6%. Kết quả đánh giá chức năng khớp cổ chân bằng thang điểm FADI cho thấy, điểm số trung bình tại thời điểm sau tháo bột 4 tuần là 77,8±8,9, sau 6 tuần là 101,9±6,9. Phân loại độ liền xương trên X-Quang theo thang điểm RUST với điểm số trung bình là 7,41±1,12 tại thời điểm 4 tuần trong bột, 8,28 ±0,78 sau tháo bột, 9,25±1,01 sau tháo bột 2 tuần và 10,85±0,67, sau tháo bột 6 tuần. Tỷ lệ liền xương theo phân loại thang điểm RUST tại thời điểm thay bột cẳng bàn chân là 42,6% và sau 6 tuần tháo bột là 100%. Thời gian liền xương trung bình: nhóm ≤ 4 tuổi là 4,1 ± 0,5 tuần; nhóm tuổi 4-10 tuổi là 6,3 ± 0,3 tuần.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE TREATMENT RESULTS FOR LOWER LEG FRACTURE OF CHILDREN IN VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2021

Fractures of both bone of the lower leg are common injuries. Treatment is on a case-by-case basis. Conservative treatment of closed fractures of lower legs is applied mainly in children. At the department of bone examination and outpatient treatment, Viet Duc University Hospital, from October 2020 to October 2021, treating 61 patients with closed

fractures of lower legs shape bone by casting with excellent results. The results are as follows: 93.4% patients with typ A fracture, 6.6% typ B1 fracture according to AO/ASIF classification. Treatment results according to Lyshome scale at the time 2 weeks, 4 weeks and 6 weeks after cast removal, with the rate 42.6% respectively; 60.7% and 83.6%. Results of of evaluating ankle joint function by FADI scale showed that the average score at 4 weeks after cast removal was 77.8±8.9, after 6 weeks was 101.9±6.9. Classification of bone healing on X-ray according to RUST scale with average score of 7.41 ± 1.12 at 4 weeks in cast; 8.28 ± 0.78 after cast removal, 9.25 ± 1.01 after 2 weeks cast removal and 10.85 ± 0.67 after 6 weeks cast removal. The rate of bone healing according to the RUST scale at the time of replacement was 42.6% and after 6 weeks of cast removal was 100%. Average bone healing time: patient in group ≤ 4 years old is 4.1 ± 0.5 weeks; in group 4-10 years old is 6.3 ± 0.3 weeks

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em là tổn thương thường gặp trong chấn thương chỉnh hình. Việc điều trị gãy hai xương cẳng chân tùy thuộc vào mức độ tổn thương, tuổi, trình độ chuyên môn, cơ sở vật chất trang thiết bị. Tại khoa khám xương bệnh viện Việt Đức hàng năm điều trị bảo tồn cho khoảng 4.000 đến 6.000 trường hợp gãy xương, trong đó gãy xương trẻ em khoảng 50%. Gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em được điều trị bảo tồn theo quy trình chặt chẽ, đem lại kết quả tốt. Tuy nhiên, những năm gần đây, chưa có một tổng kết, đánh giá cụ thể về vấn đề này. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng chân ở trẻ em bằng phương pháp nắn chỉnh, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú-Bệnh viện Việt Đức năm 2021* với hai mục tiêu:

1. *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của gãy hai xương ở trẻ em tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú-Bv Việt Đức 2021*

*Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 31.5.2022

2. *Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú-Bệnh viện Việt Đức 2021*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em ≤ 10 tuổi, được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng chân đến điều trị tại khoa Khám xương & điều trị ngoại trú, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Loại trừ những gãy xương bệnh lý.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. *Thời gian nghiên cứu:* Từ 09/2020 đến tháng 12/2021, trong đó thời gian thu thập số liệu từ 10/2020 đến tháng 10/2021.

2.2.2. *Địa điểm nghiên cứu:* Tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú, Bệnh viện Việt Đức

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** gồm 61 bệnh nhân

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Công cụ và quy trình nghiên cứu

2.4.1. *Công cụ thu thập số liệu.* Số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu, thông tin khai thác được từ người nhà người bệnh, hồ sơ bệnh án, từ thăm khám lâm sàng.

2.4.2. *Kỹ thuật thu thập số liệu.* Quy trình nghiên cứu được thực hiện theo quy trình sau:

- Bước 1: Tuyển chọn người bệnh tham gia nghiên cứu theo các tiêu chuẩn lựa chọn

- Bước 2: Chuẩn bị người bệnh trước khi can thiệp: Trực tiếp khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cơ bản đầy đủ để đánh giá tình trạng người bệnh trước can thiệp

- Bước 3: Gây mê và thực hiện kỹ thuật bó bột điều trị gãy hai xương cẳng chân

- Bước 4: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật

- Bước 5: Tiến hành tháo bột và đánh giá tình trạng người bệnh, sau đó hẹn khám lại vào các thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 6 tuần sau khi tháo bột

- Bước 6. Tiến hành khám lại và hoàn thiện các nội dung vào bệnh án nghiên cứu.

2.5. Đánh giá chức kết quả: Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lyshome [8]

Đi khập khiễng (5 điểm), Dụng cụ hỗ trợ (5 điểm), Khóa cứng gối (5 điểm), Mất vững khớp gối (25 điểm), Sưng khớp gối (10 điểm), Đi cầu thang (10 điểm), Ngồi xổm (5 điểm)

Điểm tối đa là 100 điểm, cộng tổng tất cả các tiêu chí lại và đánh giá chức năng khớp gối sau

mở như sau:

<65	Xấu
65-83	Trung bình
84-93	Tốt
94-100	Rất tốt

Đánh giá chức năng khớp cổ chân theo thang điểm FOOT&ANKLE DISABILITY index (FADI) [1]: Bộ công cụ bao gồm hai phần

+ **Phần 1:** Đánh giá mức độ vận động bởi 22 câu hỏi, mỗi câu được đánh giá theo 5 mức độ từ bình thường-4 điểm đến bất động hoàn toàn-0 điểm

+ **Phần 2:** Đánh giá mức độ đau với 4 câu hỏi, mỗi câu được đánh giá theo 5 mức độ từ không đau-4 điểm đến đau không thể chịu được -0 điểm

+ Tổng điểm của thang điểm là 104.

Đánh giá mức độ liền xương trên X-Quang theo thang điểm Radiographic union scale in tibial fractures (RUST) [8]: dựa trên những hình ảnh trên phim chụp X-Quang và cho điểm số tương ứng, điểm số giao động trong thang điểm này là từ 4 đến 12 điểm, và theo phân loại của tác giả Kizkapan với điểm số ≥9 được đánh giá liền xương [2]

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi khảo sát sẽ được tự động nhập lên hệ thống và quản lý bằng phần mềm EPIDATA 3.1

- Phân tích số liệu sẽ được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Thông qua hội đồng khoa học trước khi làm nghiên cứu. Bệnh nhân hoặc cha/mẹ được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, phương pháp điều trị, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào, được đảm bảo bí mật về thông tin bệnh tật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

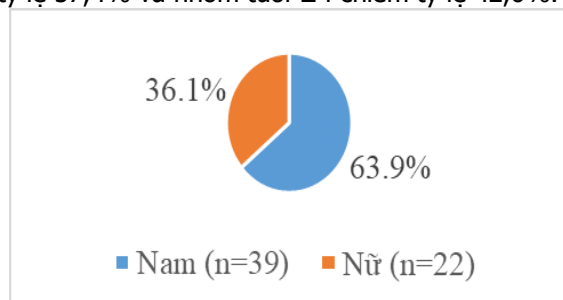
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 4	26	42,6
4-10	35	57,4
Tổng	61	100
Trung bình ±ĐLC (min – max)	5,66 ±2,59 (2 – 10)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 5,66 ±2,59, nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 10 tuổi. Trong đó nhóm tuổi >4 chiếm

tỷ lệ 57,4% và nhóm tuổi ≤ 4 chiếm tỷ lệ 42,6%.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đa phần đối tượng nghiên cứu là nam giới với tỷ lệ 63,9%. Nữ giới chiếm tỷ lệ 36,1%.

Bảng 3.2. Nguyên nhân gãy xương

Nguyên nhân gãy xương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	11	18,0
Tai nạn thể thao	19	31,2
Tai nạn sinh hoạt	28	45,9
Khác	3	4,9
Tổng	61	100

Nhận xét: Tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 45,9%, tai nạn thể thao chiếm thứ hai với tỷ lệ 31,2%; tai nạn giao thông với tỷ lệ 18,0% và nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ 4,9%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Bên chân gãy

Bên gãy	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chân phải	23	37,8
Chân trái	38	62,3
Tổng	61	100

Nhận xét: Đa phần tổn thương xảy ra tại chân phải với 38/61 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 62,3%. Không có trường hợp nào tổn thương cả hai chân.

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau tại chỗ	61	100
Sưng nề, bầm tím	58	95,1
Bàn chân đỏ ngoài	25	41,0
Lạo xạo xương	9	14,8
Hạn chế vận động gối	7	11,5

Nhận xét: 100% người bệnh có triệu chứng đau chói tại chỗ

Bảng 3.8. Kết quả điều trị qua thăm khám lâm sàng tại các thời điểm

Đặc điểm lâm sàng	Tại thời điểm tháo bột (0)	Sau 2 tuần (1)	Sau 4 tuần (2)	Sau 6 tuần (3)	p*
Trục chi thẳng	61(100)	61(100)	61(100)	61 (100)	$P_{01}<0,05$; $P_{02}<0,05$ $P_{03}<0,05$
Hạn chế vận	35 (57,4)	17 (27,9)	8 (13,1)	4 (6,6)	$P_{01}<0,05$; $P_{02}<0,05$

Hầu hết người bệnh đều xuất hiện triệu chứng sưng nề, bầm tím với tỷ lệ 92,1%

Đa phần người bệnh có triệu chứng lạo xạo xương (62,3%)

3.2.2. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp X-Quang

Bảng 3.5. Đặc điểm vị trí gãy trên phim chụp X-Quang

Vị trí gãy	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1/3 trên	6	9,8
1/3 giữa	31	50,8
1/3 dưới	24	39,3
Tổng	61	100

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng có vị trí gãy tại 1/3 giữa có tỷ lệ cao nhất 50,8%, tiếp đến là 1/3 dưới với tỷ lệ 39,3% và 1/3 trên là 9,8%.

Bảng 3.6. Phân loại kiểu gãy theo AO/ASIF

Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Typ A	A1	24	39,3
	A2	20	32,8
	A3	13	21,3
Typ B	B1	4	6,6
	B2	0	0
	B3	0	0
Typ C	C1	0	0
	C2	0	0
	C3	0	0

Nhận xét: Theo phân loại AO/ASIF, hầu như đối tượng nghiên cứu được phân loại Typ A với tỷ lệ 93,4%, trong đó typ A1 chiếm tỷ lệ 39,3%, typ A2 có tỷ lệ 32,8% và typ A3 có tỷ lệ 21,3%. Tỷ lệ bệnh nhân được phân loại vào typ B1 chiếm tỷ lệ 6,6%.

Bảng 3.7. Đánh giá quá trình bó bột

Loại bột	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)
Loạn dưỡng phần mềm	1	1,64
Dị ứng do vật liệu bột	2	3,28
Chèn ép do bột	1	1,64

Nhận xét: Quá trình đánh giá sau khi bó bột có thấy, có 1/61 người bệnh có dấu hiệu loạn dưỡng phần mềm. 2/61 trường hợp xuất hiện dị ứng do vật liệu bột và 1/61 người bệnh có chèn ép do bột.

3.3. Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em bằng kéo nắn, bó bột

Các đặc điểm lâm sàng sau khi tháo bột

động gối					P ₀₃ <0,05
Hạn chế vận động cổ chân	21 (34,4)	14 (22,9)	7 (11,5)	2 (3,3)	P ₀₁ >0,05; P ₀₂ <0,05 P ₀₃ <0,05

*Mc Nemar's test

Nhận xét: Kết quả đánh giá về dấu hiệu tại chi bị gãy qua các thời điểm sau tháo bột cho thấy. Tỷ lệ người bệnh với dấu hiệu trực chi thẳng có xu hướng tăng lên qua các thời điểm sau tháo bột, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các triệu chứng có tỷ lệ xu hướng giảm như hạn chế vận động gối và hạn chế vận động háng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ triệu chứng giữa các thời điểm 4 tuần và 6 tuần so với thời điểm sau tháo bột ($p < 0,05$).

Bảng 3.9. Đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm bằng thang điểm Lyshome

Phân loại điểm Lyshome	Tại thời điểm thay bột CBC (0)	Sau tháo bột (1)	Sau tháo bột 2 tuần (2)	Sau tháo bột 4 tuần (3)	p
Rất tốt (94 – 100)	17(27,9)	26 (42,6)	37 (60,7)	51 (83,6)	p ₀₁ >0,05* p ₀₂ <0,05* p ₀₃ <0,05*
Tốt (84 – 94)	32 (52,5)	27 (44,3)	21 (34,4)	10 (16,4)	
Trung bình (65-83)	12 (19,7)	8 (13,1)	3 (4,9)	0	
Xấu (<65)	0	0	0	0	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	83,5±10,7	87,5±9,4	91,6±7,1	93,7±4,8	p ₀₁ >0,05** p ₀₂ <0,05** p ₀₃ <0,05**

*Mc Nemar's test, **T-Test ghép cặp

Nhận xét: Kết quả đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Lyshome cho thấy tại thời điểm tháo bột đa phần đối tượng có kết quả tốt (52,5%) và 27,9% đối tượng có kết quả rất tốt, 19,7% người bệnh có kết quả trung bình. Qua các thời điểm sau thay bột Cẳng bàn chân, sau tháo bột 2 tuần vào sau tháo bột 4 tuần, xu hướng người bệnh có tiến triển rất tốt tăng dần với tỷ lệ lần lượt là 42,6%; 60,7% và 83,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ phân loại điểm Lyshome tại thời điểm sau tháo bột 2 và sau tháo bột 4 tuần với thời điểm sau thay bột Cẳng Bàn chân ($p < 0,05$).

Bảng 3.10. Đánh giá chức năng của khớp cổ chân bằng thang điểm FADI

	Tần số (n)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p*
Tại thời điểm tháo bột (0)	61	77,8	8,9	p ₀₁ >0,05 p ₀₂ <0,05 p ₀₃ <0,05
Sau 2 tuần (1)	61	84,0	4,5	
Sau 4 tuần (2)	61	89,9	5,2	
Sau 6 tuần (3)	61	93,3	6,9	

* T-test ghép cặp

Nhận xét: Kết quả đánh giá chức năng khớp cổ chân bằng thang điểm FADI cho thấy, điểm số trung bình có xu hướng tăng qua các thời điểm, tại thời điểm sau tháo bột là 77,8±8,9 và tại thời điểm sau 6 tháng là 93,3±6,9, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm FADI trung bình tại thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 6 tuần sau tháo bột với thời điểm ngay sau tháo bột. ($p < 0,05$)

Đánh giá kết quả liền xương trên phim XQ.

Bảng 3.11. Mức Độ liền xương trên X-Quang theo thang điểm RUST

Thời điểm	Tần số (n)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p*
Tại thời điểm bột 4 tuần (0)	61	8,04	1,12	p ₀₁ >0,05 p ₀₂ >0,05 p ₀₃ <0,05
Bột 6 tuần (1)	61	8,68	0,78	
Sau tháo bột 2 tuần (2)	61	9,25	1,01	
Sau tháo bột 6 tuần (3)	61	10,85	0,89	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy điểm số RUST trung bình có xu hướng tăng dần qua các thời điểm khám lại, với 7,41±1,12 tại thời điểm bột 4 tuần, 8,28 ±0,78 tại thời điểm bột 6 tuần, 9,25±1,01 sau tháo bột 2 tuần và 10,85±0,89, sau tháo bột 6 tuần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số RUST trung bình tại thời điểm 6 tuần sau tháo bột với thời điểm bột 6 tuần ($p < 0,05$).

Bảng 3.12. Phân loại mức độ liền xương trên X-Quang theo thang điểm RUST

Phân loại RUST	Tại thời điểm trong bột 4 tuần (0)	Sau thay bột cẳng bàn chân (6 tuần) (1)	Sau tháo bột 2 tuần (2)	Sau tháo bột 6 tuần (3)	p
Liên xương tốt (≥9)	40(65,57)	59(96,72)	61(100)	61(100)	p ₀₁ >0,05* p ₀₂ >0,05*
Chậm liền xương (<9)	21(34,43)	2(3,28)	0(0)	0(0)	

					$p_{03} < 0,05^*$
--	--	--	--	--	-------------------

*Mc Nemar's test

Nhận xét: Tỷ lệ liền xương theo phân loại thang điểm RUST tại thời điểm 4 tuần trong bột là 65,57% và sau 1 tháng tháo bột là 100%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Ngày nay, điều trị bảo tồn các gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em vẫn là xu thế chủ đạo. Chúng tôi nghiên cứu điều trị cho 61 trẻ em dưới 10 tuổi, gãy thân hai xương cẳng chân. Đa phần đối tượng là nam giới với tỷ lệ 63,9%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Weber B và cộng sự với tỷ lệ nam giới là 63,0% [3]. Tuổi trung bình là $5,66 \pm 2,59$, trong đó nhóm tuổi >4 chiếm tỷ lệ 57,4%, độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu được thực hiện trước đây [3]. Sở dĩ có sự khác biệt là do sự giới hạn độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi, việc giới hạn về độ tuổi sẽ phù hợp hơn với việc đưa ra chỉ định điều trị bảo tồn.

Về nguyên nhân gãy xương, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hai nguyên nhân chính là tai nạn sinh hoạt (45,9%) và tai nạn thể thao (31,2%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Ho C.A và cộng sự khi nguyên nhân chính xảy ra chấn thương là do hoạt động chơi thể thao với tỷ lệ 51,0%. Lý do sự khác biệt này có thể là do độ tuổi của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nhỏ hơn khi nhóm tuổi ≤ 4 tuổi có tỷ lệ 42,6% và tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi, hơn nữa thời điểm này giãn cách xã hội do Covid 19 nên TNSH là nguyên nhân chính dẫn đến tai nạn là phù hợp.

Về các triệu chứng lâm sàng, kết quả của chúng tôi cho thấy các triệu chứng không đặc hiệu có tỷ lệ cao như đau tại chỗ 100%, sưng nề, bầm tím 95,1%; hạn chế vận động gối 11,5%. Tương tự như trong nghiên cứu của Lê Khánh Khanh, 100% đối tượng nghiên cứu đều có triệu chứng đau chói tại ổ gãy, cẳng chân sưng nề và mất cử động chi gãy [4]. Bên cạnh đó có những triệu chứng đặc hiệu như ngắn chi, với tỷ lệ 27,9%, bàn chân đổ ngoài 41,1% hay lạo xạo xương 14,8%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Minh Hoàng Châu và cộng sự khi thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ với 94,3% bệnh nhân có cử động bất thường và lạo xạo xương, 85,7% biến dạng chi gãy.[5] Kết quả này cũng thấp hơn so với tác giả Lê Khánh Khang ghi nhận 93,8% bệnh nhân có cử động bất thường và lạo xạo xương và 84,6% có biến dạng chi gãy [4]. Sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em ≤ 10 tuổi nên xảy ra trường hợp gãy

cánh tươi nên triệu chứng là ko điển hình cho trường hợp gãy xương thông thường.

Về vị trí gãy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gãy 1/3 giữa tỉ lệ 50,8%, gãy 1/3 dưới 39,3%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Võ Minh Hoàng Châu và cộng sự cũng cho thấy vị trí gãy hay xảy ra nhất là 1/3 giữa xương cẳng chân [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu như đối tượng nghiên cứu có kiểu gãy typ A với tỷ lệ 93,4%, trong đó loại A1 là 39,3%; loại A2 là 32,8% và loại A3 là 21,3%. Bên cạnh đó gãy xương typ B có tỷ lệ là 6,6% và đều là loại B1. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với báo cáo của tác giả Stenroos A và cộng sự với một nghiên cứu tổng quan với tỷ lệ phân loại typ A là 91,0% và typ B là 6,0% typ C là 3%. Khi so sánh với nghiên cứu trong nước kết quả của chúng tôi có cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Võ Minh Hoàng Châu và cộng sự với tỷ lệ gãy typ A là 85,7%. [5].

Kết quả điều trị gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em bằng kéo nắn, bó bột trong nghiên cứu như sau. Tất cả các bệnh nhân đều được khám lại ít nhất ba lần sau tháo bột vào các thời điểm tuần thứ 2, tuần thứ 4 và tuần thứ 6. Theo dõi cho thấy các triệu chứng đều có xu hướng tiến triển tốt dần. Để đánh giá chức năng khớp gối, nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng thang điểm Lyshome [6]. Kết quả cho thấy điểm trung bình có sự thay đổi qua các lần khám lại, tại thời điểm tháo bột là $83,5 \pm 10,7$, sau 2 tuần tiếp theo là $87,5 \pm 9,4$, sau 4 tuần là $91,6 \pm 7,1$ và sau 6 tuần là $93,7 \pm 4,8$ kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu tổng quan của Gans Itai vào cộng sự năm 2013 với điểm số trung bình tại thời điểm sau tháo bột 12 tháng là 95,8; [7] sự biệt này có thể là do thời điểm đánh giá sau thủ thuật trong hai nghiên cứu có sự chênh lệch và trong N.C của chúng tôi đánh giá trên trẻ nhỏ có thể dễ dẫn đến những sai số nhất định. Khi phân loại thang điểm với các mức độ khác nhau, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng có kết quả điều trị rất tốt (94 – 100 điểm) tăng dần tại các thời điểm khám lại.

Chúng tôi cũng sử dụng thang điểm Foot and Ankle Dessability index để đánh giá chức năng của cổ chân. Kết quả cho thấy. Điểm số trung bình có xu hướng ra tăng qua các thời điểm từ $77,8 \pm 8,9$ tại thời điểm sau tháo bột đến $93,3 \pm 6,9$ tại thời điểm 6 tuần sau tháo bột. Sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số chức năng khớp cổ chân tại thời điểm sau tháo bột 4 tuần và 6 tuần so với thời điểm tháo bột ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Naqvi GA và cộng sự (2012) với điểm FADI sau 24 tháng can thiệp là 85,57 (95%CI: 77,96 – 93,18). Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về tuổi của đối tượng nghiên cứu khi nghiên cứu của tác giả thực hiện trên đối tượng có tuổi trung bình là $3,77 \pm 11,6$. Sự chênh lệch về độ tuổi sẽ ảnh hưởng đến khả năng phục hồi và chỉ định điều trị.

Để đánh giá mức độ liền xương, chúng tôi sử dụng thang điểm Radiographic Union Score for tibial (RUST) là một công cụ đánh giá có tính giá trị và độ tin cậy cao đã được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đây [1],[8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm số trung bình tăng từ $8,04 \pm 1,12$ tại thời điểm 4 tuần trong bột lên $10,85 \pm 0,89$ tại thời điểm sau tháo bột 6 tuần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kizkapan T.B với điểm số RUST trung bình là $10,2 \pm 3,4$ [2] hay nghiên cứu của Thabet với điểm số trung bình là $10,89 \pm 1,54$ được đánh giá tại thời điểm sau can thiệp 12 tuần.[9] Bên cạnh đó tương tự như mức độ đánh giá của tác giả Kizkapan T.B với điểm cut-off RUST ≥ 9 điểm được đánh giá là có mức độ liền xương tốt, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% đối tượng có kết quả này tại thời điểm sau tháo bột 6 tuần.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em

Đa phần tổn thương xảy ra ở chân bên trái với tỷ lệ 62,3%

Các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận bao gồm: Đau sưng tại chỗ (100%), sưng nề, bầm tím (95,1%), bàn chân đỏ ngoài (41,0%), lạo xạo xương (62,3%) và hạn chế vận động khớp gối (11,5%).

Phân loại gãy theo AO/ASIF: phân loại gãy typ A với tỷ lệ 93,4%, typ B1 chiếm tỷ lệ 6,6%.

Có 1/61 người bệnh có dấu hiệu loạn dưỡng phần mềm. 2/61 trường hợp xuất hiện dị ứng do vật liệu bột và 1/61 người bệnh có chèn ép do bột.

2. Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em bằng kéo nắn, bó bột. Kết đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Lyshome cho thấy tại thời điểm tháo bột kết quả tốt 52,5%, rất tốt 27,9%. Sau 2 tuần, sau 4 tuần và sau 6 tuần

tháo bột, tiến triển rất tốt tăng dần với tỷ lệ lần lượt là 42,6%; 60,7% và 83,6%.

Kết quả đánh giá chức năng khớp cổ chân bằng thang điểm FADI cho thấy, tại thời điểm sau tháo bột là $77,8 \pm 8,9$ và tại thời điểm sau 6 tuần là $101,9 \pm 6,9$

Phân loại độ liền xương trên X-Quang theo thang điểm RUST điểm số trung bình $7,41 \pm 1,12$ tại thời điểm 4 tuần trong bột, $8,28 \pm 0,78$ tại thời điểm sau tháo bột, $9,25 \pm 1,01$ sau tháo bột 2 tuần và $10,85 \pm 0,67$, sau tháo bột 6 tuần.

Tỷ lệ liền xương theo phân loại thang điểm RUST tại thời điểm thay bột cẳng bàn chân là 42,6% và sau 6 tuần tháo bột là 100%. Thời gian liền xương trung bình: nhóm ≤ 4 tuổi là $4,1 \pm 0,5$ tuần; nhóm tuổi 4-10 tuổi là $6,3 \pm 0,3$ tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. K. Briggs, J. Lysholm, Y. Tegner và các cộng sự. (2009)**, "The reliability, validity, and responsiveness of the Lysholm score and Tegner activity scale for anterior cruciate ligament injuries of the knee: 25 years later", *Am J Sports Med*, **37(5)**, tr. 890-7.
2. **T. B. Kizkapan, A. Misir, S. Oguzkaya và các cộng sự. (2021)**, "Reliability of radiographic union scale in tibial fractures and modified radiographic union scale in tibial fractures scores in the evaluation of pediatric forearm fracture union", *Jt Dis Relat Surg*, **32(1)**, tr. 185-191.
3. **B. Weber, M. Kalbitz, M. Baur và các cộng sự. (2021)**, "Lower Leg Fractures in Children and Adolescents-Comparison of Conservative vs. ECMES Treatment", *Front Pediatr*, **9**, tr. 597870.
4. **Lê Khánh Khang (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt kiểu SIGN tại bệnh viện Quân y 121, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Võ Hoàng Minh Châu, Phạm Hoàng Lai và Huỳnh Thông Em (2019)**, "Kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng nắn kín, đóng đinh nội tủy có chốt tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ", *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, **2(12)**, tr. 98-96.
6. **Jack Lysholm và Yelverton Tegner (2007)**, "Knee injury rating scales", *Acta orthopaedica*, **78(4)**, tr. 445-453.
7. **Itai Gans, Keith D Baldwin và Theodore J Ganley (2014)**, "Treatment and management outcomes of tibial eminence fractures in pediatric patients: a systematic review", *The American journal of sports medicine*, **42(7)**, tr. 1743-1750.
8. **J. M. Leow, N. D. Clement, T. Tawonsawatruk và các cộng sự. (2016)**, "The radiographic union scale in tibial (RUST) fractures: Reliability of the outcome measure at an independent centre", *Bone Joint Res*, **5(4)**, tr. 116-21.
9. **Ahmed M Thabet, Madison Craft, John Pisquiy và các cộng sự. (2021)**, "Tibial shaft fractures in the adolescents: treatment outcomes and the risk factors for complications", *Injury*.

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG KHÁNG SINH VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG CỦA NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Thị Hương Giang¹, Nguyễn Đức Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kháng kháng sinh của các căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) và các yếu tố nguy cơ tử vong tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** tiến cứu, mô tả cắt ngang 970 bệnh nhân điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện Bạch Mai (08/219- 07/2020). **Kết quả:** Tỷ lệ NKBV là 14%, căn nguyên vi khuẩn hay gặp nhất là A.Baumannii (28,2%), K.pneumoniae (19,7%), P.aeruginosa (6,3%), căn nguyên nấm hay gặp nhất là Candida Albicans (8,6%). 95% các chủng A.Baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa đã kháng với nhóm kháng sinh Cephalosporin và Quinolone, 70% - 96% kháng với nhóm Carbapenem, nhóm Colistin có tỷ lệ kháng thấp nhất (A.Baumannii 0%, K.pneumoniae 23%, P.aeruginosa 25%). Với nhóm Aminoglycosid thì K.pneumoniae kháng thấp hơn (32%) so với chủng A.Baumannii (88%) và P.aeruginosa (60%). 970 bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ tử vong là 25% (243/970), tử vong do NKBV là 33,6% (46/137). Các yếu tố độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong là suy giảm miễn dịch (OR 2,3; 95% CI 1,4-3,86), p < 0,01, thở máy (OR 14,6; 95% CI 5,4- 39,6; p < 0,01), đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (OR 1,83; 95% CI 1,2- 2,7, p < 0,01), đặt sonde tiểu (OR 2,0; 95% CI 1,2- 3,8, p < 0,05), NKBV (OR 1,63; 95% CI 1,1- 2,4; p < 0,05), căn nguyên gây NKBV K.pneumoniae (OR 2,27; 95% CI 1,1- 4,6; p < 0,05), A.Baumannii (OR 1,76; 95% CI 1,1- 3,35; p < 0,05). **Kết luận:** Căn nguyên gây NKBV hay gặp là A.Baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa, các vi khuẩn này đã kháng 80% - 96% với nhóm kháng sinh Carbapenem, tỷ lệ kháng thấp với nhóm Colistin. Các yếu tố nguy cơ độc lập góp phần tăng tỷ lệ tử vong trong đơn vị HSTC là suy giảm miễn dịch, các thủ thuật xâm lấn và nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, vi khuẩn, kháng kháng sinh, tử vong

Viết tắt: NKBV: Nhiễm khuẩn bệnh viện, HSTC: Hồi sức tích cực, TMTT: Tĩnh mạch trung tâm

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE CHARACTERISTICS OF PATHOGENS CAUSING NOSOCOMIAL INFECTIONS AND MORTALITY RISK FACTORS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

¹Bệnh viện Bạch Mai- Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Giang

Email: giangbth@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Description of antibiotic resistance characteristics of nosocomial infections and risk factors for mortality in the intensive care unit at Bach Mai hospital. **Subject and method:** A prospective, cross-sectional description of 970 patients treated for more than 48 hours at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital (August 2019-July 2020). **Result:** The rate of nosocomial infections was 14%, the most common bacterial etiology is A.Baumannii (28.2%), K.pneumoniae (19.7%), P.aeruginosa (6.3%), common fungal etiology especially Candida Albicans (8.6%). 95% of A.Baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa were resistant to Cephalosporin, Quinolone antibiotics, 70%-96% resistant to Carbapenem group, the colistin group had the lowest resistance rate (A.Baumannii 0%, K.pneumoniae 23%, P.aeruginosa 25%). With Aminoglycoside group, K.pneumoniae was less resistant (32%) than strains A.Baumannii (88%) and P.aeruginosa (60%). 970 study patients had a mortality rate of 25% (243/970), the mortality from nosocomial infections was 33,6% (46/137). Independent factors that increase mortality are immunosuppression (OR 2,3; 95% CI 1,4-3,86, p < 0,01), mechanical ventilation (OR 14,6, 95% CI 5,4-39,6; p < 0,01), catheter (OR 1,83; 95% CI 1,2-2,7; p < 0,01), urinary catheter (OR 2,0; 95% CI 1,2- 3,8; p < 0,05), nosocomial infections (OR 1,63; 95%CI 1,1-2,4; p<0,05), nosocomial infections caused of K.pneumoniae (OR 2,27; 95% CI 1,1- 4,6; p<0,05), A.Baumannii (OR 1,76; 95% CI 1,1-3,35; p < 0,05).

Conclusion: The most common causes of nosocomial infections were A.Baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa, these bacteria were 80% - 96% resistant to Carbapenem antibiotic group, low rate of resistance to Colistin group. Independent risk factors contributing to the increased in mortality were immunosuppression, invasive procedures, and multidrug-resistant bacterial infections.

Keywords: Nosocomial infections, bacteria, antibiotic resistance, Mortality

Abbreviation: NKBV: Nosocomial infections, HSTC: Intensive care Unit, TMTT: Central venous catheters.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong các nguyên nhân hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh, tổ chức y tế thế giới ước tính hàng triệu bệnh nhân bị ảnh hưởng mỗi năm [1]. Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện trong các đơn vị hồi sức là 16% ở các nước có thu nhập cao và tới 33% ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [2]. Nhiễm khuẩn bệnh viện có tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 4,7% và sau 1 năm là 16,4% [3], tỷ lệ tử vong trong các đơn vị hồi sức tích

cực có thể tới 60,6% [4]. Ở các đơn vị hồi sức tích cực có nhiều yếu tố nguy cơ mắc và tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện như thời gian điều trị kéo dài, có nhiều các thủ thuật xâm lấn, cơ thể bệnh nhân suy giảm miễn dịch, tiếp xúc với nhiều loại kháng sinh và đặc biệt là mắc các vi khuẩn đa kháng thuốc như Enterobacteriaceae, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung từ 2% đến 10%, tỷ lệ này tăng cao trong các đơn vị hồi sức tích cực (19%-31,3%) với các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu là vi khuẩn đa kháng thuốc (70%), nấm (15%) và virus (5%) [2]. Ở bệnh viện Bạch Mai có tỷ lệ vi khuẩn thường gặp gây NKBV là A.Baumannii 29.4% (2002) và 42.9% (2009), P.aeruginosa 28.6% (2002) và 17.7% (2009), K.pneumoniae 11.9% (2002) và 6.1% (2009). Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm kháng kháng sinh của các căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố nguy cơ tử vong tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện Bạch Mai từ 08/2019 đến 07/2020.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** không

2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

- Mẫu và chọn mẫu: 970 bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực > 48 giờ. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Chẩn đoán NKBV theo tiêu chuẩn CDC 2019 [6]. Suy giảm miễn dịch: BN giảm bạch cầu trung tính (số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối <500/mm³); bệnh bạch cầu, ung thư hạch; HIV với số lượng CD4 <200 hoặc cắt lách. Những người sau ghép tạng sớm, đang điều trị bằng hóa chất hoặc đang sử dụng corticoid liều cao > 40mg prednison (hoặc tương đương > 160mg hydrocortisone, > 32mg methylprednisolone, > 6mg dexamethasone, > 200mg cortisol)/ngày và kéo dài trên 2 tuần [6].

Quy trình lấy bệnh phẩm: bệnh phẩm máu, dịch phế quản, nước tiểu, dịch ổ bụng theo quy trình của bệnh viện. Hệ thống cấy máu, hệ thống định danh vi khuẩn: cấy máu 2 chai, hệ thống cấy máu tự động FX của BD, định danh bằng máy MALDI- TOF. Kháng sinh đồ bằng

giấy khuếch tán, MIC xác định bằng Etest. Quy trình nuôi cấy và làm KSD: theo thường quy khoa vi sinh. Vi khuẩn kháng kháng sinh theo kết quả của KSD (nhạy, kháng, trung gian).

Kết quả điều trị được đánh giá là sống và tử vong tại thời điểm kết thúc điều trị. Bệnh nhân sống nếu hoàn thiện điều trị và có đáp ứng lâm sàng. Bệnh nhân được đánh giá tử vong do mọi nguyên nhân tại thời điểm kết thúc điều trị.

3. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 970 bệnh nhân, trong đó có 137 bệnh nhân NKBV (14%) với 181 đợt NKBV và 833 bệnh nhân không NKBV (86%).

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=970)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	55,1 ± 18,4	
Giới (nam)	603	62
Điểm APACHE II ($\bar{X} \pm SD$)	18 ± 11	
Thời gian nằm viện (ngày) ($\bar{X} \pm SD$)	12,5 ± 8,7	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là 55,1 ± 18,4, nam giới (62%), nhập khoa trong tình trạng nặng và thời gian điều trị kéo dài.

Bảng 2. Đặc điểm tác nhân gây NKBV tại khoa HSTC

Tác nhân gây NKBV	n	%
Acinetobacter baumannii	53	28,2
Klebsiella pneumoniae	37	19,7
Candida albicans	16	8,6
Pseudomonas aeruginosa	12	6,3
Candida tropicalis	11	5,9
Staphylococcus aureus	10	5,3
Enterococcus	10	5,3
Klebsiella aerogenes	8	4,2
Aspergillus fumigatus	3	1,6
Clostridium difficile	2	1,1
Streptococcus oralis	1	0,5
Trichosporon ashahii	1	0,5
Candida khác	8	4,2
VK gram âm khác	16	8,6
Tổng	188	100

Nhận xét: A.Baumannii (28,2%) là nguyên nhân gây NKBV hay gặp nhất, thứ hai là K.pneumoniae (19,7%), căn nguyên nấm hay gặp nhất là Candida albicans (8,6%).

Bảng 3: Đặc điểm kháng kháng sinh của một số tác nhân thường gặp gây NKBV hay gặp

Kháng sinh	A.Baumannii (n=51)		K.pneumoniae (n=37)		P.aeruginosa (n=10)		S.aureus (n=10)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Piperacilin+Tazobactam	49/51	96	32/37	86	6/10	60	-	-
Meropenem	49/51	96	32/37	86	7/10	70	-	-
Imipenem	49/51	96	32/37	86	8/10	80	-	-
Cephalosporin*	49/51	96	35/37	95	6/10	60	-	-
Ciprofloxacin	49/51	96	35/37	95	7/10	70	-	-
Amikacin	45/51	88	12/37	32	6/10	60	-	-
Cotrimoxazol	45/51	88	30/37	81	8/10	80	-	-
Colistin	0/37	0	7/30	23	1/4	25	-	-
Methicilin	-	-	-	-	-	-	9/10	90
Linezolid	-	-	-	-	-	-	0/10	0
Vancomycin	-	-	-	-	-	-	0/8	0

*Bao gồm Ceftazidim, ceftriaxone, cefepim

Nhận xét: Các chủng A.Baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa đã kháng 95% với các nhóm Cephalosporin và quinolon, 70%- 96% với nhóm Carbapenem, tỷ lệ kháng thấp với nhóm Colistin (A.Baumannii không có chủng nào kháng, K.pneumoniae kháng 23%, chủng P.aeruginosa kháng 25%). Tất cả các chủng S.aureus đều nhạy cảm với Linezolid và Vancomycin.

Bảng 4: Yếu tố nguy cơ tử vong tại khoa HSTC

Yếu tố liên quan	Chung (n = 970) (%)	Hội quy đơn biến			Hội quy đa biến		
		Sống n(%) 727(75)	Tử vong n(%) 243(25)	P	OR 95%CI	P	OR 95%CI
Tiền sử bệnh							
Tim mạch	263(27,1)	191(26,3)	72(29,6)	>0,05			
Hô hấp	62(6,4)	47(6,5)	15(6,2)	>0,05			
Gan mạn	62(6,4)	42(5,8)	20(8,2)	>0,05			
Thận mạn	125(12,9)	101(13,9)	24(9,9)	>0,05			
Ung thư	53(5,5)	34(4,7)	19(7,8)	>0,05			
Tiểu đường	132(13,6)	96(13,2)	36(14,8)	>0,05			
Suy giảm miễn dịch	116(12)	74(10,2)	42(17,3)	<0,05	1,84 1,2-2,78	<0,01	2,3 1,4- 3,86
Các can thiệp							
Phẫu thuật	105(10,8)	65(8,9)	40(16,5)	<0,01	1,31 1,3- 3,06	>0,05	1,2 0,8-1,96
Mở khí quản	123(12,7)	100(13,8)	23(9,5)	>0,05			
Thở máy	673(69,4)	436(60)	237(97,5)	<0,01	26,3 11,5- 60	<0,01	14,6 5,4-39,6
Catheter TMTT	640(66)	440(60,5)	200(82,3)	<0,01	3,03 2,1-4,35	<0,01	1,83 1,2-2,73
Sonde tiểu	755(77,8)	527(72,5)	228(93,8)	<0,01	5,76 3,3- 9,97	<0,05	2,0 1,0-3,8
Sonde dạ dày	786(81)	546(75,1)	240(98,8)	<0,01	26,5 8,4- 83,8	>0,05	1,78 0,4- 7,54
Căn nguyên gây bệnh hay gặp							
K.pneumoniae	37(3,8)	19(2,6)	18(7,4)	<0,05	2,27 1,1-4,6	>0,05	1,51 0,7- 3,34
A.Baumannii	51(5,2)	28(3,9)	16(9,4)	<0,05	1,76 1,1- 3,35	>0,05	1,2 0,4- 1,7
P.aeruginosa	10(1,0)	6(0,8)	4(1,6)	>0,05			
NKBV	137(14)	91(66,4)	46(33,6)	<0,05	1,63 1,1- 2,4	>0,05	0,84 0,5-1,4

Chúng tôi đưa vào mô hình hồi quy đa biến gồm 9 yếu tố có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong phân tích đơn biến. $-2 \text{ Log likelihood}$ 896,73. Khả năng dự báo của mô hình 75,1%. Test Hosmer and Lemeshow $p = 0,47$. Suy giảm miễn dịch là BN giảm bạch cầu trung tính (số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối $< 500/\text{mm}^3$); bệnh bạch cầu, ung thư hạch; HIV với số lượng CD4 < 200 hoặc cắt lách. Những người sau ghép tạng sớm, đang điều trị bằng hóa chất hoặc đang sử dụng corticoid liều cao $> 40\text{mg}$ prednison (hoặc tương đương $> 160\text{mg}$ hydrocortisone, $> 32\text{mg}$ methylprednisolone, $> 6\text{mg}$ dexamethasone, $> 200\text{mg}$ cortisol)/ngày và kéo dài trên 2 tuần

Nhận xét: Bệnh nhân có các bệnh lý suy giảm miễn dịch, các thủ thuật xâm lấn như thở máy, catheter TMTT, đặt sonde tiểu trong quá trình điều trị là các yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi trung bình 55,1 tuổi, nam giới (62%), thời gian nằm viện kéo dài (12,5 ngày). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Małgorzata Kołpa nghiên cứu 10 năm trên 1849 bệnh nhân ICU thì 61,6% là nam giới, tuổi trung bình là 58, thời gian điều trị trung bình là 17 ngày [7]. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Meliha Meric tuổi trung bình trên 60 tuổi [5].

Tác nhân gây NKBV hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là A.Baumannii (28,2%), K.pneumoniae (19,7%), C.albica (8,6%), P.aeruginosa (6,3%), S.aureus (5,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài thì căn nguyên gây NKBV 70% là vi khuẩn bao gồm A.Baumannii (17%), K.pneumoniae (17%), C.albica (3%), P.aeruginosa (17%), S.aureus (9,3%) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Meliha Meric, Małgorzata Kołpa thì A.Baumannii là tác nhân gây bệnh thường xuyên nhất phân lập được (26,8%) [5],[7]. Khác với kết quả nghiên cứu của tác giả A.Despotovic vi khuẩn hay gặp nhất là K.pneumoniae [8]. Nghiên cứu của tác giả Y.Abulhasan trên 913 bệnh nhân ICU thần kinh trong 3 năm thì có 158 tác nhân phân lập được với 109 vi khuẩn Gram âm, 40 chủng Gram dương, P.aeruginosa còn nhạy với aminoglycosid và carbapenem [9].

Về đặc điểm kháng kháng sinh của các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện trong nghiên cứu chúng tôi là 95% các chủng thường gặp đã

kháng với nhóm kháng sinh Cephalosporin, Piperacilin+Tazobactam, Ciprofloxacin, Cotrimoxazol, tỷ lệ kháng từ 70%- 96% với nhóm carbapenem. Với nhóm Colistin đa số các chủng có tỷ lệ kháng thấp hơn (A.Baumannii 0%, K.pneumoniae 23%, P.aeruginosa 25%). Với nhóm Aminoglycosid thì K.pneumoniae kháng thấp hơn (32%) so với chủng A.Baumannii (88%) và P.aeruginosa (60%). Nghiên cứu của tác giả Małgorzata Kołpa trên 1849 bệnh nhân ICU trong 10 năm (2007- 2016) thì 3 căn nguyên hay gặp nhất là A.Baumannii 87% kháng mở rộng với cơ chế kháng hay gặp nhất là tiết MBL, K.pneumoniae 25% kháng mở rộng, 17% đa kháng thuốc với cơ chế hay gặp nhất là tiết ESBL và MBL, P.aeruginosa đa số nhạy cảm kháng sinh, chỉ có 30% đa kháng thuốc, S.aureus 30% là MRSA. Tỷ lệ đề kháng chung với nhóm Aminoglycosid 15% đến 88% (P.aeruginosa kháng thấp hơn từ 15% -25%), đa số kháng thấp với nhóm Carbapenem (8,3%- 33%), nhóm Cephalosporin đa số đã kháng (66%- 98%), nhóm quinolon chỉ có P.aeruginosa kháng thấp nhất (10%), nhóm Colistin có tỷ lệ kháng thấp nhất (0%- 1,2%) ở cả 3 vi khuẩn [7]. Nghiên cứu của tác giả A.Despotovic thì 3 vi khuẩn trên đã kháng 75%- 85% nhóm Aminoglycosid, 80% - 90% nhóm Quinolon, 9% Colistin, 56% carbapenem [8]. Do đó việc theo dõi tình trạng kháng thuốc của các chủng trên trong cơ sở chúng tôi là rất quan trọng trong việc lập kế hoạch kiểm soát nhiễm trùng, kiểm soát lây lan giữa các bệnh nhân, chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý.

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu chúng tôi là 25%, tỷ lệ tử vong do NKBV 18,9%. Các yếu tố có ý nghĩa góp phần tăng tỷ lệ tử vong trong phân tích đa biến là suy giảm miễn dịch (OR 2,3; 95% CI 1,4-3,86; $p < 0,01$), thở máy (OR 14,6; 95% CI 5,4- 39,6; $p < 0,01$), catheter TMTT (OR 1,83; 95% CI 1,2- 2,7; $p < 0,01$), sonde tiểu (OR 2,0; 95% CI 1,2- 3,8; $p < 0,05$), các yếu tố có ý nghĩa trong phân tích đơn biến là NKBV (OR 1,63; 95% CI 1,1- 2,4; $p < 0,05$), căn nguyên gây NKBV K.pneumoniae (OR 2,27, 95% CI 1,1- 4,6; $p < 0,05$), A.Baumannii (OR 1,76; 95% CI 1,1- 3,35; $p < 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Meliha Meric trên 131 bệnh nhân ICU với 93 bệnh nhân NKBV thì tỷ lệ tử vong do NKBV 45,6% và không NKBV là 42,3%, tử vong chung là 55%, đặt catheter TMTT là yếu tố nguy cơ độc lập tăng tỷ lệ tử vong (OR 7,8; 95% CI 1,6- 38) [5]. Nghiên cứu của tác giả A.Despotovic trên 116 bệnh nhân NKBV tại Serbia thì tỷ lệ tử vong

chung là 39,4%, tử vong NKBV 44,4%, không NKBV 40% (p=0,09), yếu tố nguy cơ trong phân tích đa biến là thở máy (OR 5,84; 95% CI 2,6-13,06; p=0,03) [8]. Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ tử vong chung và tỷ lệ tử vong do NKBV trong đơn vị chúng tôi nằm trong tỷ lệ tử vong đã được báo cáo từ 7% đến 46% của Nguyễn Thị Thu Hoài [2].

V. KẾT LUẬN

Căn nguyên hay gặp nhất gây NKBV là *A.Baumannii* (28,2%), đứng thứ hai là *K.pneumoniae* (19,7%), căn nguyên nấm hay gặp nhất là *Candida albicans* (8,6%). 95% các chủng *A.Baumannii*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa* đã kháng với nhóm kháng sinh Cephalosporin, Piperacilin+Tazobactam, Ciprofloxacin, Cotrimoxazol. Với nhóm Carbapenem thì 3 vi khuẩn trên đã kháng tới 70%- 96%. Với nhóm Colistin đa số các chủng có tỷ lệ kháng thấp hơn (*A.Baumannii* 0%, *K.pneumoniae* 23%, *P.aeruginosa* 25%). Với nhóm Aminoglycosid thì *K.pneumoniae* kháng thấp hơn (32%) so với chủng *A.Baumannii* (88%) và *P.aeruginosa* (60%).

Tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là 25% (243/970), tử vong do NKBV là 33,6% (46/137). Các yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê góp phần tăng tỷ lệ tử vong tại khoa bao gồm suy giảm miễn, các thủ thuật xâm lấn như thở máy, catheter TMTT, sonde tiểu, tình trạng NKBV và căn nguyên gây NKBV đa kháng như *K.pneumoniae*, *A.Baumannii*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Duong Bích Thủy JC, Le Thanh Hoang Nhật (2018).** Hospital-acquired colonization and infections in a Vietnamese intensive care unit. *PLoS*

one. ;13(9):44-54. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203600

2. **Thi Thu Hoài N, Ngọc Thủy Giang N, Van An H (2020).** Hospital-acquired infections in ageing Vietnamese population: current situation and solution. *MedPharmRes*;4(2):1-10. doi:10.32895/ump.mpr.4.2.1
3. **Anne Mette Koch, Roy Miodini Nilsen, Hanne Merete Eriksen (2015).** Mortality related to hospital-associated infections in a tertiary hospital; repeated cross-sectional studies between 2004-201. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 4:57
4. **Ahmet Yardım KY (2021).** The Relationship Between Mortality and Hospital-Acquired Infections in Patients Followed-up with Neurological Complaints in the Third Level Intensive Care Unit. *New Trend Med Sci*;2(1):24-30.
5. **Meric, Meliha, et al (2015).** Intensive care unit-acquired infections: incidence, risk factors and associated mortality in a Turkish university hospital." *Japanese journal of infectious diseases* 58.5: 297.
6. **CDC (2019).** HAI Data and Statistics. CDC's National Healthcare Safety Network (NHSN).
7. **Kolpa M, Walaszek M, Gniadek A, Wolak Z, Dobro (2018),** Microbiological Profile and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A 10 Year Observation in a Provincial Hospital in Southern Poland. *International journal of environmental research and public health*.
8. **Despotovic A, Milosevic B, Milosevic I, et al (2020).** Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit-Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American journal of infection control*;48(10):1211-1215.
9. **Abulhasan YB, Abdullah AA, Shetty SA (2020).** Health Care-Associated Infections in a Neurocritical Care Unit of a Developing Country. *Neurocritical care*. ;32(3):836-846. doi:10.1007/s12028-019-00856-8

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI DO NẤM TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Kim Thu^{1,2}, Lê Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi do nấm tại Bệnh viện Bệnh

nhiệt đới Trung ương. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân viêm phổi do nấm điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** 81% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58. Đái tháo đường (18,1%), xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%) là bệnh lý nền thường gặp. Triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng phổ biến là sốt (84,8%), khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%), ran ẩm ran nổ (81%). Hầu hết bệnh nhân có tăng nhẹ PCT (0,05-2 mg/mL) chiếm 70,4% và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm 44,7%. *Candida* và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyengkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Aspergillus là 2 nhóm căn nguyên chính gây viêm phổi do nấm. **Kết luận:** Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do nấm rất đa dạng, không đặc hiệu, cần nghĩ tới căn nguyên nấm ở những bệnh nhân có yếu tố cơ địa có triệu chứng hô hấp dai dẳng không cải thiện với các biện pháp điều trị thông thường.

Từ khóa: Viêm phổi, nấm, nấm phổi, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH INVASIVE PULMONARY FUNGAL INFECTION AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with invasive pulmonary fungal infection. **Population and method:** Cross-sectional descriptive study on 105 patients with invasive pulmonary fungal infection treated at the National Hospital for Tropical Diseases. **Results:** 81% of patients were male, mean age was 59,68 ± 14,58. Diabetes (18,15), cirrhosis (15,2%), HIV (14,3%), COPD and asthma (11,4%), were the most frequent comorbidities. Clinical symptoms are diverse but common are fever (84,4%), dyspnea (68,6%), productive cough (56,2%), crackles (81%). Most patients had a slight increase in PCT (0,05-2 mg/mL) 70,4% and a large increase in CRP (>100mg/L) 44,7%. Candida and Aspergillus are the two main etiological groups of pulmonary fungal infection. **Conclusion:** This study presented the clinical and paraclinical signs of invasive fungal infection are multifactorial, non-specific, this is why you have to think about fungal infection in patients with atopic factor have respiratory symptoms that do not improve with conventional therapies.

Keywords: Invasive pulmonary fungal infection, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi do nấm là một bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm nấm xâm lấn. Theo Yvonne Schmiedel và Stefan Zimmerli (2016), hàng năm có khoảng 2 triệu trường hợp nhiễm nấm xâm lấn do Candida, Aspergillus, Cryptococcus và Pneumocystis trên toàn thế giới¹. Tại Việt Nam, kết quả của Phạm Hùng Vân và cộng sự (2016-2017) cho thấy nấm men chiếm tỉ lệ 4,14% trong tổng số căn nguyên viêm phổi cộng đồng phải nhập viện. Tuy không phải là một căn nguyên phổ biến gây viêm phổi nhưng có nhiều yếu tố thuận lợi thúc đẩy sự gia tăng tỉ lệ căn nguyên nấm gây viêm phổi như vấn đề sử dụng kháng sinh chưa hợp lý, sử dụng corticoid hay các can thiệp y tế. Bệnh cảnh lâm sàng của viêm phổi do nấm lại phức tạp, chẩn đoán thường khó khăn do phải phân biệt và loại trừ với các căn nguyên khác, dẫn đến chậm trễ trong điều trị. Điều trị viêm phổi do nấm cũng là một thách

thức khi tình hình đề kháng thuốc kháng nấm đang có xu hướng gia tăng theo thời gian². Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những bệnh nhân viêm phổi do nấm tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm phổi do nấm và điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn Hội nghị đồng thuận giữa Hội Lồng ngực Mỹ và Hội Bệnh nhiễm trùng Mỹ, được xác định nhiễm nấm xâm lấn phổi thông qua kết quả vi sinh (nuôi cấy bệnh phẩm đường hô hấp xác định được căn nguyên nấm hoặc kết quả nuôi cấy bệnh phẩm mảnh mô sinh thiết phổi hoặc dịch màng phổi vô trùng xác định được căn nguyên nấm). Với Candida và Aspergillus, chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn EORTC/MSG và "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn" của Bộ y tế 2021^{3,4}.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Phát hiện đồng thời các căn nguyên gây viêm phổi khác ngoài nấm trong bệnh phẩm vi sinh. Bệnh nhân viêm phổi do Pneumocystis jirovecii. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu đối với bệnh nhân tiến cứu và thiếu thông tin trong hồ sơ bệnh án với bệnh nhân hồi cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu (78 bệnh nhân) và tiến cứu (27 bệnh nhân).

Tiến hành nghiên cứu

*Giai đoạn hồi cứu: Lấy danh sách tất cả các bệnh nhân có kết quả vi sinh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Thu thập các bệnh án đủ tiêu chuẩn và thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

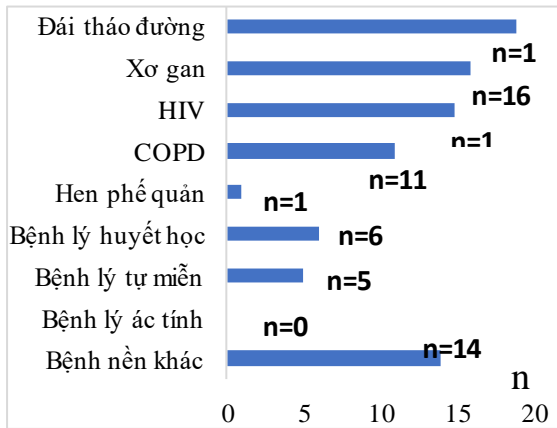
*Giai đoạn tiến cứu: Lựa chọn các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn. Sau đó thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu qua hỏi bệnh, khám lâm sàng, các xét nghiệm theo nội dung nghiên cứu.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong thời gian từ tháng 01/2016

đến tháng 06/2021, có 105 bệnh nhân viêm phổi do nấm đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm chủ yếu 85/105 (81%), tỉ lệ nam/nữ là 4,25/1. Tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58 (nhỏ nhất: 18, cao nhất: 89 tuổi). Nhóm tuổi từ 56-65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (30,5%). Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng hô hấp đến khi được chẩn đoán viêm phổi do nấm là 11,48 ± 11,38 ngày. Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi do nấm trong vòng 1 tuần kể từ khi có triệu chứng hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất (47,6%).



Biểu đồ 3.1. Bệnh lý nền (n=105)

Nhận xét: Bệnh lý nền thường gặp nhất là đái tháo đường (18,1%), sau đó là xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

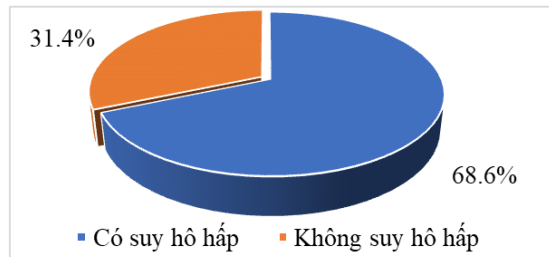
Bảng 3.2. Đặc điểm một số chỉ số huyết học (n=105)

Chỉ số	Đặc điểm	n	%	Mean ±SD; Min-Max
Hemoglobin	Không thiếu máu	29	27,6	102,65±24,82 61-202
	Thiếu máu	76	72,4	
Bạch cầu	Giảm	9	8,6	12,79±8,12 0,80-38,49
	Bình thường	37	35,2	
	Tăng	59	56,2	
Tỉ lệ BCĐNTT	Không tăng	27	25,7	80,61±13,42 2,60-97
	Tăng	78	74,3	
Tiểu cầu	Giảm	40	38,1	213,91±153,35 8-727
	Bình thường	58	55,2	
	Tăng	42	6,7	
Prothrombin	Bình thường	53	50,5	69,77±17,81 24-112
	Giảm	52	49,5	
D-dimer	Bình thường	2	1,9	6982,31±11596 32,20 – 70765
	Tăng	103	98,1	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tình trạng thiếu máu (72,4%), tăng số lượng bạch cầu (56,2%) và tăng tỉ lệ BCĐNTT (74,3%). Hầu hết các bệnh nhân đều có tăng D-dimer máu (98,1%).

Bảng 3.3. Đặc điểm một số chỉ số sinh hoá máu (n=105)

Chỉ số	Đặc điểm	n	%	Mean ±SD; Min-Max
Urê	Không tăng	51	48,6	10,94±10,16



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng suy hô hấp (n=105)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân suy hô hấp chiếm đa số (68,6%).

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng (n=105)

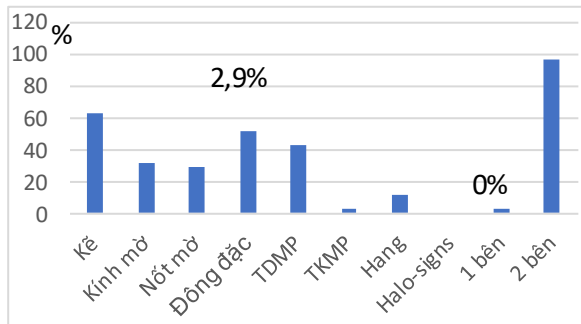
Triệu chứng cơ năng	n	%
Sốt	89	84,8
Khó thở	72	68,6
Ho đờm	59	56,2
Ho khan	20	19,0
Đau/tức ngực	12	11,4
Ho máu	0	0
Triệu chứng thực thể	n	%
Ran ẩm ran nổ	85	81,0
Hội chứng nhiễm trùng	56	53,3
Rì rào phế nang giảm	48	45,7
Không ran	15	14,3
Ran rít ran rít	9	8,6

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là sốt (84,8%), sau đó là khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ran ẩm ran nổ tại phổi (81%). Hội chứng nhiễm trùng được ghi nhận với tỉ lệ 53,3%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

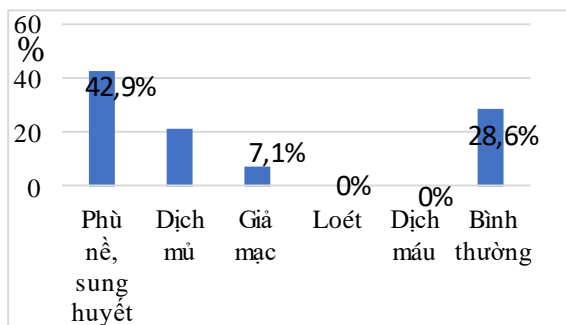
Creatinin	Tăng	54	51,4	1,90-47,9
	Không tăng	75	71,4	105,73±74,60
AST	Tăng	30	28,6	34-603
	Không tăng	32	30,5	76,06±68,83
ALT	Tăng	73	69,5	14-357
	Không tăng	56	53,3	213,91±153,35
PCT	Tăng	49	46,7	8-727
	Không tăng	1	1	4,44±12,64 0,02-100
	Tăng nhẹ	74	70,4	
	Tăng vừa	30	28,6	
Tăng nhiều	0	0		
CRP	Không tăng	2	1,9	110,76±79,85 2,1-349
	Tăng nhẹ	24	22,9	
	Tăng vừa	32	30,5	
	Tăng nhiều	47	44,7	

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều có tăng PCT và CRP với tỉ lệ tương ứng là 99% và 98,1%. Trong đó, tỉ lệ tăng nhẹ PCT (0,05-2mg/mL) và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm đa số (70,4% và 44,7%).



Biểu đồ 3.3. Tổn thương trên cắt lớp vi tính phổi (n=35)

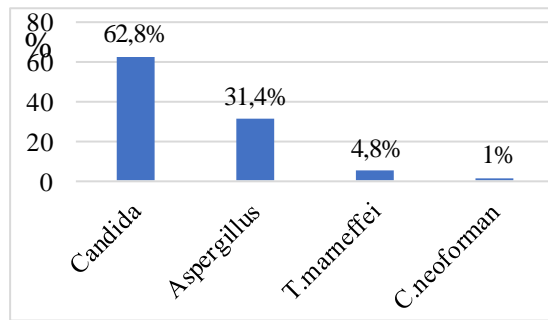
Nhận xét: Tổn thương phổi trên cắt lớp vi tính lồng ngực đứng đầu là tổn thương dạng kê (62,9%), tổn thương đông đặc đứng thứ hai (51,4%). Đa số tổn thương phổi cũng là tổn thương 2 bên (97,1%). Tràn khí màng phổi và halo-signs là hai tổn thương ít gặp nhất (2,9% và 0%).



Biểu đồ 3.4. Tổn thương trên nội soi khí phế quản (n=14)

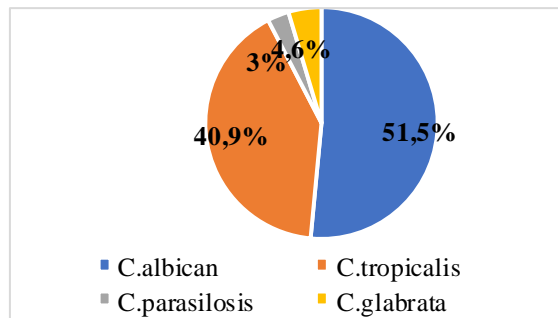
Nhận xét: Tổn thương hay gặp nhất trên nội soi khí phế quản là phù nề, sung huyết (42,9%). Không thấy tổn thương loét hay dịch máu khi nội

soi khí phế quản. Có 28,6% trường hợp nội soi khí phế quản bình thường.



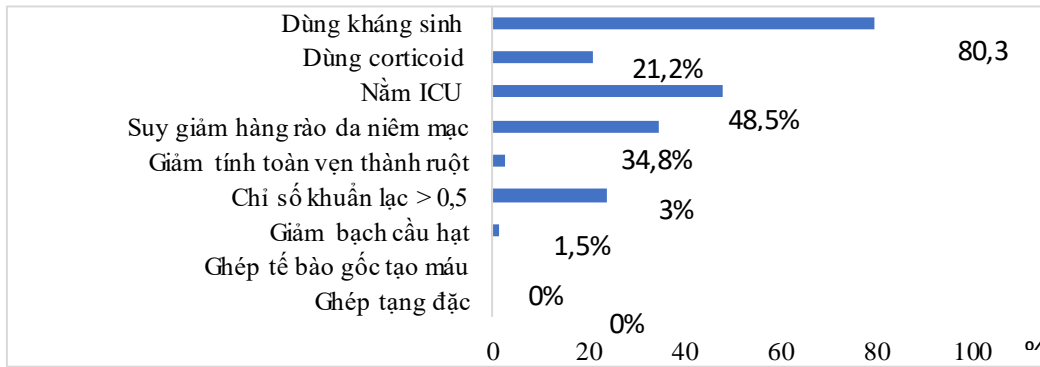
Biểu đồ 3.5. Tỉ lệ căn nguyên nấm gây viêm phổi (n=105)

Nhận xét: Trong tổng số các căn nguyên nấm gây viêm phổi, nhóm căn nguyên Candida chiếm đa số (62,8%), đứng thứ hai là Aspergillus (31,4%). Các căn nguyên còn lại chiếm tỉ lệ thấp: T.marneffei 4,8%; C.neoforman 1%.



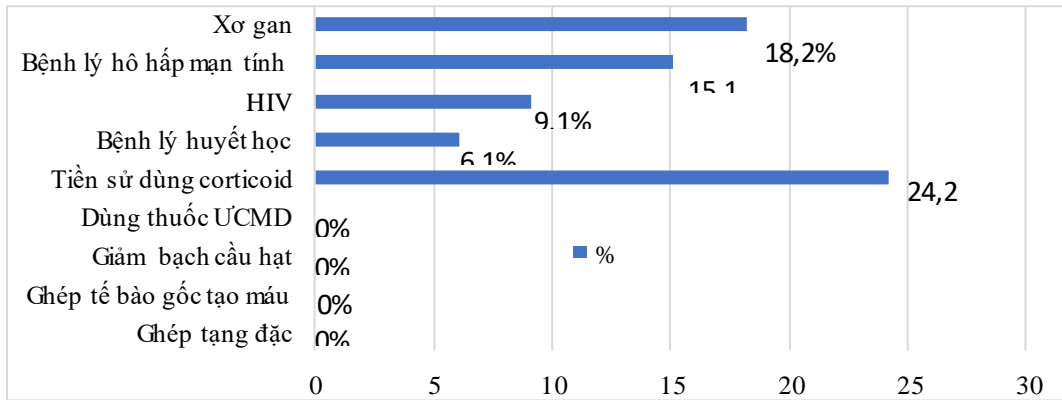
Biểu đồ 3.6. Tỉ lệ các chủng trong nhóm căn nguyên Candida (n=66)

Nhận xét: Chủng chiếm đa số trong nhóm căn nguyên Candida là C.albican (51,5%) và C.tropicalis (40,9%).



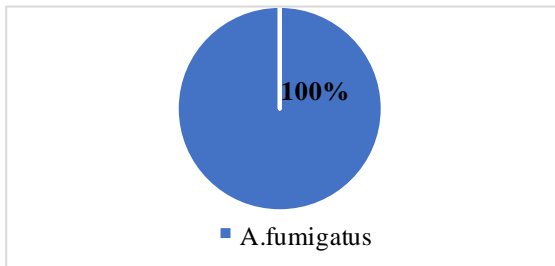
Biểu đồ 3.8. Yếu tố nguy cơ của viêm phổi do Candida (n=66)

Nhận xét: Dùng kháng sinh là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân viêm phổi do Candida (80,3%).



Biểu đồ 3.9. Yếu tố nguy cơ của viêm phổi do Aspergillus (n=33)

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của viêm phổi do Aspergillus là dùng corticoid (24,2%), xơ gan (18,2%) và bệnh lý hô hấp mạn tính (15,1%). Không có trường hợp nào có yếu tố nguy cơ liên quan đến giảm bạch cầu hạt trung tính, dùng thuốc ức chế miễn dịch hay ghép tế bào gốc tạo máu, ghép tạng đặc.



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ các chủng trong nhóm căn nguyên Aspergillus (n=33)

Nhận xét: 100% các trường hợp viêm phổi do Aspergillus là A.fumigatus.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung. Nam giới chiếm đa số (81%), tỉ lệ nam/nữ là 4,25/1. Tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58. Bệnh lý nền thường gặp nhất là

đái tháo đường (18,1%), xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%). Các bệnh cảnh trên đều gây ra cơ địa suy giảm miễn dịch - yếu tố thuận lợi cho nhiễm nấm xâm lấn. Theo Amartya Chakraborti và cộng sự⁵ (2018), đái tháo đường cũng là yếu tố nguy cơ làm gia tăng nhiễm nấm xâm lấn trên đối tượng thở máy dài ngày. Theo Vũ Văn Giáp và Vũ Thị Ninh⁶ (2021, n=41), bệnh đồng mắc thường gặp nhất là COPD và hen phế quản (31,7%) và đái tháo đường (24,4%).

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng cơ năng đa dạng và không đặc hiệu, thường gặp nhất là sốt (84,8%), khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ran ẩm ran nổ tại phổi (81%). Hội chứng nhiễm trùng được ghi nhận với tỉ lệ 53,3%. Tỉ lệ triệu chứng cơ năng, thực thể cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Ninh và Vũ Văn

Giáp⁶ (2021, n=41) về hội chứng nhiễm trùng (48,8%), triệu chứng thường gặp nhất là ho đờm (75,6%), khó thở (51,2%), ran ẩm ran nổ (41,5%). Nhóm bệnh nhân suy hô hấp chiếm đa số (68,6%). Tỷ lệ trên tương tự nghiên cứu của một số nghiên cứu trên thế giới.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm công thức máu, sinh hoá máu. Đa số bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu (56,2%) và tăng tỉ lệ BCĐNTT (74,3%). Hầu hết bệnh nhân có tăng nhẹ PCT (0,05-2 mg/mL) chiếm 70,4% và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm 44,7%.

4.2.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh. Tổn thương phổi trên CLVT lồng ngực đứng đầu là tổn thương dạng kẽ (62,9%), đồng đặc (51,4%). Đa số là tổn thương phổi 2 bên (97,1%). Tràn khí màng phổi và halo-signs là hai tổn thương ít gặp nhất (2,9% và 0%). Theo Vũ Văn Giáp và Vũ Thị Ninh⁶ (2021, n=41), tổn thương đa số trên CLVT ngực là cả 2 phổi (58,5%), tổn thương đồng đặc (56,1%) và kính mờ (34,1%). Các tác giả cũng không gặp tổn thương halo-signs nào trên CT ngực nhưng tổn thương hang chiếm tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (31,7% so với 11,4%).

Trong 14 bệnh nhân được soi phế quản, tổn thương hay gặp nhất là phù nề, sung huyết khí phế quản phổi (6/14, 42,9%), tiếp theo là dịch mủ trong lòng khí phế quản (3/14, 21,4%), giả mạc (7,1%). Không thấy tổn thương loét hay dịch máu khi soi phế quản. Có 4/14 trường hợp soi phế quản bình thường.

4.2.3. Đặc điểm căn nguyên yếu tố nguy cơ. Căn nguyên Candida chiếm đa số (62,8%), đứng thứ hai là Aspergillus (31,4%). Các căn nguyên còn lại chiếm tỉ lệ thấp: T.marneffeii 4,8%; C.neoforman 1%. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy căn nguyên thường gặp trong viêm phổi do nấm là Aspergillus như Vũ Văn Giáp (2021) 75,7% , Chien-Yuan Chen (2018) 77,6%; Chun-Yu Lin 61,3%^{6,7, 8}. 100% các trường hợp viêm phổi do Aspergillus là A.fumigatus. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của các tác giả nói trên. Sự khác biệt về nhóm căn nguyên Candida đứng đầu tiên trong nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải qua phương pháp lựa chọn đối tượng nghiên cứu phù hợp với tình hình thực tế tại cơ sở y tế tiến hành nghiên cứu. Chúng chiếm đa số trong nhóm căn nguyên Candida là C.albican (51,5%) và C.tropicalis (40,9%).

Dùng kháng sinh là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân viêm phổi do

Candida (80,3%). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của viêm phổi do Aspergillus là dùng corticoid (24,2%), xơ gan (18,2%) và bệnh lý hô hấp mạn tính (15,1%). Theo Amartya Chakraborti và cộng sự⁵ (2018), sử dụng corticoid kéo dài là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (81%). Có 1 trường hợp có giảm BCĐNTT (1,5%). Theo Chien-Yuan Chen⁷ (2018), tỉ lệ bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính là 75%. Điều này liên quan đến đặc điểm bệnh lý nền của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp bệnh nhân có bệnh lý huyết học là rối loạn sinh tuỷ còn nghiên cứu của tác giả tiến hành trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý huyết học ác tính.

Kết quả: -81% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58. Đái tháo đường (18,1%), xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%) là bệnh lý nền thường gặp.

- Triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng phổ biến là sốt (84,8%), khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%), ran ẩm ran nổ (81%). Hầu hết bệnh nhân có tăng nhẹ PCT (0,05-2 mg/mL) chiếm 70,4% và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm 44,7%.

- Candida và Aspergillus là 2 nhóm căn nguyên chính gây viêm phổi do nấm.

V. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do nấm rất đa dạng, không đặc hiệu, cần nghĩ tới căn nguyên nấm ở những bệnh nhân có yếu tố cơ địa có triệu chứng hô hấp dai dẳng không cải thiện với các biện pháp điều trị thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schmiedel Y, Zimmerli S. Common invasive fungal diseases: an overview of invasive candidiasis, aspergillosis, cryptococcosis, and Pneumocystis pneumonia. Swiss Med Wkly. Published online February 22, 2016. doi:10.4414/smw.2016.14281
2. Antifungal Resistance | Fungal Diseases | CDC. Published May 18, 2020. Accessed June 24, 2020. <https://www.cdc.gov/fungal/antifungal-resistance.html>
3. Bassetti M, Azoulay E, Kullberg BJ, et al. EORTC/MSGERC Definitions of Invasive Fungal Diseases: Summary of Activities of the Intensive Care Unit Working Group. Clin Infect Dis. 2021;72(Supplement 2):S121-S127. doi:10.1093/cid/ciaa1751
4. Bộ Y tế. Quyết định 3429/QĐ-BYT ngày 14/7/2021 về ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn." 2021.
5. Chakraborti A, Jaiswal A, Verma PK, Singhal R. A Prospective Study of Fungal Colonization and

- Invasive Fungal Disease in Long-Term Mechanically Ventilated Patients in a Respiratory Intensive Care Unit. Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med. 2018;22(8):597-601. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_181_18
6. **Nhinh VT, Giáp VV.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nấm phổi xâm lấn điều trị tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;506(1).
7. **Chen CY, Sheng WH, Tien FM, et al.** Clinical characteristics and treatment outcomes of pulmonary invasive fungal infection among adult patients with hematological malignancy in a medical centre in Taiwan, 2008–2013. J Microbiol Immunol Infect. 2020;53(1):106-114. doi:10.1016/j.jmii.2018.01.002
8. **Lin CY, Liu WL, Chang CC, et al.** Invasive fungal tracheobronchitis in mechanically ventilated critically ill patients: underlying conditions, diagnosis, and outcomes. Ann Intensive Care. 2017;7(1):9. doi:10.1186/s13613-016-0230-9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ

Đặng Phúc Đức*, Đỗ Đức Thuần*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính phình động mạch não giữa vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiễn cứu, cắt ngang có theo dõi dọc 46 bệnh nhân được can thiệp vỡ phình động mạch não giữa tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021. **Kết quả:** Đau đầu 89,1%, hội chứng màng não 93,30%, liệt nửa người 32,6%, vỡ tái phát trước can thiệp 8,69%. Trên CTSN thấy hình ảnh chảy máu dưới nhện 93,48%, ổ máu tụ thùy thái dương 41,30%. **Kết luận:** vỡ phình động mạch não giữa gây hội chứng màng não, liệt nửa người, vỡ tái phát ít hơn vị trí khác. Trên CTSN có thường có ổ máu tụ thùy thái dương.

Từ khóa: Phình động mạch não giữa vỡ, lâm sàng vỡ phình động mạch não

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL FEATURES AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF RUPTURED MIDDLE CEREBRAL ANEURYSMS

Objective: Describe the clinical features and computed tomography images of ruptured middle cerebral aneurysms. **Subject and method:** prospective, descriptive cross sectional and follow long study of 46 patients. They were treated ruptured middle cerebral artery aneurysms by intervention in the stroke department of Hospital N°103 from to october 2009 to december 2021. **Result:** Headache 89.1%, meningococcal syndrome 93.30%, hemiplegia 32.6%, recurrent rupture before intervention 8.69%. On computer tomography showed subarachnoid hemorrhage 93.48%, hematoma in temporal lobe 41.30%. **Conclusion:** ruptured middle cerebral aneurysm causes meningeal syndrome, hemiplegia,

recurrent rupture less than other locations. On computer tomography, there is often a hematoma in temporal lobe.

Key word: ruptured middle cerebral artery aneurysm, Clinically ruptured cerebral aneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch (PĐM) não là bệnh khá phổ biến chiếm tỷ lệ 0,2% - 9%, trung bình 4,5% dân số ở các nước trên thế giới. Tỷ lệ vỡ hàng năm 1% - 2% trong phình động mạch não giữa chiếm 20% tổng số phình mạch não. Biến chứng nặng hay gặp của vỡ phình mạch (PM) não là vỡ tái phát. Trên 15% số bệnh nhân vỡ tái phát trong 24 giờ đầu, 20% trong hai tuần đầu và 50% trong vòng 6 tháng nếu không được điều trị can thiệp. Khi PM não vỡ tái phát tình trạng lâm sàng rất nặng nề, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao.

Ngăn chặn PĐM não vỡ tái phát có hai phương pháp cơ bản: phẫu thuật kẹp cổ túi phình bằng clip (clipping) và can thiệp nội mạch làm đông máu trong lòng túi phình. Việc lựa chọn can thiệp nội mạch hay phẫu thuật phụ thuộc vào đặc điểm hình thái túi phình, động mạch nhánh đi ra từ túi phình, thể tích ổ máu tụ. Phình động mạch não giữa vỡ thường gặp trong lâm sàng và thường có đặc điểm hình thái phức tạp do thường cổ rộng, hay có động mạch nhánh đi ra từ cổ hoặc túi phình, hình thái phình mạch phức tạp. Vì vậy chúng tôi xin chia sẻ về kết quả nghiên cứu đặc điểm hình ảnh phình động mạch não giữa vỡ góp phần trong can thiệp, phẫu thuật điều trị phình động mạch não giữa vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nghiên cứu: 46 bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa vỡ được điều trị can thiệp nội mạch tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Quản y 103. Thời gian từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021

Loại trừ: Phình động mạch não vỡ không thuộc phình động mạch não giữa, phình động mạch não giữa vỡ được phẫu thuật và hay có mức độ lâm sàng nặng với điểm Hunt Hess trên 4.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang theo dõi dọc
- Mức độ lâm sàng được đánh giá qua thang điểm Hunt Hess, đánh giá mức độ chảy máu trên cắt lớp vi tính sọ não dựa vào thang điểm Fisher có giá trị tiên lượng mức độ co thắt mạch não.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

- Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình 54,1 tuổi thấp nhất 27, cao nhất 86, nhiều nhất từ 40 đến 60 chiếm 56,3%, Nữ giới chiếm 52,9%. Trong nghiên cứu thấy các bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa vỡ độ tuổi trung bình tương đương với các nghiên cứu vỡ phình mạch ở các vị trí khác. Giới tính ở những bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa gặp nhiều ở giới nữ.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng vỡ phình động mạch não giữa

Đặc điểm lâm sàng	Tỷ lệ % (n) n = 46
Đau đầu	89,1 (41)
Hội chứng màng não	93,30 (42)
Liệt nửa người	32,60 (15)
Vỡ tái phát trước khi can thiệp	8,69 (4)
Hunt-Hess (điểm)	2,16 ± 0,98 (tối đa = 4)

Đau đầu trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 89,1% bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa. Bệnh nhân có thể khi đến với chúng ta đau đầu đã giảm nếu thời gian vỡ phình động mạch não đã nhiều ngày. Nhưng khi khai thác diễn biến bệnh có thể nhận thấy các bệnh nhân đều có diễn biến đau đầu với tính chất đột ngột làm cho bệnh nhân thường nhớ rất rõ thời điểm, hoàn cảnh xuất hiện cơn đau đầu. Trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiện và cộng sự năm 2014 ở 87 bệnh nhân vỡ phình động mạch não nói chung thấy tỷ lệ bệnh nhân đau đầu là 98,0% [1]. Theo Wanke và cộng sự (2008), đau đầu gặp 88,1%, đau đầu trong vỡ PDM não khởi phát đột ngột, cường độ dữ dội. Đau đầu là triệu chứng thường xuyên, đôi khi cũng là triệu chứng duy nhất khiến bệnh nhân tìm kiếm sự chăm sóc y tế [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng màng não là 93,38%. Vỡ phình động mạch não với triệu chứng kinh

điển là có hội chứng màng não do vỡ phình mạch máu chảy vào khoang dưới nhện. Một số trường hợp có máu chảy vào khoang dưới nhện những có thể không có hội chứng màng não khi thời gian từ khi máu chảy vào khoang dưới nhện đến khi khám ngăn (thường dưới 6 giờ), số lượng máu chảy vào khoang dưới nhện ít. Hoặc thời gian vỡ phình mạch đã trên 1 tháng khi đó chúng ta cũng khó phát hiện hội chứng màng não. Ngoài ra một số trường hợp chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa chỉ gây ổ máu tụ thùy thái dương mà lượng máu chảy vào khoang dưới nhện ít hoặc không có, khi đó hội chứng màng não cũng không rõ. Những bệnh nhân vỡ phình động mạch không có hội chứng màng não trên lâm sàng có nguy cơ bị bỏ sót chẩn đoán cao nếu người làm lâm sàng không nghĩ đến nguyên nhân vỡ phình động mạch, từ đó làm tăng nguy cơ diễn biến bệnh phức tạp thậm chí vỡ tái phát phình mạch có thể gây tử vong. nếu không quan tâm khai thác tiền sử đúng mức.

Liệt nửa người 33,8%, trong nghiên cứu của Phạm Đình Đài và cộng sự năm 2015, thấy bệnh nhân vỡ phình động mạch não nói chung có triệu chứng thần kinh khu trú 30,7% (các triệu chứng thần kinh khu trú là liệt dây thần kinh sọ, liệt nửa người) [3], triệu chứng liệt nửa người trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều hơn. Đây là đặc điểm lâm sàng khác biệt của chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa. Do chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa thường gây ổ máu tụ ở thùy thái dương từ đó gây liệt nửa người.

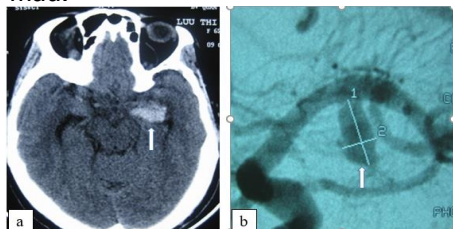
Vỡ tái phát trước can thiệp chúng tôi gặp 4 bệnh nhân chiếm 8,69%. Chảy máu tái phát chiếm tỷ lệ cao ngay trong khi điều trị nội trú tại bệnh viện chiếm tỷ lệ khoảng trên 60% số bệnh nhân trong vòng 30 ngày đến 6 tháng đầu sau khi vỡ nếu không được điều trị can thiệp. Khi vỡ máu tái phát tình trạng bệnh nhân rất nặng nề thường tử vong 50% số bệnh nhân chảy máu tái phát hoặc sống thực vật [3]. Tỷ lệ vỡ tái phát phụ thuộc vào vị trí phình động mạch não vỡ, trong nghiên cứu của Phạm Đình Đài và cộng sự thấy vỡ phình mạch tái phát trước khi can thiệp 75,9%, các bệnh nhân vỡ tái phát thường có điểm Hunt Hess 3,2 ± 0,9 điểm, trong đó phình mạch ở vị trí thông trước có tỷ lệ vỡ tái phát cao 48%, phình động mạch não giữa 13% [2]. Tỷ lệ phình mạch vỡ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi thấp 8,69% do những trường hợp vỡ tái phát có mức độ lâm sàng quá nặng chúng tôi không can thiệp hoặc có ổ máu tụ trên 50 ml,

chúng tôi thường chuyển phẫu thuật. Ngoài ra vỡ phình động mạch não giữa có tỷ lệ vỡ tái phát thấp hơn so với các vị trí khác như phình động mạch thông trước, phình động mạch thân nền cũng là một lý do.

Bảng 2: Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não

Đặc điểm hình ảnh CLVT SN		Tỷ lệ % (n)
Chảy máu dưới nhện		93,48 (43)
Ổ máu tụ		41,30 (19)
Chảy máu não thất		8,69 (4)
Dưới màng cứng		8,69 (4)
Điểm Fisher	1 điểm	4,35 (2)
	2 điểm	8,69 (4)
	3 điểm	28,26 (13)
	4 điểm	36,95 (17)

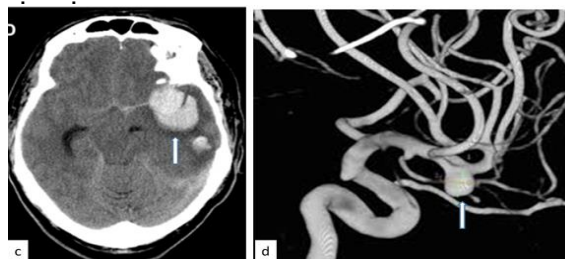
Chảy máu dưới nhện thấy ở 43 bệnh nhân chiếm 93,48%, như vậy có 3 bệnh nhân (6,52%) vỡ phình động mạch não giữa không chảy máu dưới nhện, thấp hơn so với các nghiên cứu về vỡ phình động mạch não vỡ không thấy hình ảnh chảy máu trong khoang dưới nhện [4]. Vỡ phình động mạch nhưng không thấy máu trong khoang dưới nhện do lượng máu chảy vào khoang dưới nhện ít hoặc không có, bệnh nhân đến muộn sau thời điểm khởi phát, có một bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa không thấy chảy máu trên cắt lớp vi tính sọ não, bệnh nhân này chúng tôi dựa vào triệu chứng lâm sàng khởi phát đau đầu đột ngột, dữ dội vì vậy chúng tôi tiến hành chọc dịch não tủy thấy máu trong khoang dưới nhện sau đó chụp cắt lớp vi tính dựng mạch máu xác định phình động mạch não giữa vỡ. Một bệnh nhân chỉ thấy ổ máu tụ thùy thái dương, nằm trên đường đi của động mạch não giữa, gần rãnh sylvius. Vì vậy chúng tôi nghĩ đến nguyên nhân do vỡ phình động mạch não giữa và được xác định qua chụp cắt lớp vi tính sọ não có dựng mạch máu.



Hình ảnh 1: BN Lưu Thị B, 63 tuổi, 1a, hình ảnh CLVT SN có ổ máu tụ ở thùy thái dương bán cầu trái; 1b hình ảnh phình động mạch não giữa (mũi tên)

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy 41,3% bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa có ổ máu tụ. Ổ máu tụ do vỡ phình động mạch não giữa thường nằm ở thùy thái dương, hoặc rãnh

sylvius. Đây là nguyên nhân thường xuyên gây liệt nửa người ở bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa. Tại trung tâm đột quy của chúng tôi những bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa có ổ máu tụ trên 50 ml thường lựa chọn để phẫu thuật, những bệnh nhân này không được thống kê vào nghiên cứu nên tỷ lệ vỡ phình não giữa có ổ máu tụ thấp hơn so với thực tế. Vỡ phình động mạch não giữa thường gây ổ máu tụ thùy thái dương [8], vị trí giải phẫu phình mạch ở thùy thái dương là nơi thuận lợi cho lựa chọn phẫu thuật túi phình bên cách can thiệp mạch não mạch.



Hình ảnh 2: BN Phạm Thị H, hình 1c, ổ máu tụ thùy thái dương trái, gần rãnh sylvius, hình 1d - chụp mạch máu thấy phình động mạch não giữa trái (mũi tên)

Với thang điểm Fisher để đánh giá mức độ co mạch trên cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa, thấy Fisher 3 điểm 28,26%, Fisher 4 điểm 36,95%. Fisher 3 điểm gây mức độ co thắt mạch nhiều nhất. So với nghiên cứu của Phạm Đình Đài về phình động mạch não vỡ (2014), thấy vỡ phình mạch não nói chung gặp 25% Fisher 3 điểm, Fisher 4 điểm 37,5% [5], tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 46 bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021 tại Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi có kết luận như sau:

Các bệnh nhân khởi phát đau đầu 89,1%, trong đó có 93,3% bệnh nhân có hội chứng màng não. Dấu hiệu thần kinh khu trú hay gặp là liệt nửa người 32,6%. Vỡ phình mạch tái phát trước can thiệp thấp (8,69%)

Trên hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não: 93,48% bệnh nhân thấy hình ảnh chảy máu khoang dưới nhện, trong đó ổ máu tụ ở thùy thái dương gần rãnh sylvius là 41,3%. Điểm Fisher chiếm tỷ lệ cao là 3 và 4 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hiện, Phạm Đình Đài, Đỗ Đức

- Thuần và cộng sự (2014)**, Nghiên cứu biểu hiện lâm, hình ảnh và kết quả điều trị can thiệp nội mạch phình động mạch não đã vỡ ở bệnh viện Quân y 103, tạp chí Y-Dược học quân sự số 9-2014
2. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuận, Đặng Minh Đức, (2015)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả can thiệp nội mạch bệnh nhân vỡ phình động mạch não, tạp chí Y-Dược học quân sự số 3-2014
3. **Hurst R. W, Rosenwasser R. H. (2010)**, *Interventional Neuroradiology*, Springer 234-269
4. **Đỗ Đức Thuận, Nguyễn Minh Hiện, Phạm Đình Đài, (2013)**, Đặc điểm hình ảnh và kết quả điều trị vỡ phình động mạch thông trước bằng can

thiệp nội mạch ở Bệnh viện 103, Vol 38, N⁰², tháng 2/2013

5. **Dai Phạm Dinh, Thuan Do Duc, Duc Dang Phuc, (2014)**, Coil occlusion of ruptured cerebral vascular aneurysms in Hospital 103, Vietnam journal of medicine & Pharmacy-VJMP 6(3)-2014
7. **Wanke, Dörfel A, Forsting M. (2008)**, *Intracranial Vascular Malformations and Aneurysms*, Springer.
8. **Zijlstra I.A., van der Steen W.E., Verbaan D. et al. (2018)**. Ruptured middle cerebral artery aneurysms with a concomitant intraparenchymal hematoma: the role of hematoma volume, *Neuroradiology*, 60(3): 335-342.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH Ô NHIỄM TIẾNG ỒN VÀ THỰC TRẠNG GIẢM THÍNH LỰC CỦA BỘ ĐỘI THI CÔNG CÔNG TRÌNH NGẦM QUỐC PHÒNG

Vũ Thị Trúc Quỳnh¹, Nguyễn Bá Vượng¹,
Lương Minh Tuấn², Hồ Tú Thiên¹, Nguyễn Phương Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình ô nhiễm tiếng ồn và tình trạng giảm thính lực của bộ đội thi công công trình ngầm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chọn 200 bộ đội công binh ở 2 lữ đoàn Công Binh đủ tiêu chuẩn chia làm 2 nhóm: 100 bộ đội làm việc trực tiếp trong công trình ngầm, 100 làm việc hành chính không trực tiếp làm trong công trình ngầm và 100 mẫu đo cường độ tiếng ồn tương ứng với vị trí làm việc của 100 bộ đội làm việc trực tiếp trong công trình ngầm. **Kết quả:** Trong 100 mẫu tiếng ồn có 61% mẫu vượt tiêu chuẩn vệ sinh lao động (TCVSLĐ). Cường độ tiếng ồn vượt từ 1,5-30,4 dBA so với tiêu chuẩn của Bộ Y tế. Tỷ lệ giảm thính lực ở người lao động trong các khu vực sản xuất trực tiếp chiếm 39%, giảm thính lực ở bộ đội có đặc điểm là giảm tần số cao, thuộc dạng điếc tiếp âm đối xứng phù hợp với giảm thính lực do tiếp xúc với tiếng ồn. Tỷ lệ giảm thính lực tăng theo tuổi đời. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa thấy sự khác biệt giữa giảm thính lực và tuổi nghề ở bộ đội thi công công trình ngầm. **Kết luận:** Mức độ ô nhiễm tiếng ồn trong công trình ngầm khá cao, có tới 61% mẫu vượt quá TCVSLĐ và vượt quá 1,5-30,4 dBA so với tiêu chuẩn của BYT. Làm việc lâu dài trong môi trường này có thể dẫn tới tình trạng giảm thính lực do tiếp xúc với tiếng ồn là 39% và có mối liên quan giữa tỷ lệ giảm thính lực với tuổi đời.

Từ khóa: giảm thính lực, tiếng ồn, công trình ngầm

¹Trung tâm Nội dã chiến – Bệnh viện Quân y 103

²Viện y học dự phòng Quân đội

³Viện y học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Trúc Quỳnh

Email: vutrucquynh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

SUMMARY

RESEARCH ON NOISE POLLUTION AND THE RATE OF HEARING LOSS OF SOLDIERS WHO WORK IN THE UNDERGROUND CONSTRUCTION

Objective: Research on noise pollution and hearing loss status of soldiers who work in the underground construction. **Objects and methods:** A total of 200 soldiers in 2 qualified engineer brigades are divided into 2 groups: 100 soldiers working directly in underground construction, 100 soldiers doing administrative work and do not directly work in the underground construction and 100 samples of noise intensity measurement corresponding to the working position of 100 soldiers working directly in underground construction. **Results:** 61% of sample noise exceeded occupational hygiene standards (OSH) and 15-30,4 dBA higher than the Ministry of Health (MOH) standard. The rate of hearing loss of soldiers who work directly in underground construction is 39% with characteristics of high-frequency reduction, symmetrical and resonant deafness, which suitable for occupational hearing loss. The rate of hearing loss increases with age. However, this study has not found a difference between hearing loss and career age. **Conclusion:** The level of noise pollution in underground works is quite high, with up to 61% of sample noise exceeding the OSH standards and 15-30,4 dBA higher than the MOH standard. Long-term work in this environment can lead to 39% of noise-related hearing loss, and there is a relationship between the rate of hearing loss and age.

Keywords: hearing loss, noise, underground construction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển các ngành công nghiệp, các yếu tố gây ô nhiễm môi trường như

bụi, hơi khí độc và cường độ tiếng ồn trong môi trường lao động cũng ngày một tăng. Thực tế cho thấy người lao động làm việc trong các ngành sản xuất, xây dựng, khai thác... phải thường xuyên tiếp xúc nhiều nguồn tiếng ồn với cường độ tiếng ồn cao, vượt quá tiêu chuẩn cho phép [1], [2], [3]... Đặc biệt trong thi công công trình ngầm, môi trường làm việc kín và nằm dưới lòng đất nên cường độ tiếng ồn phát sinh ra được khuếch đại lên nhiều lần.

Thi công công trình ngầm (CTN) là một ngành lao động đặc thù, được xếp loại lao động nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm. Người lao động phải làm việc dưới hầm sâu, chật hẹp, gò bó, tối tăm và thường xuyên phải tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây nên các bệnh nghề nghiệp như: bụi, đá, kim loại, phóng xạ, bùn nước ứ đọng, tiếng ồn, rung chuyển và các loại hơi khí độc... ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe bộ đội. Trong đó tiếng ồn là một trong các yếu tố gây khó chịu cho bộ đội. Nguồn gốc phát sinh tiếng ồn bắt nguồn từ các máy khoan, máy đào, máy xúc hay thuốc nổ... Các hoạt động như khoan đường hầm, đóng cọc, và đào đất đều gây ra tiếng ồn và độ rung nhất định vượt quá ngưỡng nghe của bộ đội. Thực tế đã có tình trạng bộ đội thi công CTN đã phàn nàn về sức khỏe với các biểu hiện như: Giảm sức nghe, ù tai, giao tiếp khó khăn, đau đầu, căng thẳng... làm giảm chất lượng cuộc sống cũng như hiệu quả công việc.

Mặc dù đã cố gắng tìm kiếm, tuy nhiên chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu đã được công bố nào trên thế giới và tại Việt Nam về tình trạng giảm thính lực nghề nghiệp của nhóm đối tượng bộ đội thi công CTN. Vì vậy, chúng tôi triển khai nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu tình hình ô nhiễm tiếng ồn và thực trạng giảm thính lực của bộ đội thi công công trình ngầm*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Tình trạng ô nhiễm tiếng ồn

3.1.1 Kết quả đo tiếng ồn tại các vị trí làm việc trong công trình ngầm

Bảng 3.1. Phân tích cường độ tiếng ồn theo dải tần trong công trình ngầm

	MÃ/ MẬTĐ (dBA)	Mức âm ở các dải ốc tai (dBA)							
		63 Hz	125 Hz	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	8000 Hz
Số mẫu đo		n=100							
Min	72,7	47,6	55,9	62,8	68,1	68,3	64,5	57,2	50,1
Max	115,4	79,3	89,7	97,4	107,2	115	102,8	95,4	87,2
$\bar{X} \pm SD$	91,35 ±11,31	59,18 ±7,79	69,61 ±8,7	78,42 ±9,51	85,37 ±10,34	89,89 ±11,42	81,09 ±10,58	72,64 ±10,51	60,89 ±9,48

- Tiếng ồn trong môi trường lao động công trình ngầm ở 2 lữ đoàn Công binh.

- Bộ đội làm việc trực tiếp trong công trình ngầm ở 2 lữ đoàn Công binh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: 2 công trường tại 2 lữ đoàn công binh – Bộ Tư lệnh Công binh

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2020 đến tháng 12/2021

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Phương pháp điều tra: Điều tra mô tả cắt ngang có so sánh đối chứng

2.2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn 200 bộ đội công binh ở 2 lữ đoàn Công Binh đủ tiêu chuẩn chia làm 2 nhóm: 100 bộ đội làm việc trực tiếp trong công trình ngầm, 100 làm việc hành chính không trực tiếp làm trong công trình ngầm có tuổi nghề từ 1 năm trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có tiền sử điếc do chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn hay thuốc, chấn thương âm, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, xốp xơ tai trước khi vào bộ đội, không đồng ý tham gia nghiên cứu và không thu thập đủ các số liệu theo thiết kế của nghiên cứu.

2.3 Phương tiện nghiên cứu

2.3.1 Cán bộ nghiên cứu: Cán bộ tham gia đo đạc môi trường lao động: kĩ thuật viên của khoa y học lao động – bệnh nghề nghiệp, viện y học dự phòng Quân đội.

Cán bộ khám sức khỏe cho bộ đội: Bác sĩ khoa y học lao động – bệnh nghề nghiệp, viện y học dự phòng Quân đội.

2.3.2 Dụng cụ và biện pháp. Cường độ tiếng ồn: đo bằng máy đo tiếng ồn có phân tích giải tần hiện số RION NL 04 (Nhật Bản) theo thường quy kỹ thuật của Viện Y học Lao động và Vệ sinh môi trường - Bộ Y tế.

2.4 Xử lý số liệu. Các số liệu thu nhập được tổng hợp bằng phần mềm Microsoft excel 2013, được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

QCVN 24/2016/BYT	≤ 85	≤99	≤92	≤86	≤83	≤80	≤78	≤76	≤74
Tỷ lệ mẫu không đạt	61	0	0	22	53	81	51	34	12
Tỷ lệ %	61%	0%	0%	22%	53%	81%	51%	34%	12%

Cường độ tiếng ồn (mức áp suất chung) dao động trong khoảng 72,7 đến 115,4 dBA, giá trị trung bình $91,35 \pm 11,31$ dBA. Mức độ ồn tại các vị trí này vượt quá tiêu chuẩn cho phép của BYT (85 dB) là 1,5-30,4 dBA và có 61% mẫu đo tiếng ồn không đạt TCVSLĐ.

Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá cường độ tiếng ồn trong hầm ngầm nên trong nghiên cứu này chúng tôi sẽ so sánh với những nghiên cứu ở các ngành nghề xây dựng khác như: khai thác chế biến đá, sản xuất xi măng... với công việc tương tự và đặc biệt người lao động phải tiếp xúc với cường độ tiếng ồn cao trong quá trình lao động. Kết quả của chúng tôi gần tương đồng về cường độ tiếng ồn trong nghiên cứu của Hồ Xuân Vũ ở công ty hữu hạn Xi măng Luks [3] ($88,24 \pm 8,77$), trong đó có 57,6% số mẫu không đạt, tuy nhiên cường độ tiếng ồn vượt quá 1,5-15 dBA, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

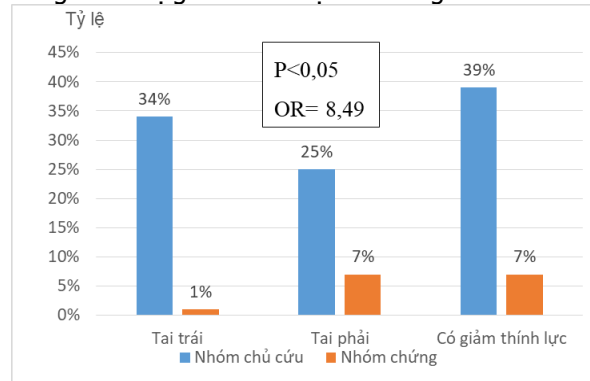
Theo "Đánh giá thực trạng tiếng ồn và ảnh hưởng đến sức nghe của công nhân tại một nhà máy lắp ráp ô tô ở Vinh Phúc" của tác giả Nguyễn Quang Khanh và cộng sự (2003) [4] cho thấy 64,6% công nhân làm việc có độ ồn vượt quá cho phép của TCVSLĐ, kết quả này gần tương đương kết quả của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu Vũ Thị Ngọc Dung của công ty cổ phần xi măng (2016) [5] với 71,42% mẫu không đạt chuẩn, cường độ tiếng ồn có giá trị vượt 3-17 dBA so với tiêu chuẩn của BYT (85 dBA).

3.2 Tình trạng giảm thính lực ở bộ đội thi công công trình ngầm

Kết quả trên bảng cho thấy tỷ lệ giảm thính lực ở bộ đội trực tiếp trong hầm ngầm là 39/100 (39%) cao hơn nhóm chứng 7/100 (7%), có ý nghĩa $p < 0,05$. Tỷ lệ giảm thính lực này tương tự như trong nghiên cứu tác giả Chadambua và cộng sự trên 169 công nhân làm việc dưới hầm

mở Zimbabwe (2013) [6] cho thấy 62 (36,7%) công nhân bị giảm thính lực do tiếng ồn.



Biểu đồ 1. Kết quả giảm thính lực ở 2 nhóm nghiên cứu

Tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Khanh và cộng sự (2003) [4] về số mẫu vượt quá TCVSLĐ (66%), tỉ lệ giảm thính lực của tác giả gần tương tự với nghiên cứu của chúng tôi là 39,05%.

Tỉ lệ GTL cao hơn so với nghiên cứu của Hồ Xuân Vũ (12,8%) [3], mặc dù có cường độ tiếng ồn và số mẫu vượt quá tiêu chuẩn gần tương đương nhau, điều này được giải thích là tuổi đời và tuổi nghề của người lao động trong nghiên cứu của Hồ Xuân Vũ rất trẻ (50% NLD thuộc nhóm 18-29 tuổi, 50% có tuổi nghề < 5 năm). Hơn thế nữa quy trình sản xuất tại cty xi măng Luks hầu hết đã được công nghiệp hóa, công ty cũng có chính sách phòng chống bệnh nghề nghiệp đc thấy rõ trong báo cáo lao động của ngành.

Nguy cơ GTL ở nhóm bộ đội làm việc trong CTN cao gấp 8,49 lần so với nhóm chứng, kết quả này gần tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Chung (2014) [7] tỷ lệ GTL của nhóm làm việc tiếp xúc tiếng ồn vượt quá tiêu chuẩn gấp 7 lần so với nhóm chứng không tiếp xúc với tiếng ồn vượt quá tiêu chuẩn cho phép.

Bảng 3.2. Đặc điểm giảm thính lực của nhóm bộ đội làm trực tiếp trong công trình ngầm

Tần số	250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
Tai phải	26	30	30	14	80	13	7
Tai trái	23	20	34	24	71	9	4

Kết quả trên cho thấy tình trạng giảm thính lực ở nhóm chủ cứu chủ yếu giảm ở tần số cao, 80% đối tượng có tai phải và 71% tai trái giảm thính lực ở tần số 4000Hz.

Theo nghiên cứu của Edward về đặc điểm mất thính giác do tiếng ồn ở thợ đào vàng [8]. Đa số công nhân mất thính giác 2 bên, chủ yếu ở tần số trên 2000Hz và 4000Hz.

Bảng 3.3. Kết quả phân loại biểu đồ thính lực của nhóm chủ cứu

Loại biểu đồ thính lực	Nhóm chủ cứu (n=100)	
	Số lượng	%
Điếc tiếp âm đối xứng	30	76,92
Điếc tiếp âm một bên tai phải	5	12,82
Điếc tiếp âm một bên tai trái	4	10,26
Điếc hỗn hợp	0	0
Điếc dẫn truyền	0	0

Kết quả phân loại biểu đồ thính lực ở nhóm chủ cứu cho thấy GTL ở bộ đội thi công CNT thuộc dạng điếc tiếp âm và là tiếp âm đối xứng (76,92%). Như vậy, bộ đội thi công trong CTN có GTL ở tần số cao đầu tiên (4000Hz), là dạng điếc tiếp âm, đối xứng. Đặc điểm này phù hợp với đặc điểm GTL do tiếp xúc với tiếng ồn (điếc nghề nghiệp). Khi tiếp xúc với tiếng ồn có cường độ cao gây nên những tổn thương thần kinh của cơ quan thính giác, tiếng ồn càng cao thì ngưỡng đáp ứng của thần kinh thính giác càng tăng, dẫn đến mất khả năng nhạy cảm thông thường, dần dần không cảm ứng được với âm thanh có cường độ thấp. Thông thường sự phá hủy đầu tiên ở tần số 4000Hz, trên sơ đồ âm học, điếc nghề nghiệp khác hoàn toàn với điếc tuổi già.

3.2. Phân bố giảm thính lực theo tuổi đời

Bảng 3.4. Giảm thính lực theo tuổi đời

Tuổi đời	Số lượng	Giảm thính lực	Tỷ lệ %	p
18-29	8	0	0%	<0,05
30-39	53	13	24,5%	
40-49	37	24	64,9%	
≥ 50	2	2	100%	
Cộng	100	39	39%	

Kết quả thấy có sự liên quan giữa các nhóm tuổi đời và tình trạng giảm thính lực, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nhóm tuổi 18-29 tuổi không có ai bị giảm thính lực, nhóm 30-39 tuổi có 24,5% bộ đội GTL, 2 nhóm tuổi là 40-49 tuổi và ≥ 50 có tỉ lệ GTL rất cao lần lượt là 67,6% và 100%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hồ Xuân Vũ và Huỳnh Chung là tuổi đời càng cao thì tỉ lệ giảm thính lực càng cao.

3.3. Phân bố giảm thính lực theo tuổi nghề

Bảng 3.5. Giảm thính lực theo tuổi nghề

Tuổi nghề	Số lượng	Giảm thính lực	Tỷ lệ %	p
≤5	29	6	20,7%	>0,05
6-10	22	6	27,3%	
11-20	49	27	55,1%	
Cộng	100	39	39%	

GTL tăng theo tuổi nghề, tuy nhiên không có mối liên quan giữa GTL với thâm niên tuổi nghề của bộ đội với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Huỳnh Chung năm 2014 cho rằng tình trạng giảm thính lực có liên quan đến tuổi nghề của người lao động. Điều này có thể giải thích là tình trạng giảm thính lực còn phụ thuộc vào tuổi đời, vị trí làm việc cũng như thời gian phơi nhiễm với tiếng ồn trong ngày. Hơn thế nữa trong nghiên cứu của chúng tôi sự phân bố giữa các nhóm tuổi nghề là không như nhau, chính vì vậy rất khó để đánh giá được mối liên quan giữa tuổi nghề và tình trạng giảm thính lực.

V. KẾT LUẬN

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là khảo sát tình hình ô nhiễm tiếng ồn và thực trạng giảm thính lực của bộ đội thi công công trình ngầm. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ô nhiễm tiếng ồn trong hầm ngầm tương đối cao (66% mẫu vượt quá tiêu chuẩn cho phép) với giá trị cao nhất là 115,4 dBA vượt quá tiêu chuẩn cho phép 30,4 dBA. Tỉ lệ bộ đội làm việc trực tiếp trong công trình ngầm bị giảm thính lực chiếm 39%, nguy cơ GTL cao hơn gấp 8,49 lần so với nhóm chứng với đặc điểm là: giảm thính lực ở tần số cao, thuộc dạng nghe kém tiếp nhận, đối xứng, phù hợp với giảm thính lực do tiếp xúc với tiếng ồn (điếc nghề nghiệp). Có mối liên quan giữa giảm thính lực với tuổi đời, tuổi đời càng cao thì tỉ lệ giảm thính lực càng cao.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kiến nghị:

- Cần có biện pháp làm giảm cường độ tiếng ồn trong CTN: bảo dưỡng máy móc định kì, dần dần thay thế máy móc cũ kĩ...
- Không tuyển chọn người lớn tuổi làm việc trong CTN.
- Trang bị, tổ chức kiểm tra, giám sát chặt chẽ việc sử dụng các phương tiện chống ồn đối với bộ đội.
- Kiểm tra môi trường lao động hàng năm và tổ chức khám sức khỏe định kì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Thị Hồng Giang** (2018), "Thực trạng ô nhiễm tiếng ồn, giảm thính lực ở người lao động tại công ty khai thác và chế biến đá trên địa bàn tỉnh An Giang", Y học thực hành số 3/2019.
2. **Musiba Z.** (2015), "The prevalence of noise-induced hearing loss among Tanzanian miners", Occupational medicine (Oxford, England). 65(5): p.386-390.
3. **Hồ Xuân Vũ, Nguyễn Đình Sơn, Nguyễn Ngọc Diễm và CS.** (2009), "Nghiên cứu tình hình ô

nhiểm tiếng ồn và giảm thính lực của người lao động ở Công ty hữu hạn xi măng Luks Việt Nam - Hương Trà, Thừa Thiên Huế năm 2009", Tạp chí Y học thực hành. số 699-700/2010.

4. **Nguyễn Quang Khanh và cộng sự** (2003), Thực trạng tiếng ồn và sức nghe của công nhân sửa chữa máy bay và thiết bị chuyên dụng của tổng công ty hàng không Việt Nam, Báo cáo khoa học toàn văn, Hội nghị khoa học y học lao động toàn quốc lần thứ V, NXB Y học, Hà Nội.
5. **Vũ Thị Ngọc Dung** (2016), Nghiên cứu đánh giá thực trạng tiếng ồn trong môi trường lao động tại công ty cổ phần xi măng Tân Quang tỉnh Tuyên

Quang, Luận văn thạc sĩ khoa học môi trường, Đại học Thái Nguyên.

6. **Chadambuka A., Mususa F., Muteti S.** (2013), "Prevalence of noise induced hearing loss among employees at a mining industry in Zimbabwe", African Health Sciences. 13(4):p.899-906.
7. **Huỳnh Chung, Nguyễn Đăng Quốc Chân** (2014), "Điểm nghề nghiệp và một số yếu tố liên quan", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. số 1/2014
8. **Edward A. K.** (2008), "Characteristics of noise-induced hearing loss in gold miners", University of Pretoria. 10(2): p.67-92.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI THEO THỜI GIAN VÀ VAI TRÒ CỦA 1,5-ANHYDROGLUCITOL TRONG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT

Lâm Vĩnh Niên¹, Nguyễn Nguyệt Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: 1,5-AG là chất phản ánh tình trạng đường huyết ngắn hạn mà không thể theo dõi được bằng xét nghiệm HbA1c. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá sự thay đổi theo thời gian và vai trò của 1,5-Anhydroglucitol trong kiểm soát đường huyết. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang so sánh với sự thay đổi nồng độ 1,5-Anhydroglucitol giữa 2 nhóm bệnh nhân mắc ĐTD (189) và không mắc đái tháo đường (150). Tiến hành tại khoa Sinh hóa – bệnh viện Quân y 175 – thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 2/2020 – 7/2020. **Kết quả:** Nồng độ 1,5-AG trung bình của 49 bệnh nhân tham gia nghiên cứu tiến cứu sau 2 tuần là $9,4 \pm 7,2 \mu\text{g/ml}$, tăng cao đáng kể so với thời điểm bắt đầu là $3,8 \pm 2,9 \mu\text{g/ml}$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy sau 2 tuần nồng độ 1,5-AG tăng trung bình $5,5 \text{ g/ml}$. Nồng độ glucose trung bình sau 2 tuần của nhóm bệnh nhân trên là $8,4 \pm 5,1 \text{ mmol/l}$, giảm hơn so với lúc bắt đầu là $13,2 \pm 8,3 \text{ mmol/l}$, sự thay đổi nồng độ là $-4,8 \text{ mmol/l}$. Có mối tương quan nghịch mức độ mạnh giữa nồng độ 1,5-AG và HbA1c (hệ số tương quan $r = -0,71$) ($p < 0,001$). Có mối tương quan nghịch mức độ mạnh giữa nồng độ 1,5-AG và glucose (hệ số tương quan $r = -0,62$) ($p < 0,001$). **Kết luận:** Sự thay đổi, đáp ứng nhanh chóng của 1,5-AG sau 2 tuần điều trị cho thấy khả năng kiểm soát đường huyết ngắn hạn của 1,5-AG so với các chỉ số đánh giá đường huyết khác.

Từ khóa: Đái tháo đường, HbA1C, 1,5-Anhydroglucitol

SUMMARY

INVESTIGATION OF 1,5-ANHYDROGLUCITOL

¹Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

CONCENTRATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Background: 1,5-AG is a reflective of short-term blood glucose status that cannot be monitored with the HbA1c test. **Objectives:** To evaluate changes over time and the role of 1,5-Anhydroglucitol in glycemic control. **Methods:** Cross-sectional study design compared with the change of 1,5-Anhydroglucitol concentration between 2 groups of patients with diabetes (189) and without diabetes (150). Conducted at the Department of Biochemistry - Military Hospital 175 - Ho Chi Minh City from February 2020 to July 2020. **Results:** The mean concentration of 1,5-AG of 49 patients enrolled in the prospective study after 2 weeks was $9.4 \pm 7.2 \mu\text{g/ml}$, significantly higher than the baseline at $3.8 \pm 2.9 \mu\text{g/ml}$. This difference is statistically significant ($p < 0.001$). Thus, after 2 weeks, the concentration of 1,5-AG increased by an average of 5.5 g/ml . The average glucose concentration after 2 weeks of the above group of patients was $8.4 \pm 5.1 \text{ mmol/l}$, lower than that of the group of patients with a baseline of $13.2 \pm 8.3 \text{ mmol/l}$, the change in concentration was -4.8 mmol/l . There was a strong negative correlation between the concentration of 1,5-AG and HbA1c (correlation coefficient $r = -0.71$) ($p < 0.001$). There was a strong negative correlation between the concentration of 1,5-AG and glucose (correlation coefficient $r = -0.62$) ($p < 0.001$). **Conclusion:** The change, rapid response of 1,5-AG after 2 weeks of treatment shows the short-term glycemic control ability of 1,5-AG compared with other glycemic indices.

Keywords: Diabetes, HbA1C, 1,5-Anhydroglucitol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTD) là một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến nhất ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, theo dự đoán của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF – International Diabetes Federation), 552 triệu người trên toàn thế giới mắc ĐTD vào năm 2030,

và hầu hết đều đến từ những quốc gia thu nhập thấp⁽¹⁾. Nhiều bệnh nhân thường có tình trạng tăng đường huyết mạn tính im lặng trong một thời gian dài trước khi được chẩn đoán ĐTĐ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán và chiến lược theo dõi ĐTĐ hiện tại chủ yếu dựa trên hai xét nghiệm: glucose máu tĩnh mạch và HbA1c. Trong đó, HbA1c là "tiêu chuẩn vàng" trong kiểm soát đường huyết và giảm nồng độ HbA1c có thể ngăn sự phát triển và tiến triển các biến chứng mạn tính của ĐTĐ. HbA1c cho biết giá trị đường huyết trung bình trong vòng 2 – 3 tháng qua, tuy nhiên lại không thể ghi nhận nồng độ glucose dao động hàng ngày mà có thể liên quan đến tăng đường huyết sau ăn hoặc các cơn hạ đường huyết, góp phần làm tăng nguy cơ biến chứng dài hạn của ĐTĐ, và điều này càng khẳng định tầm quan trọng của quản lý ĐTĐ. Hơn nữa, nồng độ HbA1c bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố từ bệnh nhân như thiếu máu, tán huyết, truyền máu, bệnh gan, bệnh thận, nghiện rượu, sử dụng thuốc và các bệnh lý bất thường hemoglobin di truyền⁽²⁾.

Vì tất cả những lý do trên, một chỉ dấu thuận tiện và có giá trị cho tầm soát và chẩn đoán ĐTĐ trở nên cần thiết. 1,5-Anhydroglucitol (1,5-AG) là một chất đáp ứng được những nhu cầu đó. 1,5-AG, một monosaccharide sáu carbon, với cấu trúc gần giống glucose, có thể phản ánh chính xác nồng độ glucose trung bình trong 1 – 2 tuần trước đó ở bệnh nhân ĐTĐ. Dựa trên khả năng này, 1,5-AG đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm của Mỹ (FDA – US Food and Drug Administration) chứng nhận như là dấu ấn kiểm soát đường huyết ngắn hạn vào năm 2003⁽³⁾. Tóm lại, những điểm đáng nổi bật của 1,5-AG là phản ánh được tình trạng đường huyết ngắn hạn, tăng đường huyết sau ăn và biến động đường huyết mà không thể theo dõi được bằng xét nghiệm HbA1c.

Ở Việt Nam, theo dõi đường huyết chủ yếu dựa vào HbA1c, chưa có nhiều nghiên cứu về 1,5-AG và ứng dụng của 1,5-AG trên lâm sàng còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá sự thay đổi theo thời gian và vai trò của 1,5-Anhydroglucitol trong kiểm soát đường huyết*".

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Nồng độ, giá trị chẩn đoán, vai trò kiểm soát đường huyết và sự tương quan với các chỉ số kiểm soát đường huyết khác của 1,5-Anhydroglucitol*

2. *Tương quan giữa nồng độ 1,5-AG, HbA1c và glucose của nhóm ĐTĐ*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ tít 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của ADA 2018.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú.
- Bệnh nhân mắc các bệnh về máu (bao gồm cả thiếu máu nặng), bệnh lý thận mạn, suy gan, các bệnh lý nội tiết như cường giáp.
- Nồng độ hemoglobin dưới ngưỡng bình thường (nam < 13 g/dl, nữ < 12 g/dl).

Cỡ mẫu nghiên cứu. Theo số liệu từ nghiên cứu của Wang và cộng sự vào năm 2012⁽⁴⁾, nồng độ 1,5-AG trên bệnh nhân ĐTĐ là 4,57 µg/ml, độ lệch chuẩn 3,71. Với độ tin cậy 90%, khoảng sai lệch 0,1, cỡ mẫu được ước tính theo lý thuyết xác suất là:

$$n = Z_{1-\alpha}^2 \cdot \frac{\sigma^2}{(X \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: Z = 1,645, ε = 0,1, σ là độ lệch chuẩn, X là giá trị trung bình => n = 178,33.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là: 179 bệnh nhân.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

• Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại khoa Sinh hóa – bệnh viện Quân y 175 – thành phố Hồ Chí Minh.

• Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2020 – 7/2020.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện liên tiếp

Phương pháp nghiên cứu

• Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được khai thác bệnh sử, tiền sử, các yếu tố liên quan đến mẫu bệnh án, khám lâm sàng và làm xét nghiệm một số chỉ số sinh hóa phù hợp, định lượng nồng độ 1,5-AG và HbA1c.

• Các bệnh nhân có HbA1c ≥ 7% tiếp tục được đưa vào nghiên cứu tiến cứu, lấy mẫu máu xét nghiệm glucose, 1,5-AG và HbA1c tại hai thời điểm: lúc nhập viện/đến khám, sau 2 tuần.

• Tiến hành thu thập và phân tích dữ liệu

Định nghĩa biến số

• Tuổi: biến liên tục, tính bằng năm, lấy năm nhập viện/đến khám trừ năm sinh.

• Giới: biến nhị phân gồm hai giá trị "nam" và "nữ".

• Bệnh nền: biến định tính gồm 5 giá trị:

○ Huyết học: thiếu máu, các bệnh lý hemoglobin, tán huyết.

○ Nội tiết: cường giáp, to đầu chi...

○ Thận: các bệnh lý thận mạn.

- o Gan: suy gan, xơ gan.
- o Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.
- o Khác: bao gồm những bệnh lý khác không thuộc 5 nhóm trên.
- Công thức máu, định lượng glucose, ure, creatinin, AST, ALT máu, HbA1c, 1,5-AG: biến định lượng, có giá trị là số thập phân, số dương.

Xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

• Kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50, phép kiểm Shapiro-Wilk khi cỡ mẫu nhỏ hơn 50, $p \leq 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

• Biến định lượng: trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn, so sánh các trung bình dựa vào test t; trình bày dưới dạng trung vị, tứ phân vị và khoảng giá trị nếu phân phối không chuẩn, so sánh các trung vị bằng phép kiểm Mann-Whitney.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nồng độ, giá trị chẩn đoán, vai trò kiểm soát đường huyết và sự tương quan với các chỉ số kiểm soát đường huyết khác của 1,5-Anhydroglucitol

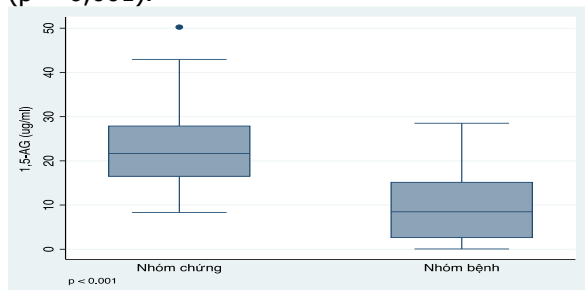
3.1.1. Đặc điểm nồng độ 1,5-AG ở các nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Nồng độ 1,5-AG ở các nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm ĐTĐ (n = 189)	Nhóm không mắc ĐTĐ (n = 150)	Giá trị p
1,5-AG (µg/ml)	9,7±7,6	23,3±8,1	< 0,001 ^a
Trung vị (KTPV)	8,5 (2,6 - 15,1)	22,1 (17,7 - 27,9)	

^aWilcoxon test

Nhận xét: Nồng độ 1,5-AG trung bình và trung vị lần lượt là 9,7 và 8,5µg/ml, thấp hơn so với nhóm không mắc ĐTĐ là 23,3 và 22,1µg/ml. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Nồng độ 1,5-AG huyết thanh ở hai nhóm nghiên cứu

3.1.2. Đặc điểm nồng độ 1,5-AG theo các mức độ kiểm soát đường huyết khác nhau ở nhóm ĐTĐ

Bảng 2. Nồng độ 1,5-AG theo các mức độ kiểm soát đường huyết ở nhóm ĐTĐ (n = 189)

1,5-AG (µg/ml)	Mức độ kiểm soát đường huyết			Giá trị p
	Tốt (n = 46)	Chấp nhận được (n = 62)	Kém (n = 81)	
$\bar{x} \pm SD$	15,6 ± 6,2	13,1 ± 6,9	3,7 ± 3,4	< 0,001 ^b
Trung vị (KTPV)	15,0 (11,4 - 18,8)	11,1 (8,1 - 18,5)	2,4 (1,2 - 4,5)	

^b Kruskal – Wallis test

Nhận xét: Nồng độ 1,5-AG có giá trị trung bình và trung vị cao nhất ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt (HbA1c ≤ 6,5%), giảm dần ở nhóm chấp nhận được (HbA1c từ 6,6 – 7,0%) và thấp nhất ở nhóm kiểm soát kém (HbA1c > 7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.1.3. Đặc điểm nồng độ 1,5-AG theo nhóm tuổi ở nhóm không mắc ĐTĐ

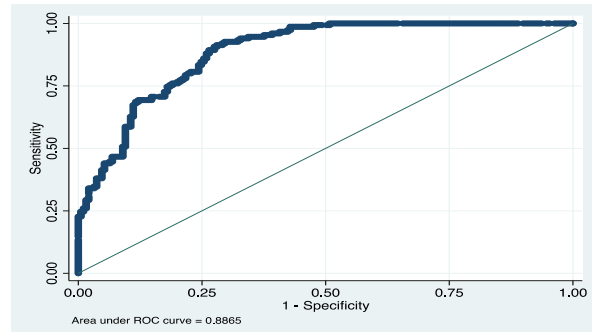
Bảng 3. Nồng độ 1,5-AG theo nhóm tuổi ở nhóm không mắc ĐTĐ

1,5-AG (µg/ml)	< 40 tuổi	40 – 49 tuổi	50 – 59 tuổi	> 60 tuổi	p
$\bar{x} \pm SD$	17,9 ± 6,0	22,7 ± 7,8	23,3 ± 7,8	24,5 ± 8,5	0,111

Nhận xét: Có sự khác nhau về nồng độ 1,5-AG giữa các nhóm tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,111$).

3.2. Giá trị chẩn đoán ĐTĐ của 1,5-AG, so sánh với HbA1c

3.2.1. Điểm cắt của 1,5-AG trong chẩn đoán ĐTĐ



Biểu đồ 2. Đường biểu diễn đường cong ROC của 1,5-AG

Bảng 4. Điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của xét nghiệm 1,5-AG trong chẩn đoán ĐTD

Điểm cắt	Se	Spe	Chỉ số J	KTC 95%	p
13,47 µg/ml	72,0%	91,3%	0,63	0,85 – 0,92	< 0,001

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của 1,5-AG = 0,88 là rất tốt trong phân biệt bệnh nhân có ĐTD hay không, với $p < 0,001$, khoảng tin cậy 95% là 0,85 – 0,92. Điểm cắt tối ưu với xét nghiệm 1,5-AG là $\leq 13,47$ µg/ml, tương ứng độ nhạy là 72,0% và độ đặc hiệu là 91,3%.

3.2.2. So sánh khả năng chẩn đoán ĐTD của 1,5-AG với HbA1c

Biểu đồ 3.1. Đường biểu diễn đường cong ROC của HbA1c

Bảng 5. So sánh AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu của 1,5-AG và HbA1c trong chẩn đoán ĐTD

	AUC (KTC 95%)	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
1,5-AG	0,88 (0,85 – 0,92)	$\leq 13,47$ µg/ml	72,0%	91,3%
HbA1c	0,95 (0,92 – 0,97)	$\geq 6,4\%$	86,2%	94,7%

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của HbA1c là 0,95, với KTC 95% là 0,92 – 0,97. Điểm cắt tối ưu của HbA1c là 6,4%, với độ nhạy 86,2% và độ đặc hiệu 94,7%.

3. Tương quan giữa nồng độ 1,5-AG, HbA1c và glucose của nhóm ĐTD

3.1 Tương quan giữa nồng độ 1,5-AG và HbA1c

4. Đặc điểm nồng độ 1,5-AG và glucose ở nhóm ĐTD sau hai tuần

Bảng 6. Sự thay đổi nồng độ 1,5-AG và glucose sau 2 tuần ở nhóm ĐTD

Thời điểm	$\bar{x} \pm SD$			Giá trị p
	Nhập viện/ Đến khám	Sau 2 tuần	Khác biệt	
1,5-AG (µg/ml)	$3,8 \pm 2,9$	$9,4 \pm 7,2$	5,5	< 0,001 ^c
Glucose (mmol/l)	$13,2 \pm 8,3$	$8,4 \pm 5,1$	4,8	0,1 ^c

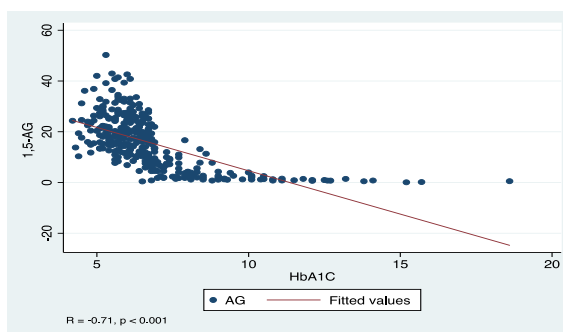
c. Spearman's rank correlation

Nhận xét: Nồng độ 1,5-AG trung bình tại thời điểm nhập viện/đến khám là 3,8 µg/ml, sau 2 tuần giá trị tăng rõ rệt lên 9,4µg/ml, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nồng độ glucose trung bình tại thời điểm nhập viện/đến khám là 13,2 mmol/l, sau 2 tuần giá trị này giảm xuống còn 8,4 mmol/l.

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ 1,5-AG huyết thanh và ĐTD tít

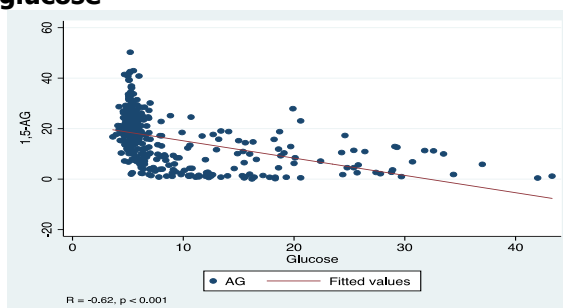
2. 1,5-AG được thải trừ qua thận, và được tái hấp thu ở ống thận nhờ cơ chế vận chuyển glucose. Tốc độ thải trừ tăng nhanh chóng khi glucose



Biểu đồ 3. Tương quan giữa 1,5-AG và HbA1c

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ mạnh giữa nồng độ 1,5-AG và HbA1c (hệ số tương quan $r = -0,71$), và mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Tương quan giữa nồng độ 1,5-AG và glucose



Biểu đồ 4. Tương quan giữa nồng độ 1,5-AG và nồng độ glucose

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ mạnh giữa nồng độ 1,5-AG và glucose (hệ số tương quan $r = -0,62$), và mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

máu tăng vượt quá ngưỡng thận. Khi đó, sự tái hấp thu 1,5-AG bị ức chế cạnh tranh với glucose bằng cơ chế chất vận chuyển tại vị trí gắn trên ống thận. Lúc này, 1,5-AG không được tái hấp thu sẽ thải trừ qua nước tiểu. Sự thải trừ nhanh chóng dẫn đến sự giảm tức thì nồng độ 1,5-AG huyết thanh. Vì thế, nồng độ thấp 1,5-AG có liên quan mật thiết với tình trạng tăng đường huyết⁽⁵⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ 1,5-AG huyết thanh ở nhóm ĐTD là $9,7 \pm 7,6$ µg/ml, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc ĐTD ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Wang và cộng sự (2012)⁽⁴⁾, nồng độ 1,5-AG trung bình ở

292 bệnh nhân Trung Quốc với ĐTĐ tít 2 là $4,57 \pm 3,71 \mu\text{g/ml}$, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Dworacka và cộng sự (2005)⁽⁵⁾ trên 130 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 đến khám ngoại trú hoặc nội trú tại bệnh viện Đại học ở Poznan, Phần Lan, nồng độ 1,5-AG là $10,2 \pm 6,3 \mu\text{g/ml}$, khá là tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Dungan và cộng sự (2006)⁽⁶⁾, lấy số liệu từ 40 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có HbA1c từ 6,5 – 8,0%, ghi nhận nồng độ 1,5-AG là $6,5 \pm 3,2 \mu\text{g/ml}$. Nồng độ 1,5-AG ở nhóm ĐTĐ có sự dao động trong những nghiên cứu trên, có thể là cùng lý do khác biệt về từng vùng như giải thích ở nhóm không mắc ĐTĐ. Tuy nhiên, dù có khác biệt ở cả 3 nghiên cứu, nồng độ 1,5-AG nhóm ĐTĐ đều thấp hơn nhóm không mắc ĐTĐ có ý nghĩa thống kê.

Ngoài ra, khi phân tích theo mức độ kiểm soát đường huyết dựa trên HbA1c, ta phân được ba nhóm: Nhóm 1 kiểm soát tốt đường huyết với HbA1c $\leq 6,5\%$, nhóm 2 kiểm soát đường huyết ở mức chấp nhận được, nhóm 3 là bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém. Nồng độ 1,5-AG trong ba nhóm này giảm dần tương ứng là: $15,6 \pm 6,2$; $13,1 \pm 6,9$; $3,7 \pm 3,4 \mu\text{g/ml}$. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Cong Ma và cộng sự (2017)⁽⁷⁾. Trong nghiên cứu này, các tác giả phân 6766 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 thành 3 nhóm dựa theo HbA1c: $\leq 6,5\%$; 6,5 – 7,0% và $> 7,0\%$. Nồng độ 1,5-AG ở các nhóm này lần lượt là $18,3 \pm 13,3$; $12,4 \pm 7,5$; $6,4 \pm 5,9 \mu\text{g/ml}$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Cả nghiên cứu của chúng tôi và Cong Ma đều cho thấy ở những bệnh nhân kiểm soát đường huyết càng tốt, HbA1c càng về mục tiêu điều trị thì nồng độ 1,5-AG càng cao. Đồng thời nồng độ 1,5-AG ở nhóm kiểm soát đường huyết kém thấp hơn đáng kể so với hai nhóm còn lại. Điều này có thể chỉ ra rằng việc tăng đường huyết có thể không phải do một sự kiện nào đó trong quá khứ, mà rất có thể là do sự dao động đường huyết gần đây.

Sự thay đổi nồng độ 1,5-AG và glucose trong nghiên cứu tiến cứu. Trong 189 bệnh nhân ĐTĐ, chúng tôi chọn ra 49 bệnh nhân có HbA1c $> 7\%$ tham gia tiếp tục vào nghiên cứu tiến cứu. Sau khi được khám đợt 1, các bệnh nhân này được tư vấn giống nhau về phương thức điều trị, điều chỉnh lối sống và hẹn quay trở lại khám đợt 2 sau 2 tuần. Ở đợt 2 này, chúng tôi tiến hành định lượng nồng độ glucose và 1,5-AG của bệnh nhân và so sánh với đợt 1. Chúng

tôi không định lượng HbA1c vì điều này không có ý nghĩa khi nồng độ HbA1c là ổn định và phản ánh lượng đường huyết trong vòng 2 – 3 tháng. Những kết quả ghi nhận được:

Nồng độ 1,5-AG trung bình của 49 bệnh nhân này sau 2 tuần là $9,4 \pm 7,2 \mu\text{g/ml}$, tăng cao đáng kể so với khám đợt 1 là $3,8 \pm 2,9 \mu\text{g/ml}$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy sau 2 tuần nồng độ 1,5-AG tăng trung bình $5,5 \mu\text{g/ml}$. Nồng độ glucose trung bình đợt 2 của nhóm bệnh nhân trên là $8,4 \pm 5,1 \text{mmol/l}$, giảm hơn so với đợt 1 là $13,2 \pm 8,3 \text{mmol/l}$, sự thay đổi nồng độ là $-4,8 \text{mmol/l}$. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,1$).

Mục đích chính của nghiên cứu tiến cứu này là nhằm đánh giá khả năng của xét nghiệm 1,5-AG trong phản ánh sự thay đổi đường huyết ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ tít 2 kiểm soát kém. Chỉ trong vòng 2 tuần, trong khi nồng độ HbA1c ở bệnh nhân không có sự thay đổi, nồng độ 1,5-AG đã thay đổi nhanh chóng và đáng kể đáp ứng với sự thay đổi glucose máu. Đây là một điểm để bước đầu cho thấy khả năng kiểm soát đường huyết ngắn hạn của 1,5-AG so với các chỉ số đánh giá đường huyết khác. Hạn chế trong nghiên cứu này là cỡ mẫu nhỏ hơn so với dự kiến ước lượng ban đầu và thời gian cũng bị rút ngắn, thay vì tiến hành đánh giá lần lượt 2 tuần, 2 tháng để xem xét sự thay đổi 1,5-AG cũng như glucose và HbA1c, chúng tôi chỉ tiến hành trong vòng 2 tuần. Điều này là do nghiên cứu được tiến hành khi dịch bệnh COVID-19 đang bùng phát mạnh mẽ, số người quay trở lại bệnh viện tham gia đợt 2 không nhiều và bị mất dấu.

Trong một nghiên cứu thử nghiệm của McGill và cộng sự (2004)⁽⁸⁾ tiến hành trên 77 bệnh nhân ĐTĐ có HbA1c $\geq 7\%$, theo dõi và đánh giá sự thay đổi nồng độ 1,5-AG, HbA1c và glucose bất kì tại thời điểm bắt đầu, sau 2 tuần, 4 tuần và 8 tuần được nhận liệu pháp điều trị giống nhau bao gồm tư vấn dinh dưỡng, điều chỉnh liều insulin hoặc thuốc hạ đường huyết phù hợp.

Kết quả cho thấy trong 8 tuần theo dõi, nồng độ 1,5-AG đã thay đổi đáng kể ngay từ tuần điều trị thứ hai, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Ngược lại, HbA1c đáp ứng khá chậm, hầu như không có thay đổi cho đến tuần thứ 4. Tóm lại, nghiên cứu của McGill cũng nhấn mạnh vai trò kiểm soát đường huyết ngắn hạn của 1,5-AG so với các chỉ số khác.

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi, đáp ứng nhanh chóng của 1,5-AG sau 2 tuần điều trị cho thấy khả năng kiểm

soát đường huyết ngắn hạn của 1,5-AG so với các chỉ số đánh giá đường huyết khác, nhất là HbA1c không hề có sự thay đổi trong 2 tuần. Nghiên cứu áp dụng định lượng 1,5-AG trong thực hành lâm sàng bên cạnh HbA1c để đánh giá khả năng kiểm soát đường huyết, nhất là trong những trường hợp cần đánh giá ngắn hạn. Tiềm hành thêm các nghiên cứu vai trò của 1,5-AG trong đánh giá biến động đường huyết sau ăn bằng cách làm xét nghiệm đường huyết mao mạch nhiều lần.

CẢM ƠN. Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. R. Whiting (2011)**, "IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030", *Diabetes Res Clin Pract.* 94(3), 311-21.
2. **B. I. Freedman (2010)**, "Comparison of glycated albumin and hemoglobin A1c concentrations in diabetic subjects on peritoneal and hemodialysis", *Perit Dial Int.* 30(1), 72-9.
3. **W. J. Kim C. Y. Park (2013)**, "1,5-Anhydroglucitol in diabetes mellitus", *Endocrine.* 43(1), 33-40.
4. **Y. Wang (2012)**, "A study on the association of serum 1,5-anhydroglucitol levels and the hyperglycaemic excursions as measured by continuous glucose monitoring system among people with type 2 diabetes in China", *Diabetes Metab Res Rev.* 28(4), 357-62.
5. **M. Dworacka H. Winiarska (2005)**, "The application of plasma 1,5-anhydro-D-glucitol for monitoring type 2 diabetic patients", *Dis Markers.* 21(3), 127-32.
6. **K. M. Dungan (2006)**, "1,5-anhydroglucitol and postprandial hyperglycemia as measured by continuous glucose monitoring system in moderately controlled patients with diabetes", *Diabetes Care.* 29(6), 1214-9.
7. **C. Ma (2017)**, "Excretion rates of 1,5-anhydro-D-glucitol, uric acid and microalbuminuria as glycemic control indexes in patients with type 2 diabetes", *Sci Rep.* 7, 44291.
8. **J. B. McGill (2004)**, "Circulating 1,5-anhydroglucitol levels in adult patients with diabetes reflect longitudinal changes of glycemia: a U.S. trial of the GlycoMark assay", *Diabetes Care.* 27(8), 1859-65.

KHỐI LƯỢNG CƠ THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Nguyễn Đình Tài*, Lê Đình Tuấn**, Vũ Thanh Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá khối lượng cơ thất trái trên siêu âm - Doppler tim ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 161 bệnh nhân đái tháo đường typ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Kết quả:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,4 \pm 10,2$ tuổi, trong đó 57,1% là nữ; 42,9% nam. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu là 35,4%, có 21,1% bệnh nhân tăng Cholesterol máu, 30,4% tăng Triglyceride máu. Khối lượng cơ thất trái trung bình chung là $136,5 \pm 37,7$ (g); chỉ số khối cơ thất trái trung bình là $86,6 \pm 21,1$ (g/m²). Tổng số bệnh nhân có phì đại thất trái chiếm 24,2% trong đó phì đại đồng tâm (9,3%), phì đại lệch tâm (14,9%). Phi đại thất trái có liên quan đến một số yếu tố như tuổi, tăng triglyceride. **Kết luận:** ở bệnh nhân ĐĐT typ 2, tỷ lệ bệnh nhân có phì đại thất trái là 24,2%, phì đại thất trái liên quan có ý nghĩa thống kê

với tuổi, tăng triglyceride.

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, siêu âm - Doppler tim, khối lượng cơ thất trái.

SUMMARY

LEFT VENTRICULAR MUSCLE MASS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate left ventricular muscle mass on Doppler - echocardiography in patients with type 2 diabetes at Thai Binh Medical University hospital in 2021. **Method:** Cross-sectional descriptive study on 161 type 2 diabetes outpatient treatment at Thai Binh Medical University Hospital. **Results:** the average age of the study subjects was 66.4 ± 10.2 years old, of which 57.1% were female; 42.9% male. The percentage of patients with fasting blood Glucose control reaching the target was 35.4%, there were 21.1% patients with hypercholesterolemia, 30.4% hypertriglyceridemia. The overall mean left ventricular mass was 136.5 ± 37.7 (g); The mean left ventricular mass index was 86.6 ± 21.1 (g/m²). The total number of patients with left ventricular hypertrophy accounted for 24.2%, of which concentric hypertrophy (9.3%), eccentric hypertrophy (14.9%). Left ventricular hypertrophy is associated with several factors such as age, elevated triglycerides. **Conclusion:** In patients with type 2 diabetes, the proportion of patients with left ventricular hypertrophy was 24.2%, left ventricular

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: thanhbinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

hypertrophy was statistically significantly related to age, increased triglycerides.

Keywords: type 2 diabetes, Doppler - echocardiography, left ventricular muscle mass.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính, đặc trưng bởi tăng nồng độ glucose trong máu do thiếu insulin, đề kháng gây suy giảm hoạt động của insulin hoặc kết hợp cả hai. Bệnh thường diễn biến thầm lặng trong những năm đầu, giai đoạn này các triệu chứng lâm sàng, cận lâm thường nghèo nàn, khi được chẩn đoán bệnh nhân có thể đã có những biến chứng nguy hiểm như các biến chứng về tim mạch, bệnh về mắt, bệnh thận và các bệnh về thần kinh [1]. Các biến chứng này gây ra một tỷ lệ tử vong đáng kể, trong đó biến chứng tim mạch chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất chủ yếu là do bệnh mạch vành và suy tim sung huyết [2].

Đái tháo đường có liên quan đến biến đổi khối lượng, hình dạng, sự tái cấu trúc và rối loạn chức năng tâm trương thất trái, theo thời gian những biến đổi này gây nên suy giảm chức năng tâm thu và biểu hiện suy tim có triệu chứng. Phi đại thất trái và rối loạn chức năng tâm thu thất trái làm gia tăng nguy cơ tử vong do tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ. Phi đại thất trái có thể phát hiện thông qua các phương pháp như điện tim, siêu âm tim, MRI tim, trong đó siêu âm tim là phương pháp không xâm lấn đáng tin cậy và là công cụ nhạy cảm để xác định phi đại thất trái hơn các phương pháp khác.

Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là Bệnh viện công lập thuộc trường Đại học Y Dược Thái Bình, được thành lập năm 2003 và hiện đang là nơi tiếp nhận quản lý và điều trị ngoại trú cho hơn 1200 bệnh nhân ĐTĐ tít 2; trong quá trình thực hành khám chữa bệnh tại đây chúng tôi phát hiện thấy có những thay đổi cấu trúc và chức năng tim ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 và những thay đổi này chưa được khảo sát ở những nghiên cứu trước đó. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *đánh giá khối lượng cơ thất trái trên siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 161 BN ĐTĐ tít 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình, từ tháng 01/2021 đến tháng 11/2021.

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu**

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ tít 2
- Được đánh giá đầy đủ các thông số nghiên

cứ trên siêu âm – Doppler tim.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu.**

- Đang có biến chứng cấp tính, shock nhiễm trùng, bông, suy hô hấp, suy gan, suy thận nặng.

- Các bệnh lý ảnh hưởng đến chức năng tim không do ĐTĐ: bệnh lý tuyến giáp (cường giáp, suy giáp), bệnh cơ tim (cơ tim phì đại, cơ tim thâm nhiễm, viêm cơ tim), bệnh van tim do thấp, bệnh lý về phổi (ngưng thở khi ngủ, thuyên tắc phổi, tăng áp phổi...), suy thận không do ĐTĐ, các trường hợp THA có nguyên nhân.

- Bệnh nhân rối loạn tri giác, hình ảnh siêu âm tim mờ, không hợp tác trong lúc siêu âm.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu nghiên cứu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu chính và tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán ĐTĐ theo hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2020 [1].

+ Các thông số thất trái được đo trên chế độ M - mode, phương pháp Teichholz, sử dụng là mặt cắt trục dọc cạnh ức trái, đường cắt ngang qua bờ tự do của van hai lá Theo hướng dẫn của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ [3].

Khối lượng cơ thất trái (LVM), chỉ số khối cơ thất trái (LVMI - khối lượng cơ thất trái hiệu chỉnh theo BSA) được tính tự động trên máy siêu âm bằng phương pháp Teichholz.

+ Tiêu chuẩn xác định rối loạn lipid máu theo ESC 2013: tăng Cholesterol khi Cholesterol > 5,2 (mmol/L); tăng Triglyceride khi Triglycerid > 2,3 (mmol/L) [4].

+ Tiêu chuẩn kiểm soát Glucose máu và huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 theo Bộ Y tế năm 2020. Bệnh nhân kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu khi glucose máu lúc đói từ 4,4 - 7,2 (mmol/L).

+ Tiêu chuẩn phi đại thất trái theo hội Siêu âm tim Hoa Kỳ (ASE) đồng thuận hội Hình ảnh tim mạch học Châu Âu (EACVI) năm 2015: bệnh nhân có PĐTT khi LVMI > 115 (g/m²) ở nam hoặc > 95 (g/m²) ở nữ [3].

3. Xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≥ 60	125 77,6
	< 60	36 22,4

	Trung bình	66,4 ± 10,2	
Giới	Nam	69	42,9
	Nữ	92	57,1
Glucose lúc đói (mmol/l)	4,4 - 7,2	57	35,4
	> 7,2	104	64,6
	Trung bình	8,4 ± 2,6	
Triglycerid (mmol/l)	Tăng	49	30,4
	Không tăng	112	69,6
	Trung bình	2,3 ± 2,1	
Cholesterol (mmol/l)	Tăng	34	21,1
	Không tăng	127	78,9
	Trung bình	4,6 ± 1,4	

Tuổi trung bình 66,4 ± 10,2 năm, chủ yếu tuổi ≥ 60 (77,6%), tỷ lệ nữ là 57,1%. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát Glucose máu lúc đói đạt mục tiêu là 35,4%. Có 30,4% bệnh nhân tăng Triglyceride; 21,1% bệnh nhân tăng Cholesterol.

Bảng 2. Giá trị trung bình khối lượng cơ và hình thái thất trái trên siêu âm - Doppler tim (n = 161)

Chi tiêu		Số lượng	Tỷ lệ (%)
LVDd (mm)		45,6 ± 4,7	
LVM (g)		136,5 ± 37,7	
LVMI (g/m ²)		86,6 ± 21,1	
Hình thái thất trái	Phi đại đồng tâm	15	9,3
	Phi đại lệch tâm	24	14,9
	Tái cấu trúc đồng tâm	29	18,0
	Bình thường	93	57,8

Khối lượng cơ thất trái trung bình là 136,5 ± 37,7 g; chỉ số khối cơ thất trái trung bình là 86,6 ± 21,1 (g/m²). Có 24,2 bệnh nhân phi đại thất trái trong đó phi đại đồng tâm là 9,3%; phi đại lệch tâm là 14,9%.

Bảng 3. So sánh giá trị trung bình các thông số thất trái trên siêu âm tim theo giới tính

Tiêu chí	Chung (n=161)	Nam (1) (n = 69)	Nữ (2) (n = 92)	p (1 - 2)
LVDd (mm)	45,6 ± 4,7	47,4 ± 4,6	44,2 ± 4,4	< 0,05
IVSd (mm)	8,6 ± 1,7	8,7 ± 1,8	8,5 ± 1,6	> 0,05
LVPWd (mm)	9,0 ± 1,7	9,3 ± 1,6	8,8 ± 1,5	> 0,05
EF (%)	71,3 ± 6,3	69,7 ± 7,0	72,5 ± 5,5	< 0,05
RWT	0,39 ± 0,08	0,38 ± 0,08	0,4 ± 0,08	> 0,05
LVM (g)	136,5 ± 37,7	151,0 ± 41,8	125,6 ± 30,0	< 0,05
LVMI (g/m ²)	86,6 ± 21,1	90,2 ± 23,3	83,8 ± 19,1	> 0,05

LVM trung bình chung là 136,5 ± 37,7 (g), LVMI trung bình chung là 86,6 ± 21,1 (g/m²); nam giới có LVM cao hơn nữ giới, trong khi nữ giới có EF cao hơn nam giới (p < 0,05).

Bảng 4. So sánh chỉ số nhân trắc giữa 2 nhóm tăng và không tăng LVMI (n = 161)

Yếu tố	LVMI tăng (n = 39)	LVMI không tăng (n = 122)	p
Chiều cao (cm)	156,3 ± 7,7	159,4 ± 7,3	< 0,05
Cân nặng (kg)	57,0 ± 7,5	56,5 ± 8,1	> 0,05
BSA (m ²)	1,56 ± 0,14	1,57 ± 0,13	> 0,05
Vòng bụng (cm)	84,2 ± 6,5	82,4 ± 6,4	> 0,05
Vòng mỏng (cm)	90,9 ± 6,0	91,2 ± 5,3	> 0,05

Chiều cao ở nhóm phi đại thất trái thấp hơn nhóm không phi đại thất trái, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 5. So sánh tỷ lệ phi đại thất trái theo tình trạng một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 161)

Yếu tố		LVMI tăng		LVMI không tăng		p
		SL	%	SL	%	
Tuổi	≥ 60 tuổi (n = 125)	35	28,0	90	72,0	0,037
	< 60 tuổi (n = 36)	4	11,1	32	88,9	
Giới tính	Nữ (n = 92)	27	29,3	65	70,7	0,08
	Nam (n = 69)	12	17,4	57	82,6	
Kiểm soát glucose lúc đói	Không đạt	22	21,2	82	78,8	0,219
	Đạt	17	29,8	40	70,2	
Cholesterol	Tăng	9	26,5	25	73,3	0,731
	Không tăng	30	23,6	97	76,4	
Triglycerid	Tăng	17	34,7	32	65,3	0,04
	Không tăng	22	19,6	90	80,4	

Có sự khác biệt về tỷ lệ phi đại thất trái (LVMI tăng) có ý nghĩa thống kê theo độ tuổi, thời gian phát hiện đái tháo đường, tình trạng tăng huyết áp, tăng Triglyceride, thừa cân - béo phì, béo bụng.

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù THA được xem là nguyên nhân thường gặp nhất của PĐTT nhưng trong ĐĐT typ 2 có những biến đổi nhất định đến cấu trúc của cơ tim, sự biến đổi này phụ thuộc vào nhiều yếu tố mà trong đó cơ chế của nó vẫn chưa được hoàn toàn sáng tỏ. Người ta cho rằng sở dĩ có dày thất trái và tăng khối lượng cơ thất trái trong ĐĐT typ 2 ngay cả khi không có THA kèm là do ảnh hưởng của nồng độ glucose máu cao kéo dài gây tổn thương các mạch máu nhỏ trong cơ tim, ngay cả khi chụp động mạch vành không thấy thiếu máu cơ tim, nhưng thành của các mao mạch cũng có những thay đổi như dày lớp nội mạc hơn các đối tượng bình thường cùng lứa tuổi. Ngoài ra ĐĐT còn đồng thời ảnh hưởng đến thần kinh tự động của tim và hai yếu tố này đã gây rối loạn cấu trúc của cơ tim làm cho các tế bào cơ tim có xu hướng dẫn và phì đại mà kết quả là làm tăng khối lượng cơ tim. Phối hợp giữa ĐĐT và THA thì càng làm tăng bệnh lý cơ tim ĐĐT, tăng độ dày thành thất, tỷ lệ dày thất trái ở bệnh nhân ĐĐT có THA tăng cao hơn nhóm bệnh nhân ĐĐT đơn thuần đưa đến tổn thương cơ tim nặng nề hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,4 \pm 10,2$ năm, chủ yếu độ tuổi ≥ 60 (77,6%) tương đồng độ tuổi phổ biến và sự tăng dần theo nhóm tuổi của ĐĐT theo ADA 2020; đối với ĐĐT typ 2 thường không có xu hướng phân bố rõ rệt về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ là 57,1%.

Về nồng độ Glucose máu lúc đói, Triglycerid, Cholesterol: có 35,4% bệnh nhân kiểm soát Glucose đạt mục tiêu, 30,4% bệnh nhân tăng Triglycerid, 21,1% bệnh nhân tăng Cholesterol.

Về khối lượng cơ thất trái: LVMI trung bình là $86,6 \pm 21,1$ (g/m^2). Có 24,2% bệnh nhân có phì đại thất trái, trong đó 9,3% bệnh nhân phì đại đồng tâm, 14,9% phì đại lệch tâm. Phì đại thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó tăng huyết áp. Tình trạng phì đại tâm thất trái làm thay đổi cấu trúc và hoạt động của tim. Tâm thất trái phì đại có thể gây rối loạn chức năng thất trái, giảm hiệu quả tổng máu do làm mất đồng bộ trong thất, tái cấu trúc thất trái gây rối loạn nhịp tim, đặc biệt loạn nhịp thất. Ngoài ra phì đại thất trái làm tăng nhu cầu tiêu thụ oxy cơ tim trong khi nguồn cung không thay đổi dẫn đến thiếu máu cơ tim gây cơn đau thắt ngực trên lâm sàng. Phì đại thất trái còn làm gia tăng nguy cơ đột tử.

Nghiên cứu Trần Thị Trúc Linh trên bệnh nhân ĐĐT typ 2 có THA giá trị trung bình của

LVMI là $91,53 \pm 23,61$ (g/m^2), tác giả Đinh Minh Tân với kết quả LVMI ở nam $111,27 \pm 23,8$ (g/m^2), ở nữ $110,11 \pm 35,8$ (g/m^2) đều cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [6], [6]. Tuy nhiên kết quả của các tác giả khác như Ichikawa và cộng sự trên 148 bệnh nhân ĐĐT typ 2 có 48% kèm THA, chỉ số LVMI là 81 ± 20 (g/m^2) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó trong nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ 24,2% bệnh nhân PĐTT (9,3% bệnh nhân phì đại đồng tâm, 14,9% phì đại lệch tâm). Một số nghiên cứu của các tác giả khác như Đinh Minh Tân có 41,7% số BN đái tháo đường type 2 có PĐTT, Trần Thị Trúc Linh với 30,1% hay nghiên cứu của Dawson với 43% PĐTT đều cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có PĐTT cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [6], [7], [8]. Có sự khác biệt về các thông số này là do sự khác biệt của một số đặc điểm trong quần thể nghiên cứu bao gồm tuổi, thời gian mắc bệnh, chỉ số khối cơ thể, tình trạng kiểm soát huyết áp, kiểm soát glucose máu cũng như các nhóm thuốc lựa chọn và bệnh lý khác kèm theo.

PĐTT ở nhóm bệnh nhân có tuổi ≥ 60 cao hơn nhóm bệnh nhân có tuổi < 60 . Khi so sánh với kết quả của các tác giả khác, chúng ta cũng có thể thấy rõ được mối liên quan này: như trong nghiên cứu của Đinh Minh Tân cho kết quả tuổi càng cao PĐTT càng tăng ($p < 0,05$) cứ tăng mỗi 10 tuổi thì nguy cơ PĐTT tăng 15% [6].

Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã chứng minh rằng kiểm soát glucose máu chặt chẽ làm giảm biến chứng mạch máu nhỏ gồm mắt, thần kinh và thận nhưng ảnh hưởng có lợi không nhiều trên bệnh lý tim mạch. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa glucose máu đói hay kiểm soát glucose máu đói và PĐTT. Các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh cũng không tìm thấy mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu đói và PĐTT [6]. Đối với bệnh nhân ĐĐT, hút thuốc lá làm gia tăng nguy cơ tim mạch, tử vong sớm và tỷ lệ biến chứng mạch máu nhỏ. Khả năng PĐTT ở nhóm có tiền sử rối loạn lipid máu cao hơn nhóm không có tiền sử rối loạn lipid máu với. Khả năng PĐTT ở nhóm bệnh nhân tăng Triglycerid cao hơn nhóm bệnh nhân không có tăng Triglycerid với $p < 0,05$; chưa ghi nhận mối liên quan giữa PĐTT và tăng cholesterol. Trong nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh cũng không tìm thấy mối liên quan giữa kiểm soát Cholesterol, Triglycerid và PĐTT [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 161 bệnh nhân đái tháo

đường tít 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, với độ tuổi trung bình là $66,4 \pm 10,2$ tuổi, trong đó 57,1% là nữ; 42,9% nam. Chúng tôi thấy khối lượng cơ thất trái trung bình chung là $136,5 \pm 37,7$ (g); chỉ số khối cơ thất trái trung bình là $86,6 \pm 21,1$ (g/m²). Tổng số bệnh nhân có phì đại thất trái chiếm 24,2% trong đó phì đại đồng tâm (9,3%), phì đại lệch tâm (14,9%). Phì đại thất trái có liên quan đến một số yếu tố như tuổi, tăng Triglyceride.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association, (2020).** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020, Diabetes Care, 43 (Suppl 1), s14 - s31.
2. **Chen M R, Lee Y J, Hsu C H, et al, (1999).** Cardiovascular function in young patients with type 1 diabetes mellitus, Acta Paediatr Taiwan, 40 (4), 250 - 254.
3. **The American Society of Echocardiography, The European Association of Cardiovascular Imaging, (2015).** Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in

- Adults, J Am Soc Echocardiogr 28, 1 – 39.
4. **Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al, (2013).** Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) 2013, J Hypertens, 31 (7), 1281 -1357
 5. **WHO Expert Consultation, (2004).** Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies, Lancet, 363 (9403), 157 – 163.
 6. **Trần Thị Trúc Linh, (2016),** Nghiên cứu mối liên quan giữa biểu hiện tim với mục tiêu theo khuyến cáo ESC-EASD ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 có tăng huyết áp, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
 7. **Đình Minh Tân, Châu Trần Phương Tuyển, (2007).** Khảo sát hình thái và chức năng tâm trương thất trái bằng siêu âm tim ở bệnh nhân có tuổi đái tháo đường tít 2, Y học thực hành, (2/2009), 644 – 645.
 8. **Dawson A, Morris A D, Struthers A D, (2005).** The epidemiology of left ventricular hypertrophy in type 2 diabetes mellitus, Diabetologia, 48 (10), 1971 - 1979.

ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG HÔ HẤP CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI MỘT NHÀ MÁY CỐC HOÁ THÁI NGUYÊN NĂM 2021

Thân Đức Mạnh¹, Nguyễn Việt Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả đặc điểm chức năng hô hấp của công nhân tiếp xúc với hơi khí than cốc tại một nhà máy cốc hoá tại Thái Nguyên năm 2021. **Phương pháp:** Khám lâm sàng, đo chức năng hô hấp kết hợp với theo dõi hồ sơ quan trắc môi trường làm việc của người lao động trực tiếp làm việc tại các vị trí có tiếp xúc với hơi khí than cốc tại cơ sở nghiên cứu. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu đa số trong nhóm tuổi từ 30-49 tuổi với tỉ lệ 74%. Đối tượng là nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới (58,4% so với 41,6%), đối tượng làm việc trên 20 năm chiếm phần lớn, với tỉ lệ 45,7%. Môi trường lao động có các yếu tố tác hại nghề nghiệp hay gặp nhất là tiếng ồn và bụi, với tỉ lệ gặp phải lần lượt là 76,8% và 73,3%. Kết quả đo các chỉ số chức năng hô hấp của đối tượng nghiên cứu, ta thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu có rối loạn chức năng thông khí chiếm tỉ lệ 61%, số đối tượng có chức năng hô hấp bình thường chỉ chiếm 39%. Trong số các rối loạn chức năng hô hấp, phổ biến nhất là rối loạn kiểu hạn chế (gặp ở 58% đối tượng), hai hội chứng tắc nghẽn và hỗn hợp ít gặp hơn, với tỉ lệ lần

lượt là 2% và 1%. Có sự khác nhau về tỉ lệ rối loạn thông khí, ở nhóm người lao động chia theo tuổi nghề, giới tính, sự phơi nhiễm với bụi.

Từ khóa: chức năng hô hấp, khí than cốc, công nhân, bệnh nghề nghiệp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE RESPIRATORY FUNCTION OF EMPLOYEES AT A THAI NGUYEN COKING PLANT IN 2021

Objective: A cross-sectional study to describe the respiratory function characteristics of workers exposed to coke gas at a coking plant in Thai Nguyen in 2021. **Methods:** Clinical examination, measurement of respiratory function combined with monitoring records of the working environment of employees directly working at locations exposed to coke vapors at the research facility. **Results:** The majority of study subjects were in the age group of 30-49 years old with the rate of 74%. Male subjects accounted for a higher proportion than female subjects (58.4% compared with 41.6%), those who worked for more than 20 years accounted for the majority, with the rate of 45.7%. The working environment with the most common occupational harmful factors is noise and dust, with the incidence of 76.8% and 73.3%, respectively. The results of the measurement of the respiratory function indexes of the research subjects, we found that the majority of the study subjects had ventilation dysfunction, accounting for 61%, the

*Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Thân Đức Mạnh

Email: manhducytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

number of subjects with normal respiratory function only accounted for 39%. Among respiratory dysfunctions, the most common was the restrictive-type disorder (seen in 58% of subjects), and the two less common obstructive and mixed syndromes, with an incidence of 2% and 1%. There are differences in the rate of ventilation disorders, in the group of workers divided by age, sex, exposure to dust.

Keywords: respiratory function, coke gas, workers, occupational diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành luyện kim đã xuất hiện từ lâu trên thế giới. Các y văn cho thấy, các công nhân làm việc trong môi trường lao động thường xuyên phải tiếp xúc với các yếu tố độc hại và có thể ảnh hưởng đến chức năng hô hấp.

Theo tác giả Jan Konieczynski, quá trình nhiệt phân than được sử dụng trong sản xuất than cốc dẫn đến việc giải phóng các tác hại nghề nghiệp cùng với các khí dễ bay hơi, các sản phẩm độc hại dưới dạng khí và lỏng và bụi có thể ảnh hưởng tới sức khỏe của người lao động [6].

Theo tác giả Lê Trung, khi người lao động phải tiếp xúc với các yếu tố độc hại thì sự tiếp xúc chủ yếu qua đường hô hấp là chính. Từ đó bệnh tật sẽ phát triển ở toàn bộ bộ máy hô hấp từ mũi, họng, thanh quản, tới phế quản, phế nang và động mạch nhỏ ở phổi. Có thể gây viêm phế quản, viêm phổi, nhiễm khuẩn, ung thư... ảnh hưởng sâu sắc tới khả năng lao động qua những biến đổi về chức năng hô hấp [5].

Theo tác giả Vũ Văn Triển, với điều kiện lao động nhiệt độ, độ ẩm cao, thiếu oxy, nồng độ hơi khí độc vượt quá tiêu chuẩn cho phép, môi trường làm việc nhiều bụi với, căng thẳng trong lao động là các yếu tố tác động trực tiếp lên chức năng đường hô hấp và khi kết hợp với nhau sẽ tạo ra tình trạng tăng hô hấp, thiếu oxy tổ chức gây rối loạn chức năng hô hấp [4].

Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Hoa và cộng sự năm 2015 trên đối tượng công nhân khai thác than cho thấy các chỉ số dung tích sống (VC) đạt 87,4% so với lý thuyết, FEV1 đạt 83,1%, Gaensler đạt 85,6% so với lý thuyết. Tỷ lệ suy giảm chức năng hô hấp ở nhóm hầm lò cao hơn so với nhóm lộ thiên (28,42% so với 10,89%), trung bình 18,18% [2].

Việc đánh giá chức năng hô hấp của công nhân làm việc tại các môi trường nặng nhọc nói chung, ở môi trường khai thác mỏ đa kim loại nói riêng là rất quan trọng, bởi người lao động thường xuyên phải tiếp xúc, phơi nhiễm với các yếu tố tác hại nghề nghiệp có thể ảnh hưởng xấu đến hệ hô hấp... Thông qua việc đánh giá chức năng hô hấp sẽ xác định được phần nào tình

trạng bệnh lý hô hấp của người lao động từ đó có biện pháp phù hợp giảm thiểu, ngăn chặn diễn biến xấu của bệnh lý hô hấp, đồng thời góp phần trong công tác xây dựng kế hoạch bảo vệ chăm sóc người lao động tại nhà máy.

Vì vậy việc nghiên cứu đặc điểm chức năng hô hấp của người lao động tiếp xúc trực tiếp với hơi khí than cốc là rất cần thiết. Nhằm góp phần chăm sóc sức khỏe cho người lao động phù hợp với thực tế lao động, đề tài đã được tiến hành nhằm mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm chức năng hô hấp của công nhân tiếp xúc với hơi khí than cốc tại một nhà máy cốc hoá tại Thái Nguyên năm 2021*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Công nhân tiếp xúc trực tiếp với khí than cốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.2. 1. Cỡ mẫu nghiên cứu: Số đối tượng được chọn tham gia vào nghiên cứu được tính theo công thức, tính cỡ mẫu mô tả cho một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy (95%) = 1,96
p: Tỷ lệ rối loạn chức năng hô hấp là 45,9% (theo nghiên cứu của Thân Đức Mạnh 2019) [3]

$$q = 1 - p$$

$$d: \text{độ chính xác tuyệt đối mong muốn} = 5\%$$

Cỡ mẫu tối thiểu $n = 255$ người. Thực tế số người lao động được điều tra là 315.

2.2.2 Kỹ thuật chọn mẫu. Chọn chủ đích toàn bộ người lao động làm việc tại nhà máy cốc hoá, Thái Nguyên. Chúng tôi chọn được 315 đối tượng.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2021 đến tháng 4/2022, thời gian thu thập số liệu tháng 03/2022.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin. Công cụ thu thập thông tin được sử dụng là hồ sơ khám lâm sàng và đo chức năng hô hấp cùng hồ sơ quan trắc môi trường được thiết kế cho phù hợp mục tiêu nghiên cứu.

Thu thập số liệu bằng khám lâm sàng, đo chức năng hô hấp trực tiếp đối tượng nghiên cứu ngay tại cơ sở nghiên cứu.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS21.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng chăm đạo đức của trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên.

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu được

giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	20-29	21	6,7
	30-39	114	36,2
	40-49	119	37,8
	50-60	61	19,0
	Tuổi trung bình	41,5 ± 8,3	
Giới	Nam	184	58,4
	Nữ	131	41,6
Tuổi nghề	Dưới 5 năm	1	0,3
	Từ 5 - <10 năm	114	36,2
	Từ 10 - <15 năm	40	12,7
	Từ 15 - <20 năm	16	5,1
	Trên 20 năm	144	45,7
	Tuổi nghề trung bình	17,9 ± 9,5	
Bụi	Bụi	231	73,3
	Hoá chất độc hại	123	39,0

Yếu tố tác hại	Tiếng ồn vượt mức gây hại	242	76,8
	Rung chuyển	111	35,2
	Anh sáng không đạt tiêu chuẩn	10	3,2
	Vi khí hậu nóng	86	27,3

Nhận xét: Qua bảng đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ta thấy:

- Về độ tuổi, đa số đối tượng nghiên cứu trong nhóm tuổi từ 30-49 tuổi. Trong tổng số 315 đối tượng nghiên cứu, có 74% số đối tượng nằm trong nhóm tuổi này.

- Về giới tính, có 58,4% số đối tượng là nam giới. Nữ giới chiếm tỉ lệ ít hơn với 41,6%.

- Về tuổi nghề, số đối tượng làm việc trên 20 năm chiếm phần lớn, với tỉ lệ 45,7%. Trong các nhóm tuổi nghề dưới 20 năm, nhóm tuổi nghề chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm từ 5-10 năm.

- Về các yếu tố tác hại nghề nghiệp trong môi trường làm việc, ta thấy, tiếng ồn và bụi là 02 yếu tố tác hại phổ biến nhất. Với tỉ lệ gặp phải lần lượt là 76,8% và 73,3%.

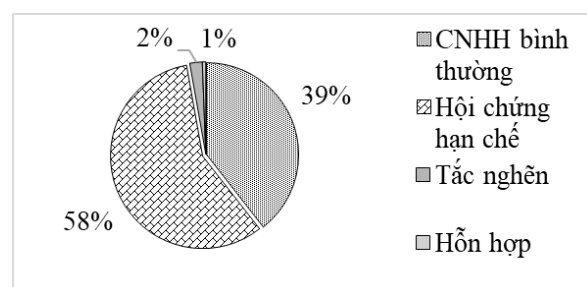
Bảng 2: Kết quả đo chức năng hô hấp của người lao động

Chỉ số	Đơn vị	Trị số đo được X ± SD	Trị số lý thuyết X ± SD	% so với lý thuyết
FEV1	lít	2,75 ± 0,66	3,03 ± 0,52	90,9 ± 16,26
FVC	lít	2,91 ± 0,72	3,65 ± 0,63	80,07 ± 16,58
Chỉ số Gansleur	%	95,07 ± 7,66		

Nhận xét: - Chỉ số FEV1% trung bình là 90,9% ± 16,26, cao so với mức tiêu chuẩn cho phép là >80%.

- Chỉ số FVC% trung bình là 80,07% ± 16,58, xấp xỉ với tiêu chuẩn cho phép là >80%.

- Chỉ số Gansleur đo được trung bình là 95,07% ± 7,66, cao hơn so với tiêu chuẩn cho phép là >70%.



Biểu đồ 3: Phân loại chức năng hô hấp của người lao động

Nhận xét: Biểu đồ 3 thể hiện phân loại chức năng hô hấp của đối tượng nghiên cứu, ta quan sát thấy:

- Phần lớn đối tượng nghiên cứu có rối loạn chức năng thông khí chiếm tỉ lệ 61%, số đối tượng có chức năng hô hấp bình thường chỉ chiếm 39%.

- Trong số các rối loạn chức năng hô hấp, phổ biến nhất là rối loạn kiểu hạn chế (gặp ở 58% đối tượng), hai hội chứng tắc nghẽn và hỗn hợp ít gặp hơn, với tỉ lệ lần lượt là 2% và 1%.

Bảng 4: Môi liên quan giữa tuổi nghề và kết quả đo chức năng hô hấp của người lao động

Liên quan giữa tuổi nghề và kết quả đo chức năng hô hấp		Kết quả đo CNHH		Tổng số	OR, CI95%	p
		Có rối loạn thông khí	Bình thường			
Tuổi nghề	Trên 20 năm	93 (64,6%)	51 (35,4%)	144	1,358 (0,86-2,144)	0,188
	Dưới 20 năm	98 (57,3%)	73 (42,7%)	171		
Tổng số		191 (60,6%)	124 (39,4%)	315		

Nhận xét: Có sự khác nhau về tỉ lệ rối loạn thông khí, ở nhóm tuổi nghề khác nhau. Cụ thể,

nhóm tuổi nghề trên 20 năm, có tỉ lệ gặp rối loạn thông khí cao hơn so với nhóm tuổi nghề dưới 20 năm (64,6% so với 57,3%). Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 5: Kết quả đo chức năng hô hấp của người lao động theo giới

Liên quan giữa giới tính và kết quả đo chức năng hô hấp		Kết quả đo CNHH		Tổng số	OR (CI 95%)	p
		Có rối loạn thông khí	Bình thường			
Giới tính	Nam	110 (59,8%)	74 (40,2%)	184	0,918 (0,58-1,453)	0,714
	Nữ	81 (61,8%)	50 (38,2%)	131		
Tổng số		191 (60,6%)	124 (39,4%)	315		

Nhận xét: Có sự khác nhau về tỉ lệ rối loạn thông khí, ở nhóm giới tính khác nhau. Cụ thể, nhóm đối tượng là nữ giới có tỉ lệ gặp rối loạn thông khí cao hơn so với nhóm đối tượng là nam giới. Tuy nhiên sự khác biệt này không nhiều (59,8% so với 61,8%) và chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 6: Môi liên quan giữa phơi nhiễm với bụi và kết quả đo chức năng hô hấp

Liên quan giữa giới tính và kết quả đo chức năng hô hấp		Kết quả đo CNHH		Tổng số	OR (CI 95%)	p
		Có rối loạn thông khí	Bình thường			
Phơi nhiễm với bụi	Có	144 (62,3%)	87 (37,7%)	231	1,303 (0,785-2,162)	0,305
	Không	47 (56,0%)	37 (44,0%)	84		
Tổng số		191 (60,6%)	124 (39,4%)	315		

Nhận xét: Có sự khác nhau về tỉ lệ rối loạn thông khí, ở những nhóm đối tượng có hoặc không có nguy cơ phơi nhiễm với bụi. Quan sát bảng ta thấy, ở nhóm đối tượng có phơi nhiễm với bụi, tỉ lệ gặp rối loạn chức năng hô hấp cao hơn so với nhóm đối tượng không có nguy cơ phơi nhiễm (lần lượt là 62,3% so với 56,0%). Tuy nhiên sự khác biệt này và chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 315 người lao động tại nhà máy Cốc hoá ở Thái Nguyên cho thấy, đa số đối tượng nghiên cứu trong nhóm tuổi từ 30-49 tuổi (74% số đối tượng nằm trong nhóm tuổi này), tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $41,5 \pm 8,3$ tuổi. So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Anh (2009) tại nhà máy luyện thép Lưu Xá và cán thép Lưu Xá Thái Nguyên, độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi cao hơn. Nhưng về phân bố nhóm tuổi, giữa hai nghiên cứu là tương đồng với kết quả là từ 30-49 là những nhóm tuổi chiếm chủ yếu.[1]

Khi so sánh về tuổi nghề của đối tượng nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự với tuổi đời. Điều này có thể được giải thích là do yêu cầu công việc tại các vị trí của nhà máy cốc hoá cũng như nhà máy luyện thép và cán thép Lưu Xá, vừa đòi hỏi thể lực, lại vừa cần kinh nghiệm làm việc lâu năm.

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi số đối tượng là nam giới là đa số, nhưng tỉ lệ chỉ chiếm 58,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Thân Đức Mạnh (2019) tại nhà máy luyện thép Thái Nguyên, thì tỉ lệ này thấp hơn khoảng

25%. Điều này có thể giải thích là, trong nhà máy Cốc hoá, có nhiều vị trí lao động phù hợp hơn đối với nữ giới so với nhà máy Luyện thép đòi hỏi cao hơn về thể lực, do vậy sự phân bố về giới tính của đối tượng nghiên cứu là khác nhau. [3]

Về các yếu tố tác hại nghề nghiệp trong môi trường làm việc, ta thấy, tiếng ồn và bụi là 02 yếu tố tác hại phổ biến nhất, với tỉ lệ gặp phải lần lượt là 76,8% và 73,3%. Điều này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hoa (2018) khi nghiên cứu môi trường lao động của công nhân khai thác than tại Thái Nguyên và nghiên cứu của Hoàng Khải Lập và cộng sự, đã chỉ ra rằng môi trường lao động bị ô nhiễm nghiêm trọng bởi bụi, tiếng ồn và vi khí hậu nóng. Do trong quy trình cốc hoá, có rất nhiều giai đoạn mà nguyên liệu là than phải được làm giảm kích thước giúp hiệu quả luyện cốc, cùng với việc vận chuyển nguyên liệu từ bãi tập kết đến nhà máy, từ đó tăng nguy cơ phát sinh bụi ra môi trường. Cùng với nhiệt độ cao và tiếng ồn lớn, các yếu tố này sẽ tác động cộng hưởng làm gia tăng mức độ gây hại lên sức khoẻ của người lao động. [2]

Kết quả đo chức năng hô hấp, cho thấy số đối tượng có rối loạn chức năng hô hấp chiếm tỉ lệ rất cao (61%), trong đó hội chứng hạn chế là phổ biến nhất. Điều này tương đồng với các nghiên cứu của Thân Đức Mạnh (2019) và Lê Thị Thanh Hoa (2018). [2], [3]

Khi so sánh tỉ lệ rối loạn chức năng hô hấp ở các nhóm tuổi nghề, giới tính và sự phơi nhiễm với bụi khác nhau, ta thấy có sự khác biệt về tỉ lệ này. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể lý giải do hạn chế về

quy mô của nghiên cứu này, cũng như chưa xác định được một số bệnh nghề nghiệp có khả năng gây rối loạn chức năng hô hấp (như các bệnh bụi phổi, viêm phế quản, nhiễm độc nghề nghiệp...). Nhóm nghiên cứu tự nhận thấy cần có những nghiên cứu sau này để làm rõ mối liên quan này hơn.

V. KẾT LUẬN

Đối tượng nghiên cứu đa số trong nhóm tuổi từ 30-49 tuổi với tỉ lệ 74%. Đối tượng là nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới (58,4% so với 41,6%). Về tuổi nghề, số đối tượng làm việc trên 20 năm chiếm phần lớn, với tỉ lệ 45,7%.

Kết quả đo các chỉ số chức năng hô hấp của đối tượng nghiên cứu, ta thấy: Chỉ số FEV1% trung bình là $90,9\% \pm 16,26$, FVC% trung bình là $80,07\% \pm 16,58$, Gansleur đo được trung bình là $95,07\% \pm 7,66$.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu có rối loạn chức năng thông khí chiếm tỉ lệ 61%, số đối tượng có chức năng hô hấp bình thường chỉ chiếm 39%. Trong số các rối loạn chức năng hô hấp, phổ biến nhất là rối loạn kiểu hạn chế (gặp ở 58% đối tượng), hai hội chứng tắc nghẽn và hỗn hợp ít gặp hơn, với tỉ lệ lần lượt là 2% và 1%.

Nhóm tuổi nghề trên 20 năm, có tỉ lệ gặp rối loạn thông khí cao hơn so với nhóm tuổi nghề dưới 20 năm (64,6% so với 57,3%). Nhóm đối tượng là nữ giới có tỉ lệ gặp rối loạn thông khí

cao hơn so với nhóm đối tượng là nam giới. Tuy nhiên sự khác biệt này không nhiều (59,8% so với 61,8%). Nhóm đối tượng có phơi nhiễm với bụi, tỉ lệ gặp rối loạn chức năng hô hấp cao hơn so với nhóm đối tượng không có nguy cơ phơi nhiễm (lần lượt là 62,3% so với 56,0%). Tuy nhiên, những sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh N.N. (2009)**, Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động và áp dụng các biện pháp can thiệp dự phòng viêm phế quản ở công nhân luyện thép Thái Nguyên, Học viện Quân y.
2. **Lê Thị Thanh Hoa (2018)**, Thực trạng các bệnh hô hấp và kết quả một số giải pháp can thiệp ở công nhân khai thác than mỡ tại Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên.
3. **Đức Mạnh T., Ngọc Anh N., Thị Thanh Xuân L., et al.** Đặc điểm chức năng hô hấp của người lao động tiếp xúc bụi silic ở một nhà máy luyện thép ở Thái Nguyên năm 2019, tạp chí Y học Việt Nam.
4. **Vũ Văn Triển (2014)**, Nghiên cứu một số triệu chứng, bệnh đường hô hấp và môi trường lao động của công nhân thi công cầu Nhật Tân, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Trung (2001)**, Các bệnh hô hấp nghề nghiệp, NXB Y học, Hà Nội.
6. **Koniecznyński J., Zającz-Zubek E., and Jabłońska M. (2012)**. The release of trace elements in the process of coal coking. The Scientific World Journal.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG ĐỐT NHIỆT SÓNG CAO TẦN

Hoàng Ngọc Tấn¹, Vũ Hồng Thăng^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 85 bệnh nhân UTBMTGB được điều trị bằng ĐNSCT. Người bệnh được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị, các xét nghiệm cận lâm sàng, đánh giá hiệu quả của phương pháp ĐNSCT và ghi nhận các tai biến và biến chứng của ĐNSCT. **Kết quả nghiên cứu:** Chức năng gan Child Pugh A chiếm tỉ lệ 76,5%; Child Pugh B chiếm tỉ lệ 23,5%. Nồng độ

AFP trung bình trước điều trị $705,2 \pm 1347,46$ (ng/ml). BN có 1 khối u chiếm tỷ lệ 67,6 %; BN có 2 khối u chiếm 25%; BN có 3 khối u chiếm 7,4%. Thời gian đốt sóng trung bình của BN trong nhóm nghiên cứu là $16,9 \pm 4,32$ phút, trong đó thời gian đốt trung bình của nhóm có 1 khối u là $17,0 \pm 4,39$ phút; của nhóm có 2 khối u là $15,7 \pm 3,69$ phút; của nhóm có 3 khối u là $17,6 \pm 5,16$ phút, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các biến chứng thường gặp như đau và sốt nhẹ và đáp ứng với các thuốc hạ sốt và giảm đau thông thường. Bệnh nhân trong nghiên cứu được đốt nhiệt sóng cao tần với tổng số 132 lượt cho 85 bệnh nhân, trong đó 3 trường hợp (chiếm 3,5%) có tai biến do thủ thuật và không có trường hợp nào tử vong. Các giá trị trung vị của chỉ số AFP sau điều trị 1 tháng, 3 tháng với thời điểm trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Điều trị ung thư tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần là phương pháp điều trị có kết quả tốt, an toàn cho người bệnh. **Từ khóa:** Đốt nhiệt sóng cao tần, ung thư biểu mô tế bào gan.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà nội

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Tấn

Email: tan.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

SUMMARY**ASSESSMENT OF THE RESULTS OF EARLY TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY RADIOFREQUENCY ABLATION**

Aims: To evaluate the results of early treatment of hepatocellular carcinoma by Radiofrequency ablation. **Material and Methods:** Includes 85 hepatocellular cancer patients who have been treated with RFA. Patients' clinical symptoms were recorded before and after treatment, as well as paraclinical examinations, the effectiveness of the RFA method, and RFA complications and complications. **Results:** Child-Pugh A and Child-Pugh B respectively account for 76.5% and 23.5 percent of the total. Before therapy, the average AFP concentration was 705.2 ± 1347.46 (ng/ml). Patients with one tumor accounted for 67.6% of the total, patients with two tumors accounted for 25%, and patients with three tumors accounted for 7.4% of the total. RFA took an average of 16.9 ± 4.32 minutes in the study group, and group 1 tumors took an average of 17.0 ± 4.39 minutes to burn. The time taken by the group with two tumors was 15.7 ± 3.69 minutes, and the time taken by the group with three tumors was 17.6 ± 5.16 minutes, although the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). These problems are minor and can be treated with over-the-counter antipyretics and analgesics. For a total of 132 times, radiofrequency ablation was used on 85 participants in the study. There were three incidences of complications (3.5%) as a result of the procedure, however, no patient died. Median values of AFP concentration after treatment for 1 month, 3 months, the difference was statistically significant. **Conclusion:** Treatment of liver cancer by radiofrequency ablation is a method of treatment with good results and safety for patients with liver cancer.

Keywords: Radiofrequency ablation, hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) chiếm tỉ lệ 85 - 90%. Tại Việt Nam, đây là loại ung thư đứng hàng thứ hai về tỉ lệ mắc, và hàng đầu về tỉ lệ tử vong [1]. Chỉ định phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Có 30-40% bệnh nhân được phát hiện bệnh ở giai đoạn có thể điều trị bằng các phương pháp triệt để như phẫu thuật, ghép gan hay đốt nhiệt sóng cao tần (ĐNSCT) có tỉ lệ sống sau 5 năm từ 40 - 70% [2].

ĐNSCT được coi là một trong những phương pháp điều trị cơ bản, áp dụng do có các ưu điểm: kết quả điều trị tương đối tốt, tỉ lệ tái biến - biến chứng thấp, thời gian can thiệp ngắn, giá thành hợp lí và có thể triển khai ra nhiều bệnh viện - cơ sở y tế [3].

Phương pháp ĐNSCT điều trị cho bệnh nhân UTBMTBG được thực hiện từ 2017 cho đến nay tại Bệnh viện K. Việc đánh giá thực tiễn hiệu quả

điều trị, tác động của điều trị tới bệnh nhân trong thời gian điều trị và theo dõi bệnh là vô cùng cần thiết. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm, tái biến, biến chứng của phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu**

- **Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 85 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần tại Bệnh viện K.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán xác định là UTBMTBG: dựa vào Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư gan của Bộ Y tế Việt Nam.

Tiêu chuẩn lựa chọn điều trị bằng ĐNSCT dựa theo hướng dẫn của BLCL 2012.

+ Giai đoạn Barcelona A, có 1 khối u gan ≤ 5 cm hoặc số khối ≤ 3 và kích thước mỗi khối ≤ 3 cm. Xơ gan giai đoạn Child Pugh A, B, PS 0 - 1.

+ Chức năng đông máu đảm bảo: PT $> 60\%$, TC $> 50.000/mm^3$

+ Không có bệnh lí nặng kèm theo: Suy tim, suy thận, COPD, tâm phế mạn...

+ Không còn chỉ định phẫu thuật hoặc BN từ chối phẫu thuật.

+ BN và gia đình đồng ý điều trị.

+ Đối với BN đã điều trị bằng phương pháp khác nhưng không đáp ứng với điều trị và vẫn thuộc giai đoạn Barcelona A thì vẫn chọn điều trị ĐNSCT.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đạt tiêu chuẩn nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có đối chứng

- Phương pháp tiến hành: Người bệnh đủ điều kiện nghiên cứu được điều trị và phương pháp ĐNSCT. Đánh giá người bệnh trước và sau điều trị bằng ĐNSCT:

- Các yếu tố cận lâm sàng: vị trí u, số lượng u, kích thước khối u, nồng độ AFP huyết thanh, chuẩn đoán mô bệnh học (nếu có)

• Đánh giá hiệu quả của phương pháp ĐNSCT và theo dõi sau điều trị

Thời gian theo dõi: sau ĐNSCT 1 tháng; tiếp theo khám định kỳ 6 tháng.

Lâm sàng: thay đổi chủ yếu về triệu chứng đau HSP, mệt mỏi và cân nặng.

Cận lâm sàng: Xét nghiệm AFP, các chỉ số đánh giá chức năng gan (Tỉ lệ Prothrombin,

Bilirubin máu, Albumin máu), men gan (GOT, GPT), định lượng ure, creatinin. Chụp CLVT/CHT có tiêm thuốc đánh giá kích thước khối u, tình trạng tăng sinh mạch và mức độ hoại tử của khối u.

• **Nhận định kết quả.** Số lần đốt trung bình, thời gian đốt sóng trung bình và cường độ đốt sóng trung bình. Tỷ lệ hoại tử khối hoàn toàn được định nghĩa là khi không còn tổ chức ngấm thuốc sau khi ĐNSCT. Tác dụng phụ và biến chứng của tất cả các lần đốt.

Sử dụng tiêu chuẩn mRECIST (modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) của Hiệp hội Gan mật châu Âu (EASL).

• **Đánh giá kết quả:** BN được tiến hành đánh giá lại qua thăm khám lâm sàng, chụp CT/MRI gan, định lượng nồng độ AFP huyết thanh.

• **Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt của các biến định tính giữa hai nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 85 bệnh nhân UTBMTGB được điều trị bằng ĐNSCT cho một số kết quả như sau

Bảng 1. Đặc điểm trước điều trị

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Gan to	9	10,6
Lách to	7	8,2
Cổ chướng	11	12,9
Vàng da - vàng mắt	8	9,4
Phù hai chân	8	9,4
Tổng	43	50,6
Chỉ số AFP trước điều trị (ng/ml)	Số BN (n=85)	Tỷ lệ (%)
AFP ≤ 20	23	27,1
20 < AFP ≤ 200	33	38,8
200 < AFP ≤ 400	13	15,3
AFP > 400	16	18,8
Tổng	85	100

Giá trị AFP nhỏ nhất 13,6 ng/ml, lớn nhất 7854,3ng/ml, trung bình: 705,2 ± 1347,46ng/ml

Nhận xét:

- BN thường có ít triệu chứng thực thể, trong đó những triệu chứng thường gặp là cổ chướng có 11 BN chiếm 12,9%, tuy nhiên phần lớn là mức độ nhẹ; 9 BN có gan to chiếm 10,6%; vàng da - vàng mắt và phù hai chân chiếm 9,4%.

- Child Pugh A là chủ yếu, có 65 BN chiếm tỷ lệ 76,5%; Child Pugh B có 20 BN chiếm tỷ lệ 23,5%. Không có BN nào có phân loại Child Pugh C.

Bảng 2. Số lần đốt nhiệt sóng cao tần

Lần đốt	Số khối	Tỷ lệ
1 lần	93	70,5
2 lần	29	22,0
3 lần	10	7,6
Tổng số	132	100

Nhận xét: Trong 85 BN với 125 khối u ban đầu và 7 khối u phát hiện trong quá trình theo dõi:

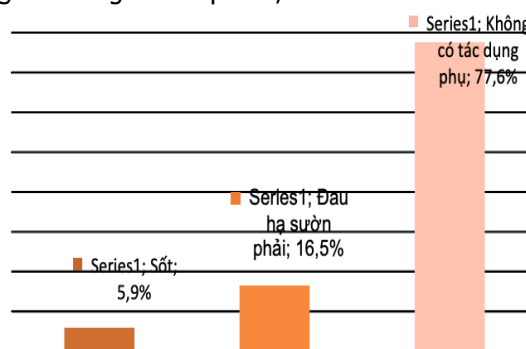
- Có 93 khối đốt 1 lần chiếm 70,5%; có 29 khối chiếm 22,0% không đạt được phá hủy hoàn toàn phải tiến hành đốt lần 2; và có 10 khối chiếm 7,6% phải đốt lần 3.

- Số lần đốt sóng trung bình cho mỗi khối u gan là 1,37 lần.

Bảng 3. Thời gian đốt sóng trung bình theo số khối u

Số khối	1 khối	2 khối	3 khối
Thời gian đốt trung bình (phút)	17,0 ± 4,39	15,7 ± 3,69	17,6 ± 5,16
Chung cho các khối	16,9 ± 4,32		
p	>0,05		

Nhận xét: Thời gian đốt sóng trung bình của BN trong nhóm nghiên cứu là 16,9 ± 4,32 phút, trong đó thời gian đốt trung bình của nhóm số 1 khối u là 17,0 ± 4,39 phút; của nhóm có 2 khối u là 15,7 ± 3,69 phút; của nhóm có 3 khối u là 17,6 ± 5,16 phút. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 1: Biến chứng sau khi tiến hành RFA

Nhận xét: Trong 132 lượt đốt sóng cho 85 bệnh nhân, có 5 bệnh nhân (5,9%) sốt; 14 bệnh nhân (16,5%) đau hạ sườn phải. Các biến chứng này nhẹ và đáp ứng với các thuốc hạ sốt và giảm đau thông thường.

Bảng 4. Tai biến của thủ thuật ĐNSCT

Tai biến	Số lần	Tỷ lệ %
Tràn dịch màng phổi	1	1,2
Chảy máu dưới bao gan	1	1,2
Ap xe gan	1	1,2
Thủng ruột	0	0
Tổng	3	3,5

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu

được ĐNSCT tổng là 132 lượt cho 85 BN có 3 trường hợp (3,5%) tai biến do thủ thuật trong đó các biến chứng này không gây khó thở và không

ảnh hưởng đến huyết động của bệnh nhân. Các bệnh nhân được điều trị sau 5-7 ngày ổn định và ra viện.

Bảng 5. Sự thay đổi nồng độ AFP trước và sau điều trị ĐNSCT

Chỉ số AFP	Giá trị trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	p
Trước ĐSCT	705,2 ± 1347,46	13,6	7854,3	
Sau 1 tháng (n=85)	302,6± 419,22	7,4	3407,6	0,006
Sau 3 tháng (n=85)	221,0±286,44	3,1	1854,0	0,000
Sau 6 tháng (n=84)	126,6±336,35	1,0	2201,0	0,000

Nhận xét: Các giá trị trung vị của chỉ số AFP sau điều trị 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng giảm nhiều so với thời điểm trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 6. Kích thước trung bình khối U trước và sau điều trị 1 tháng

Kích thước khối u trung bình trên siêu âm (cm)		Kích thước khối u trung bình trên chụp CLVT/CHT (cm)	
Trước ĐNSCT	Sau 1 tháng	Trước ĐNSCT	Sau 1 tháng
26,3 ± 10,08	27,4 ± 9,52	26,3 ± 9,79	28,3 ± 8,97
p=0,000		p=0,000	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về kích thước khối trung bình trên siêu âm và trên chụp CLVT/CHT (p=0,61). Kích thước khối u sau ĐNSCT 1 tháng cả trên siêu âm và chụp CLVT/CHT đều kích thước khối ban đầu (hoại tử) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Triệu chứng thường gặp là cổ chướng có 11 BN chiếm 12,9%, tuy nhiên phần lớn là mức độ nhẹ, 9 BN có gan to chiếm 10,6%, vàng da - vàng mắt và phù hai chân chiếm 9,4%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Nam là gan to và lách to với tỷ lệ tương ứng là 9,9% và 5,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Nam cũng có kết quả tương tự [4].

Trong 85 BN nghiên cứu của chúng tôi, BN có phân loại Child Pugh A là chủ yếu có 65 BN chiếm tỷ lệ 76,5%, BN có phân loại Child Pugh B có 20 BN chiếm tỷ lệ 23,5%. Không có BN nào có phân loại Child Pugh C do không chọn vào nghiên cứu. Tương tự vậy, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Nam có 146 BN chiếm 96,7% bị xơ gan, chỉ có 05 BN chiếm 3,3% không có tình trạng xơ gan [4]. Trong các nghiên cứu của Yan K và Pompili M tỷ lệ BN xơ gan rất cao và tỷ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi [5], [6].

Chỉ số AFP trung bình tại thời điểm trước điều trị ĐNSCT của nhóm nghiên cứu là 705,2 ± 1347,46 ng/ml, chỉ số này ở mức cao trên ngưỡng chẩn đoán xác định. Tuy nhiên, chỉ có 16 BN chiếm 18,8% có chỉ số nồng độ AFP ở thời điểm trước điều trị > 400ng/ml, còn lại chỉ số ở mức thấp. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Nam cho thấy chỉ số AFP trung bình tại thời điểm trước điều trị ĐNSCT của nhóm nghiên cứu là 1054 ± 3709 ng/ml, và có 19,9% có chỉ số nồng độ AFP ở thời điểm trước điều trị > 400ng/ml

[4]. Trong nghiên cứu của Pompili M và cộng sự nồng độ AFP trung bình của nhóm nghiên cứu là 29 ng/ml (2-2200), thấp hơn so với ngưỡng chẩn đoán UTBMTBG nói chung và cũng thấp hơn so nồng độ AFP trong nghiên cứu của chúng tôi [6].

AFP chỉ tăng trong 60-70% trường hợp UTBMTBG. Tuy vậy, xét nghiệm AFP là xét nghiệm có giá trị để theo dõi điều trị, đặc biệt với các bệnh nhân trước khi điều trị có nồng độ AFP cao.

4.2. Đặc điểm đốt sóng cao tần. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã điều trị 132 lần đốt sóng cao tần cho 132 khối u ở 85 BN, trong đó 125 lần đốt cho các khối u phát hiện từ lúc trước điều trị, 7 lần cho các khối u mới xuất hiện trong quá trình theo dõi, số lần đốt sóng trung bình cho mỗi khối u gan là 1,4 ± 0,64 lần. Trong đó đốt 1-2 lần chiếm 92,4%. Trong NC của Tateishi trên 2140 khối u với 664 bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng ĐNSCT sử dụng kim có đầu đốt được làm mát Radionics ghi nhận số lần đốt trung bình tăng theo kích thước khối u: u<2cm đốt 1,5 lần; 2<u<3 cm đốt 2,3 lần và u>3cm đốt 4,2 lần [7]. Như vậy, đặc điểm khối u càng lớn thì số lần can thiệp điều trị càng có xu hướng tăng.

Các tai biến trong điều trị đốt nhiệt sóng cao tần: Trong quá trình đốt, chúng tôi ghi nhận có 3 BN (2,3%) có tai biến do dùng thuốc tiền mê trong đó có 2 bệnh nhân xuất hiện nhịp chậm, 1 bệnh nhân xuất hiện tăng tiết nước bọt. Những biến chứng này nhẹ, nhịp tim bệnh nhân trở về bình thường khi dùng Atropin và không phải dùng thủ thuật. Nghiên cứu 151 BN của tác giả

Nguyễn Thanh Nam có 6 BN (1,4%) có tai biến do dùng thuốc tiền mê trong đó có 5 BN xuất hiện nhịp chậm, 1 BN xuất hiện tăng tiết nước bọt, các BN này đều không phải dùng thủ thuật [4]. Sau thủ thuật có 1 trường hợp (1,2%) tràn dịch màng phổi, 1 trường hợp (1,2%) chảy máu dưới bao gan và 1 trường hợp (1,2%) áp xe gan. Đây là những biến chứng nhẹ không có thay đổi và ảnh hưởng tới huyết động của BN, điều trị ổn định sau 5-7 ngày BN được ra viện. Nguyễn Thanh Nam thống kê có 4 trường hợp (0,9%) tràn dịch màng phổi, 2 trường hợp (0,5%) chảy máu dưới bao gan và 1 trường hợp (0,2%) áp xe gan.

4.3. Kết quả điều trị sớm

Thay đổi chỉ số xét nghiệm AFP. Giá trị trung bình và trung vị của chỉ số AFP giảm nhiều sau điều trị tại các thời điểm 1 tháng 3 tháng, 6 tháng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon test, $p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Nam nồng độ AFP ban đầu ($p < 0,001$) và giai đoạn Barcelona ($p = 0,012$) có liên quan với thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân [4]. Phân tích đa biến thì nồng độ AFP ban đầu ($p < 0,001$) là yếu tố tiên lượng độc lập về thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của N'kontchou G [8]. Nồng độ AFP cao thường được thấy ở những khối u có mức độ ác tính cao và nó cũng liên quan đến tỷ lệ tái phát bệnh cao hơn. Chức năng gan của bệnh nhân trước ĐNSCT sẽ ảnh hưởng tới quá trình hồi phục sau khi điều trị bằng ĐNSCT và tất nhiên liên quan đến khả năng sống thêm của bệnh nhân.

Như vậy, bên cạnh giá trị sàng lọc, AFP còn được sử dụng đánh giá tiên lượng sau điều trị. Biến đổi hàm lượng AFP có liên quan với độ hoại tử khối u. Ở các BN có nồng độ AFP tăng trước khi điều trị, việc AFP giảm mạnh, nhất là giảm đến ngưỡng bình thường là dấu hiệu khẳng định hiệu quả phá hủy u hoàn toàn.

Sự thay đổi kích thước khối u sau đốt sóng cao tần. Không có sự khác biệt về kích thước khối trung bình trên siêu âm và trên chụp CT/MRI. Kích thước khối trung bình sau ĐNSCT 1 tháng cả trên siêu âm ($27,4 \pm 9,52$ mm) và chụp CT/MRI ($28,3 \pm 8,97$ mm) lớn hơn kích thước khối TB ban đầu ($26,3 \pm 9,79$ mm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đó là do mục tiêu khi tiến hành kỹ thuật này là đạt được diện hoại tử lớn hơn khối ban đầu ít nhất 0,5cm. Kết quả này tương tự nghiên cứu của các tác giả Đào Việt Hằng [9]. Do vậy việc đốt rộng hơn giúp tạo được vùng rìa khối u an toàn và ngăn ngừa vi di căn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành điều trị cho 85 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần tại Bệnh viện K, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Child - Pugh A là chủ yếu có chiếm tỷ lệ 76,5%; Child - Pugh B chiếm tỷ lệ 23,5%. Nồng độ AFP trung bình trước điều trị $705,2 \pm 1347,46$ (ng/ml), Nồng độ AFP từ 20-200ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%), Nồng độ AFP >400 chiếm tỷ lệ lần lượt 18,8%.

Có 93 khối u đốt 1 lần chiếm 70,5%; có 29 khối u chiếm 22,0% không đạt được phá hủy hoàn toàn phải tiến hành đốt lần 2; và có 10 khối u chiếm 7,6% phải đốt lần 3. Thời gian đốt sóng trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $16,9 \pm 4,32$ phút, trong đó thời gian đốt trung bình của nhóm số 1 khối u là $17,0 \pm 4,39$ phút; của nhóm có 2 khối u là $15,7 \pm 3,69$ phút; của nhóm có 3 khối u là $17,6 \pm 5,16$ phút. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong 132 lượt đốt sóng cho 85 bệnh nhân, có 5 bệnh nhân (5,9%) sốt; 14 bệnh nhân (16,5%) đau hạ sườn phải. Các biến chứng này nhẹ và đáp ứng với các thuốc hạ sốt và giảm đau thông thường. Có 3 trường hợp (3,5%) tai biến do thủ thuật và không có BN tử vong.

Các giá trị trung vị của chỉ số AFP sau điều trị 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng giảm rõ rệt so với thời điểm trước điều trị. Kích thước khối u sau ĐNSCT sau 01 tháng trên siêu âm và chụp CLVT/CHT đều lớn hơn kích thước khối ban đầu và sự khác biệt có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>.
2. **Bruix J, Sherman M;** American Association for the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma, an update. *Hepatology*, 2011; 53(3), 1020 -2.
3. **European Association for Study of Liver,** European Organisation for Research and Treatment of Cancer. EASL- EORTC clinical practice guidelines, management of hepatocellular carcinoma. *Eur J Cancer*, 2012; 48(5), 599 - 641.
4. **Nguyễn Thanh Nam.** Đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.
5. **Yan K., Chen M. H., Yang W., et al..** Radiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma: long-term outcome and prognostic factors. *Eur J Radiol*, 2008; 67 (2), 336-347.
6. **Pompili M., Saviano A., de Matthaeis N., et al.** Long-term effectiveness of resection and radiofrequency ablation for single hepatocellular

- carcinoma ≤ 3 cm. Results of a multicenter Italian survey. *J Hepatol*, 2013; 59 (1), 89-97.
7. **Omata M, Lesmana LA, Tateishi R et al.** Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus recommendations on hepatocellular carcinoma. *Hepatol Int*, 2010; 4(2), 439-74.
8. **N'Kontchou G., Mahamoudi A., Aout M., et al...** Radiofrequency ablation of hepatocellular

carcinoma: long-term results and prognostic factors in 235 Western patients with cirrhosis. *Hepatology*, 2009; 50 (5), 1475-1483.

9. **Đào Việt Hằng,** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim lựa chọn theo kích thước khối u, Luận văn Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2016.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ BIS VỚI MAC CỦA SEVOFLURAN TRONG MỘT SỐ THỜI ĐIỂM GÂY Mê KẾT HỢP GÂY Mê KHOANG CÙNG Ở TRẺ EM

Trần Thị Nương¹, Nguyễn Quốc Kính¹, Lưu Quang Thuỳ¹,
Đào Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹, Ngô Mạnh Đình¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa chỉ số BIS với MAC của sevofluran trong một số thời điểm gây mê kết hợp gây mê khoang cùng ở trẻ em. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên 86 bệnh nhân. **Kết quả:** Mật phản xạ mi mắt (T1) MAC $2,45 \pm 0,4$ và BIS $39,03 \pm 10,45$. Đặt mask thanh quản (T4) MAC $1,3 \pm 0,32$ và BIS $46,84 \pm 6,76$. Rút mask thanh quản (T10) MAC $0,39 \pm 0,13$ và BIS $68,6 \pm 4,65$. Xác suất tiên đoán của BIS là $P_k = 0,843$. BIS và MAC có mối tương quan tuyến tính nghịch biến mạnh, chặt chẽ ở trẻ với $r = -0,6$ ($p < 0,01$). **Kết luận:** BIS và MAC có mối tương quan tuyến tính nghịch, chặt chẽ. Sử dụng chỉ số BIS để điều chỉnh độ mê trong quá trình phẫu thuật vừa đảm bảo an toàn cho bệnh nhân vừa tiết kiệm thuốc mê.

Từ khóa: Chỉ số BIS, MAC sevofluran, gây mê trẻ em, gây mê khoang cùng

SUMMARY

CORRELATION OF THE BIS INDEX AND THE MAC OF SEVOFLURANE IN SOME TIMES OF ANESTHESIA WITH CAUDAL EPIDURAL BLOCK IN CHILDREN

Objective: Correlating BIS index and MAC of sevoflurane in some times of anesthesia with a caudal epidural block in children. **Methods:** This is a descriptive study of 86 patients. **Results:** Loss of eyelid reflex (T1) MAC 2.45 ± 0.4 and BIS 39.03 ± 10.45 . A laryngeal mask airway (T4) MAC 1.3 ± 0.32 and BIS 46.84 ± 6.76 . Removal LMA (T10) MAC 0.39 ± 0.13 and BIS 68.6 ± 4.65 . Predictive probability of BIS $P_k = 0.843$. BIS and MAC were inverse linear relationship in children with $r = -0.6$, $p < 0.01$. **Conclusion:** BIS and MAC were an inverse linear

relationship. Using the BIS index to adjust anesthesia during surgery is both safe for the patient and saves anesthetic.

Keywords: Bispectral index, MAC sevofluran, anesthesia in childrens, Caudal epidural block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá độ mê là một vấn đề quan trọng trong gây mê hồi sức nói chung đặc biệt là gây mê trẻ em. Gây mê quá sâu có thể gây ra các tai biến hoặc quá nông làm bệnh nhân tỉnh làm ảnh hưởng đến cuộc mổ cũng như các di chứng về tâm thần sau này [1]. Tác dụng gây mê của các thuốc mê đường hô hấp được định nghĩa bằng MAC (minimal alveolar concentration) hay còn gọi là nồng độ phế nang tối thiểu, đó là nồng độ phế nang tối thiểu của một thuốc mê dưới dạng khí hoặc hơi đo ở áp lực khí quyển thông thường làm ức chế phản ứng vận động ở 50% các bệnh nhân khi bị một kích thích đau như rạch da. MAC được chứng minh cân bằng với nồng độ thuốc trong não [2]. MAC là một trong những dấu hiệu khách quan để đánh giá độ mê. Trên thế giới đánh giá độ mê dựa vào hoạt động điện ở vỏ não như chỉ số lượng phổ BIS (bispectral index) đã được áp dụng rộng rãi. BIS là một phương tiện đánh giá độ mê dựa trên nguyên lý đo điện thế ức chế và kích thích sau synap của vỏ não được truyền đến vùng trán và mặt, dùng điện cực để ghi lại các sóng điện não và được số hóa thành các con số từ 0 – 100. Trong gây mê dựa vào BIS có thể phát hiện sớm tình trạng gây mê quá sâu hoặc quá nông để điều chỉnh thuốc gây mê kịp thời [3]

Gây mê cho trẻ em có nhiều điểm đặc thù hơn so với gây mê ở người lớn. Trong đó, việc tránh những di chứng về tâm thần khi gây mê quá nông cũng như những tai biến khi gây mê quá sâu ở trẻ em là điều rất cần thiết. Ở Việt Nam có một số nghiên cứu gây mê bằng thuốc

¹Trung tâm Gây mê Hồi sức Ngoại Khoa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nương

Email: tranuongnuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

mê sevofluran, nghiên cứu điều chỉnh độ mê bằng điện não số hóa ở người lớn nhưng chưa có nghiên cứu nào ở trẻ em. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá mối liên quan giữa chỉ số BIS với MAC của sevofluran trong một số thời điểm gây mê kết hợp gây tê khoang cùng ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 86 bệnh nhân.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu:

- Bệnh nhân là trẻ em độ tuổi từ 1 đến 12 tuổi, cân nặng ≥ 10 kg, ASAII-II, được mổ tại phòng mổ nhi – khoa gây mê hồi sức bệnh viện Việt Đức từ tháng 10 năm 2104 đến tháng 2 năm 2015.

- Chỉ định gây mê sevofluran bằng mask thanh quản kết hợp với gây tê khoang cùng và

thời gian mổ ≤ 2 giờ

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các chống chỉ định thuốc mê sevofluran và gây tê khoang cùng như nhiễm khuẩn tại vị trí chọc tê, dị ứng với thuốc gây tê.

- Trẻ em béo phì hoặc suy dinh dưỡng, có bệnh thần kinh, tim mạch, hô hấp, nội tiết kèm theo.

Địa điểm nghiên cứu: khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Việt Đức.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2014 tới tháng 02 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang

❖ **Xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha < 0,05$ được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị trung bình của nồng độ sevofluran trong khí thở vào, thở ra, MAC, BIS ở ba trạng thái mê của Martorano.

Bảng 3.1. Giá trị trung bình Fisevo, Etsevo ở một số thời điểm gây mê.

Trạng thái mê	Thời điểm	Fisevo	Etsevo
Mức A	T10 min – max	0,29 \pm 0,16 (0 – 0,6)	0,44 \pm 0,11 (0,2 – 0,63)
Mức B	T1 min – max	6,44 \pm 0,92 (3,5 – 7,2)	4,98 \pm 0,98 (2,6 – 6,8)
	T9 min – max	1,3 \pm 0,48 (0,2 – 2,6)	1,35 \pm 0,44 (0,3 – 2,4)
Mức C	T4 min – max	2,96 \pm 0,75 (1,2 – 5,1)	2,6 \pm 0,73 (1 – 4,5)
	T5 min – max	2,61 \pm 0,77 (1,2 – 3)	2,28 \pm 0,59 (1 – 2,8)
	T6 min – max	2,43 \pm 0,58 (1,2 – 4,1)	2,13 \pm 0,49 (1 – 3,5)
	T7 min – max	2,28 \pm 0,65 (1,5 – 3,5)	2,05 \pm 0,56 (0,9 – 3,4)
	T8 min – max	2 \pm 0,5 (1,3 – 4)	1,85 \pm 0,44 (0,9 – 3,5)

Tại mức B, thời điểm T1 mất phản xạ mi mắt Etsevo cao nhất 4,98 \pm 0,98. Tại mức C, thời điểm T4 đặt mask thanh quản thuận lợi khi Etsevo 2,6 \pm 0,73, thời điểm T5, T6, T7, T8 Etsevo duy trì từ 1,85 – 2,28. Tại mức A, thời điểm T10 rút mask thanh quản thuận lợi khi Etsevo còn rất thấp 0,44 \pm 0,11 (Bảng 3.1).

Bảng 3.2 Giá trị trung bình của MAC và BIS ở một số thời điểm gây mê

Trạng thái mê	Thời điểm	MAC	BIS
Mức A	T10 (min – max)	0,39 \pm 0,13 (0,1 – 0,8)	68,6 \pm 4,65 (60 – 80)
Mức B	T1 (min – max)	2,45 \pm 0,4 (1,1 – 3,4)	39,03 \pm 10,45 (18 – 60)
	T9 (min – max)	0,68 \pm 0,21 (0,3 – 1,6)	57,85 \pm 6,6 (42 – 72)
Mức C	T4 (min – max)	1,3 \pm 0,32 (0,8 – 2,5)	46,84 \pm 6,76 (39 – 60)
	T5 (min – max)	1,17 \pm 0,53 (0,6 – 3,4)	41,3 \pm 6 (37 – 60)
	T6 (min – max)	1,09 \pm 0,26 (0,6 – 2,1)	52,7 \pm 8,5 (38 – 72)
	T7 (min – max)	1,03 \pm 0,28 (0,6 – 2,2)	50,16 \pm 5,82 (39 – 60)
	T8 (min – max)	0,92 \pm 0,2 (0,6 – 2,1)	51,48 \pm 5,86 (40 – 60)

Thời điểm T1 mất phản xạ mi mắt MAC cao nhất 2,45 \pm 0,4, tương ứng với BIS thấp nhất 39,03 \pm 10,45. Thời điểm T4 đặt mask thanh quản thuận lợi khi MAC 1,3 \pm 0,32. BIS 46,84 \pm 6,76. Thời điểm T5, T6, T7, T8 MAC từ 0,92 – 1,17. BIS duy trì từ 40 – 60. Thời điểm T10 rút mask thanh quản thuận lợi khi MAC 0,39 \pm 0,13, tương ứng với BIS cao nhất 68,6 \pm 4,65. (Bảng 3.2)

3.2. Phân bố các giá trị BIS ở 3 mức mê A, B, C của Martorano.

Bảng 3.3. Phân bố giá trị BIS ở ba mức mê.

Trạng thái mê	BIS		
	< 40	40 – 60	>60
A	0	0	86
B	16	59	113
C	15	474	24

Mức A không có trường hợp nào BIS < 60. Mức B có 16 trường hợp BIS < 40 trong thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt). Mức C chủ yếu BIS từ 40 - 60, 15 trường hợp BIS < 40 trong đó có 7 trường hợp ở thời điểm T4 (đặt mask thanh quản), 24 trường hợp có BIS > 60 trong đó có 15 trường hợp ở thời điểm T6 (sau khi rạch da) (Bảng 3.3)

- **Xác suất tiên đoán Pk.**

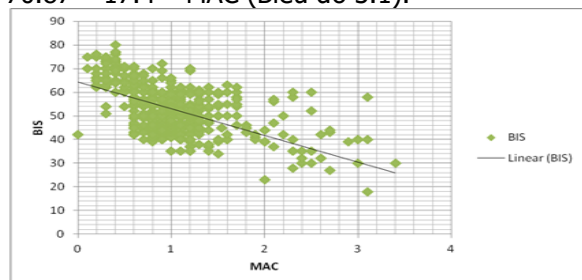
Bảng 3.4. Các phép tính một chiều, Pk và sai chuẩn.

		Giá trị	Sai chuẩn
Somerd	Symmetric	0.685	0.02
	BIS dependent	0.695	0.021
	Mức mê theo Martorano	0.674	0.024

$Pk = 1 - (1 - |somer'd|) : 2 = 1 - (1 - |0.685|) : 2 = 0.843$. Sai chuẩn của Pk = sai chuẩn của Somerd : 2 = 0.02 : 2 = 0.01 (Bảng 3.4)

3.3. Tương quan giữa MAC và BIS của trẻ ở một số thời điểm gây mê

MAC và BIS có mỗi tương quan tuyến tính nghịch, chặt chẽ với $r = -0.6$, $P < 0.01$, $BIS = 70.87 - 17.4 * MAC$ (Biểu đồ 3.1).



Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa MAC và BIS ở trẻ 1 đến 12 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi nồng độ sevofluran trong khí thở vào, thở ra, MAC và BIS ở một số thời điểm gây mê. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp khởi mê với sevofluran 8% và giảm dần để duy trì BIS trong giới hạn mong muốn. Thời điểm T1 (úp mask đến khi bệnh nhân mất phản xạ mi mắt) có Fisevo $6,44 \pm 0,92$, Etsevo $4,98 \pm 0,98$, MAC $2,45 \pm 0,4$, BIS $39,03 \pm 10,45$. Thời điểm này chúng tôi sử dụng sevofluran với nồng độ cao và lưu lượng khí 4 l/ph. Mục đích là nhằm giảm bớt thời gian khởi mê, nhanh chóng đạt được độ mê, giảm các phản xạ ho, co thắt thanh quản hoặc kích thích vật vã trong quá trình khởi mê. Tuy nhiên sử dụng BIS trong giai đoạn này là rất khó khăn đối với trẻ không hợp tác. Chúng tôi chỉ thu thập được chỉ số BIS trên ở 36% bệnh nhân. Tác giả

Nirali (2014) thời điểm khởi mê Etsevo là $6,41 \pm 0,67$ MAC $3,37 \pm 0,34$ [4]

Giai đoạn đặt mask thanh quản chúng tôi cũng duy trì sevofluran ở nồng độ cao và BIS duy trì từ 40 – 50 để đảm bảo không có các kích thích về đường thở ở trẻ. Fisevo là $2,96 \pm 0,75$, Etsevo $2,6 \pm 0,73$, MAC $1,3 \pm 0,32$, BIS $46,84 \pm 6,76$. Nghiên cứu của chúng tôi có MAC lúc đặt mask thanh quản thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Tác giả Mahantes (2014) so sánh giữa nồng độ sevofluran khi gây mê mask thanh quản và NKQ trên 60 bệnh nhân cho thấy Etsevo $2,49 \pm 0,44$, MAC $1,67 \pm 0,13$ giảm hơn so với Etsevo của nhóm NKQ là $2,81 \pm 0,65$, MAC $1,77 \pm 0,43$. BIS của nhóm đặt mask thanh quản là $49 \pm 10,76$, nhóm đặt NKQ là $41,25 \pm 3,25$ [5]

Giai đoạn rút mask thanh quản Fisevo $0,29 \pm 0,16$ Etsevo $0,44 \pm 0,11$, MAC $0,39 \pm 0,13$, BIS $68,6 \pm 4,65$. Nghiên cứu này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nirali (2014). Tác giả này rút NKQ khi Etsevo là $0,14 \pm 0,27$, MAC $0,07 \pm 0,16$ [4]. Như vậy trong giai đoạn thoát mê, gây mê bằng NKQ phải cần MAC thấp hơn.

4.2. Tương quan giữa MAC và BIS của trẻ ở một số thời điểm gây mê.

MAC và BIS có mỗi tương quan tuyến tính nghịch và chặt chẽ với $r = -0.6$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Khi nồng độ thuốc mê tăng dần lên, tình trạng mê sẽ sâu hơn thể hiện bằng giảm dần thông số của điện não và ngược lại. Sử dụng chỉ số BIS để điều chỉnh độ mê trong quá trình phẫu thuật vừa đảm bảo không mất quá nhiều thuốc mê dẫn đến mê quá sâu vừa đảm bảo không sử dụng quá ít thuốc mê dẫn đến bệnh nhân tỉnh. Điều này thực sự hữu ích vì những quan sát về lâm sàng và kinh nghiệm của bác sỹ gây mê có thể không chính xác. Nghiên cứu của tác giả Bannister (2001) nghiên cứu trên 202 bệnh nhân có độ tuổi từ 0 – 18 tuổi cũng kết luận có mỗi tương quan tuyến tính nghịch biến của chỉ số BIS và MAC của thuốc mê sevofluran [6].

4.3. Phân bố các giá trị BIS ở 3 mức mê A, B, C của Martorano.

Theo công thức tính xác suất: $Pk = 1 - (1 - |Sommer's d|) / 2$ cho thấy xác suất tiên đoán độ mê của BIS với sevofluran theo phân loại của Martorano là rất cao. Xác suất tiên đoán của BIS là $Pk = 0.843 \pm 0.01$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả McKeever (2014) Pk của BIS với sevofluran là 0.81[7]. Nghiên cứu của tác giả Ibrahim (2001) nghiên cứu về BIS khi gây mê bằng propofol, midazolam và sevofluran cho thấy Pk của BIS với sevofluran là $0,76 \pm 0,01$, trong khi đó Pk của

BIS với propofol cao hơn $0,87 \pm 0,11$, với midazolam là $0,69 \pm 0,02$ [8].

V. KẾT LUẬN

BIS và MAC có mối tương quan tuyến tính nghịch biến mạnh, chặt chẽ ở trẻ với $r = -0,6$, $p < 0,01$. Như vậy, sử dụng chỉ số BIS để điều chỉnh độ mê trong quá trình phẫu thuật vừa đảm bảo an toàn cho bệnh nhân vừa tiết kiệm thuốc mê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu.** Triệu chứng gây mê và đánh giá độ mê. Bài giảng gây mê hồi sức, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2014:150-71.
2. **Công Quyết Thắng.** Thuốc mê đường hô hấp. Bài giảng gây mê hồi sức, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2014:17-24.
3. **Hoàng Văn Bách.** Nghiên cứu điều chỉnh độ mê theo điện não số hóa bằng nồng độ đích tại não hoặc nồng độ phế nang tối thiểu của thuốc mê. Luận văn tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108. 2012.

4. **Nirali NP VN, Mamta GP.** Corelation of bis index with sevofluran concentration in paediatric anesthesia. National journal of medical research. 2014(2):277-810.
5. **Mahantesh S M.** Comparison of sevoflurane concentration for insertion of proseal laryngeal mask airway and tracheal intubation in children. Revista Brasileira de anesthesiologia. 2014(1):293.
6. **Bannister CF, Brosius KK, Sigl JC, Meyer BJ, Sebel PS.** The effect of bispectral index monitoring on anesthetic use and recovery in children anesthetized with sevoflurane in nitrous oxide. Anesthesia & Analgesia. 2001;92(4):877-81.
7. **McKeever S, Johnston L, Davidson AJ.** Sevoflurane-induced changes in infants' quantifiable electroencephalogram parameters. Pediatric Anesthesia. 2014;24(7):766-73.
8. **Ibrahim AE, Taraday JK, Kharasch ED.** Bispectral index monitoring during sedation with sevoflurane, midazolam, and propofol. The Journal of the American Society of Anesthesiologists. 2001;95(5):1151-9.

THỰC TRẠNG TỰ CHĂM SÓC VÀ NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHƯỜNG VỊ XUYÊN THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH NĂM 2021

Vũ Thị Ngọc Lương¹, Nguyễn Văn Dinh¹, Nguyễn Sơn Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả thực trạng tự chăm sóc và xác định các yếu tố liên quan đến nhu cầu phục hồi chức năng của người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 384 NCT của Phường Vị Xuyên Thành phố Nam Định. **Kết quả:** về khả năng thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: có 52,1% NCT cần sự trợ giúp về ăn uống; 28,4% NCT cần trợ giúp về thay quần áo; 43,5% NCT cần trợ giúp ngồi; 9,1% NCT cần trợ giúp đứng. Ảnh hưởng của giảm khả năng vận động và sinh hoạt lên NCT: 33,1% NCT bị những cảm giác trên lâm gián đoạn công việc và 8,1% NCT bị những cảm giác đau khiến không thể ngủ được. Có 49,7% NCT có nhu cầu về PHCN; những người có khó khăn về vận động và những người có khó khăn về hoạt động sinh hoạt hàng ngày có nhu cầu PHCN cao hơn so với những người không với OR lần lượt là 2,16 và 1,24 ($p < 0,05$). **Kết luận:** NCT có nguy cơ giảm khả năng về vận động do vậy cần PHCN nhằm giúp giảm bớt những khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày và có chất lượng cuộc sống tốt hơn. **Từ khóa:** người cao tuổi, khả năng vận động, nhu cầu phục hồi chức năng.

SUMMARY

THE SITUATION OF SELF-CARE AND DEMANDS REHABILITATION OF THE ELDERLY IN VI XUYEN WARD IN NAM DINH CITY IN 2021

Objectives of research: describe the self-care situation and identify factors related to the rehabilitation demands of the elderly. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study on 384 elderly people of Vi Xuyen ward, Nam Dinh city. **Results:** on the ability to perform daily activities: 52.1% of the elderly need help with eating; 28.4% of the elderly need help with changing clothes; 43.5% elderly need help sitting; 9.1% of the elderly need help standing. Effects of reduced mobility and living capacity on the elderly: 33.1% of the elderly had the above feelings to interrupt their work and 8.1% of the elderly suffered from painful sensations that prevented them from sleeping. 49.7% of the elderly have rehabilitation needs; those with mobility difficulties and those with difficulties in daily living activities had higher demands of rehabilitation rates than those without, with OR is 2,16 and 1,24 respectively ($p < 0,05$). **Conclusions:** The elderly are at risk of reduced mobility, so they need rehabilitation to help reduce difficulties in daily living and have a better quality of life.

Key words: the elderly, mobility, rehabilitation needs.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ngọc Lương

Email: luongcool96@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng lão hóa dân số (hay già hóa dân số) đang đạt đến đỉnh điểm trong lịch sử phát triển toàn nhân loại [5]. Tại Việt Nam, tỷ trọng dân số từ 65 tuổi trở lên đạt 7,7% tuy nhiên đang có xu hướng gia tăng theo từng năm, bên cạnh đó chỉ số già hóa dân số năm 2019 là 48,8% tăng 13,3% so với năm 2009 và tăng hơn hai lần so với năm 1999. Dự báo đến năm 2040 Việt Nam sẽ kết thúc thời kỳ "dân số vàng"[3].

Tuổi cao có mối quan hệ mật thiết đến các vấn đề về sức khỏe cũng như tình trạng bệnh lý. Trong năm 2016, trong số 20 nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở người cao tuổi thì nhồi máu cơ tim xếp ở vị trí đầu tiên với tỷ lệ 13,4% trong tổng số các ca tử vong ở người cao tuổi, xếp ngay sau đó là đột quỵ với 11,8%, tiếp đó là nhiễm trùng đường hô hấp và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với cùng tỷ lệ 5,7% [7]. Do đó, nhu cầu được chăm sóc sức khỏe nói chung và nhu cầu chăm sóc – phục hồi chức năng nói riêng của người cao tuổi là rất cao. Đặc biệt trong những năm qua, mô hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi đang có xu hướng chuyển dịch chuyển dịch sang các hình thức khám chữa bệnh tại nhà, nên nhu cầu tự chăm sóc bản thân và phục hồi chức năng của người cao tuổi cũng không nằm ngoài quy luật đó.

Chính vì những lý do trên, tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "Thực trạng tự chăm sóc và nhu cầu phục hồi chức năng của người cao tuổi tại phường Vị Xuyên thành phố Nam Định năm 2021". Với 2 mục tiêu: *mô tả thực trạng tự chăm sóc và xác định các yếu tố liên quan đến nhu cầu phục hồi chức năng của người cao tuổi tại Phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi hiện đang sinh sống trên địa bàn Phường Vị Xuyên, Tp. Nam Định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Không mắc vấn đề về tâm thần; có khả năng nghe, nói, đọc, viết;
- + Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian NC: từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$)
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị Z thu được tứng với giá trị α ($Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)
- d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ p thu được từ mẫu và từ quần thể (chọn $d=0,05$)
- p: Tỷ lệ NCT có nhu cầu khám chữa bệnh tại nhà. Do chưa có nhiều nghiên cứu liên quan đến nhu cầu khám chữa bệnh tại nhà của người cao tuổi nên chọn $p = 0,5$ để đạt được cỡ mẫu lớn nhất.

Thay p vào công thức tính được cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 384 người cao tuổi.

Phương pháp chọn mẫu: áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

Tiến hành lập danh sách tất cả các tổ dân phố sau đó bốc thăm ngẫu nhiên một tổ để bắt đầu điều tra. Tại tổ dân phố được chọn, chọn người cao tuổi đầu tiên của tổ theo hình thức bốc thăm để bắt đầu phỏng vấn. Áp dụng phương pháp "cồng liền cồng" để chọn đối tượng tiếp theo cho đến khi phỏng vấn đủ 384 số đối tượng.

2.3.3. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Số liệu được thu thập qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi bán cấu trúc.

Bộ câu hỏi gồm có 18 câu hỏi, được xây dựng dựa trên các tiêu chí: mục tiêu NC, Mô hình nhu cầu sức khỏe của Michael Grossman [6] và Bộ công cụ đánh giá nhu cầu chăm sóc – phục hồi chức năng của người khuyết tật và đánh giá sự tiến bộ của WHO.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích và xử lý số liệu NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC: Trong tổng 384 ĐTNC có 67,2% nữ và 32,8% nam. Độ tuổi trung bình là $70,04 \pm 8,41$; có 7,8% NCT có khuyết tật với nguyên nhân do tai nạn (46,7%); và 36,7% NCT đã từng tập PHCN trước đây.

3.2. Khả năng tự chăm sóc và nhu cầu chăm sóc của NCT

Bảng 3.2. Khả năng tự chăm sóc về ăn uống, vệ sinh của NCT

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhu cầu ăn uống	Một mình	180	46,9
	Ít trợ giúp	176	45,8
	Không thể	28	7,3
Vệ sinh cá nhân	Một mình	306	79,7
	Ít trợ giúp	78	20,3

Thay quần, áo	Một mình	275	71,6
	Ít trợ giúp	108	28,1
	Không thể	1	0,3

Nhận xét: có đến 45,8% NCT cần trợ giúp trong quá trình ăn uống, 28,1% NCT cần trợ giúp về thay mặc quần áo và 20,3% NCT cần trợ giúp về vệ sinh cá nhân.

Bảng 3.3. Khả năng ngồi và đứng của NCT

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngồi	Một mình	217	56,5
	Với sự giúp đỡ	164	42,7
	Không thể	3	0,8
Đứng	Một mình	349	90,9
	Với sự giúp đỡ	20	5,2
	Không thể	15	3,9

Nhận xét: Về khả năng ngồi và đứng của người cao tuổi, bảng 3.9 cho thấy vẫn còn 0,8% người cao tuổi không thể ngồi và 3,9% người cao tuổi không thể đứng.

Bảng 3.4. Khả năng di chuyển của NCT

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Di chuyển trong nhà	Một mình	374	97,4
	Với sự giúp đỡ	3	0,8
	Không thể	7	1,8
Đi bộ ít nhất 10 bước	Một mình	249	64,8
	Với dụng cụ	60	15,6
	Với sự giúp đỡ	54	14,1
	Không thể	21	5,5

Nhận xét: có 97,4% NCT có thể tự mình di chuyển ở phạm vi trong nhà và đa số NCT (64,8%) có thể tự mình đi bộ ít nhất 10 bước.

Bảng 3.5. Khả năng tham gia các hoạt động của cộng đồng và gia đình

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tham gia hoạt động	Có	371	96,6

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa giảm khả năng với nhu cầu chăm sóc của người cao tuổi

Biến về khả năng của NCT	Tỷ lệ NCT có NC PHCN		OR 95%CI	P
	Có NC PHCN	Không có NC PHCN		
Vận động	Có khó khăn	98(58,7%)	2,16 (1,01- 8,21)	0,021
	Không	86(39,6%)		
Sinh hoạt hàng ngày	Có khó khăn	115(56,4%)	1,24 (1,04- 9,40)	0,035
	Không	69(38,3%)		

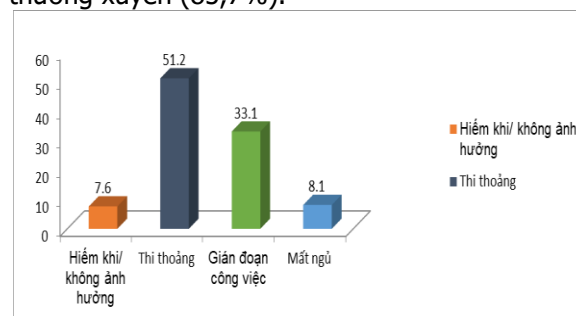
Nhận xét: Nhóm có khó khăn về vận động có nhu cầu được PHCN cao gấp 2,16 lần nhóm không có khó khăn về vận động với $p < 0,05$.

Nhóm NCT có khó khăn về vận động có nhu cầu PHCN cao gấp 1,24 lần nhóm không có hạn chế về chức năng sinh hoạt với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

động gia đình	Thi thoảng	13	3,4
Tham gia hoạt động cộng đồng	Có	35	9,1
	Thi thoảng	325	84,6
	Không	24	6,3
Có công việc và thu nhập	Thường xuyên	329	85,7
	Ngoài giờ	27	7,0
	Không có việc	28	7,3

Nhận xét: thấy phần lớn NCT vẫn có thể tham gia các hoạt động của gia đình (96,6%) trong khi đối với các hoạt động cộng đồng, họ thi thoảng tham gia (84,6%) tùy theo điều kiện của bản thân. Đa số NCT có công việc và thu nhập thường xuyên (85,7%).



Biểu đồ 3.1. Ảnh hưởng của giảm khả năng sinh hoạt và vận động lên NCT

Nhận xét: đa số NCT đều thi thoảng phải trải qua cảm giác đau đầu, lưng hay đau khớp. Có 33,1% NCT bị những cảm giác trên làm gián đoạn công việc và 8,1% NCT bị những cảm giác đau khiến không thể ngủ được.

Bảng 3.6. Nhu cầu chăm sóc PHCN của NCT

Nhu cầu PHCN	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có nhu cầu	184	49,7
Điểm TB ($\bar{x} \pm SD$)	23,6 \pm 4,3	

Nhận xét: Tỷ lệ người cao tuổi có nhu cầu chăm sóc – phục hồi chức năng là 49,7% theo bảng 3.13 với điểm trung bình nhu cầu là 23,6 điểm và độ lệch chuẩn 4,3.

4.1. Khả năng tự chăm sóc của NCT.

Về khả năng ăn uống, vệ sinh cá nhân của NCT bảng 3.4 cho thấy đa số người cao tuổi có thể tự ăn uống và vệ sinh cá nhân hoặc có thể làm với sự trợ giúp một phần từ người thân. Điều này cho thấy, NCT vẫn có khả năng làm tốt những công việc liên quan đến ăn uống, vệ sinh cá

nhân hàng ngày mà không cần sự giúp đỡ của người thân.

Về khả năng đi nhà vệ sinh và tự mặc, cởi quần áo bảng 3.5 cho thấy có 81% người cao tuổi có thể tự đi vệ sinh và 71,6% có thể tự mặc, cởi quần áo. Tỷ lệ rất nhỏ đối tượng không thể làm được 2 công việc trên (lần lượt 1,0% và 0,3%). Việc tự chăm sóc và hoàn thành những công việc đơn giản hàng ngày có thể giúp giảm bớt nhiều gánh nặng về chăm sóc cho các thành viên trong gia đình.

Về khả năng di chuyển, đa số người cao tuổi đều có thể dễ dàng di chuyển trong nhà mà không gặp khó khăn gì, duy có 2,6% NCT cần có sự hỗ trợ từ người chăm sóc khi đi lại. Đây là tín hiệu đáng mừng bởi nó cho thấy người cao tuổi thuộc phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định đã được quan tâm, chăm sóc tốt và được đáp ứng đầy đủ các nhu cầu cho bản thân.

Việc có đến 96,6% NCT vẫn có thể thường xuyên tham gia các hoạt động của gia đình là một tín hiệu đáng mừng bởi điều này sẽ làm tăng tính gắn kết về tình cảm giữa NCT với con, cháu và các thành viên khác trong gia đình, có thể khiến NCT sống vui, sống khỏe hơn. Khi tư tưởng được giải phóng, bệnh tật không chữa cũng tự lui.

Về ảnh hưởng của hạn chế vận động lên cuộc sống của NCT. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số NCT (51,2%) vẫn thi thoảng bị ảnh hưởng của các vấn đề như đau đầu, đau lưng, đau khớp. 33,1% NCT bị những cảm giác trên làm gián đoạn công việc và 8,1% NCT bị những cảm giác đau khiến không thể ngủ được. Đây là vấn đề hết sức bình thường bởi tuổi cao cũng liên quan mật thiết đến các tình trạng bệnh lý được gọi chung là "bệnh tuổi già". Các triệu chứng như đau đầu, đau nhức xương khớp sẽ xuất hiện thường xuyên hơn, đặc biệt là khi thời tiết thay đổi, khiến NCT cảm thấy khó chịu, ảnh hưởng đến công việc, thậm chí mất ngủ.

Tuy nhiên, NCT thường phải đối mặt với nguy cơ ngã; bệnh cơ xương khớp như thoái hóa khớp, loãng xương, thoát vị đĩa đệm; trầm cảm; sa sút trí tuệ; tai biến mạch máu não; rối loạn tiểu tiện; rối loạn dinh dưỡng; suy giảm thị lực và thính giác. Nguy cơ ngã xảy ra ở khoảng 30% người già trên 65 tuổi. Nguyên nhân thường do teo cơ và yếu cơ, đau xương khớp, mắt kém, liệt nửa người, lú lẫn, sa sút trí tuệ và các rối loạn nhận thức khác, đường đi lối lại trơn trượt không bằng phẳng.... Do vậy, cần hướng dẫn NCT chế độ ăn uống, vận động và nghỉ ngơi hợp lý nhằm giảm thiểu những nguy cơ thương tật thứ cấp

không đáng có.

4.2. Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng của NCT và các yếu tố liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NCT có nhu cầu được chăm sóc – phục hồi chức năng là 49,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ người cao tuổi có nhu cầu được chăm sóc – phục hồi chức năng trong một số nghiên cứu trước đây của tác giả Đặng Đức Nhu [1] với 67,3%, nghiên cứu của Feng T tại Đài Loan [4] với tỷ lệ 50,0% và nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên [2] với 66,5% NCT có nhu cầu được hỗ trợ chăm sóc – phục hồi chức năng. Có được những kết quả này phần lớn nằm ở sự quan tâm của chính quyền địa phương các cấp, từ xã đến tỉnh của tỉnh Nam Định trong công tác chăm sóc, bảo vệ sức khỏe của người dân, đặc biệt là người cao tuổi, giúp các cụ, các bác luôn sống vui, sống khỏe, giảm thiểu tối đa số lượng NCT mắc phải những tai nạn hay bệnh lý khiến họ trở thành người khuyết tật (với tỷ lệ đối tượng mắc khuyết tật trong nghiên cứu chỉ là 7,8%). Qua đó giúp tỷ lệ người cao tuổi có nhu cầu cần chăm sóc – phục hồi chức năng giảm xuống.

Về mối liên quan đến NC PHCN của NCT, chúng tôi nhận thấy những người có khó khăn về vận động và những người có khó khăn về hoạt động sinh hoạt hàng ngày có BC PHCN cao hơn so với những người không với OR lần lượt là 2,16 và 1,24 ($p < 0,05$). Trên thực tế, việc mắc một loại khuyết tật nào đó khiến cho khả năng sinh hoạt, vận động hàng ngày, thậm chí làm các công việc vệ sinh cá nhân của NCT bị ảnh hưởng. Nhóm NCT này luôn mặc cảm, cho rằng mình là gánh nặng của gia đình và xã hội nên nhu cầu tự chăm sóc bản thân và phục hồi chức năng của nhóm NCT này cao hơn là điều hoàn toàn dễ hiểu.

V. KẾT LUẬN

Người cao tuổi có nguy cơ giảm khả năng vận động và chức năng sinh hoạt. Đa số họ cần tới sự trợ giúp của người thân trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và có nhu cầu chăm sóc PHCN ở mức trung bình (49,7%), đặc biệt những người có khó khăn về vận động và sinh hoạt hàng ngày cần tập PHCN nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu bước đầu là bằng chứng khoa học để phát triển lĩnh vực chăm sóc PHCN trong cộng đồng nói chung và cho NCT nói riêng.

KIẾN NGHỊ

Cần có những chính sách hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho NCT trong cộng đồng, đặc biệt nâng cao và phát triển các dịch vụ chăm sóc PHCN

nhằm cải thiện tốt hơn chất lượng cuộc sống của NCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Đức Nhu, Hoàng Hữu Toàn và Trần Văn Tiên (2014)**, "Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện phổi Trung Ương", Tạp chí Y học dự phòng, 25(3), tr. 100-104.
2. **Hoàng Trung Kiên, Nguyễn Duy Luật và Hoàng Văn Tân (2013)**, "Sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại 4 xã huyện Đông Anh, Hà Nội", Tạp chí Y học dự phòng, 23(7), tr. 123-128.

3. **Tổng cục dân số (2019)**, Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, NXB Thống kê, Hà Nội.
4. **Feng T.S and Hsiu H. W (2012)**, "Elderly and long-term care trends and policy in Taiwan: Challenges and opportunities for health care professionals", Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 28, pp. 465-469.
5. **Kevin Watkins (2005)**, Human Development Report 2005, New Zealand, UNDP, 45-48.
6. **Michael Grossman (1972)**, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", The Journal of Political Economy, 80(2), pp. 223-255.
7. **WHO (2018)**, "Global health estimate summary: Projection of deaths by cause, age and sex, by WHO region", from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

TỶ LỆ MẮC BỆNH COVID-19 CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI ĐẮK LẮK, NĂM 2022

Nguyễn Anh Khoa¹, Vũ Thị Quỳnh Hậu², Đặng Thị Phương Duyên¹

TÓM TẮT

Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi đã khảo sát 2.582 nhân viên y tế (NVYT), chúng tôi có 1 số kết luận sau: NVYT là nữ (70,8%). Độ tuổi trung bình là $36,8 \pm 8,3$ tuổi. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%). Năm công tác trung bình là $11,9 \pm 7,8$. Có 91,3% NVYT làm việc ở y tế công lập và 8,7% y tế tư nhân. BMI của NVYT có 8% là thiếu cân và 11,9% là thừa cân, béo phì. Có 5,7% NVYT hút thuốc lá, 2,3% NVYT thường xuyên uống rượu bia và 56,2% thỉnh thoảng uống rượu bia. 12,2% NVYT có bệnh nền. 95,4% NVYT đã tiêm 3 mũi và 4,6% đã tiêm 2 mũi vắc xin phòng bệnh COVID-19. Có 57,8% NVYT ở tuyến đầu phòng, chống dịch COVID-19. Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%. Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT nữ (50,0%) cao hơn NVYT nam (42,4%) và có sự khác biệt ($p < 0,001$). Chẩn đoán mức độ bệnh của NVYT khi mắc COVID-19 chủ yếu mức độ nhẹ, không có mức độ nặng, nguy kịch. Có sự khác biệt về chẩn đoán mức độ bệnh theo giới tính ($p < 0,001$). Nhóm tuổi, năm công tác, dân tộc, nơi làm việc, loại hình hoạt động, nơi cư trú, hút thuốc lá, bệnh nền và tiêm vắc xin có mối liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p < 0,05 - p < 0,001$).

Từ khóa: Nhân viên y tế, COVID-19, Đắk Lắk

SUMMARY

COVID-19 INFECTIONS AMONG HEALTH

¹Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên

²Trung Tâm Y tế Thành phố Buôn Ma Thuột

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Khoa

Email: nguyenanhkhoa1202@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

CARE WORKERS AND RELATED FACTORS

AT DAK LAK, 2022

By using the cross-sectional descriptive study method, we surveyed 2,582 health care workers (HCW). Conclusions: 70,8% of HCW are female. The mean age is 36.8 ± 8.3 years old. Structure of professional qualifications: doctor (19.9%), pharmacist (10.8%), technician (8.4%), nurse/midwife (37.2%) and other medical specialties (23.7%). The average working year is 11.9 ± 7.8 . 91,3% of HCW is working in state public health facilities and 8,7% is working in private health facilities. The average BMI of HCW is 8% underweight and 11.9% overweight and obese. 5.7% of HCW smoke. 2.3% of HCW regularly drink alcohol and 56.2% occasionally drink alcohol. 12.2% of HCW have comorbidities. 95.4% of HCW received 3 COVID-19 vaccine injections and 4.6% received 2 doses of COVID-19 vaccine. There are 57.8% HCW working on the front lines of COVID-19. The rate of COVID-19 among HCW is 47.8%. The rate of COVID-19 among female HCW (50.0%) is higher than that of male HCW (42.4%) ($p < 0.001$). Diagnosis of the disease level of HCW when infected COVID-19 is mainly mild level. There is a difference in the diagnosis of disease severity between sexes ($p < 0.001$). Age group, working year, ethnicity, workplace, type of activity, place of residence, smoking, comorbidities and vaccination relate to the prevalence of COVID-19 among HCW ($p < 0.05 - p < 0.001$).

Keywords: Health care workers, COVID-19, Dak Lak

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh COVID-19 là bệnh truyền nhiễm cấp tính thuộc nhóm A do vi rút SARS-CoV-2 gây ra [1]. Sau 2 năm đại dịch, tính đến ngày 11/03/2022, Thế giới đã có 453.834.274 ca nhiễm và 6.052.201 ca tử vong; ở Việt Nam có 5.448.935 ca nhiễm và 41.228 ca tử vong; Ở tỉnh

Đắk Lắk có 68.040 ca nhiễm và 143 ca tử vong [2]. Chúng tôi nhận thấy rất nhiều nhân viên y tế (NVYT) đã mắc bệnh COVID-19 và là nguyên nhân gây ra tình trạng lo ngại về sức khỏe của NVYT. Hơn nữa, tình trạng mắc bệnh COVID-19 ở các NVYT đã ảnh hưởng nghiêm trọng đến nguồn nhân lực trong việc cung cấp dịch vụ y tế cho người dân và các hoạt động phòng, chống dịch COVID-19. Đại dịch COVID-19 đã làm ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe và mọi mặt của đời sống kinh tế xã hội của người dân nói chung và NVYT nói riêng.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ở mức 11% [95% CI: 7 to 16%] [3]. Nghiên cứu ở Ontario của Kevin L. Schwartz, Camille Achonu, Sarah A. Buchan et al cho thấy có 4.230 (17,5%) NVYT mắc COVID-19, trong đó 20,2% là điều dưỡng, 2,3% là bác sĩ và 77,4% còn lại là các chuyên khoa khác. Tỷ lệ mắc mới của NVYT cao gấp 5 lần so với những người không phải NVYT. NVYT mắc COVID-19 nằm trong độ tuổi từ 30-60 tuổi và chủ yếu là nữ. Các NVYT có biểu hiện mức độ bệnh không có triệu chứng hoặc với các triệu chứng không điển hình ($p < 0,001$) [4]. Ở Việt Nam, tính đến ngày 19/8/2021, có khoảng hơn 2.300 NVYT nhiễm bệnh, đã có 3 nhân viên y tế tử vong trong công tác điều trị COVID-19 [5]. Tại Đắk Lắk, chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT và các yếu tố liên quan trong suốt 2 năm đại dịch COVID-19 vừa qua nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT và các yếu tố liên quan tại Đắk Lắk, năm 2022" với mục tiêu: (1) *Xác định tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT*; (2) *Mô tả một số yếu tố liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. NVYT tại các

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=2.582)

Đặc điểm	Tổng số (N=2.582)	Nam (n=754)	Nữ (n=1.828)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Độ tuổi: 18 - 29 tuổi	515 (19,9)	135 (26,2)	380 (73,8)	<0,001
30 - 39 tuổi	1.316 (51,0)	333 (25,3)	983 (74,7)	
40 - 49 tuổi	469 (18,2)	133 (28,4)	336 (71,6)	
Trên 50 tuổi	282 (10,9)	153 (54,3)	129 (45,7)	
Độ tuổi trung bình là 36,8 ± 8,3 tuổi (nhỏ nhất là 22 và lớn nhất là 60 tuổi)				
Dân tộc: Kinh	2.051 (79,4)	576 (28,1)	1.475 (71,9)	<0,05
E Đê	304 (11,8)	108 (35,5)	196 (64,5)	
Dân tộc khác	227(8,8)	70 (30,8)	157 (69,2)	

cơ sở y tế (bao gồm cả y tế công lập: tỉnh, huyện, xã và y tế tư nhân) trong toàn tỉnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Tất cả các cơ sở y tế (bao gồm cả y tế công lập: tỉnh, huyện, xã và y tế tư nhân) trong toàn tỉnh.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 15/03/2022-05/4/2022.

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

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- α : xác suất sai lầm loại I ($\alpha = 0,05$).

- Z: trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{0,95} = 1,96$ với khoảng tin cậy 95%).

- p: Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT. Ở đây, chúng tôi lấy giá trị $p=0,175$ [4].

- d: Sai số cho phép ($d = 0,03$).

- DE: Hệ số hiệu ứng thiết kế (chọn $DE = 4$). Việc chọn hệ số hiệu ứng thiết kế sẽ làm cỡ mẫu tăng lên, nhưng bù lại làm giảm sai chệch do lấy cỡ mẫu theo tất cả các cơ sở y tế trong toàn tỉnh.

Cỡ mẫu ước tính cần cho nghiên cứu là $n = 2.465$ mẫu. Thực tế đã chúng tôi đã thu thập được 2.582 NVYT tham gia vào nghiên cứu này.

2.4.2. Kỹ thuật thu thập dữ liệu: Điều tra khảo sát dựa trên biểu mẫu khảo sát ở Google đã được tạo theo bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn. Bộ câu hỏi bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học - xã hội; mắc bệnh COVID-19; mức độ chẩn đoán bệnh và các yếu tố nguy cơ.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20 và Microsoft Excel 2010.

Trình độ chuyên môn				
Bác sỹ	514 (19,9)	271 (52,7)	243 (47,3)	<0,001
Dược sỹ	279 (10,8)	56 (20,1)	223 (79,9)	
Kỹ thuật viên	218 (8,4)	92 (42,2)	126 (57,8)	
Điều dưỡng/hộ sinh	960 (37,2)	104 (10,8)	856 (89,2)	
Chuyên ngành y tế khác	611 (23,7)	231 (37,8)	380 (62,2)	
Nơi làm việc				
Đơn vị y tế tuyến tỉnh	441 (17,1)	128 (29,0)	313 (71,0)	<0,01
Đơn vị y tế tuyến huyện	992 (38,4)	324 (32,7)	668 (67,3)	
Trạm Y tế xã	1.053 (40,8)	287 (27,3)	766 (72,7)	
Khác	96 (3,7)	15 (15,6)	81 (84,4)	
Năm công tác				
1 - 10 năm	1.219 (47,2)	340 (27,9)	879 (72,1)	<0,001
11 - 20 năm	1.044 (40,4)	256 (24,5)	788 (75,5)	
21 - 30 năm	246 (9,5)	100 (40,7)	146 (59,3)	
Trên 30 năm	73 (2,8)	58 (79,5)	15 (20,5)	
Năm công tác trung bình là 11,9 ± 7,8 (nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 35 năm)				
Loại hình hoạt động				
Công lập	2.357 (91,3)	693 (29,4)	1.664 (70,6)	0,470
Tư nhân	225 (8,7)	61 (27,1)	164 (72,9)	
Nơi cư trú				
Thành thị	1.188 (46,0)	333 (28,0)	855 (72,0)	0,227
Nông thôn	1.394 (54,0)	421 (30,2)	973 (69,8)	

(* Chi-Square Test

Theo bảng 1 cho thấy giới tính chủ yếu là nữ (70,8%). Độ tuổi trung bình là 36,8 ± 8,3 tuổi (nhỏ nhất là 22 và lớn nhất là 60 tuổi), nhóm tuổi từ 30 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,0%. Dân tộc Kinh chiếm 79,4%, Ê Đê chiếm 11,8% và dân tộc khác là 8,8%. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%). Nơi làm việc: tuyến tỉnh (17,1%), tuyến huyện (38,4%), trạm

Y tế xã (40,8%) và nơi khác (3,7%). Năm công tác trung bình là 11,9 ± 7,8 (nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 35 năm), số năm công tác từ 1 – 10 năm chiếm cao nhất với 47,2%. Loại hình hoạt động nơi cán bộ y tế làm việc: công lập (91,3%) và tư nhân (8,7%). Nơi cư trú của NVYT ở thành thị chiếm 46% và ở nông thôn là 54%. Giữa nam và nữ có sự khác biệt về độ tuổi ($p < 0,001$), dân tộc ($p < 0,05$), trình độ chuyên môn ($p < 0,001$), nơi làm việc ($p < 0,01$) và năm công tác ($p < 0,001$).

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ (N=2.582)

Yếu tố nguy cơ	Tổng số (N=2.582)	Nam (n=754)	Nữ (n=1.828)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Chỉ số khối cơ thể				
Thiếu cân	207 (8,0)	17 (8,2)	190 (91,8)	<0,001
Bình thường	2.067 (80,1)	559 (27,0)	1.508 (73,0)	
Thừa cân, béo phì	308 (11,9)	178 (57,8)	130 (42,2)	
Hút thuốc lá				
Đã từng hút/đã bỏ	232 (9,0)	226 (97,4)	6 (2,6)	<0,001
Đang hút	148 (5,7)	147 (99,3)	1 (0,7)	
Không hút bao giờ	2.202 (85,3)	381 (17,3)	1.821 (82,7)	
Uống rượu bia				
Thỉnh thoảng uống	1.450 (56,2)	634 (43,7)	816 (56,3)	<0,001
Thường xuyên uống	59 (2,3)	54 (91,5)	5 (8,5)	
Không uống	1.073 (41,6)	66 (6,2)	1.007 (93,8)	
Bệnh nền				
Có	315 (12,2)	130 (41,3)	185 (58,7)	<0,001
Không	2.267 (87,8)	624 (27,5)	1.643 (72,5)	
Tiêm vắc xin				

Tiêm 2 mũi	119 (4,6)	19 (16,0)	100 (84,0)	<0,01
Tiêm 3 mũi	2.463 (95,4)	735 (29,8)	1.728 (70,2)	
Tiếp xúc với COVID-19				
Tuyến đầu	1.493 (57,8)	482 (32,3)	1.011 (67,7)	<0,001
Tuyến sau	1.089 (42,2)	272 (25,0)	817 (75,0)	

(*) Chi-Square Test

Bảng 2 cho thấy chỉ số khối cơ thể (BMI) của 80,1% NVYT là bình thường, có 8% là thiếu cân và 11,9% là thừa cân, béo phì. Có 5,7% NVYT hút thuốc lá. 2,3% NVYT thường xuyên uống rượu bia và 56,2% thỉnh thoảng uống rượu bia. 12,2% NVYT có bệnh nền. 95,4% NVYT đã tiêm 3 mũi và 4,6% đã tiêm 2 mũi vắc xin phòng bệnh COVID-19. 57,8% NVYT ở tuyến đầu phòng, chống dịch COVID-19. Giữa nam và nữ có sự khác biệt về BMI ($p<0,001$), hút thuốc lá ($p<0,001$), uống rượu bia ($p<0,001$), bệnh nền ($p<0,001$), tiêm vắc xin ($p<0,01$) và tiếp xúc với COVID-19 ($p<0,001$).

Bảng 3. Tỷ lệ NVYT mắc bệnh COVID-19 (N=2.582)

Mắc bệnh COVID-19	Tổng số (N=2.582)		Nam (n=754)	Nữ (n=1.828)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Có	1.234 (47,8)	320 (42,4)	914 (50,0)	<0,001	
Không	1.348 (52,2)	434 (57,6)	914 (50,0)		
Tổng cộng	2.582 (100)	754 (29,2)	1.828 (70,8)		

(*) Chi-Square Test

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%. Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT nữ (50,0%) cao hơn NVYT nam (42,4%) và có sự khác biệt ($p<0,001$).

Bảng 4. Chẩn đoán mức độ bệnh của NVYT khi mắc COVID-19 (N=1.234)

Mức độ bệnh	Tổng số (N=1.234)		Nam (n=320)	Nữ (n=914)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Không triệu chứng	48 (3,9)	15 (4,7)	33 (3,6)	<0,001	
Mức độ nhẹ	791 (64,1)	243 (75,9)	548 (59,9)		
Mức độ trung bình	395 (32,0)	62 (19,4)	333 (36,4)		
Tổng cộng	1.234 (100)	320 (25,9)	914 (74,1)		

(*) Chi-Square Test

Bảng 4 cho thấy chẩn đoán mức độ bệnh của NVYT khi mắc COVID-19 là mức độ nhẹ chiếm 64,1% và mức độ trung bình là 32,0%. Có sự khác biệt về chẩn đoán mức độ bệnh theo giới tính ($p<0,001$).

Bảng 5. Tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT tuyến đầu (N=2.582)

Mắc bệnh COVID-19	Tổng số (N=2.582)	Tiếp xúc với COVID-19		p*
		Tuyến đầu (n=1.493)	Tuyến sau (n=1.089)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Có	1.234 (47,8)	697 (46,7)	537 (49,3)	0,187
Không	1.348 (52,2)	796 (53,3)	552 (50,7)	
Tổng cộng	2.582 (100)	1.493 (57,8)	1.089 (42,2)	

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT tuyến đầu là 46,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc COVID-19 tuyến đầu và tuyến sau ($p=0,187$).

3.2. Mô tả một số yếu tố liên quan với tỷ lệ NVYT mắc COVID-19

Bảng 6. Một số đặc điểm liên quan với tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT (N=2.582)

Đặc điểm	Tổng số (N=2.582)	Mắc bệnh COVID-19		p*
		Có (n=1.234)	Không (n=1.348)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Nhóm tuổi				<0,001
18 - 29 tuổi	515 (19,9)	263 (51,1)	252 (48,9)	
30 - 39 tuổi	1.316 (51,0)	656 (49,8)	660 (50,2)	
40 - 49 tuổi	469 (18,2)	220 (46,9)	249 (53,1)	
Trên 50 tuổi	282 (10,9)	95 (33,7)	187 (66,3)	
Số năm công tác				<0,001
1 - 10 năm	1.219 (47,2)	635 (52,1)	584 (47,9)	

11 - 20 năm	1.044 (40,4)	493 (47,2)	551 (52,8)	
21 - 30 năm	246 (9,5)	88 (35,8)	158 (64,2)	
Trên 30 năm	73 (2,8)	18 (24,7)	55 (75,3)	
Dân tộc				
Kinh	2.051 (79,4)	947 (46,2)	1.104 (53,8)	<0,001
É Đê	304 (11,8)	179 (58,9)	125 (41,1)	
Dân tộc khác	227(8,8)	108 (47,6)	119 (52,4)	
Trình độ chuyên môn				
Bác sỹ	514 (19,9)	237 (46,1)	277 (53,9)	0,350
Dược sỹ	279 (10,8)	125 (44,8)	154 (55,2)	
Kỹ thuật viên	218 (8,4)	108 (49,5)	110 (50,5)	
Điều dưỡng/hộ sinh	960 (37,2)	481 (50,1)	471 (49,9)	
Chuyên ngành y tế khác	611 (23,7)	283 (46,3)	328 (53,7)	
Nơi làm việc				
Đơn vị y tế tuyến tỉnh	441 (17,1)	254 (57,6)	187 (42,4)	<0,001
Đơn vị y tế tuyến huyện	992 (38,4)	466 (47,0)	526 (53,0)	
Trạm Y tế xã	1.053 (40,8)	469 (44,5)	584 (55,5)	
Khác	96 (3,7)	45 (46,9)	51 (53,1)	
Loại hình hoạt động				
Công lập	2.357 (91,3)	1.108 (47,0)	1.249 (53,0)	<0,05
Tư nhân	225 (8,7)	126 (56,0)	99 (44,0)	
Nơi cư trú				
Thành thị	1.188 (46,0)	606 (51,0)	582 (49,0)	<0,01
Nông thôn	1.394 (54,0)	628 (45,1)	766 (54,9)	

(*) Chi-Square Test

Bảng 6 cho thấy các đặc điểm: nhóm tuổi, năm công tác, dân tộc, nơi làm việc, loại hình hoạt động và nơi cư trú có mối liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p < 0,05 - p < 0,001$). Không có mối liên quan giữa trình độ chuyên môn với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p = 0,350$).

Bảng 7. Một yếu tố nguy cơ với tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT (N=2.582)

Yếu tố nguy cơ	Tổng số (N=2.582) n (%)	Mắc bệnh COVID-19		p*
		Có (n=1.234) n (%)	Không (n=1.348) n (%)	
Chỉ số khối cơ thể				
Thiếu cân	207 (8,0)	109 (52,7)	98 (47,3)	0,119
Bình thường	2.067 (80,1)	991 (47,9)	1.076 (52,1)	
Thừa cân, béo phì	308 (11,9)	134 (43,5)	174 (56,5)	
Hút thuốc lá				
Đã từng hút/đã bỏ	232 (9,0)	96 (41,4)	136 (58,6)	<0,001
Đang hút	148 (5,7)	49 (33,1)	99 (66,9)	
Không hút bao giờ	2.202 (85,3)	1.089 (49,5)	1.113 (50,5)	
Uống rượu bia				
Thỉnh thoảng uống	1.450 (56,2)	671 (46,3)	779 (53,7)	0,111
Thường xuyên uống	59 (2,3)	25 (42,4)	34 (57,6)	
Không uống	1.073 (41,6)	538 (50,1)	535 (49,9)	
Bệnh nền				
Có	315 (12,2)	130 (41,3)	185 (58,7)	<0,05
Không	2.267 (87,8)	1.104 (48,7)	1.163 (51,3)	
Tiêm vắc xin				
Tiêm 2 mũi	119 (4,6)	75 (63,0)	44 (37,0)	<0,01
Tiêm 3 mũi	2.463 (95,4)	1.159 (47,1)	1.304 (52,9)	
Tiếp xúc với COVID-19				
Tuyến đầu	1.493 (57,8)	697 (46,7)	796 (53,3)	0,187
Tuyến sau	1.089 (42,2)	537 (49,3)	552 (50,7)	

(*) Chi-Square Test

Bảng 7 cho thấy các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá, bệnh nền và tiêm vắc xin có mối liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p < 0,05$ – $p < 0,001$). Không có mối liên quan giữa BMI, uống rượu bia và tiếp xúc với COVID-19 với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã khảo sát 2.582 NVYT tỉnh Đắk Lắk đã trải qua 2 năm đại dịch COVID-19. Giới tính chủ yếu là nữ (70,8%) cao hơn 52% trong nghiên cứu của Sabetian G., Moghadami M., Hashemizadeh Fard Haghighi L et al [6] và giống như Kevin L. Schwartz, Camille Achonu, Sarah A. Buchan et al [4]. Độ tuổi trung bình là $36,8 \pm 8,3$ tuổi tương đương với nghiên cứu của Sabetian G., Moghadami M., Hashemizadeh Fard Haghighi L et al $35,0 \pm 8,3$ tuổi [6]. Năm công tác trung bình của NVYT là $11,9 \pm 7,8$ năm dài hơn so với nghiên cứu của Sabetian G., Moghadami M., Hashemizadeh Fard Haghighi L et al $9,3 \pm 6,8$ năm [6].

Chỉ số khối cơ thể (BMI) của 80,1% NVYT là bình thường, có 8% là thiếu cân và 11,9% là thừa cân, béo phì. Có 5,7% NVYT hút thuốc lá. 2,3% NVYT thường xuyên uống rượu bia và 56,2% thỉnh thoảng uống rượu bia. 12,2% NVYT có bệnh nền. 95,4% NVYT đã tiêm 3 mũi và 4,6% đã tiêm 2 mũi vắc xin phòng bệnh COVID-19. 57,8% NVYT ở tuyến đầu phòng, chống dịch COVID-19. Có 41,3% NVYT có bệnh nền mắc bệnh COVID-19, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Kevin L. Schwartz, Camille Achonu, Sarah A. Buchan et al chỉ 26% [4].

Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%. Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT nữ (50,0%) cao hơn NVYT nam (42,4%) và có sự khác biệt ($p < 0,001$). Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn gần 5 lần so với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của tỉnh Đắk Lắk và của Việt Nam do Bộ Y tế công bố [2]. Tỷ lệ mắc COVID-19 của NVYT tuyến đầu là 46,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc COVID-19 tuyến đầu và tuyến sau ($p = 0,187$), nhưng tỷ lệ mắc của NVYT rất cao và điều này phù hợp với các nghiên cứu ở Anh và Mỹ cho thấy các NVYT tuyến đầu có nguy cơ nhiễm COVID-19 tăng đáng kể so với cộng đồng nói chung, cao hơn 11,6 lần (95% CI: 10,9 - 12,3) [5].

Chẩn đoán mức độ bệnh của NVYT khi mắc COVID-19 là mức độ nhẹ chiếm 64,1% và mức độ trung bình là 32,0%. Có sự khác biệt về chẩn đoán mức độ bệnh theo giới tính ($p < 0,001$). Chẩn đoán mức độ bệnh của NVYT phù hợp với mức độ bệnh chung của cộng đồng. Tỷ lệ phơi

nh nhiễm của NVYT rất cao với COVID-19 và điều này làm cho NVYT phải đối mặt với rủi ro nghề nghiệp chưa từng có với nguy cơ mắc bệnh và tử vong [7].

Nhóm tuổi, năm công tác, dân tộc, nơi làm việc, loại hình hoạt động và nơi cư trú có mối liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p < 0,05$ – $p < 0,001$). Không có mối liên quan giữa trình độ chuyên môn với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p = 0,350$).

Các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá, bệnh nền và tiêm vắc xin với COVID-19 có mối liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p < 0,05$ – $p < 0,001$). Không có mối liên quan giữa BMI, uống rượu bia và tiếp xúc với COVID-19 với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT.

V. KẾT LUẬN

NVYT là nữ (70,8%). Độ tuổi trung bình là $36,8 \pm 8,3$ tuổi. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%). Năm công tác trung bình là $11,9 \pm 7,8$. Có 91,3% NVYT làm việc ở y tế công lập và 8,7% y tế tư nhân. BMI của NVYT có 8% là thiếu cân và 11,9% là thừa cân, béo phì. Có 5,7% NVYT hút thuốc lá. 2,3% NVYT thường xuyên uống rượu bia và 56,2% thỉnh thoảng uống rượu bia. 12,2% NVYT có bệnh nền. 95,4% NVYT đã tiêm 3 mũi và 4,6% đã tiêm 2 mũi vắc xin phòng bệnh COVID-19. 57,8% NVYT ở tuyến đầu phòng, chống dịch COVID-19.

Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%. Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT nữ (50,0%) cao hơn NVYT nam (42,4%) và có sự khác biệt ($p < 0,001$). Chẩn đoán mức độ bệnh của NVYT khi mắc COVID-19 chủ yếu mức độ nhẹ, không có mức độ nặng, nguy kịch. Có sự khác biệt về chẩn đoán mức độ bệnh theo giới tính ($p < 0,001$).

Nhóm tuổi, năm công tác, dân tộc, nơi làm việc, loại hình hoạt động, nơi cư trú, hút thuốc lá, bệnh nền và tiêm vắc xin có mối liên quan với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT ($p < 0,05$ – $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Quyết định số 3638/QĐ-BYT ngày 30/7/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn tạm thời giám sát và phòng, chống COVID-19.
- Bộ Y tế. Ngày 11/3:** Số mắc COVID-19 mới tăng lên 169.114 ca; Vinh Phúc bổ sung hơn 19.300 F0. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/ngay-11-3-so-mac-covid-19-moi-tang-len-169-114-ca-vinh-phuc-bo-sung-hon-19-300-f0. Truy cập ngày 6/4/2022.

3. **Tafadzwa Dzinamarira, Grant Murewanhema, Malizgani Mhango et al.** COVID-19 Prevalence among Healthcare Workers. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 23;19(1):146. doi: 10.3390/ijerph19010146. Accessed on 6 4 2022.
4. **Kevin L. Schwartz, Camille Achonu, Sarah A. Buchan et al.** COVID-19 infections among Healthcare Workers and Transmission within Households. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.12.20129619>. Accessed on 18 4 2022.
5. **Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Thị Hải Hà.** Ảnh hưởng dịch COVID-19 đến sức khỏe nhân viên Y tế. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/anh-huong-dich-covid-19-en-suc-khoe-nhan-vien-y-te. Truy cập ngày 18/4/2022.
6. **Sabetian G., Moghadami M., Hashemizadeh Fard Haghghi L., Shahriarirad R., Fallahi M.J., Asmarian N., Moeini Y.S.** COVID-19 infection among healthcare workers: A cross-sectional study in southwest Iran. *Viol. J.* 2021;18:58. doi: 10.1186/s12985-021-01532-0. Accessed on 18 4 2022.
7. **Malizgani Mhango, Mathias Dzobo, Itai Chitungo, and Tafadzwa Dzinamarira.** COVID-19 Risk Factors Among Health Workers: A Rapid Review. *Saf Health Work.* 2020 Sep; 11(3): 262–265. doi: 10.1016/j.shaw.2020.06.001. Accessed on 18 4 2022.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA HOẠT ĐỘNG DƯỢC LÂM SÀNG TRONG VIỆC SỬ DỤNG NHÓM KHÁNG SINH CARBAPENEM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Trần Mạnh Duy¹, Nguyễn Ngọc Khôi², Nguyễn Như Hồ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình đề kháng kháng sinh, tình hình sử dụng carbapenem và đánh giá bước đầu can thiệp của dược lâm sàng trong việc sử dụng carbapenem tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả, so sánh hai giai đoạn gồm giai đoạn 1 (trước can thiệp) từ 07/2020 đến 12/2020 và giai đoạn 2 (can thiệp) từ 01/2021 đến 07/2021. Tính hợp lý của kháng sinh được đánh giá dựa vào Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bộ Y Tế 2015; Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận 2017 và The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2020. **Kết quả:** Ở cả hai giai đoạn, vi khuẩn Gram âm chiếm đa số và có tỷ lệ đề kháng carbapenem cao. Imipenem là kháng sinh trong nhóm carbapenem được chỉ định nhiều nhất. Với can thiệp của dược lâm sàng, tính hợp lý chung về sử dụng kháng sinh tăng lên 70,5%, tối ưu hóa về liều được chấp thuận chiếm 88,1% và tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh chiếm 48,9%. **Kết luận:** Sau khi có sự can thiệp của dược sĩ lâm sàng, tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh được cải thiện.

Từ khóa: Carbapenem, đề kháng kháng sinh, hồi sức tích cực, can thiệp dược lâm sàng

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL PHARMACY INTERVENTION ON CARBAPENEM USE IN THE INTENSIVE CARE AND POISON CONTROL DEPARTMENT AT NINH THUAN PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: To investigate the prevalence of antimicrobial resistance, the pattern of carbapenem use and to evaluate the initial intervention of clinical pharmacists on carbapenem use at the Intensive Care and Poison Control Department at Ninh Thuan Provincial General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted, comparing two phases with phase 1 (pre-intervention phase) from 07/2020 to 12/2020 and phase 2 (intervention phase) from 01/2021 to 07/2021. Criteria for the critical use of antibiotics were based on Guidelines for using antibiotics of the Ministry of Health, 2015; Antibiotic Usage Guidelines of Ninh Thuan General Hospital, 2017 and The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2020. **Results:** In both phases, Gram-negative bacteria accounted for the majority of bacteria isolates and had a high rate of carbapenem resistance. Imipenems were more prevalent among carbapenems (over 90% of all medical records). With clinical pharmacist interventions, the appropriate use of antibiotics was increased to 70.5%; recommendations from pharmacists for dose optimization were approved in 88.1% of cases and 48.9% of patients recovered from the disease. **Conclusion:** After the intervention of a clinical pharmacist, the appropriateness of antibiotic use was improved. This shows the role of clinical pharmacists in the antimicrobial stewardship programs for antibiotics in general and carbapenems in particular.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Keywords: Carbapenem, antimicrobial resistance, ICUs, clinical pharmacist intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Mỹ, hàng năm có hơn 35.000 người tử vong do có yếu tố đề kháng kháng sinh [7]. Ở Châu Âu, con số tử vong ước đoán cũng khoảng 33.000 người [6]. Tại Việt Nam, dữ liệu từ 12 bệnh viện trong năm 2017 và 2018 cho thấy Enterobacteriaceae có tỷ lệ đề kháng kháng sinh đối với carbapenem lên đến 52% [5]. Năm 2020, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 5631/QĐ-BYT nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, trong đó bao gồm các hoạt động về giám sát đề kháng kháng sinh cũng như triển khai các can thiệp để tối ưu hoá việc sử dụng kháng sinh [3].

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, vẫn chưa có nghiên cứu khảo sát về việc sử dụng kháng sinh carbapenem và can thiệp dược lâm sàng tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị, sử dụng kháng sinh hiệu quả, an toàn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu khảo sát tình hình đề kháng, tình hình sử dụng carbapenem và đánh giá bước đầu can thiệp của dược sĩ lâm sàng trong việc sử dụng carbapenem.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận có chỉ định sử dụng carbapenem từ ngày 01/7/2020 đến 01/7/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đầy đủ các thông tin về chẩn đoán, chỉ định và thuốc điều trị, các trường hợp trốn viện, chuyển viện, tử vong, bệnh nhân bị nhiễm HIV, bị lao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: nghiên cứu hồi cứu các HSBA, từ tháng 7/2020 - 31/12/2020, khi chưa có sự can thiệp của dược sĩ lâm sàng.

Giai đoạn 2: nghiên cứu tiến cứu các HSBA, từ tháng 01/2021 - 01/7/2021, cùng với sự can thiệp của dược sĩ lâm sàng.

Trong giai đoạn 2, dược sĩ lâm sàng đã tiến hành can thiệp sử dụng carbapenem với các nội dung sau: (1) Tổng hợp, phân tích và báo cáo về thực trạng sử dụng kháng sinh tại buổi sinh hoạt khoa học của bệnh viện (12 buổi), (2) Tham gia xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh và được phê duyệt bởi Hội đồng thuốc - điều trị, (3)

Tham gia phê duyệt carbapenem và công tác hội chẩn theo công văn 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020, (4) Tham gia đi buồng bệnh và phân tích về sử dụng carbapenem, (5) Đề xuất các biện pháp can thiệp nếu việc sử dụng kháng sinh không hợp lý. Các loại can thiệp và việc chấp thuận của bác sĩ sẽ được ghi nhận lại.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 01/7/2020 đến 01/7/2021.

Tiêu chí đánh giá tính hợp lý của việc sử dụng kháng sinh. Các hướng dẫn điều trị được dùng để đánh giá tính hợp lý gồm (1) Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bộ Y Tế 2015 [2] (2) Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận 2017 [1], (3) The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2020 [4].

Hợp lý về chỉ định: Kháng sinh kinh nghiệm được đánh giá hợp lý khi tuân thủ một trong ba hướng dẫn điều trị.

Hợp lý về phối hợp kháng sinh: Phối hợp giữa carbapenem với các kháng sinh khác được đánh giá hợp lý khi tuân thủ một trong ba hướng dẫn điều trị.

Hợp lý về liều: Liều trong một lần dùng hoặc khoảng cách liều được đánh giá dựa trên các hướng dẫn trên tờ hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất và The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2020 [4].

Hợp lý về thời gian truyền: Thời gian truyền hoặc tốc độ truyền được đánh giá hợp lý khi tuân thủ một trong các hướng dẫn đã nêu.

Hợp lý sử dụng kháng sinh: khi hợp lý cả 4 tiêu chí trên.

Tiêu chí đánh giá hiệu quả điều trị. Đáp ứng kháng sinh gồm đáp ứng của bệnh nhân trên lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm 48-72 giờ sau khi bắt đầu dùng thuốc.

- Về lâm sàng: Bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng khi bớt hoặc hết sốt hoặc cải thiện các triệu chứng lâm sàng so với trước khi dùng carbapenem. Các triệu chứng lâm sàng cho thấy cải thiện được đánh giá bởi các bác sĩ lâm sàng.

- Về cận lâm sàng: Giảm bạch cầu (< 10.000 tế bào/ml), giảm CRP (< 5 mg/l), giảm procalcitonin (< 0,25 ng/ml). Đánh giá đáp ứng khi thỏa 1 trong 3 tiêu chí trên.

Kết quả điều trị tại thời điểm xuất viện được bác sĩ điều trị đánh giá dựa trên tình trạng bệnh nhân là khỏi, không đỡ hoặc nặng hơn so với ban đầu.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel và Minitab 19. Các biến liên tục được biểu

điển bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (TB \pm SD) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Các biến không liên tục được mô tả theo tỷ lệ phần trăm. Sử dụng phép kiểm Mann-Whitney (nếu phân phối không chuẩn), t-test (nếu phân phối chuẩn) để so sánh kết quả trung bình giữa hai nhóm. Sử dụng phép kiểm chi bình phương để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm. Mô hình hồi quy logistic đa biến được dùng để khảo sát mối liên quan giữa đáp ứng lâm sàng hoặc cận lâm sàng (có/không) và các yếu tố liên quan bao gồm can thiệp được (có/không), tuổi, giới tính (nam/nữ), số bệnh nhiễm khuẩn, số bệnh kèm và thời gian sử dụng kháng sinh. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Vấn đề y đức: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo

quyết định số 908/HĐĐĐ ngày 30/11/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, có 470 bệnh nhân được chỉ định sử dụng kháng sinh carbapenem, bao gồm 280 bệnh nhân ở giai đoạn trước can thiệp và 190 bệnh nhân ở giai đoạn can thiệp. Các đặc điểm chung như tuổi, giới tính, độ thanh thải creatinin (CrCl) và số bệnh kèm tương tự nhau ở hai giai đoạn ($p > 0,05$). Đa số bệnh nhân là người cao tuổi, nam nhiều hơn nữ, hơn 50% số bệnh nhân có CrCl < 60 ml/phút và số trung vị bệnh mắc kèm là 3 - 4 bệnh. Có sự khác biệt về chỉ số khối với tỷ lệ bệnh nhân có BMI $< 18,5$ kg/m² cao hơn ở giai đoạn sau. Phân bố bệnh nhiễm khuẩn và bệnh kèm cũng có sự khác biệt giữa hai giai đoạn.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu ($n = 470$)

Đặc điểm	Phân bố	Tỷ lệ %		p
		Trước can thiệp	Sau can thiệp	
Tuổi	Trung vị (IQR)	62 (49 - 76,5)	64 (51 - 75)	0,697
Giới tính	Nam	54,6	51,6	0,513
Chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/m ²)	$< 18,5$	11,4	27,4	$< 0,001$
	18,5 - 23	54,6	35,8	
	> 23	34,0	36,8	
Độ thanh thải creatinin (ml/phút)	≥ 90	16,1	11,6	0,597
	60 - 90	16,1	14,2	
	30 - 60	29,3	30,0	
	15 - 30	28,2	32,6	
	< 15	10,3	11,6	
Bệnh nhiễm khuẩn ¹	Sốc nhiễm khuẩn	57,1	47,4	0,037
	Viêm phổi	48,2	47,4	0,857
	Nhiễm khuẩn huyết	31,4	47,9	$< 0,001$
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	6,8	9,5	0,288
	COPD đợt cấp	6,4	7,9	0,542
	Viêm mô tế bào	4,3	4,2	0,968
	Nhiễm khuẩn tiêu hóa	3,2	7,9	0,024
	Viêm màng não	3,2	2,1	0,472
Bệnh mắc kèm ¹	Nhiễm khuẩn khác	10,4	6,3	0,128
	Tăng huyết áp	35,0	42,1	0,119
	Bệnh đường tiêu hóa	31,8	42,6	0,016
	Bệnh đường hô hấp (hen phế quản, COPD...)	25,7	31,6	0,016
	Bệnh thận (cấp, mạn)	24,3	25,3	0,809
	Suy tim	22,1	30,5	0,041
	Đái tháo đường	21,1	35,3	0,001
Số lượng bệnh mắc kèm	Bệnh khác	62,1	67,4	0,246
	Trung vị (IQR)	3 (1 - 5)	4 (2 - 6)	0,099

Ghi chú: ¹Một bệnh nhân có thể mắc nhiều loại nhiễm khuẩn hoặc nhiều bệnh, tổng tỷ lệ sẽ lớn hơn 100%; COPD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, IQR: khoảng tứ phân vị.

Đặc điểm vi sinh và đề kháng kháng sinh. Mẫu máu được chỉ định xét nghiệm vi sinh chiếm đa số, lần lượt là 76,4% (214/280 HSBA) và 63,2% (120/190 HSBA) ở giai đoạn trước can thiệp và

can thiệp. Tỷ lệ cấy dương tính ở giai đoạn trước can thiệp và can thiệp khá thấp với 31,2% (96/307 mẫu cấy) và 33,6% (73/217 mẫu cấy). Kết quả đặc điểm chủng vi khuẩn, vi nấm phân lập được trình bày trong bảng 2. Các chủng vi khuẩn Gram âm được phân lập chiếm tỷ lệ cao hơn so với vi khuẩn Gram dương.

Bảng 2. Đặc điểm chủng vi khuẩn, vi nấm phân lập được

Chủng vi khuẩn, vi nấm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Acinetobacter spp.	33	34,4	16	21,9	0,518
Escherichia coli	22	22,9	23	31,5	
Klebsiella spp.	11	11,5	8	10,9	
Pseudomonas aeruginosa	8	8,3	4	5,5	
Staphylococcus aureus	5	5,2	4	5,5	
Staphylococcus coagulase âm	5	5,2	9	12,3	
Stenotrophomonas maltophilia	2	2,2	1	1,4	
Burkholderia pseudomallei	1	1	2	2,7	
Candida spp.	9	9,3	6	8,3	
Tổng cộng	96	100	73	100	

Đặc điểm về tình hình đề kháng của vi khuẩn với imipenem theo kết quả kháng sinh đồ được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Mức độ kháng imipenem của vi khuẩn phân lập

Vi khuẩn phân lập được	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
	Tỷ lệ % (n/N)	Tỷ lệ % (n/N)	
Acinetobacter spp.	45,5 (15/33)	50 (8/16)	0,854
E. coli	18,2 (4/22)	17,4 (4/23)	
Klebsiella spp.	45,5 (5/11)	37,5 (3/8)	
P. aeruginosa	25 (2/8)	50 (2/4)	

Đặc điểm về tình hình đề kháng của vi khuẩn với meropenem theo kết quả kháng sinh đồ được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Mức độ kháng meropenem của vi khuẩn phân lập

Vi khuẩn phân lập được	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
	Tỷ lệ % (n/N)	Tỷ lệ % (n/N)	
Acinetobacter spp.	39,4 (13/33)	43,8 (7/16)	0,706
E. coli	9,1 (2/22)	13,1 (3/23)	
Klebsiella spp.	45,5 (5/11)	25 (2/8)	
P. aeruginosa	25 (2/8)	25 (1/4)	

Tỷ lệ vi khuẩn tiết ESBL ở hai giai đoạn, đối với E. coli lần lượt là 45,5% và 47,8%, đối với Klebsiella spp. là 54,5% và 50%.

Tình hình sử dụng kháng sinh carbapenem. Carbapenem được kê đơn ở các giai đoạn gồm 2 loại là imipenem-cilastatin 93,9% và 95,3%, và meropenem 6,1% và 4,7%. Thời gian sử dụng kháng sinh trung vị là 3 (2-6) ngày và 3 (2-5) ngày và không khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa hai giai đoạn.

Lần lượt có 5% và 6,3% bệnh nhân ở giai đoạn 1 và 2 được chỉ định đơn trị với carbapenem, còn

lại là sử dụng phác đồ phối hợp. Kháng sinh kinh nghiệm thường được phối hợp với carbapenem là fluoroquinolon (ciprofloxacin, moxifloxacin, levofloxacin) với tỷ lệ là 11,8% số HSBA ở giai đoạn 1 và 24,7% số HSBA ở giai đoạn 2.

Đánh giá bước đầu can thiệp của dược sĩ lâm sàng trong việc sử dụng carbapenem.

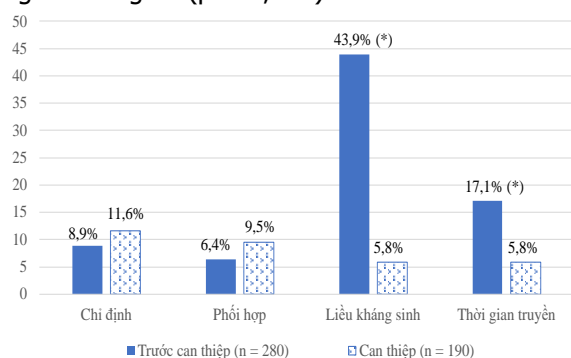
Dược sĩ lâm sàng đã thực hiện 306 can thiệp liên quan đến chỉ định, liều, thời gian truyền thuốc và các tối ưu hoá sử dụng thuốc khác. Tỷ lệ chấp thuận của các loại can thiệp được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Các loại can thiệp của dược sĩ lâm sàng

Loại can thiệp	Số lượng can thiệp	Số lượng chấp thuận	Tỷ lệ chấp thuận (%)
Tối ưu hóa về liều	92	81	88,1
Tối ưu hóa về thời gian truyền	76	65	85,5
Chuyển qua kháng sinh khác	61	46	75,4

Phối hợp thêm kháng sinh khác	31	13	41,9
Xuong thang kháng sinh	25	6	24,0
Chuyển đổi đường dùng	21	2	9,5

Kết quả đánh giá tính hợp lý của việc sử dụng kháng sinh về chỉ định, phối hợp kháng sinh, liều và thời gian truyền được trình bày trong hình 1. Ở giai đoạn trước can thiệp, số bệnh án kê đơn kháng sinh được đánh giá là hợp lý chung về cả 4 tiêu chí chiếm 42,1% (118/280). Ở giai đoạn can thiệp, tỷ lệ hợp lý chung là 70,5% (134/190), sự khác biệt giữa hai giai đoạn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



(*) Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 giai đoạn ($p < 0,001$)

Hình 1. Tỷ lệ (%) không hợp lý trong sử dụng kháng sinh theo các tiêu chí ở hai giai đoạn

Hiệu quả điều trị. Sau 48 - 72 giờ dùng phác đồ có carbapenem, tỷ lệ đáp ứng về lâm sàng ở giai đoạn trước can thiệp là 32,1% và ở giai đoạn can thiệp là 46,3% ($p = 0,002$). Đáp ứng về cận lâm sàng ở giai đoạn sau cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn trước (31,4% vs 44,7%, $p = 0,003$).

Tại thời điểm xuất viện, số bệnh nhân điều trị thành công, khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm có can thiệp của dược sĩ lâm sàng, 48,9% so với 45,4% trong nhóm trước can thiệp ($p = 0,002$).

Các yếu tố liên quan đến đáp ứng cận lâm sàng và lâm sàng ở bệnh nhân. Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy số lượng bệnh kèm (OR = 0,66; 95%CI [0,58 - 0,74] và OR = 0,65; 95%CI [0,58 - 0,73]) và sự can thiệp của dược sĩ lâm sàng (OR = 2,52, 95%CI [1,61 - 3,94] và OR = 2,65, 95%CI [1,69 - 4,15]) với $p < 0,001$ có liên quan đến đáp ứng cận lâm sàng và lâm sàng của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, đa số là bệnh nhân lớn tuổi với trung vị 62 (49 - 76,5) tuổi và 64 (51 - 75) tuổi ở hai giai đoạn. Nguyên nhân có thể là ở bệnh nhân trên 60 tuổi chức năng miễn dịch bị

suy giảm làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

Bệnh nhân bị nhiễm trùng như sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết thường được kê đơn carbapenem (theo Bảng 1). Những bệnh nhiễm khuẩn này phù hợp với mô hình nhiễm khuẩn tại bệnh viện và tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc [5], từ đó cho thấy kháng sinh carbapenem thường được sử dụng điều trị những bệnh nhiễm khuẩn nặng tại bệnh viện.

Phần lớn bệnh nhân có tiền lượng bệnh nặng và khó điều trị cũng như có nhiều bệnh mắc kèm với trung vị là 3 (1 - 5) và 4 (2 - 6) bệnh. Các bệnh mắc kèm thường gặp là tăng huyết áp, bệnh đường tiêu hóa, bệnh hô hấp, bệnh thận..., phù hợp với bệnh nhân lớn tuổi và mô hình bệnh tật ở nước ta.

Acinetobacter spp. được phân lập với tỷ lệ cao nhất 34,4% và 21,9%, tiếp theo E. coli 22,9% và 31,5%, Klebsiella spp. 11,5% và 10,9%. Vi khuẩn Gram âm thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc với tỷ lệ đề kháng cao, do đó cần được chú ý khi điều trị bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc. Tỷ lệ đề kháng tương đối cao có thể do nghiên cứu thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc, nơi bệnh nhân đã được điều trị tại các khoa khác nhưng không đáp ứng, tiền lượng bệnh nặng, đã sử dụng kháng sinh trong thời gian dài hoặc mắc nhiều bệnh kèm ở mức độ nặng.

Đa số bệnh nhân sử dụng phác đồ phối hợp carbapenem với kháng sinh khác (96%), thường là với các fluoroquinolon. Phác đồ của Bộ Y tế cũng đã khuyến cáo phối hợp beta-lactam với các một thuốc fluoroquinolon hoặc aminoglycosid trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn nặng như sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết [2].

Sau khi có can thiệp của dược sĩ lâm sàng, tỷ lệ kê đơn chưa hợp lý giảm còn 29,5% so với 43,9% ở giai đoạn trước ($p < 0,05$). Sự thay đổi chủ yếu nhờ vào các can thiệp về tối ưu hoá liều và thời gian truyền với tỷ lệ chấp thuận cao, lần lượt là 88,1% và 85,5%. Dược sĩ lâm sàng đã tính toán lại chức năng thận và đề nghị điều chỉnh liều một lần hoặc giãn khoảng cách liều theo hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất hay Sanford Guide. Bên cạnh đó, carbapenem là kháng sinh cho đáp ứng phụ thuộc thời gian vì vậy tối ưu hoá thời gian truyền, ví dụ truyền trong 4 giờ để thuốc qua hàng rào máu não hiệu quả trong điều trị viêm màng não đã được đề

ngiht để áp dụng. Việc can thiệp xuống thang kháng sinh và chuyển kháng sinh đường tiêm sang đường uống ít được sự chấp thuận của các bác sĩ (tỷ lệ lần lượt là 24% và 9,5%). Nguyên nhân có thể do sau khi triệu chứng lâm sàng được cải thiện, bệnh nhân chuyển khoa khác để điều trị. Hoặc do đặc điểm dược lực học và dược động học của thuốc cũng như tình trạng lâm sàng thay đổi ở bệnh nhân nặng như tại khoa Hồi sức tích cực, bác sĩ muốn đảm bảo hiệu quả bằng cách tiếp tục chế độ điều trị bệnh nhân đã đáp ứng.

Các đáp ứng về lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm 48-72 giờ sau khi bắt đầu carbapenem đều cho thấy sự cải thiện ở giai đoạn có can thiệp và khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến gợi ý sự khác biệt về đáp ứng cận lâm sàng và lâm sàng của bệnh nhân do hiệu quả can thiệp được tại bệnh viện. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý tăng, tối ưu hoá cách dùng thuốc theo các khuyến cáo có thể đã góp phần giúp giảm tác dụng bất lợi đồng thời làm tăng tác dụng của kháng sinh.

V. KẾT LUẬN

Tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc, bệnh nhân thường nhiễm các vi khuẩn có nguy cơ đề kháng cao tuy nhiên việc sử dụng carbapenem

vẫn chưa được tối ưu. Can thiệp được lâm sàng đã bước đầu cho thấy vai trò trong việc quản lý kháng sinh nói chung và carbapenem nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận (2017)**, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Tài liệu lưu hành nội bộ, Ninh Thuận.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Quyết định số 708/QĐ-BYT về việc ban hành "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh", Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2020)**, Quyết định số 5631/QĐ-BYT về việc ban hành "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", Hà Nội.
4. **Gilbert D. N., Chambers H. F., Saag M. S., Pavia A. T. (2020)**, The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2020, Antimicrobial Therapy, p. 83-127.
5. **Larsson M., Olson L. et al. (2019)**, "High prevalence of colonisation with carbapenem-resistant Enterobacteriaceae among patients admitted to Vietnamese hospitals: Risk factors and burden of disease", The Journal of Infection, 79(2), p. 115-122.
6. **Versporten A., Zarb P. et al. (2018)**, "Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey", Lancet Glob Health, 6(6), e619-e629.
7. **WHO (2020)**, "2019 antibacterial agents in clinical development: an analysis of the antibacterial clinical development pipeline", <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000193> (Accessed Apr 18th 2022)

SỰ PHÙ HỢP GIỮA LÂM SÀNG VỚI CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ CHẨN ĐOÁN ĐIỆN THẦN KINH - CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH HÔNG TO DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Bùi Thị Nga^{1,3}, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}

TÓM TẮT

Đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là bệnh thường gặp trên lâm sàng. **Mục tiêu:** nhằm đánh giá sự phù hợp giữa đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và ghi điện cơ. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân đau thần kinh hông một bên do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 24 nam (48%), 26 nữ (52%) Tỷ lệ bất thường trên cộng hưởng từ và điện cơ phù hợp với lâm sàng lần lượt là 66% và 74%. 28 bệnh nhân

(56%) tổn thương phù hợp trên cộng hưởng từ và điện cơ, 5 trường hợp (10%) chỉ phù hợp trên cộng hưởng từ, 9 bệnh nhân (18%) chỉ biểu hiện phù hợp trên điện cơ, 8 bệnh nhân (16%) không phù hợp với bất thường trên điện cơ và cộng hưởng từ. **Kết luận:** Có nhiều trường hợp tổn thương trên cộng hưởng từ không phù hợp với lâm sàng; điện cơ có vai trò quan trọng trong đánh giá về tổn thương.

Từ khóa: Đau thần kinh hông to, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, chẩn đoán điện thần kinh cơ.

SUMMARY

THE AGREEMENT BETWEEN CLINICAL FEATURES WITH MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND ELECTRODIAGNOSIS IN PATIENTS WITH SCIATICA PAIN DUE TO LUMBAR HERNIATED DISK

Sciatica pain due to lumbar herniated disk is among most common diseases. **Aim:** The aim of study was to evaluate the agreement of magnetic resonance

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN.

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Nga

Email: buithinga92hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2022

Ngày duyệt bài: 23.5.2022

imaging (MRI) and electrodiagnosis (EDX) with clinical findings. **Method:** In a cross-sectional descriptive study, a total of 50 patients was diagnosed as sciatica pain caused by lumbar disk herniation. **Results:** 50 patients in this study included 24 males (48%) and 26 females (52%). The total agreements between clinical with MRI and EDX findings were 66% and 74%, respectively. 28 cases (56%) showed some type of suitable abnormalities in both MRI and EDX, 5 cases (10%) showed abnormalities in only MRI, 9 cases (18%) showed abnormalities in only EDX, while 8 cases (16%) had unsuitable abnormalities in both MRI and EDX. **Conclusion:** in many cases, MRI was not suitable with clinical findings, EDX has an important role to evaluate the damages of radicular pain.

Key words: Sciatica pain, lumbar herniated disk, electrodiagnosis (EDX).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh hông (ĐTKH) do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (TVĐCSTL) là bệnh lý thường gặp trong lĩnh vực thần kinh, nội và ngoại khoa¹. Để đánh giá tổn thương chức năng của rễ, dây thần kinh cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học². Tuy nhiên nhiều khi không có sự tương xứng giữa lâm sàng và hình ảnh học, do đó cần có các phương tiện khác để kiểm tra các tổn thương để chọn phương pháp điều trị. Chúng tôi sử dụng chẩn đoán điện thần kinh để khảo sát tình trạng đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm nhằm hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm điện cơ ở bệnh nhân đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm.*

2. *Đánh giá sự phù hợp giữa lâm sàng, cộng hưởng từ và điện cơ.*

Trong khuôn khổ bài báo này, chúng tôi xin đánh giá sự phù hợp giữa lâm sàng, cộng hưởng từ và điện cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

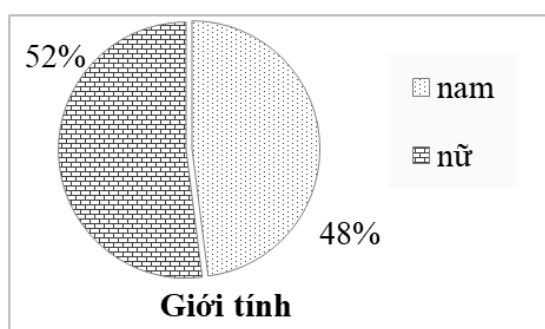
1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là đau thần kinh hông to một bên do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên lâm sàng điều trị nội trú hoặc khám bệnh tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 7 năm 2018.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Quy trình nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và ghi điện sinh lý thần kinh - cơ chi dưới. Từ đó đánh giá sự phù hợp giữa đặc điểm lâm sàng với cộng hưởng từ và chẩn đoán điện thần kinh - cơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: tỷ lệ nữ/ nam: 1,08/1

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số trường hợp (N=50)	Tỷ lệ %
Rối loạn cảm giác	26	52
Rối loạn vận động	24	48
Rối loạn cơ tròn	2	4
Rối loạn dinh dưỡng	6	12
Giảm phản xạ gân xương	4	8
Hội chứng cột sống	34	68

Nhận xét: Hội chứng cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất 68%, triệu chứng ép rễ 68%, rối loạn cảm giác 52%, rối loạn vận động 48%, và rối loạn cơ tròn 4%.

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ

Vị trí thoát vị		Số bệnh nhân (n=50)	Tỷ lệ %
Đơn tầng	L3-L4	3	6
	L4-L5	13	26
	L5-S1	17	34
2 tầng	L4-L5 và L5-S1	3	6
	L3-L4 và L4-L5	9	18
≥ 3 tầng	L3-L4, L4-L5 và L5-S1	5	10
Mức độ chèn ép rễ theo Pfirrmann		Số bệnh nhân (n=50)	Tỷ lệ %
Độ 0		17	34
Độ I		13	26
Độ II		18	36
Độ III		2	4

Nhận xét: - Trong số 50 bệnh nhân đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm, chúng tôi gặp chủ yếu là thoát vị đơn tầng chiếm 66%.

- Thoát vị đĩa đệm gặp chủ yếu ở đĩa đệm L4-L5 (60%) và L5-S1 (50%) ở dạng đơn tầng và nhiều tầng.

- Chèn ép rễ rõ trên CHT (độ 1, 2, 3) là 33 trường hợp chiếm tỷ lệ 66%.

Bảng 3: Đặc điểm bất thường trên chẩn

đoán điện thần kinh- cơ

Đặc điểm	Trường hợp	Tỷ lệ %
Bất thường trên điện cơ kim	37	74
Bất thường phản xạ H	17	34
Bất thường sóng F	19	38
Bất thường dẫn truyền vận động	2	4
Bất thường dẫn truyền cảm giác	1	2

Nhận xét: - Dẫn truyền vận động và dẫn truyền cảm giác ít thay đổi ở bệnh nhân với tỷ lệ lần lượt là 4% và 2%.

- Bất thường trên điện cơ kim thường gặp nhất với tỷ lệ 74%, bất thường sóng F có 19 trường hợp chiếm tỷ lệ 38%, và bất thường phản xạ H với tỷ lệ 34%.

Bảng 4: Sự phù hợp giữa lâm sàng với cộng hưởng từ và chẩn đoán điện thần kinh- cơ.

Đặc điểm cận lâm sàng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Phát hiện trên CHT và điện cơ	28	56
Phát hiện trên CHT	5	10
Phát hiện trên điện cơ	9	18
Không phát hiện trên CHT và điện cơ	8	16

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm một bên, Có 26 trường hợp phát hiện chèn ép rễ rỗ trên CHT và trên điện cơ chiếm tỷ lệ 56%, có 5 trường hợp chỉ phát hiện trên MRI chiếm tỷ lệ 10%, 9 trường hợp chỉ biểu hiện tổn thương trên điện cơ (18%), và có 8 trường hợp không có biểu hiện trên MRI và trên điện cơ (16%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi được tiến hành trên 50 bệnh nhân (nữ 52%, nam 48%) đau thần kinh hông một bên do thoát vị đĩa đệm được chụp cộng hưởng từ và làm chẩn đoán điện thần kinh - cơ. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là hội chứng cột sống chiếm tỷ lệ 68%, biểu hiện rối loạn cảm giác 52 % và rối loạn vận động c 48%, thấp nhất là rối loạn cơ tròn với 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 4%. Kết quả này của chúng tôi tương đối phù hợp với tác giả Nguyễn Thị Thanh Tú³.

Về đặc điểm cộng hưởng từ, thoát vị đĩa đệm thường gặp nhất ở L4- L5 (66%), L5-S1 (50%) ở dạng đơn tầng và nhiều tầng. Vị trí này là phân di động dễ nhất, bản lề của cột sống và là nơi chuyển tiếp giữa các xương thắt lưng- cùng nên thường xuyên chịu trọng tải lớn cũng như mức độ hoạt động lớn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước⁴. Mức

độ chèn ép rễ rỗ do đĩa đệm thoát vị trên cộng hưởng từ tương ứng phù hợp với lâm sàng có 33/50 trường hợp chiếm tỷ lệ 66%. Kết quả này phù hợp với tác giả Reza Sontani và cộng sự⁵ và Hasankhani⁶. Mặt khác có thể do ngoài tổn thương thoát vị đĩa đệm, còn có nguyên nhân khác như gai cột sống... gây tổn thương rễ. Do đó, nhiều khi không có tương xứng giữa lâm sàng và tổn thương trên cộng hưởng từ, cần có xét nghiệm cận lâm sàng khác để đánh giá tổn thương các rễ.

Chẩn đoán điện thần kinh- cơ, có 37/50 chiếm tỷ lệ 74 % bất thường điện cơ phù hợp với lâm sàng. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu của các tác giả trước⁵. Đánh giá sự phù hợp của điện cơ và cộng hưởng từ với lâm sàng, chúng tôi thấy có 28/50 trường hợp (56%) biểu hiện tương ứng cả trên điện cơ và cộng hưởng từ, 5 trường hợp (10%) chỉ biểu hiện phù hợp trên cộng hưởng từ, 9 trường hợp (18%) chỉ biểu hiện tương ứng trên điện cơ, có 8 trường hợp (16%) không phù hợp trên cộng hưởng từ và điện cơ. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Hasakhani và cộng sự⁶. Như vậy, có nhiều trường hợp cộng hưởng từ có tổn thương không phù hợp với lâm sàng, khi làm chẩn đoán điện thần kinh cơ có giá trị chẩn đoán định khu tổn thương rễ, có thể đưa ra sự lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

V. KẾT LUẬN

Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán thoát vị, đĩa đệm thoát vị cũng như mức độ chèn ép ở bệnh nhân đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm. Tuy nhiên có nhiều trường hợp kết quả cộng hưởng từ không phù hợp với lâm sàng, khi đó chẩn đoán điện thần kinh- cơ có vai trò quan trọng để chẩn đoán định khu tổn thương các rễ giúp chúng ta lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Quang Cường (2010).** Triệu chứng học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, trang 90.
- Nguyễn Văn Chương (2005).** Thực hành lâm sàng thần kinh. tập III, 320-337. Nhà xuất bản Y học.
- Nguyễn Thị Thanh Tú (2009).** So sánh hiệu quả đau thần kinh tọa bằng điện châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Đinh Đăng Tuệ (2013).** Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu- phục hồi chức năng kết hợp với xoa bóp bấm

huyết, Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. **Zahra Reza Soltani, Simin Sajadi and Behrooz Tavana (2014).** A comparison of magnetic resonance imaging with electrodiagnostic findings in the evaluation of clinical radiculopathy:

a cross-sectional study. European spine journal, 23 (4), 916-921.

6. **E. G. Hasankhani and F. Omid-Kashani (2013).** Magnetic Resonance Imaging versus Electrophysiologic Tests in Clinical Diagnosis of Lower Extremity Radicular Pain. ISRN Neurosci, 2013, 952570.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HUYẾT HỌC MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Nguyễn Thanh Bình¹, Hoàng Thị Thúy², Nguyễn Văn Đô¹

TÓM TẮT

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ác tính đứng hàng đầu trong các loại ung thư vùng đầu, cổ hiện nay. **Mục tiêu:** Mô tả sự thay đổi một số chỉ số huyết học máu ngoại vi ở bệnh nhân UTVMH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhân UTVMH được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và 46 người bình thường tương đồng về tuổi, giới. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là 2:1, nhóm tuổi phát hiện bệnh nhiều nhất từ 41-60 tuổi, 65,9% bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn III-IV. Số lượng và tỷ lệ BCTT ở nhóm bệnh nhân tương ứng $4,51 \pm 1,26$ G/L và $60,87 \pm 7,78\%$ cao hơn so với nhóm chứng là $3,66 \pm 1,17$ G/L và $55,35 \pm 7,22\%$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Số lượng và tỷ lệ bạch cầu lympho ở nhóm bệnh nhân là $1,95 \pm 0,43$ G/L và $26,53 \pm 6,90\%$ thấp hơn so với nhóm chứng là $2,27 \pm 0,69$ và $33,09 \pm 7,73$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số NLR ở nhóm bệnh $2,46 \pm 1,05$ cao hơn nhóm chứng $1,78 \pm 0,86$ với $p < 0,001$. Ngoài ra thấy có tăng bạch cầu mono và giảm bạch cầu ưa base ở nhóm bệnh so với nhóm chứng. Các chỉ số khác như bạch cầu ưa acid, số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit, số lượng tiểu cầu không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. **Kết luận:** Ở bệnh nhân UTVMH có tăng số lượng và tỷ lệ bạch cầu trung tính, giảm số lượng và tỷ lệ bạch cầu lympho so với nhóm chứng dẫn tới tăng chỉ số NRL. Một số chỉ số khác như số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit, số lượng tiểu cầu không có sự khác biệt ở nhóm bệnh so với nhóm chứng.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, Máu ngoại vi, Bệnh viện K

SUMMARY

SOME HEMATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERIPHERAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenthanhbinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

BLOOD IN PATIENTS WITH NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

Nasopharyngeal carcinoma (NPC) is a malignant disease with high frequency in head and neck cancers.

Objective: To evaluate some hematological characteristics of peripheral blood in patients with nasopharyngeal carcinoma. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study on 44 patients with nasopharyngeal carcinoma diagnosed by histopathology and 46 healthy people of same-sex and age. **Result:** The ratio between males and females is 2:1, the age with a high frequency of disease is 41-60-year-old, and 65.9% of the patients are diagnosed in late stages III-IV. Cell count and frequency of white blood cells, neutrophil of NPC patients 4.51 ± 1.26 G/L; $60.87 \pm 7.78\%$ are significant higher than those of healthy control people 3.66 ± 1.17 G/L; $55.35 \pm 7.22\%$ with $p < 0.001$. Cell count and frequency of lymphocyte of NPC patients 1.95 ± 0.43 G/L; $26.53 \pm 6.90\%$ is significant lower than that of healthy control people 2.27 ± 0.69 và $33.09 \pm 7.73\%$ with $p < 0.001$. NLR index of NPC patients 2.46 ± 1.05 is higher than that of healthy control people. Moreover, decreased monocyte and increased basophile in NPC patients compared to healthy control people. Other tests, including red blood cell count, hemoglobin, hematocrit, and platelet cell count, are no significant difference between patients and healthy control. **Conclusion:** There is an increase in the quantity and frequency of neutrophiles while a decrease in lymphocyte quantity and frequency leads to the rise of NLR in NPC patients compared to healthy control. Other characteristics, including red blood cell count, hemoglobin, hematocrit, and platelet quantity, are no significant difference between patients and healthy control.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, Peripheral blood, Vietnam National Cancer hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ác tính hay gặp của các tế bào biểu mô vùng vòm mũi họng và đứng hàng đầu trong các loại ung thư vùng đầu, cổ hiện nay. UTVMH có tỷ lệ mắc rất khác nhau ở các quần thể dân cư và khu vực trên thế giới [1]. UTVMH đứng hàng thứ năm trong các loại ung thư ở Việt Nam và chủ

yếu gặp ở nam giới [2]. Nguyên nhân gây UTMH vẫn chưa được biết một cách rõ ràng. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa UTMH và virus Epstein - Barr (EBV), yếu tố địa lý gắn liền với tập quán sinh hoạt, ăn uống và sự nhạy cảm di truyền, chủng tộc và yếu tố gia đình. Trong đó EBV là yếu tố được nghiên cứu nhiều nhất. Sự tương tác qua lại giữa các yếu tố này tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phát sinh và phát triển của UTMH [8].

Gần đây ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về sự thay đổi miễn dịch ở bệnh nhân UTMH nhưng chủ yếu tập trung vào các tế bào lympho T và dưới nhóm ở máu ngoại vi và mô ung thư, nồng độ kháng thể IgA kháng VCA... Các đặc điểm về huyết học khác chưa được đề cập nhiều [2]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả sự thay đổi một số chỉ số huyết học máu ngoại vi ở bệnh nhân UTMH.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Nhóm bệnh nhân**

- Gồm 44 bệnh nhân UTMH khám và điều trị tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân mới, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTMH thể biểu mô không biệt hóa (Undifferentiated carcinoma nasopharyngeal type - UCNT).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Mặc các bệnh lý huyết học, miễn dịch, ung thư khác.

+ Đang có tình trạng nhiễm khuẩn hoặc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch.

***Nhóm chứng.** Gồm 46 người khỏe mạnh (được khám lâm sàng và làm các xét cơ bản sàng lọc), tương đồng về tuổi, giới với nhóm bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh bệnh – chứng.

***Biến số và chỉ số nghiên cứu**

- Thông tin chung: Tuổi, giới, giai đoạn bệnh.
 - Thông tin về các chỉ số huyết học máu ngoại vi: số lượng và tỷ lệ % các loại bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính (BCTT) trên lympho (NLR). Số lượng và đặc điểm dòng hồng cầu, tiểu cầu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

- Nhóm bệnh nhân được thu thập tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều, nhóm chứng được lấy từ

những người đến khám sức khỏe tại Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến số định lượng trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{x} \pm SD$), biến số định tính được trình bày theo tần suất (%). So sánh thống kê sử dụng các thuật T test, Mann – Witney test.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y học, Bệnh viện K theo quyết định 2512/BVK-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành trên 44 bệnh nhân UTMH trong đó có 33 nam và 11 nữ, nhóm chứng gồm 46 người với 33 nam và 13 nữ.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tuổi)	Nhóm bệnh (n = 44) (n; %)	Nhóm chứng (n = 46) (n; %)	p
≤ 20	1 (2,3%)	2 (4,3%)	0,913
21 - 40	6 (13,6%)	7 (15,2%)	
41 - 60	28 (63,6%)	26 (56,5%)	
≥ 60	9 (20,5%)	11 (23,9%)	
$\bar{x} \pm SD$	51,52 ± 1,78	53,46 ± 2,30	0,510

(Independent Sample T-test)

Nhận xét: Tỷ lệ mắc UTMH cao nhất ở nhóm tuổi từ 41 – 60 tuổi với 63,6% và thấp nhất ở nhóm ≤ 20 tuổi với tỷ lệ là 2,3%. Sự phân bố nhóm tuổi không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh và chứng (p > 0,05).

Bảng 2. Phân bố UTMH theo giai đoạn bệnh (AJCC 2018)

Giai đoạn	n	Tỷ lệ (%)
I	5	11,4
II	10	22,7
III	14	31,8
IVa	13	29,5
IVb	2	4,5
Tổng	44	100

Nhận xét: Bệnh nhân UTMH ở giai đoạn đoạn III chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 31,8%, tiếp đến là giai đoạn IVa (29,5%) và giai đoạn II (22,7%). Bệnh nhân UTMH giai đoạn I (giai đoạn sớm) chiếm 5%, giai đoạn IVb (giai đoạn có di căn xa) chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,5%.

3.2. Đặc điểm huyết học của bệnh nhân UTMH

Bảng 3. Đặc điểm dòng bạch cầu

Chỉ số	Nhóm bệnh (n = 44) $\bar{x} \pm SD$	Nhóm chứng (n = 46) $\bar{x} \pm SD$	p
Bạch cầu (G/L)	7,31 \pm 1,41	6,64 \pm 1,58	< 0,05
Số lượng BCTT (G/L)	4,51 \pm 1,26	3,66 \pm 1,17	< 0,001
Tỷ lệ BCTT (%)	60,87 \pm 7,78	55,35 \pm 7,22	< 0,001
Số lượng BC lympho (G/L)	1,95 \pm 0,43	2,27 \pm 0,69	< 0,01
Tỷ lệ BC lympho (%)	26,53 \pm 6,90	33,09 \pm 7,73	< 0,001
Số lượng BC mono (G/L)	0,60 \pm 0,18	0,45 \pm 0,17	< 0,001
Tỷ lệ BC mono (%)	8,23 \pm 2,31	6,72 \pm 1,94	< 0,001
Số lượng BC ưa acid (G/L)	0,23 \pm 0,14	0,22 \pm 0,16	0,870
Tỷ lệ BC ưa acid (%)	3,30 \pm 2,48	3,20 \pm 2,02	0,929*
Số lượng BC ưa base (G/L)	0,03 \pm 0,02	0,05 \pm 0,03	< 0,001
Tỷ lệ BC ưa base (%)	0,43 \pm 0,25	1,09 \pm 2,13	< 0,001*
Chỉ số NLR	2,46 \pm 1,05	1,78 \pm 0,86	< 0,001*

(Independent Sameple T-test, * Mann Whitney)

Nhận xét: - Số lượng bạch cầu chung, số lượng và tỷ lệ BCTT, số lượng và tỷ lệ bạch cầu mono, ở bệnh nhân UTMH cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Số lượng và tỷ lệ bạch cầu lympho, bạch cầu ưa base ở bệnh nhân UTMH giảm so với nhóm chứng ($p < 0,01$).

- Chỉ số NLR ở bệnh nhân UTMH cao hơn so với nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Một số chỉ số huyết học khác

Chỉ số	Nhóm bệnh (n = 44) $\bar{x} \pm SD$	Nhóm chứng (n = 46) $\bar{x} \pm SD$	p
Hồng cầu (T/L)	4,72 \pm 0,48	4,78 \pm 0,43	0,531
Hemoglobin (g/L)	137,00 \pm 24,09	139,19 \pm 13,15	0,920*
Hematocrit (L/L)	0,42 \pm 0,03	0,43 \pm 0,04	0,334
Tiểu cầu (G/L)	274,55 \pm 72,09	246,59 \pm 70,43	0,068

(Independent Sameple T-test, * Mann Whitney)

Nhận xét: Không có sự khác biệt về số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit và số lượng tiểu cầu giữa nhóm bệnh và nhóm chứng ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trong số 44 bệnh nhân UTMH, chủ yếu gặp ở nam giới chiếm 75%. Tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Kết quả này khá tương đồng với một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên thế giới, tỷ lệ nam giới mắc bệnh chiếm khoảng 74 – 75%. Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ nam mắc bệnh thấp hơn như trong nghiên cứu của Phạm Huy Tân (2018), tỷ lệ nam/nữ là 2/1 (nam giới chiếm 68,1%) [2]; hoặc nghiên cứu của Edreis (2016) tại Cộng hòa Xu Đẳng có 67,1% bệnh nhân là nam giới [6]. Nói chung, UTMH có tỷ lệ nam lớn hơn nữ có thể liên quan đến một số thói quen của nam là yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu [2].

Lứa tuổi phát hiện bệnh hay gặp nhất là từ 41 – 60 tuổi (63,6%). Cũng tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác ở Việt Nam và thế giới như của Bùi Công Toàn (2008) có độ tuổi trung bình 50,0 tuổi với 61,4% bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 40 – 59, Ahmed (2015) nghiên cứu trên 150 bệnh nhân tại Cộng hòa Xu Đẳng cho

độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 51 tuổi và tương đồng với nghiên cứu của Saika (2016) tại Ấn Độ với 51,0% bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 41-60 tuổi [3],[4].

Về phân bố giai đoạn bệnh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 65,9% bệnh nhân thuộc giai đoạn III – IV và 34,1% bệnh nhân thuộc giai đoạn I – II theo chẩn đoán TNM (AJCC 2018)[7]. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Huy Tân (2018) là 60,5% bệnh nhân thuộc giai đoạn III – IV và 39,5 % bệnh nhân thuộc giai đoạn I – II và nghiên cứu của một số tác giả khác trên thế giới [2]. Có thể thấy, đa số các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lần đầu đều đã ở giai đoạn muộn.

Đặc điểm các tế bào bạch cầu máu ngoại

vi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số lượng bạch cầu chung, số lượng và tỷ lệ BCTT tăng, đồng thời số lượng và tỷ lệ bạch cầu lympho giảm ở nhóm bệnh nhân UTMH so với nhóm chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BCTT tăng, bạch cầu lympho giảm dẫn tới tỷ lệ NLR tăng ở những bệnh nhân

UTVMH một cách có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng. Một số nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự như nghiên cứu của Aricigil (2017) trên 118 bệnh nhân UTVMH tại Thổ Nhĩ Kỳ và Chen (2019) tại Trung Quốc [5]. Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu cho thấy số lượng bạch cầu chung và BCTT giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa nhưng đều có giảm số lượng bạch cầu lympho làm cho chỉ số NLR tăng [5]. NLR là một dấu ấn sinh học quan trọng, chỉ dấu cho tình trạng viêm toàn thân [9]. Nhiều tác giả chỉ ra rằng NLR của bệnh nhân UTVMH có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng của bệnh [9].

Một số đặc điểm khác ở máu ngoại vi. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa nhận thấy sự thay đổi có ý nghĩa ở một số chỉ số dòng hồng cầu và tiểu cầu máu ngoại vi của bệnh nhân UTVMH so với nhóm chứng như số lượng trung bình hồng cầu, hemoglobin, hematocrit và số lượng tiểu cầu. Đặc điểm này cũng được nhận thấy trong một số nghiên cứu khác [5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 44 bệnh nhân UTVMH chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nhiều so với nữ giới, tuổi trung bình phát hiện bệnh là từ 41 - 60 tuổi, chủ yếu bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Các đặc điểm huyết học máu ngoại vi thấy có sự tăng số lượng bạch cầu chung, tăng số lượng và tỷ lệ BCTT trong khi giảm số lượng và tỷ lệ bạch cầu lympho dẫn đến tăng chỉ số NLR. Có tăng bạch cầu mono và giảm bạch cầu ưa base ở nhóm bệnh nhân. Chưa thấy có sự khác biệt về các chỉ số huyết học khác như số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit và

số lượng tiểu cầu của bệnh nhân UTVMH so với nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Hoài Nga, Phạm Hồng Trường (2002).** Tình hình bệnh ung thư ở Hà Nội giai đoạn 1996 - 1999. Tạp Chí Y học Thực hành, 431, 4-7.
2. **Phạm Huy Tân (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và định lượng nồng độ EBV-DNA huyết tương trong UTVMH. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
3. **Bùi Công Toàn (2008).** Nghiên cứu một số khía cạnh đáp ứng miễn dịch tế bào và tìm EBV-ADN tại máu ngoại vi bệnh nhân ung thư vòm mũi họng thể không biệt hoá. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Ahmed HG, Suliman RSAG, et al (2015).** Molecular screening for Epstein Barr virus (EBV) among Sudanese patients with nasopharyngeal carcinoma (NPC). Infect. Agent. Cancer, 10(1), 6.
5. **Aricigil M, Dündar MA, Yücel A, et al (2017).** Can Platelet and Leukocyte Indicators Give Us an Idea about Distant Metastasis in Nasopharyngeal Cancer? Prague Med. Rep., 118(1), 49-59.
6. **Edris A, Mohamed MA, Mohamed NS, et al (2016).** Molecular Detection of Epstein - Barr virus in Nasopharyngeal Carcinoma among Sudanese population. Infect. Agent. Cancer, 11(1), 55.
7. **Guo Q, Lu T, Hui Huang S, et al (2019).** Depicting distant metastatic risk by refined subgroups derived from the 8th edition nasopharyngeal carcinoma TNM. Oral Oncol., 91, 113-120.
8. **Tsang CM, Tsao SW (2015).** The role of Epstein-Barr virus infection in the pathogenesis of nasopharyngeal carcinoma. Virol. Sin., 30(2), 107-121.
9. **Yao J-J, Zhu F-T, et al (2019).** Prognostic value of neutrophil-to-lymphocyte ratio in advanced nasopharyngeal carcinoma: a large institution-based cohort study from an endemic area. BMC Cancer, 19(1), 37.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP SƠ SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Phan Trọng Hiếu*, Trần Chí Thiện**, Nguyễn Thành Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Suy hô hấp vẫn là nguyên nhân thường gặp nhất gây nên tình trạng bệnh lý và tử vong thời kỳ sơ sinh. Xác định tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân suy hô hấp. Đánh giá kết quả điều

trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong suy hô hấp sơ sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Có 157 trường hợp trẻ sơ sinh có dấu hiệu suy hô hấp tại khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc Nhi, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ ngày 1/1/2021 đến ngày 30/9/2021. **Kết quả:** 79,62% trẻ suy hô hấp nhập viện vào ngày đầu sau sanh, tỉ lệ nam/nữ là 1,53/1. Nguyên nhân gây suy hô hấp hay gặp nhất là bệnh màng trong (42,04%), tiếp theo là các bệnh lý tại phổi (36,94%), sanh ngạt (3,28%). Điều trị khỏi, xuất viện (78,98%), nặng xin về (6,37%) và tử vong (1,91%). Nhóm trẻ có tuổi thai < 28 tuần có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 7,18 lần nhóm trẻ có tuổi thai ≥ 37 tuần. Nhóm trẻ có cân nặng < 1000 gam có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 6,30 lần

*Trường Đại học Trà Vinh

**Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phan Nguyễn Trọng Hiếu

Email: drtronghieus@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

nhóm trẻ có cân nặng ≥ 2500 gam. So với nhóm trẻ có điểm silverman ≤ 3 điểm, nhóm trẻ có điểm silverman > 6 điểm có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 16,00 lần. Nhóm trẻ có thở máy tỉ lệ bệnh nặng gấp 6,23 lần nhóm trẻ thở oxy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Kết luận: Cần quan tâm công tác quản lý thai kỳ, đặt biệt là các sản phụ có nguy cơ cao. Tăng cường các kỹ năng hồi sức sơ sinh cho các y bác sĩ tuyến huyện, tuyến xã. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nguyên nhân gây sinh non, suy dinh dưỡng bào thai, suy thai, ngạt chu sinh.

Từ khóa: suy hô hấp sơ sinh, bệnh màng trong, non tháng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT NEONATAL ACUTE RESPIRATORY DISORDER AND SOME FACTORS RELATED

Objectives: Respiratory failure remains the most common cause of neonatal morbidity and mortality. Determine the ratio of clinical, subclinical characteristics, causes of respiratory failure. Evaluate treatment outcomes and learn some factors related to neonatal respiratory failure mortality. **Methods:** descriptive cross-sectional study. There were 157 newborns showing signs of respiratory failure at the Intensive Care Unit Children of Tien Giang Central General Hospital, from January 1, 2021, to September 30, 2021. **Results:** 79.62% of children with respiratory failure were hospitalized on the first day after birth; the male/female ratio was 1.53/1. The most common cause of respiratory failure was neonatal respiratory distress syndrome (42.04%), followed by lung diseases (36.94%), asphyxia (3.28%). The treatment was cured, discharged from the hospital (78.98%), severe enough to die (6.37%), and died (1.91%). The group of children with a gestational age of fewer than 28 weeks has a 7.18 times higher rate of severe disease than children with a gestational age of ≥ 37 weeks. The group of children with weight < 1000 grams had a rate of severe disease 6.30 times higher than the group of children with weight ≥ 2500 grams. Compared with the group of children with Silverman score ≤ 3 points, the group with Silverman score > 6 points had a 16.00 times higher rate of severe disease. The group of children with mechanical ventilation had a rate of severe disease 6.23 times higher than that of children receiving oxygen; the difference was statistically significant, $p < 0.001$. **Conclusions:** Care should be taken in the management of pregnancy, especially in high-risk women. Strengthening neonatal resuscitation skills for district and commune health workers. Early detection and timely treatment of causes of premature birth, fetal malnutrition, fetal distress, perinatal asphyxia.

Keywords: Neonatal acute respiratory disorder, respiratory distress syndrome, premature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong thời kỳ sơ sinh và chi phí điều trị rất tốn kém^(7, 8). Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh biểu hiện

lâm sàng, nguyên nhân và đặc điểm của các nguyên nhân rất đa dạng, thay đổi tùy theo tuổi thai và rất khác với suy hô hấp trẻ em⁽⁷⁾. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ tử vong của sơ sinh trong những ngày đầu do suy hô hấp chiếm 70 – 80%, theo số liệu của Bệnh viện Nhi Trung ương là 87,7%^(1, 8). Tại trung tâm mạng lưới nghiên cứu sơ sinh và sức khỏe trẻ em Hoa Kỳ năm 2003 – 2007 ghi nhận 98% trẻ sinh ra ở tuần thứ 24 có suy hô hấp, tuần thứ 34, tỷ lệ mắc bệnh là 5%, và ở tuần thứ 37 là dưới 1%⁽⁹⁾. Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong suy hô hấp cấp của tác giả Salaman tại Bệnh viện Châu Đốc trong 6 tháng năm 2000, nhận thấy có 10-15% trẻ có cân nặng dưới 2500g bị suy hô hấp cấp, 9% do sanh mổ, 2,2% do hít phân su⁽⁴⁾.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, trong nhiều năm gần đây khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Nhi đã được đầu tư nhân lực, nhiều trang thiết bị hiện đại góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ sơ sinh. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập tới tình hình bệnh lý suy hô hấp trẻ sơ sinh từ khi có tăng cường các biện pháp can thiệp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh suy hô hấp sơ sinh tại khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Giền Giang.

Mục tiêu nghiên cứu. Xác định tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh

Đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong suy hô hấp sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu. Trẻ em ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán suy hô hấp và điều trị tại Khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/9/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới: nhịp thở nhanh > 60 lần/phút, có cơn ngưng thở > 20 giây hoặc < 20 giây kèm nhịp tim < 100 lần/phút, rút lõm lồng ngực rõ, cánh mũi phập phồng, tiếng thở rên, tím tái^(1, 6).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu.

Thu thập số liệu. Các thông tin được ghi vào phiếu điều tra, các biến số đều được lấy trực

tiếp từ bệnh án của từng trẻ.

Các bước tiến hành. Lấy tất cả những trẻ sơ sinh có tiêu chuẩn như trên vào nghiên cứu, các thông tin được quản lý một cách hệ thống từ khi vào khoa cho đến khi trẻ được ra viện, chuyển viện hoặc tử vong. Các biến số cần nghiên cứu: cân nặng, tuổi thai, giới tính, cách đẻ, điểm apgar phút thứ 5 sau đẻ, điểm silverman khi trẻ vào khoa, cách thông khí hỗ trợ (oxy, CPAP, thở máy), xquang phổi xác định nguyên nhân suy hô hấp, bệnh lý của mẹ, các xét nghiệm cận lâm sàng (CRP, bạch cầu, tiểu cầu), nguyên nhân tử vong của trẻ mắc suy hô hấp.

Một số định nghĩa dùng trong nghiên cứu

Điểm Apgar: là biến định danh, gồm 2 giá trị ≥ 7 điểm (bình thường), < 7 (ngạt nhẹ, ngạt nặng)

Tuổi thai: biến định danh, được chia thành 4 giá trị: ≥ 37 tuần, 32 - < 37 tuần, 28 - < 32 tuần, < 28 tuần.

Cân nặng: biến định danh, được chia thành 4 giá trị: ≥ 2500 gam, 1500 - < 2500 gam, 1000 - < 1500 gam, < 1000 gam.

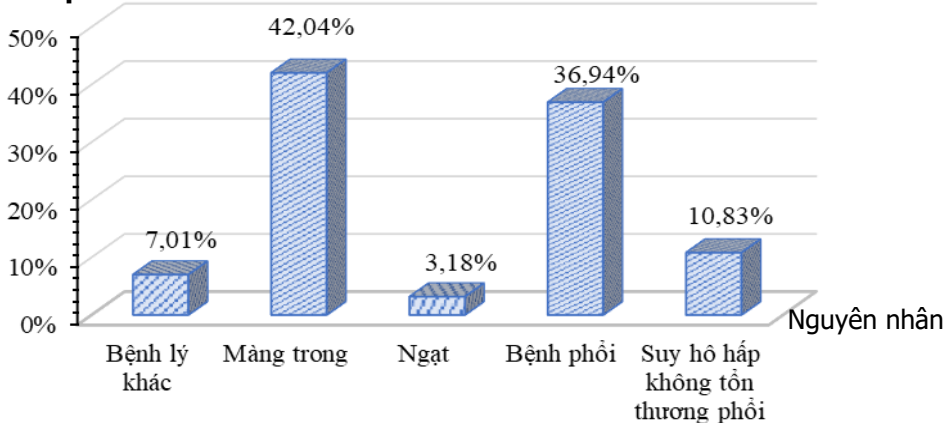
Kết quả điều trị: biến định danh, được chia thành 4 giá trị: xuất viện, chuyển viện, nặng xin về và tử vong.

Điểm Silverman⁽¹⁾:

Bảng 1: Đánh giá mức độ suy hô hấp theo thang điểm Silverman

Chi số \ Điểm	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều
Co kéo cơ liên	0	+	++

Tỉ lệ %



Biểu đồ 1. Nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh

Nhận xét: Bệnh màng trong là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi: viêm phổi, viêm phổi hít phân su, cơn khó thở nhanh thoáng qua... chiếm 36,94%, suy hô hấp không tổn thương phổi chiếm 10,83%, bệnh lý khác: thoát vị hoành, tim bẩm sinh, bệnh lý chuyển hóa (hạ canxi máu máu, hạ đường huyết...) chiếm 7,01%, ngạt chiếm 3,18%.

sườn			
Rút lõm hõm ức	0	+	++
Cánh mũi phập phồng	0	+	++
Tiếng thở rên	0	Qua ống nghe	Nghe được bằng tai

Tổng số điểm: ≤ 3: Trẻ không suy hô hấp; 4 - 6: suy hô hấp nhẹ; > 6: suy hô hấp nặng.

Xử trí số liệu. Các số liệu sẽ được mã hóa, nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học, lập bảng vẽ biểu đồ, sử dụng các phần mềm EpiData Manager; Stata 16; Microsoft office 365.

Y đức. Nghiên cứu đã được hội đồng Y đức bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/9/2021 có 157 trường hợp thỏa đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận kết quả như sau:

Bảng 2. Kết quả chung của điều trị (N=157)

Kết quả điều trị	N	Tỉ lệ (%)
Xuất viện	124	78,98
Chuyển viện	20	12,74
Xin về	10	6,37
Tử vong	3	1,91

Nhận xét: 78,98% trường hợp điều trị thành công, khỏi xuất viện. 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Tuổi (ngày)				
1	98 (78,40)	27 (21,60)	1	0,724
> 1	26 (81,25)	6 (18,75)	0,96 (0,80 – 1,17)	
Giới				
Nam	74 (77,89)	21 (22,11)	1	0,679
Nữ	50 (80,65)	12 (19,35)	0,97 (0,82 – 1,14)	
Tuổi thai (tuần)				
≥ 37	47 (82,47)	10 (17,54)	1	0,038
32 - < 37	69 (90,79)	7 (9,21)	0,40 (0,17 – 0,95)	
28 - < 32	7 (38,89)	11 (61,11)	2,68 (1,46 – 4,91)	
< 28	1 (16,67)	5 (83,33)	7,18 (2,14 – 24,77)	
Cân nặng (gam)				
≥ 2500	49 (79,03)	13 (20,97)	1	< 0,001
1500 - < 2500	52 (96,30)	2 (3,70)	1,58 (1,12 – 2,24)	
1000 - < 1500	21 (61,76)	13 (38,24)	2,51 (1,25 – 5,02)	
< 1000	2 (28,57)	5 (71,43)	6,30 (1,57 – 25,22)	
Tháng nhập viện				
Tháng 1 – 3	34 (69,39)	15 (30,61)	1	0,099
Tháng 4 – 6	38 (84,44)	7 (15,56)	0,51 (0,23 – 1,13)	
Tháng 7 – 9	52 (82,54)	11 (17,46)	0,57 (0,29 – 1,13)	
Kiểu sanh				
Sanh thường	60 (80,00)	15 (20,00)	1	0,764
Sanh mổ	64 (78,05)	18 (21,95)	1,10 (0,60 – 2,02)	
Tiền căn mẹ				
Mẹ khỏe	96 (79,34)	25 (20,66)	1	0,84
Mẹ bệnh	28 (77,78)	8 (22,22)	1,08 (0,53 – 2,17)	

Nhận xét: Ở nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện dưới 1000 gam thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 6,3 lần nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện từ 2500 gam trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Đặc điểm lâm sàng				
Nhịp thở > 60 lần/phút	48 (77,42)	14 (22,58)	1,03 (0,87 – 1,22)	0,698
Tím tái	23 (51,11)	22 (48,89)	1,76 (1,32 – 2,36)	< 0,001
Cơn ngưng thở > 20 giây	66 (75,00)	22 (25,00)	1,12 (0,96 – 1,31)	0,167
Rút lõm ngực nặng	99 (76,15)	31 (23,85)	1,21 (1,05 – 1,40)	0,056
Thở rên	68 (82,93)	14 (17,07)	0,90 (0,76 – 1,06)	0,204
Vàng da	95 (95,96)	4 (4,04)	0,52 (0,40 – 0,68)	< 0,001
Đặc điểm cận lâm sàng				
CRP tăng	43 (82,69)	9 (17,31)	0,93 (0,79 – 1,10)	0,422
Bạch cầu máu tăng	13 (68,42)	6 (31,58)	1,17 (0,86 – 1,61)	0,228
Bạch cầu máu giảm	8 (80,00)	2 (20,00)	0,99 (0,72 – 1,36)	0,935
Tiểu cầu giảm	32 (80,00)	8 (20,00)	0,98 (0,82 – 1,18)	0,855

Nhận xét: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan đến kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh, ở nhóm trẻ có tím tái lúc nhập viện có tỉ lệ bệnh nặng cao gấp 1,76 lần nhóm trẻ không có tím tái, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa số ngày nằm viện, điểm apgar, điểm silverman với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Điểm Apgar				
≥ 7	60 (93,75)	4 (6,25)	1	< 0,001
< 7	64 (68,82)	29 (31,18)	1,70 (1,38 – 2,11)	
Điểm Silverman				
≤ 3	14 (93,33)	1 (6,67)	1	< 0,001
4 – 6	70 (92,11)	6 (7,89)	4,00 (1,85 – 8,68)	
> 6	40 (60,61)	26 (39,39)	16,00 (3,42 – 75,34)	
Số ngày nằm viện				
< 8	31 (51,67)	29 (48,33)	1	< 0,001
8 – 14	55 (94,83)	3 (5,17)	0,15 (0,06 – 0,38)	
> 14	38 (97,44)	1 (2,56)	0,02 (0,00 – 0,14)	
Nguy cơ *				
Không	114 (85,07)	20 (14,93)	1	< 0,001
Có	10 (43,48)	13 (56,52)	3,79 (2,21 – 6,50)	
Nguy cơ **				
Không	81 (85,26)	14 (14,74)	1	0,017
Có	43 (69,35)	19 (30,65)	2,08 (1,13 – 3,83)	

*Có nguy cơ khi cân nặng < 1500 gam và tuổi thai < 32 tuần; **Có nguy cơ khi cân nặng < 2500 gam và tuổi thai < 37 tuần và điểm apgar < 7 điểm và điểm silverman > 3 điểm.

Nhận xét: Ở nhóm trẻ có nguy cơ: có tuổi thai < 32 tuần tuổi và cân nặng < 1500 gam thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 3,79 lần nhóm trẻ không có nguy cơ. Ở nhóm trẻ có nguy cơ: cân nặng < 2500 gam, tuổi thai < 37 tuần, điểm apgar < 7 điểm và điểm silverman > 3 điểm thì tỉ lệ bệnh nặng hơn cao gấp 2,08 lần nhóm trẻ không có nguy cơ.

Bảng 6. Mối liên quan giữa các điều trị hỗ trợ với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Hỗ trợ hô hấp				
Thở oxy	35 (87,50)	5 (12,50)	1	0,001
Thở NCPAP	73 (86,90)	11 (13,10)	2,50 (1,47 – 4,23)	
Thở máy	16 (48,48)	17 (51,52)	6,23 (2,17 – 17,91)	
Dinh dưỡng tĩnh mạch				
Kháng sinh	116 (77,85)	33 (22,15)	1,28 (1,17 – 1,40)	0,134
Chiếu đèn vàng da	97 (95,10)	5 (4,90)	0,52 (0,39 – 0,68)	< 0,001
Truyền chế phẩm máu	20 (71,43)	8 (28,57)	1,13 (0,88 – 1,45)	0,279

Nhận xét: 53,50% trường hợp được hỗ trợ thở NCPAP, 25,48% thở oxy và 21,02% thở máy. Ở nhóm trẻ suy hô hấp phải đặt nội khí quản thở máy thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 6,23 lần nhóm trẻ suy hô hấp thở oxy, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p = 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/9/2021 có 157 trường hợp thỏa đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các trường hợp điều trị thành công chiếm 78,98%, 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91%. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thiên Lý, thực hiện trên 380 bệnh nhi tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau từ ngày 01/06/2015 đến 31/05/2016 ghi

nhận tỉ lệ khỏi ra viện chiếm 79,4%, tử vong và bệnh nặng xin về chiếm 14,0% tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi⁽⁵⁾. Về nguyên nhân gây suy hô hấp, chúng tôi ghi nhận bệnh màng trong là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi: viêm phổi, viêm phổi hít phân su, cơn khó thở nhanh thoáng qua... chiếm 36,94%, suy hô hấp không tổn thương phổi chiếm 10,83%, bệnh lý khác: thoát vị hoành, tim bẩm sinh, bệnh lý chuyển hóa (hạ canxi máu, hạ đường huyết...) chiếm 7,01%. Tuy đã có nhiều tiến bộ

trong chăm sóc trước sinh và hồi sức sau sinh, suy hô hấp do nguyên nhân ngạt vẫn chiếm một tỉ lệ trong nghiên cứu là 3,18%. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Diệu Linh trên 313 trẻ sơ sinh có dấu hiệu suy hô hấp tại trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 6 đến tháng 11/2011 ghi nhận nguyên nhân gây suy hô hấp chủ yếu là bệnh màng trong chiếm 46,8%, bệnh lý suy hô hấp không tổn thương phổi đứng thứ 2 chiếm 32,8%, sanh ngạt chiếm 2,6%, sự khác nhau này có thể do quần thể nghiên cứu khác nhau⁽⁴⁾.

Trong 157 trường hợp suy hô hấp sơ sinh có 79,62% trường hợp nhập viện ngay sau sinh (1 ngày tuổi), 20,38% trường hợp từ nhập viện từ 2 ngày tuổi trở lên, ghi nhận tuổi lớn nhất trong nghiên cứu là 8 ngày tuổi. Suy hô hấp gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ gái, tỉ lệ nam/nữ là 1,53/1. 49,68% trường hợp có địa chỉ ở huyện, xã, 36,94% ở thành thị, thị trấn và 13,38% đến từ tỉnh khác. Tuổi thai trung bình $34,53 \pm 3,40$ tuần, nhỏ nhất 25 tuần, lớn nhất 40 tuần, trong đó trẻ sinh đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm 36,31%, non vừa (32- <37 tuần) chiếm 48,41%, rất non (28- <32 tuần) chiếm 11,46% và cực non (< 28 tuần) chiếm 3,82%. Cân nặng lúc nhập viện trung bình: $2,163 \pm 0,857$ kg, nhỏ nhất 600 gam, nặng nhất 4000 gam, trong đó, nhẹ cân (1500- <2500 gam) chiếm 34,39%, rất nhẹ cân (1000- <1500 gam) chiếm 21,66% và cực nhẹ cân (< 1000 gam) chiếm 4,46%. Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Dung trên 96 trẻ sơ sinh có suy hô hấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/8/2020 đến ngày 31/10/2020 ghi nhận suy hô hấp chủ yếu gặp ở trẻ sơ sinh nam, 76,0% trẻ ≤ 1 ngày tuổi; 61,5% trẻ sơ sinh non <37 tuần; cân nặng < 2500 gam (57,3%), theo tác giả Trần Thiên Lý suy hô hấp sơ sinh gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, trẻ nhẹ cân < 2500 gam chiếm 79,7%. Tác giả Trần Chí Công cũng ghi nhận suy hô hấp sơ sinh trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, các nghiên cứu đều có kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi^(2, 3, 5). 47,77% trẻ được sanh thường, 52,23% trẻ được sanh mổ. Tiền căn mẹ có sốt lúc sanh chiếm 5,1%, vỡ ối kéo dài > 18 giờ chiếm 5,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục chiếm 3,82%, mẹ khỏe chiếm 77,07%. Xét mối liên quan giữa các đặc điểm dịch tễ học với kết quả điều trị (bảng 2), ta thấy kiểu sanh, tiền căn mẹ, ngày tuổi nhập viện, tháng nhập viện, giới tính không khác biệt nhiều và không có ý nghĩa thống kê. Xét về tuổi thai, so với những bé sanh đủ tháng, ở nhóm trẻ sinh rất non có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp

2,68 lần (KTC 95%: 1,46 – 4,91), ở nhóm trẻ sinh cực non có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 7,18 lần (KTC 95%: 2,14 – 24,77), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,001 và $< 0,001$. Ở nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện < 1000 gam thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 6,3 lần nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện ≥ 2500 gam trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Như vậy, ở nhóm trẻ có lúc nhập viện có cân nặng càng thấp hoặc tuổi thai càng non thì nguy cơ bệnh diễn tiến nặng hơn so với nhóm trẻ có cân nặng ≥ 2500 gam và tuổi thai ≥ 37 tuần. Cụ thể trong bảng 3, khi xét 1 trẻ có nhập viện có nguy cơ khi cân nặng < 1500 gam và tuổi thai < 32 tuần thì tỉ lệ diễn tiến bệnh nặng hơn, cao gấp 3,79 lần so với nhóm trẻ không có yếu tố nguy cơ (KTC 95%: 2,21 – 6,50), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Đánh giá điểm silverman của trẻ lúc nhập viện, ghi nhận điểm silverman trung bình là $5,14 \pm 1,96$ điểm, thấp nhất là 2 điểm, cao nhất là 9 điểm. Trong đó, không suy hô hấp (≤ 3 điểm) chiếm 9,55%, suy hô hấp nhẹ (4-6 điểm) chiếm 48,41% và suy hô hấp nặng (> 6 điểm) chiếm 42,04%. Điểm apgar tham khảo trong giấy chuyển viện của các Bệnh viện Sản, ghi nhận điểm apgar trung bình là $6,15 \pm 0,90$ điểm, thấp nhất là 4 điểm, cao nhất là 8 điểm. Trong đó điểm apgar < 7 chiếm 59,24%, ≥ 7 điểm chiếm 40,76%. Xét sự liên quan giữa điểm apgar và điểm số silverman, chúng tôi ghi nhận, ở nhóm trẻ có suy hô hấp nhẹ lúc nhập viện có số điểm apgar < 7 gấp 2,51 lần so với nhóm trẻ không có suy hô hấp (KTC 95%: 1,01 – 13,95), ở nhóm trẻ có suy hô hấp nặng lúc nhập viện có số điểm apgar < 7 gấp 6,02 lần so với nhóm trẻ không có suy hô hấp (KTC 95%: 1,64 – 22,10), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,04 và 0,007. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Diệu Linh, so với nhóm có điểm silverman > 7 thì nhóm có điểm silverman ≤ 3 có điểm apgar ≥ 7 cao gấp 2,99 lần⁽⁴⁾. Như vậy, tình trạng hô hấp ngay sau sinh ảnh hưởng rất nhiều đến mức độ khó thở của trẻ. Do đó kỹ năng hồi sức sơ sinh tại phòng sanh đóng vai trò quan trọng cho tiên lượng về hô hấp của trẻ. Khi xét mối liên quan giữa điểm apgar, điểm silverman với kết quả điều trị, chúng tôi thấy điểm apgar < 7 và điểm silverman > 3 thì tỉ lệ bệnh diễn tiến nặng hơn, cụ thể khi điểm apgar < 7 thì bệnh nặng hơn gấp 1,7 lần so với nhóm trẻ có điểm apgar ≥ 7 (KTC 95%: 1,38 – 2,11), điểm silverman từ 4-6 thì bệnh nặng hơn gấp 4 lần (KTC 95%: 1,85 – 8,68), điểm silverman > 5 thì bệnh nặng hơn

gấp 16 lần (KTC 95%: 3,42 – 75,34) so với điểm silverman ≤ 3 , sự khác biệt điều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở nhóm trẻ có nguy cơ khi cân nặng < 2500 gam và tuổi thai < 37 tuần và điểm apgar < 7 điểm và điểm silverman > 3 điểm thì bệnh diễn tiến nặng hơn gấp 2,08 lần so với nhóm trẻ không có nguy cơ (KTC95%: 1,13 – 3,83), với $p = 0,017$.

Về biểu hiện lâm sàng thì nhịp thở nhanh > 60 lần/phút chiếm 39,49%, tím tái chiếm 28,66%, cơn ngưng thở > 20 giây chiếm 56,05%, rút lõm ngực nặng chiếm 82,80%, thở rên chiếm 52,23%, vàng da chiếm 63,06%. Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Dung triệu chứng hay gặp: tím (90,6%), rút lõm lồng ngực (87,5%), thở nhanh (86,5%), phập phồng cánh mũi (46,9%).

Tác giả Trần Thiên Lý ghi nhận dấu hiệu tím tái chiếm 33,36%, dấu rút lõm ngực nặng chiếm 45,9%, cơn ngưng thở kéo dài chiếm 16,8%, nhịp tim nhanh > 60 lần/phút chiếm 73,68%, sự khác biệt này có thể do đặc điểm dịch tễ học của đôi tượng trong từng nghiên cứu khác nhau (3, 5). Khi xét mối tương quan về đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị, những trẻ có dấu hiệu tím tái lúc nhập viện có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 1,76 lần so với nhóm trẻ không có tím tái (KTC 95%: 1,32 – 2,36). Về đặc điểm cận lâm sàng chúng tôi ghi nhận có sự thay đổi giá trị của CRP tăng chiếm 33,12%, bạch cầu máu tăng $> 20.000/mm^3$ chiếm 12,10%, bạch cầu máu giảm $< 5.000/mm^3$ chiếm 6,37%, tiểu cầu máu giảm $< 100.000/mm^3$ chiếm 25,48%, X quang phổi: tổn thương bệnh màng trong chiếm 42,04%, hình ảnh viêm phổi chiếm 36,31%, hình ảnh xẹp phổi chiếm 3,82%, tràn dịch và tràn khí chiếm 10,19%. Sự thay đổi giá trị cận lâm sàng với kết quả điều trị, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53,50% trường hợp được hỗ trợ thở NCPAP, 25,48% thở oxy và 21,02% thở máy. Tác giả Trần Chí Công ghi nhận các trường hợp thở NCPAP trên những trẻ tím tái, cơn ngưng thở nặng, rút lõm ngực nặng, thở rên, nhịp thở > 60 lần/ phút có tri giác tỉnh táo lúc nhập viện điều trị thành công hơn nhóm trẻ có tri giác lừ đừ (2). Xét về mối tương quan giữa hỗ trợ hô hấp với kết quả điều trị, chúng tôi thấy ở nhóm trẻ thở NCPAP có tỉ lệ bệnh nặng hơn cao gấp 2,5 lần (KTC 95%: 1,47 – 4,23), ở nhóm trẻ thở máy có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 6,23 lần (KTC 95%: 2,17 – 17,91) so với nhóm trẻ thở oxy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,001$. Số ngày nằm viện trung bình là $11,73 \pm 10,24$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, lâu nhất 67 ngày, trong đó 38,22% có thời gian nằm viện

< 8 ngày, 36,94% trường hợp nằm viện sang tuần thứ 2 (từ 8 – 14 ngày), 24,84% trường hợp nằm viện trên 14 ngày và 7,01% trường hợp nằm viện trên 28 ngày.

V. KẾT LUẬN

79,62% trẻ suy hô hấp nhập viện vào ngày đầu sau sanh, tỉ lệ nam/nữ là 1,53/1, tuổi thai < 28 tuần chiếm 3,82%, cân nặng < 1000 gam chiếm 4,46%. Nguyên nhân gây suy hô hấp hay gặp nhất là bệnh màng trong chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi chiếm 36,94%, sanh ngạt chiếm 3,28%. Điểm silverman trung bình lúc nhập viện là $5,14 \pm 1,96$ điểm, suy hô hấp nặng (silverman > 6 điểm) chiếm 42,04%. Về biểu hiện lâm sàng thì nhịp thở nhanh > 60 lần/phút chiếm 39,49%, tím tái chiếm 28,66%, cơn ngưng thở > 20 giây chiếm 56,05%, rút lõm ngực nặng chiếm 82,80%, thở rên chiếm 52,23%, vàng da chiếm 63,06%. Về đặc điểm cận lâm sàng chúng tôi ghi nhận có sự thay đổi giá trị của CRP tăng chiếm 33,12%, bạch cầu máu tăng $> 20.000/mm^3$ chiếm 12,10%, bạch cầu máu giảm $< 5.000/mm^3$ chiếm 6,37%, tiểu cầu máu giảm $< 100.000/mm^3$ chiếm 25,48%, X quang phổi: tổn thương bệnh màng trong chiếm 42,04%, hình ảnh viêm phổi chiếm 36,31%, hình ảnh xẹp phổi chiếm 3,82%, tràn dịch và tràn khí chiếm 10,19%. 53,50% trường hợp được hỗ trợ thở NCPAP, 25,48% thở oxy và 21,02% thở máy. Đa số các trường hợp điều trị thành công chiếm 78,98%, 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91%.

Ở nhóm trẻ có tuổi thai lúc sinh càng non, cân nặng càng nhẹ cân, điểm silverman > 3 điểm, điểm apgar < 7 điểm, tím tái lúc nhập viện, hỗ trợ thở NCPAP, thở máy có tỉ lệ diễn tiến bệnh nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

KIẾN NGHỊ

Cần quan tâm công tác quản lý thai kỳ, đặt biệt là các sản phụ có nguy cơ cao. Tăng cường các kỹ năng hồi sức sơ sinh cho các y bác sĩ tuyến huyện, tuyến xã. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nguyên nhân gây sinh non, suy dinh dưỡng bào thai, suy thai, ngạt chu sinh là các nguyên nhân chính gây suy hô hấp và tử vong suy hô hấp sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.238-243.

2. **Trần Chí Công (2017)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị thở áp lực dương liên tục qua mũi ở trẻ suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016 - 2017, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Dược Cần Thơ, 87.
3. **Hoàng Thị Dung, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Bích Hoàng, Trần Tiến Thịnh Đoàn Thị Huệ (2021)** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa, 5 (4), DOI: <https://doi.org/10.47973/jprp.v5i4.342>.
4. **Trần Diệu Linh (2012)** "Tình hình bệnh lý suy hô hấp của trẻ sơ sinh tại Trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011". Tạp chí Phụ sản, 10 (2), tr.104-109.
5. **Trần Thiên Lý, Lê Mộng Thúy, Trương Thanh Hùng (2017)** "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2015". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 9, tr. 146 - 155.
6. **Phạm Thị Thanh Tâm (2020)** Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. Phác đồ điều trị Nhi khoa 2020 tập 2. Nhà xuất bản Y học, Bệnh viện Nhi đồng 1, tr.519-527.
7. **Nguyễn Thu Tịnh (2020)** Suy hô hấp sơ sinh. IN Phúc, V. M. (Ed.) Nhi khoa tập 2. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, tr.169-191.
8. **D. G. Sweet, V. Carnielli, G. Greisen, M. Hallman, E. Ozek, A. te Pas, et al. (2019)** "European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update". Neonatology, 115 (4), 432-450.
9. **Yadav S, Lee B, Kamity R (2021)** "Neonatal Respiratory Distress Syndrome.". StatPearls [Internet], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>.

U DIỆP THỂ VÚ ÁC TÍNH DI CĂN PHỔI - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) u vú năm 2018 của Tổ chức thế giới (WHO), trong nhóm u xơ biểu mô và u mô thừa (Fibroepithelial Tumor and Hamartomas) có U Phyllodes (u có nguồn gốc từ tế bào xơ biểu mô). Đây là loại u vú không phổ biến, chiếm <1% tổng số các khối u vú. Chúng được phân chia thành 3 loại: Lành tính, giáp biên và ác tính; và hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi trung bình từ 42 đến 45. Khoảng 16% đến 30% khối u Phyllodes là ác tính. Tại vú, u ác tính thường phát triển nhanh song lại thường di căn muộn, chủ yếu là đến phổi. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u Phyllodes ở người bệnh (NB) nữ, 62 tuổi, đã phẫu thuật cắt bỏ u vú cách đây 15 năm (không rõ MBH), nay xuất hiện hình ảnh di căn phổi và tràn khí màng phổi (TKMP). Người bệnh được phẫu thuật nội soi xử trí tràn khí màng phổi (TKMP) và cắt u phổi làm GPB. Kết quả GPB và hoá mô miễn dịch (HMMD) khẳng định u Phyllodes di căn phổi.

Từ khoá: U xơ biểu mô; U Phyllodes; u Phyllodes di căn phổi.

SUMMARY

MALIGNANT PHYLLODES TUMOR WITH LUNG METASTASES - DOCUMENT REVIEW AND CASE REPORTS

The World Organization (WHO) 2018 histopathological classification of breast tumors, in the

group Fibroepithelial Tumor and Hamartomas there are Phyllodes tumors (tumors have original of epithelial fibers cell). This type of breast tumor is uncommon, accounting for <1% of all breast tumors. They can appear in 3 forms: Benign, marginal and malignant; and is usually found in women between the ages of 42 and 45. Approximately 16% to 30% of Phyllodes tumors are malignant. In the breast, malignant neoplasms usually grow rapidly but often metastasize late, mainly to the lungs. We report a case of Phyllodes tumor in a 62-year-old female patient, who underwent mastectomy of breast tumor 15 years ago (histopathology is unknown), and now has lung metastases and pneumothorax. The patient underwent laparoscopic surgery to treat pneumothorax and remove the lung tumor for pathology. The results of histopathology and immunohistochemistry confirmed phyllodes tumor lung metastasis.

Keywords: Fibroepithelial Tumor; Phyllodes tumor; Phyllodes Lung Metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Phyllodes là một loại ung thư xơ biểu mô hiếm gặp của vú với một số lượng rất thay đổi và thường lành tính. Trước đây được gọi là "Cystosarcoma phyllodes"; Hiện nay, thuật ngữ "khối u phyllodes" với các tiêu chuẩn thích hợp liên quan đến khả năng ác tính dựa trên các đặc điểm bệnh lý là thuật ngữ đã được thống nhất. Sự phân biệt chẩn đoán này rất quan trọng nhất vì u Phyllodes đòi hỏi phải cắt bỏ vú hoàn toàn với biên độ rộng ngay cả khi các đặc điểm bệnh lý cho thấy lành tính vì nó rất dễ tái phát cục bộ. Sự tham gia của các hạch nách là rất hiếm và thường không có chỉ định bóc vét hạch vùng

**Bệnh viện Phổi trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.5.2022

Ngày duyệt bài: 23.5.2022

nách. Vai trò của xạ trị và hóa trị chưa được xác định và chưa được nghiên cứu trong các thử nghiệm ngẫu nhiên do tính hiểm của khối u. Hiện tại, không có sự đồng thuận rằng người bệnh có khối u Phyllodes bậc cao ở vú sẽ được hưởng lợi từ một trong hai phương pháp điều trị này.^{1,2,3}

Phổi là cơ quan đích phổ biến nhất cho sự di căn xa của khối u ác tính Phyllodes, nơi các khối u di căn chủ yếu được nhìn thấy dưới dạng nốt hoặc khối đặc, dạng nốt kính mờ (GGO) cũng đã được báo cáo.²

Chẩn đoán hình ảnh đối với u vú ác tính Phyllodes nguyên phát bao gồm chụp X quang, siêu âm, cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính và PET. Các nốt vô hoá thường thấy trong các khối u ác tính vú rất ít thấy trong u ác tính Phyllodes khi chụp X quang vú. Tổn thương thường gặp đối với u này là u có cấu trúc dạng nhiều nang trên siêu âm, cộng hưởng từ và tăng chuyển hoá đối với 18-FDG khi chụp PET; Cắt lớp vi tính thường không sử dụng khi chẩn đoán u nguyên phát, được sử dụng khi tầm soát các di căn xa, chủ yếu là di căn phổi.²⁻⁵

Điều trị tích cực đối với u Phyllodes vẫn là phẫu thuật cắt bỏ vú có u triệt để, diện rộng. Vai trò của hoá xạ trị tăng cường, hỗ trợ miễn dịch bổ sung cho đến nay vẫn chưa có các nghiên cứu khẳng định. Phát hiện và phẫu thuật sớm kết hợp theo dõi chặt chẽ thời gian dài sau phẫu thuật nhằm phát hiện sớm u tái phát và di căn xa vẫn là phương cách tốt nhất để có thể kéo dài cuộc sống của người bệnh.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Người bệnh (NB) nữ, 62 tuổi, được bệnh viện (BV) đa khoa cấp tỉnh chuyển đến bệnh viện Phổi trung ương vì TKMP trái, đã mở màng phổi dẫn lưu khí song không cải thiện.

Tiền sử NB phát hiện tăng huyết áp đã nhiều năm phải dùng thuốc hàng ngày, mổ u vú phải cách đây 15 năm, không rõ u gì. Cách vào viện 10 ngày NB thấy xuất hiện đau ngực, khó thở, không ho, không sốt, ăn uống kém. Người bệnh đã đến BV đa khoa tỉnh khám, được chẩn đoán TKMP trái, u phổi trái. NB đã được nhập viện, đặt sonde màng phổi dẫn lưu khí áp lực âm, điều trị kết hợp trong 10 ngày không đỡ, chuyển BV Phổi trung ương. Trước đó NB đã mắc Covid-19, xét nghiệm âm tính sau 4 ngày. Thời gian mắc Covid 19 NB không có triệu chứng gì.

Khám lúc nhập viện: NB toàn trạng gầy, không sốt, khó thở nhẹ, da niêm mạc kém hồng, không phù, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không to.

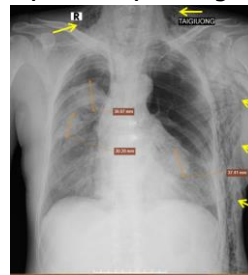
Khám hô hấp: NB thở khí trời, SpO2 96%, tam chứng Galliard hai đáy phổi, rals ẩm, rals nổ rải rác hai phổi.

Khám tiêu hoá, tim mạch, thần kinh không thấy gì bất thường. NB được xét nghiệm Realtime PCR Sars-CoV-2 âm tính.

Người bệnh được chỉ định chụp X quang ngực, chi tiết được thể hiện tại hình 1.

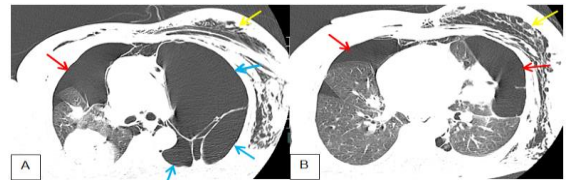
Người bệnh được làm các xét nghiệm: CTM, SHM, NT, điện tim, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng, xét nghiệm đông cầm máu cơ bản, khí máu. Tất cả các kết quả trong giới hạn bình thường, ngoại trừ: BC tăng nhẹ (12.12 G/L); BC ĐNNT: 75.7%. CRP: 12.6mg/l.

Người bệnh được chỉ định chụp CLVT ngực bằng máy 64 dãy, có tiêm cản quang tĩnh mạch, bề dày lát cắt 3 mm, tái tạo 0,75 mm. Chi tiết được thể hiện trong hình 2.

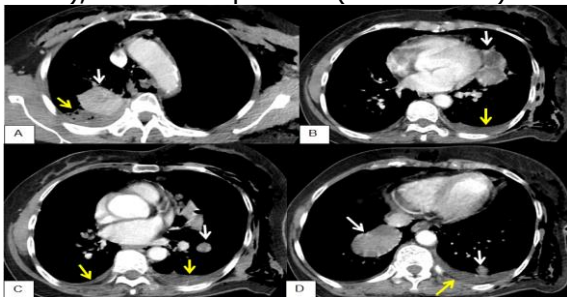


Tràn khí màng phổi hai bên; tràn khí dưới da vùng ngực, sườn trái; vùng cổ hai bên (các mũi tên). Xuất hiện các khối bất thường (có các số đo trên phim) nhu mô phổi hai bên.

Hình 1. X quang ngực của NB khi nhập viện



Hình 2. Phim CT ngực người bệnh khi vào viện, cửa sổ nhu mô, lát ngang mức Carina và thấp hơn. A: Tràn khí dưới da thành ngực hai bên (mũi tên vàng); Tràn khí màng phổi hai bên (mũi tên đỏ); Kén khí lớn phổi trái (mũi tên xanh)



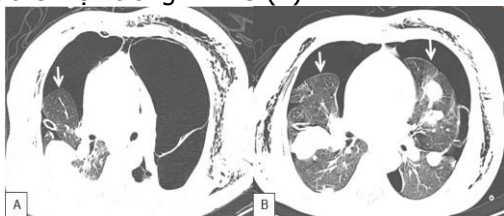
Hình 2. Phim CT ngực người bệnh khi vào viện, cửa sổ trung thất, các lát cắt từ trên xuống A-D: Các nốt, khối bất thường hai phổi (mũi tên trắng), nhỏ nhất # 13mm; lớn nhất # 55mm. Tràn dịch màng phổi hai bên (mũi tên vàng)

***Kết luận của CT ngực:** Tràn dịch, tràn khí khoang màng phổi hai bên; nhiều nốt, khối đặc hai phổi; nhu mô còn lại có nhiều bóng kén khí lớn.

Người bệnh đã được chọc hút dịch màng phổi trái; kết quả xét nghiệm dịch màng phổi: Rivalta (+), ADA 21.1 U/L; Protein 27.7.g/l; LDH 283 U/L. Dịch màng phổi được thực hiện kỹ thuật chuyển khối (Cell Block), kết quả thấy tế bào viêm, không thấy tế bào ác tính. NB tiếp tục được dẫn lưu khí khoang màng phổi hai bên.

Người bệnh đã được chọc hút hạch trước cơ ức đòn chũm cổ trái; kết quả tế bào học: Hình ảnh Carcinoma di căn hạch.

Người bệnh diễn biến ngày một khó thở, thở o xy gọng, SpO2 dao động từ 91-94%. Sau 2 ngày người bệnh được chụp CT ngực lần 2. Chi tiết thể hiện trong hình 3 (B)



Hình 3. Phim CT ngực, cửa sổ nhu mô;

(A): NB khi vào viện, và (B) cùng lát cắt chụp lại sau 3 ngày. So sánh 2 lần chụp: Nhu mô phổi hai bên có nở ra song lượng khí khoang màng phổi còn nhiều. Các nốt/ khối tròn, nhẵn hai phổi lộ rõ hơn, nghĩ nhiều đến khả năng di căn phổi.

Người bệnh được hội chẩn liên khoa trong bệnh viện. Kết luận: TKMP điều trị nội khoa không giải quyết được triệt để, NB cần phẫu thuật với 2 tiêu chí: (1) xử trí TKMP hai bên; (2) lấy bệnh phẩm tìm chẩn đoán xác định cho các nốt/khối hai phổi.

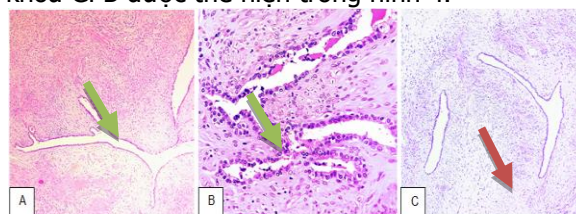
Phẫu thuật đã được tiến hành, quá trình thực hiện diễn ra thuận lợi, phẫu thuật bên phải trước, các bước được mô tả trong "phiếu phẫu thuật" như sau:

- **Bên phải:** NB được gây mê NKQ 2 nòng. Người bệnh nằm nghiêng góc trái, sát trùng vùng phẫu thuật. Rạch da 2cm đường trước bên, vào khoang màng phổi theo đường nách giữa cho camera vào. Kiểm tra thấy phổi dính vào thành ngực vùng đỉnh kèm nhiều mạch máu tăng sinh cùng bóng khí và giãn phế nang vùng đỉnh, vùng thùy giữa có bóng kén khí và khối chắc, vùng thùy dưới có khối kích thước khoảng 3 x 4 cm, mật độ chắc. Tiến hành gỡ dính toàn bộ phổi. Tiến hành cắt 1 phần thùy trên, thùy giữa và thùy dưới (chứa u và bóng giãn phế nang) bằng 5 Stapler. Đốt điện bóng phế nang giãn ở thùy trên. Làm xước toàn bộ lá thành để gây

dính màng phổi. Kiểm tra cầm máu kỹ. Rửa khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý ấm, kiểm tra phổi nở tốt, không thấy sùi khí. Đặt 1 sonde dẫn lưu màng phổi, đóng ngực theo các lớp giải phẫu. Lấy bệnh phẩm sau phẫu thuật làm GPB.

- **Bên trái:** NB nằm nghiêng 90 độ về bên phải. Sát trùng ngực trái, đặt 1 troca 10 mm tại liên sườn VII đường nách giữa, cho Camera vào thấy phổi hồng, cổ lập tốt, phổi dính sát vào thành ngực bởi dây chằng, rãnh liên thùy rõ, khoang màng phổi có ít dịch màng vàng. Rạch da 3 cm tại khoang IV đường nách trước, gỡ dính, kiểm tra thấy nhu mô phổi thùy trên trái giãn thành bóng khí lớn, dính cả thùy trên, thùy dưới trái, phổi xốp giảm chức năng, thùy dưới không có bóng khí. Lấy dịch màng phổi làm XN vi sinh. Cắt 1 phần thùy trên (phần phổi giãn phế nang chứa bóng khí) bằng 1 Stapler nội soi, lấy bệnh phẩm làm GPB. Rửa khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý ấm, kiểm tra phổi nở tốt, không thấy sùi khí. Làm xước toàn bộ lá thành bằng tăm bông để gây dính màng phổi. Cầm máu kỹ, đặt 1 sonde dẫn lưu khoang màng phổi qua lỗ Troca. Đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu. Theo dõi NB đến khi hồi tỉnh, ổn định.

***Kết quả GPB bệnh phẩm sau mổ:** Bệnh phẩm có được từ phẫu thuật hai phổi. Chi tiết hình ảnh HE bệnh phẩm và kết luận của chuyên khoa GPB được thể hiện trong hình 4.

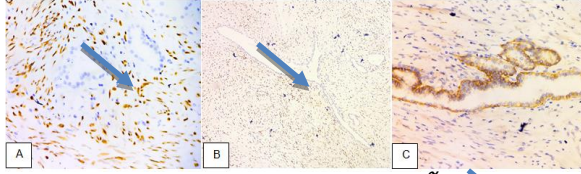


Hình 4. Tiêu bản HE bệnh phẩm sau phẫu thuật (mã TB: 3030; 3032)

A, B, C: Mảnh sinh thiết vào mô phổi, mô phế nang trong giới hạn bình thường. Mô kẽ xâm nhập mô u với các vùng u gồm 2 thành phần tế bào, phần tế bào biểu mô dạng trụ đơn (Mũi tên đỏ) bao bọc bên ngoài thành phần u của mô liên kết với các tế bào u hình thoi (Mũi tên xanh lá), mật độ biến đổi biên độ rộng với vùng giàu và nghèo tế bào xen kẽ nhau, nhiều vùng có nhân không điển hình, nhiều vùng thoái hoá nhầy. Mô đệm tăng sinh xơ. Kết luận: Hình ảnh mô bệnh học phù hợp U Phyllodes, ác tính. Hóa mô miễn dịch được nhuộm bổ sung để khẳng định chẩn đoán.

Nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy dương tính với các dấu ấn: ER, PR, CD117, CD10, P53; âm tính với: NOC31, CEA, TTF1, CK5/6,

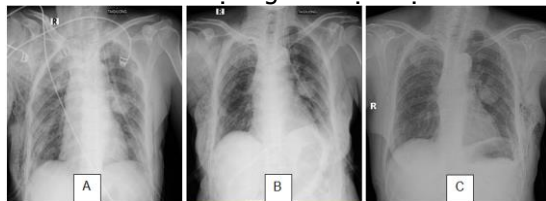
Calretinin, GLUT1, BerEP4, EGFR. Với kết quả này càng giúp khẳng định. Chi tiết kết quả nhuộm HMMD với ER, PR, EGFR được thể hiện trong hình 5



Hình 5. Tiêu bản nhuộm Hóa mô miễn dịch của NB
 Các dấu ấn (A): ER (HMMD x 400); (B): PR (HMMD x 100); và (-) với EGFR (C) (HMMD x 400). (Các mũi tên xanh chỉ vào các tế bào u, thể hiện màu nâu là dương tính, màu xanh sáng làm âm tính)

***Chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh: U Phyllodes vú ác tính, di căn phổi.**

Sau phẫu thuật NB tiến triển tốt. Các phim X quang ngực chụp vào các thời điểm sau phẫu thuật minh chứng cho điều đó. Chi tiết được thể hiện trong hình 5. Khi chúng tôi thực hiện báo cáo này NB vừa được chuyển lên khoa Ung Bướu để tiến hành điều trị ung thư đặc hiệu.



Hình 6. X quang ngực của NB các ngày sau phẫu thuật

A: Ngay sau mổ; B: 3 ngày sau mổ và C: 5 ngày sau mổ. Nhu mô phổi 2 bên nở tốt. Còn tồn tại các nốt/khối hai phổi.

III. BÀN LUẬN

U phyllodes là một dạng bệnh lý u ít gặp của tuyến vú, được Johannes Muller phát hiện và mô tả lần đầu vào năm 1838 với tên Sarcome nang diệp thể (Cystosarcoma phyllodes). Thời gian sau đó tên gọi này đã được thay đổi nhiều lần. Cho đến năm 1981, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã thống nhất gọi là "Bướu diệp thể tuyến vú", hay "U Phyllodes vú", (tên tiếng anh: Phyllodes tumor). Sở dĩ nó có tên gọi này là do mô hình phát triển các tế bào của u (trên MBH) giống như chiếc lá. Trong tiếng Hy Lạp, "Phyllodes" có nghĩa là "giống chiếc lá".¹⁻³

U phyllodes vú là một loại u xơ biểu mô hiếm gặp, với tỷ lệ chỉ chiếm 0,3 đến 0,9% các trường hợp u vú, bao gồm các thể lành tính, giáp biên và ác tính. Thể ác tính chiếm 25% các trường hợp. Trên MBH, U phyllode có ranh giới rõ, có

cấu trúc giống lá cây: Phần gân lá do các tế bào biểu mô tạo hình, phần còn lại của lá do tế bào mô liên kết cấu thành; Nó tương tự u xơ tuyến vú nhưng có thành phần mô liên kết tăng sinh hơn. Về đại thể u Phyllodes vú thường có kích thước lớn, phát triển nhanh. Khi ở tình trạng ác tính thường di căn phổi.¹

Moon SH và cộng sự đã báo cáo ca lâm sàng u Phyllodes ở NB nữ 48 tuổi có di căn phổi. Siêu âm vú cho thấy một khối u khổng lồ với các thành phần dạng nang chiếm toàn bộ bầu ngực bên phải. Sinh thiết kim lõi cho thấy một khối u ác tính Phyllodes. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và PET/CT cho thấy nhiều hạch nách phải cũng như nhiều nốt ở phổi phải tăng chuyển hoá. Chọc hút bằng kim nhỏ hạch bạch huyết ở nách đã xác nhận có di căn. Phẫu thuật cắt bỏ vú phải với bóc tách hạch bạch huyết ở nách đã được tiến hành, kích thước khối u sau phẫu thuật # 15,5 x 13,5 x 13 cm, nặng 4,3kg. Kiểm tra bằng kính hiển vi mô bệnh u vi thể cho thấy sự phát triển quá mức của mô đệm, tình trạng tế bào mô đệm tỷ lệ phân bào cao và mất cấu trúc bình thường. Người bệnh sau đó được điều trị hỗ trợ bằng hoá chất doxorubicin và dacarbazine sau đó chuyển sang dùng ifosfamide vì có giảm bạch cầu. Một năm sau đó chụp CT ngực thấy không còn các nốt phổi song vẫn còn giảm bạch cầu.¹

Nakamura S và cộng sự cũng báo cáo trường hợp ca bệnh tương tự song tình trạng di căn phổi sau 3 năm phẫu thuật cắt u Phyllodes vú phải lại thể hiện bằng các nốt kính mờ phổi và không thấy tình trạng u tái phát. Đây là tình trạng khá hiếm gặp, chưa từng có trong báo cáo y văn nhưng đã được khẳng định bằng HHMD.³

Sha H và cộng sự lại báo cáo một trường hợp U Phyllodes ác tính di căn phổi được điều trị bằng Vaccine chứa chuỗi peptid Neoantigen dạng Nano hỗ trợ sau phẫu thuật cắt u. Các Neoantigen được tạo ra bởi khối u. Với sự ra đời của kỷ nguyên thông minh về giải trình tự gen và phân tích dữ liệu lớn, vắc xin cá thể hóa Neoantigen đã xuất hiện trong liệu pháp miễn dịch. Vaccine này kích hoạt miễn dịch không đặc hiệu, các phản ứng miễn dịch kháng khối u được thực hiện chủ yếu thông qua việc kích hoạt các tế bào lympho T nhận diện các peptid đột biến được trình bày bởi các phân tử kháng nguyên bạch cầu người (HLA) ở bề mặt tế bào khối u. Việc tạo ra một khối lượng lớn tế bào lympho T nhận diện kháng nguyên Neoantigen sẽ giúp hạn chế phát triển khối u, tiêu diệt tế bào u còn sót lại sau phẫu thuật hoặc các tế bào u đang lưu hành trong máu. Báo cáo cho thấy NB đã đáp ứng

tốt với điều trị, theo dõi sau 3 năm không thấy u tái phát hoặc di căn.⁴

Kuo CY và cộng sự khuyến cáo nên sử dụng hoá trị đường động mạch đối với u Phyllodes ác tính trước khi phẫu thuật qua ca bệnh của mình. Kích thước khối u ban đầu: 19,43 × 12,98 × 21,47 cm. Chụp cắt lớp vi tính toàn thân và chụp xương không phát hiện di căn xa. Chụp cộng hưởng từ lồng ngực cho thấy khối u xâm lấn thành ngực. Xét thấy các khuyết tật về da sau khi phẫu thuật cắt bỏ là rất lớn nên tác giả đã quyết định tiến hành bốn đợt hóa trị trong 5 tuần trước khi phẫu thuật (30 mg epirubicin và các vi cầu nổi [400, 500 và 700 µm] / tuần). Mỗi quá trình được dung nạp tốt, không có biến chứng nghiêm trọng. Chỉ có biểu hiện sốt và đau cục bộ tại vị trí khối u. Kết quả chụp CT sau đó cho thấy giảm 45% thể tích khối u. Phẫu thuật cắt bỏ vú sau đó được tiến hành đơn giản mà không cần tái tạo ghép da. Vết thương đã lành và người bệnh được xuất viện sau mổ 1 tuần.⁵

Koukourakis IM và cộng sự lại báo cáo điều trị thành công khối u Phyllodes ác tính tái phát tại chỗ và di căn bằng phương pháp xạ trị gia tốc và hóa trị liệu bằng Nab-Paclitaxel, Cisplatin và Liposomal Doxorubicin. Trường hợp NB nữ 62 tuổi bị khối u ác tính phyllodes 7,4 cm ở vú trái, được điều trị bằng phương pháp cắt bỏ cục bộ rộng. Một năm sau, người bệnh trở lại với khối u ở ngực trái sờ thấy. Trên PET/CT khối u hấp thu 18F-FDG mạnh. Một tổn thương phổi phải có nguồn gốc di căn cũng có mặt. Một ca phẫu thuật cắt bỏ vú trái đã được thực hiện. Báo cáo mô bệnh học khối u ác tính phyllodes. Một tháng sau, trong quá trình CT mô phỏng để lập kế hoạch xạ trị, dịch màng phổi và 2 tổn thương phổi bổ sung phổi phải được xác định, khẳng định bệnh di căn phổi đang tiến triển. Cả ngực và khu vực hạch bạch huyết đều được chiếu xạ bằng phương pháp xạ trị gia tốc và khử phân đoạn. Hóa trị hai tuần một lần với paclitaxel gắn với albumin, cisplatin, và liposomal doxorubicin cũng được thực hiện khi bắt đầu xạ trị trong 12 chu kỳ. Vào cuối quá trình hóa trị, các di căn phổi đã thoái lui hoàn toàn và không có bằng chứng về sự tái phát tại chỗ. Theo dõi trong vòng 2 năm NB khoẻ mạnh và không có biểu hiện các độc tố liên quan đến điều trị.⁶

Morisaki T; Sanguinetti A và cộng sự cũng đã báo cáo các trường hợp U Phyllodes ác tính và giáp biên với việc áp dụng qui trình phẫu thuật sau đó xạ trị nhưng diễn biến xấu với NB đã xảy ra. Khuyến cáo việc quản lý, theo dõi các khối u giáp biên cũng như áp dụng phẫu thuật, hoá-xạ

trị đồng thời nên áp dụng mặc dù vai trò của các liệu pháp điều trị vẫn chưa được chứng minh một cách rõ ràng qua các nghiên cứu.^{7,8}

Trường hợp ca bệnh chúng tôi đã báo cáo, các tổn thương dạng nốt/khối tại phổi đã được khẳng định là tổn thương di căn đến phổi của U Phyllodes bằng GPB và HMMD. Vấn đề nhiều đồng nghiệp sẽ đặt câu hỏi liệu khối u vú mà NB đã cắt bỏ 15 năm về trước có phải U phyllodes hay không? Nếu đúng thì là lành, giáp biên hay ác tính? Vào thời điểm chúng tôi tiếp nhận NB này, bằng tất cả các phương tiện thăm khám chúng tôi hoàn toàn không phát hiện ra bất kỳ khối u nào tại vú. Vậy liệu đây có phải là trường hợp u tái phát mà chỉ thể hiện bằng u di căn, không thể hiện bằng u tái phát tại chỗ? Theo chúng tôi đây cũng là trường hợp khá hiếm về diễn biến: 15 năm trước nhiều khả năng là u giáp biên hoặc ác tính. Người bệnh được cắt bỏ u song không được điều trị bổ trợ gì do không rõ về MBH. Khi đó đã có tế bào u di chuyển theo đường máu, do cân bằng miễn dịch tốt nên khả năng phát triển và tập hợp của các tế bào u diễn ra rất chậm. Mặt khác theo chúng tôi khả năng di căn phổi ở NB này đã có từ lâu, không có triệu chứng, chỉ được phát hiện khi bị tràn khí màng phổi. Mặc dù hiếm gặp song trên thế giới đã có báo cáo ca bệnh tương tự như của chúng tôi.³

IV. KẾT LUẬN

U phyllodes vú là thực thể hiếm gặp song việc chẩn đoán, quản lý, điều trị, theo dõi và tiên lượng lại có những đặc điểm khác biệt so với các u vú khác. Chẩn đoán giai đoạn lành, giáp biên hay ác tính phụ thuộc hoàn toàn vào GPB và HMMD. Phương cách điều trị có nguyên tắc chung song thường phải cá thể hoá do hiệu quả của các phác đồ điều trị hiện nay chưa thực sự rõ ràng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh với mong muốn các đồng nghiệp sẽ có nhìn nhận tổng quan và phương cách tiếp cận chẩn đoán, điều trị tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moon SH, Jung JH, Lee J, et al. Complete remission of giant malignant phyllodes tumor with lung metastasis: A case report. *Medicine* (Baltimore). 2019 May;98(22):e15762. doi: 10.1097/MD.00000000000015762.PMID: 31145295
2. Khan SA, Badve S. Phyllodes tumors of the breast. *Curr Treat Options Oncol*. 2001 Apr;2(2):139-47. doi: 10.1007/s11864-001-0056-y. PMID: 12057132
3. Nakamura S, Goto T, Nara S, et al. Pure ground glass opacity (GGO) on chest CT: a rare presentation of lung metastasis of Malignant Phyllodes Tumor. *Breast Cancer*. 2020

- Nov;27(6):1187-1190. doi: 10.1007/s12282-020-01122-y. Epub 2020 Jun 23.PMID: 32578005
4. **Sha H, Liu Q, Xie L, Shao J, et al.** Case Report: Pathological Complete Response in a Lung Metastasis of Phyllodes Tumor Patient Following Treatment Containing Peptide Neoantigen Nano-Vaccine. *Front Oncol.* 2022 Feb 8;12:800484. doi: 10.3389/fonc.2022.800484. eCollection 2022.PMID: 35211402
 5. **Kuo CY, Lin SH, Lee KD, et al.** Transcatheter arterial chemoembolization improves the resectability of malignant breast phyllodes tumor with angiosarcoma component: a case report. *BMC Surg.* 2019 Jul 27;19(1):100. doi: 10.1186/s12893-019-0562-0.PMID: 31351458
 6. **Koukourakis IM, Zygogianni A, Kouloulis V, et al.** Successful Treatment of a Locally Recurrent and Metastatic Malignant Phyllodes Tumor with Accelerated Radiotherapy and Nab-Paclitaxel, Cisplatin, and Liposomal Doxorubicin Chemotherapy. *Chemotherapy.* 2021;66(3):82-86. doi: 10.1159/000517246. Epub 2021 Jul 7.PMID: 34233328
 7. **Morisaki T, Noda S, Ishihara S, et al.** A Case of a Malignant Phyllodes Tumor in the Breast with Lymph Node Metastasis. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2021 Mar;48(3):437-439.PMID: 33790180
 8. **Sanguinetti A, Bistoni G, Calzolari F, et al.** Cystosarcoma phyllodes with muscular and lymph node metastasis. Our experience and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2012 Jul-Aug;83(4):331-6. PMID: 22610081

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM KẾT HỢP CÁC THUỐC GIẢM ĐAU ĐƯỜNG TOÀN THÂN SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI

Nguyễn Văn Minh*, Trần Thị Sáu*, Phan Thắng*,
Nguyễn Thị Thoại*, Lê Văn Long*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Morphine khoang dưới nhện được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong giảm đau sau phẫu thuật lấy thai (PTLT), tuy nhiên nó gây ra nhiều tác dụng không mong muốn. Phương pháp giảm đau đa mô thức giúp giảm đau hiệu quả đồng thời giảm các tác dụng không mong muốn. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp các thuốc giảm đau đường toàn thân sau PTLT. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng, 180 sản phụ (SP) sau PTLT được chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm lần lượt là Para-TAP, Diclo-TAP và Para-Diclo. Nhóm Para-TAP được dùng paracetamol kết hợp gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (gây tê TAP), nhóm Diclo-TAP được dùng diclofenac đường trực tràng kết hợp gây tê TAP, nhóm Para-Diclo được dùng paracetamol kết hợp diclofenac đường trực tràng. Cường độ đau được đánh giá theo thang điểm đau nhìn hình đồng dạng (VAS) tại các thời điểm 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18, 24 giờ và theo thang điểm hoạt động chức năng (FAS) trong 24 giờ sau phẫu thuật, thống kê tỉ lệ yêu cầu giải cứu đau và các tác dụng không mong muốn của các phương pháp. Giải cứu đau bằng 5 mg morphine tiêm tĩnh mạch chậm khi điểm VAS ≥ 4 hoặc VAS vận động ≥ 5 . **Kết quả:** Về điểm đau VAS, các SP có điểm đau từ 3 trở xuống trong nhóm Para-TAP chiếm tỉ lệ cao lúc nghỉ, nhưng thấp khi vận

động; trong khi đó nhóm Diclo-TAP và Para-Diclo chiếm tỉ lệ cao cả lúc nghỉ ngơi và vận động; nhóm Para-TAP hiệu quả hơn nhóm Para-Diclo từ 4 - 6 giờ đầu; nhóm Para-Diclo hiệu quả hơn nhóm Para-TAP từ 12 - 24 giờ; nhóm Diclo-TAP hiệu quả hơn nhóm Para-Diclo từ 2 - 8 giờ. Nhóm Para-TAP có điểm FAS đạt mức A chiếm 90% trong khoảng thời gian từ 1 - 8 giờ, hơn 50% từ 8 - 16 giờ, hơn 60% từ 16 - 24 giờ; có 23,33% SP cần giải cứu đau. Nhóm Diclo-TAP có điểm FAS đạt mức A chiếm 100% trong khoảng thời gian từ 1 - 8 giờ, gần 80% từ 8 - 24 giờ; có 10% SP cần giải cứu đau. Nhóm Para-Diclo có điểm FAS đạt mức A chiếm gần 70% trong khoảng thời gian từ 1 - 16 giờ, gần 90% từ 16 - 24 giờ, có 10% SP cần giải cứu đau. Tác dụng không mong muốn chiếm tỉ lệ thấp và mức độ nhẹ ở 3 nhóm. **Kết luận:** Nhóm Para-TAP có hiệu quả giảm đau tốt trong 8 giờ đầu, nhóm Diclo-TAP có hiệu quả giảm đau tốt trong 24 giờ và tốt hơn nhóm Para-Diclo trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật, tác dụng không mong muốn của các nhóm chiếm tỉ lệ thấp và mức độ nhẹ ở 3 nhóm.

Từ khóa: Phẫu thuật lấy thai, giảm đau đa mô thức, paracetamol, diclofenac, gây tê TAP

SUMMARY

MULTIMODAL ANALGESIA BY ULTRASOUND-GUIDED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK IN COMBINATION WITH SYSTEMIC ANALGESICS AFTER CESAREAN DELIVERY

Background: Intrathecal morphine currently represents the "gold standard" for providing effective post-cesarean analgesia, however, it causes many adverse effects. Multimodal analgesia reduces adverse effects. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of multimodal analgesia by ultrasound-

*Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh
Email: nvminh.gmhs@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022
Ngày duyệt bài: 25.5.2022

guided transversus abdominis plane block (TAP block) in combination with systemic analgesics after cesarean delivery (CS). **Materials and method:** In a randomized controlled clinical trial, 180 parturients after CS were randomly divided into 3 groups, respectively Para-TAP, Diclo-TAP and Para-Diclo. Group Para-TAP received paracetamol and TAP block, group Diclo-TAP received diclofenac and TAP block, group Para-Diclo received paracetamol and diclofenac. Pain intensity was assessed by using the visual analogue scale (VAS) at 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18, 24 h and the functional activity score (FAS) during 24 h postoperatively. Five milligrams of morphine IV were reserved for rescue when VAS score at rest ≥ 4 or on movement ≥ 5 . **Results:** Regarding VAS score, parturients with pain score up to 3 in group Para-TAP accounted for a high rate at rest and a low rate on movement, whereas group Diclo-TAP and Para-Diclo accounted for a high rate both at rest and on movement; group Para-TAP was more effective than group Para-Diclo in the period of 4 to 6 h; group Para-Diclo was more effective than group Para-TAP from 12 to 24 h; group Diclo-TAP was more effective than group Para-Diclo from 2 to 8 h. FAS score of A level in group Para-TAP accounted for 90% in the period from 1 to 8 h, more than 50% from 8 to 16 h, more than 60% from 16 to 24 h and 23.33% parturients required IV morphine rescue. FAS score of A level in group Diclo-TAP accounted for 100% in the period from 1 to 8 h, nearly 80% from 8 to 24 h and 10% parturients required IV morphine rescue. FAS score of A level in group Para-Diclo accounted for nearly 70% in the period from 1 to 16 h, nearly 90% from 16 - 24 h and 10% parturients required IV morphine rescue. Adverse effects were low rate and mild level in 3 groups. **Conclusion:** Group Para-TAP provided effective analgesia in the first 8 h, group Diclo-TAP in the 24 h, and better group Para-Diclo from from 2 to 8 h after CS. Adverse effects were low rate and mild in 3 groups.

Keyword: Cesarean delivery, multimodal analgesia, paracetamol, diclofenac, TAP block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phụ nữ trong quá trình mang thai, sau sinh thường hoặc phẫu thuật lấy thai (PTLT) có nguy cơ cao của các bệnh lý như huyết khối tĩnh mạch, hoặc các bệnh lý tâm - thần kinh, có thể bị làm nặng thêm do bất động sau PTLT. Đau gây hạn chế vận động, làm ảnh hưởng việc chăm sóc trẻ và có thể ảnh hưởng xấu đến tương tác sớm giữa sản phụ và trẻ, ảnh hưởng việc cho con bú, làm thay đổi tâm - sinh lý của người sản phụ (SP), giảm khả năng hồi phục, tăng thời gian nằm viện, tốn thêm chi phí, và quan trọng là có thể gây đau mạn tính ở phụ nữ sau PTLT [4].

Đau mạn tính sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 10 - 40%, trong đó đau sau PTLT lên đến 5 - 20% SP trong các nghiên cứu. Đau sau PTLT là đau mức độ nhiều và là một yếu tố nguy cơ độc lập của đau mạn tính, do đó cần có phương pháp giảm đau thích hợp, hiệu quả để hạn chế các ảnh

hưởng bất lợi cho SP [1].

Hiện nay đích giảm đau sau phẫu thuật là giúp làm giảm sự chịu đựng đau, cải thiện hồi phục các chức năng của cơ thể như trở về các hoạt động hàng ngày, tăng sự hài lòng sau PTLT. Cụ thể cần đạt được điểm đau VAS từ 3 trở xuống trên thang điểm 10 [6].

Có nhiều phương pháp giảm đau sau PTLT, mỗi phương pháp đều có ưu - nhược điểm. Morphine khoảng dưới nhện vẫn được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong giảm đau sau PTLT, tuy nhiên theo các nghiên cứu cho thấy bên cạnh hiệu quả giảm đau, morphine khoảng dưới nhện gây ra nhiều tác dụng không mong muốn, thậm chí một số SP cần phải can thiệp điều trị các tác dụng không mong muốn đó [8].

Trong hướng dẫn về điều trị đau theo các loại phẫu thuật, các tác giả khuyến cáo mạnh việc kết hợp paracetamol, kháng viêm không steroid với các phương pháp gây tê [7]. Do đó mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng kết hợp với paracetamol hoặc diclofenac đường toàn thân sau PTLT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu trên 180 SP có chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế trong thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi từ 18 - 45, ASA II - III, có chỉ định gây tê tùy sống để PTLT và đảm bảo đạt hiệu quả để thực hiện PTLT, phẫu thuật đường Pfannenstiel, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Không đồng ý tham gia phỏng vấn đánh giá sau PTLT, đang có những bệnh lý tim mạch, hô hấp hay rối loạn tâm thần đi kèm, có các chống chỉ định liên quan đến gây tê như dị dạng cột sống, nhiễm trùng, rối loạn đông máu, dị ứng với các loại thuốc tê, tiền sử sử dụng thuốc opioid lâu dài hoặc dị ứng với các thuốc nhóm này, chống chỉ định sử dụng diclofenac hoặc paracetamol.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng

2.2.2. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện với 180 SP chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm, mỗi nhóm 60 SP.

2.3. Cách tiến hành

2.3.1. Thực hiện nghiên cứu. SP đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Nhóm Para-TAP: Giảm đau bằng kết hợp

gây tê TAP và paracetamol.

+ Truyền 1 g paracetamol đường tĩnh mạch sau khi ra phòng chăm sóc sau phẫu thuật, uống 1 g paracetamol cách mỗi 8 giờ từ thời điểm truyền paracetamol trong 24 giờ.

+ Thực hiện giảm đau bằng gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm, mỗi bên 20ml levobupivacain 0,25%.

- Nhóm Para-diclo: Giảm đau bằng kết hợp paracetamol và diclofenac đường trực tràng.

+ Truyền 1 g paracetamol đường tĩnh mạch sau khi ra phòng chăm sóc sau phẫu thuật, uống 1 g paracetamol cách mỗi 8 giờ từ thời điểm truyền paracetamol trong 24 giờ.

+ Diclofenac 100 mg đường trực tràng 1 giờ sau khi ra phòng chăm sóc sau phẫu thuật.

- Nhóm Diclo-TAP: Giảm đau bằng gây tê TAP và diclofenac đường trực tràng.

Trong trường hợp SP còn đau (VAS ≥ 4 điểm khi nghỉ ngơi hoặc VAS ≥ 5 điểm khi vận động), "giải cứu đau" bằng 5 mg morphin tiêm tĩnh mạch cho cả ba nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm	Nhóm	Para-TAP (n = 60)	Diclo-TAP (n = 60)	Para-Diclo (n = 60)	P
Tuổi (năm)		27,40 ± 3,92	29,00 ± 4,72	28,62 ± 5,28	> 0,05
Chiều cao (cm)		153,17 ± 5,57	152,80 ± 5,52	151,90 ± 4,70	
Cân nặng (kg)		63,11 ± 7,24	63,35 ± 6,96	62,15 ± 5,72	
BMI (kg/m ²)		26,88 ± 2,54	27,12 ± 2,57	26,98 ± 2,65	

Các đặc điểm tuổi, chiều cao, cân nặng và chỉ số BMI khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm (p > 0,05).

3.2. Điểm VAS từ 3 trở xuống

Bảng 2: Điểm VAS ≤ 3 điểm

Nhóm VAS n (%)	Para-TAP (n = 60)	Diclo-TAP (n = 60)	Para-Diclo (n = 60)	P (Para-TAP và Para-Diclo)	P (Diclo-TAP và Para-Diclo)
Nghỉ ngơi	46 (76,67)	54 (90,00)	55 (91,67)	< 0,05	> 0,05
Vận động	23 (38,33)	38 (63,33)	37 (61,67)		

Tỉ lệ SP có điểm đau từ 3 trở xuống lúc nghỉ và khi vận động ở nhóm Para-TAP thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Para-Diclo (p < 0,05). Nhóm Diclo-TAP và Para-Diclo có tỉ lệ cao các SP có điểm đau từ 3 trở xuống cả lúc nghỉ ngơi và vận động, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.3. Điểm VAS khi nghỉ ngơi

Bảng 3: Điểm VAS khi nghỉ ngơi

Nhóm VAS (giờ)	Para-TAP (n = 60)	Diclo-TAP (n = 60)	Para-Diclo (n = 60)	P (Para-TAP và Para-Diclo)	P (Diclo-TAP và Para-Diclo)
1	0,07 ± 0,25	0,15 ± 0,36	0,10 ± 0,30	> 0,05	> 0,05
2	0,68 ± 0,47	0,50 ± 0,50	0,83 ± 0,64	> 0,05	< 0,05
4	0,87 ± 0,62	0,65 ± 0,52	1,58 ± 0,67	< 0,05	< 0,05
6	1,12 ± 0,45	0,87 ± 0,39	1,82 ± 0,57	< 0,05	< 0,05
8	1,80 ± 0,99	1,20 ± 0,44	2,07 ± 0,73	> 0,05	< 0,05
12	2,4 ± 0,74	2,00 ± 0,97	2,07 ± 0,88	< 0,05	> 0,05

2.3.2. Đánh giá đau

- Đánh giá theo thang điểm VAS vào các thời điểm bao gồm: 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18 và 24 giờ.

- Đánh giá theo thang điểm FAS trong khoảng từ 1 - 8 giờ, 8 - 16 giờ và 16 - 24 giờ với các mức độ A, B, C tương ứng:

A - Không giới hạn: Bệnh nhân có thể thực hiện các hoạt động hàng ngày như trước khi phẫu thuật.

B - Giới hạn nhẹ: Bệnh nhân có thể thực hiện được các hoạt động trên nhưng trải qua cảm giác đau vừa tới nặng.

C - Giới hạn đáng kể: Bệnh nhân không thể hoàn thành các hoạt động do đau hoặc do các tác dụng không mong muốn của điều trị đau.

- Đánh giá sự hài lòng và các tác dụng không mong muốn.

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

Số liệu sẽ được xử lý và phân tích bởi phần mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) phiên bản 23.0 và Excel.

18	2,25 ± 0,73	1,92 ± 0,70	1,92 ± 0,67	< 0,05	> 0,05
24	2,20 ± 0,58	1,90 ± 0,80	1,85 ± 1,01	< 0,05	> 0,05

Điểm VAS khi nghỉ của nhóm Para-TAP thấp hơn nhóm Para-Diclo từ 4 - 6 giờ; nhóm Para-Diclo có điểm VAS thấp hơn so với nhóm Para-TAP có ý nghĩa thống kê từ 12 - 24 giờ ($p < 0,05$). Từ 2 - 8 giờ, nhóm Diclo-TAP có điểm VAS thấp hơn nhóm Para-Diclo có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Điểm VAS khi vận động

Bảng 4: Điểm VAS khi vận động

Nhóm VAS (giờ)	Para-TAP (n = 60)	Diclo-TAP (n = 60)	Para-Diclo (n = 60)	P (Para-TAP và Para-Diclo)	P (Diclo-TAP và Para-Diclo)
1	0,43 ± 0,65	0,87 ± 0,68	0,60 ± 0,81	> 0,05	> 0,05
2	1,65 ± 0,52	1,35 ± 0,63	1,78 ± 0,98	> 0,05	< 0,05
4	1,80 ± 0,75	1,60 ± 0,59	2,62 ± 0,78	< 0,05	< 0,05
6	2,22 ± 0,49	1,88 ± 0,37	2,92 ± 0,77	< 0,05	< 0,05
8	2,92 ± 0,96	2,27 ± 0,48	3,12 ± 0,83	> 0,05	< 0,05
12	3,52 ± 0,72	3,05 ± 1,02	3,13 ± 0,95	< 0,05	> 0,05
18	3,37 ± 0,74	2,97 ± 0,71	2,9 ± 0,71	< 0,05	> 0,05
24	3,27 ± 0,61	2,97 ± 0,78	2,82 ± 1,03	< 0,05	> 0,05

Điểm VAS khi vận động của nhóm Para-TAP thấp hơn so với nhóm Para-Diclo từ 4 - 6 giờ; từ 12 - 24 giờ, nhóm Para-Diclo có điểm VAS thấp hơn so với nhóm Para-TAP có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Từ 2 - 8 giờ, nhóm Diclo-TAP có điểm VAS thấp hơn nhóm Para-TAP có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.5. Điểm FAS

Bảng 5: Điểm FAS

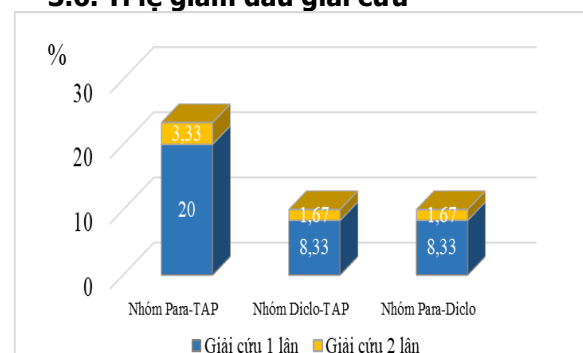
Nhóm FAS (%)	Para-TAP (n = 60)		Diclo-TAP (n = 60)		Para-Diclo (n = 60)		P(Para-TAP và Para-Diclo)	P(Diclo-TAP và Para-Diclo)
	A	B	A	B	A	B		
1 - 8 giờ	90,00	10,00	100	0	70,00	30,00	< 0,05	< 0,05
8 - 16 giờ	55,00	45,00	78,33	21,67	66,67	33,33	> 0,05	> 0,05
16 - 24 giờ	65,00	35,00	75,00	25,00	86,67	13,33	< 0,05	> 0,05

Điểm FAS đạt mức A của nhóm Para-TAP cao hơn nhóm Para-Diclo từ 1 - 8 giờ, và thấp hơn trong khoảng thời gian từ 16 - 24 giờ ($p < 0,05$). Điểm FAS đạt mức A từ 1 - 8 giờ của nhóm Diclo-TAP cao hơn so với nhóm Para-Diclo có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6: Thời điểm giải cứu morphin lần 1

Đặc điểm	Para-TAP	Diclo-TAP	Para-Diclo
Thời điểm giải cứu (giờ)	10,45 ± 3,61	13,46 ± 3,37	11,67 ± 7,05
VAS nghỉ lúc giải cứu	4,29 ± 0,61	4,33 ± 0,82	4,25 ± 0,5
VAS vận động lúc giải cứu	5,29 ± 0,61	5,5 ± 0,84	5,25 ± 0,5

3.6. Tỷ lệ giảm đau giải cứu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giảm đau giải cứu

Tỷ lệ cần giải cứu giảm đau của nhóm Para-TAP cao gấp 2 lần so với nhóm Para-Diclo.

Tỷ lệ giải cứu giảm đau của nhóm Diclo-TAP và nhóm Para-Diclo tương đương nhau.

3.7. Tác dụng không mong muốn. Tỷ lệ buồn nôn và nôn của nhóm Para-TAP, Diclo-TAP và Para-Diclo lần lượt là 15%, 8,3% và 10%, trong đó không có trường hợp nào cần can thiệp điều trị.

Tỷ lệ ngứa của nhóm Para-TAP, Diclo-TAP và Para-Diclo lần lượt là 11,7%, 8,3% và 11,7%, trong đó các SP chỉ ngứa, không nổi mẩn và không cần phải can thiệp điều trị.

Không có trường hợp nào bị ức chế hô hấp, bí tiểu.

3.7. Mức độ hài lòng với các phương pháp giảm đau

Bảng 7: Mức độ hài lòng với các phương pháp giảm đau

Mức độ n (%) \ Nhóm	Para-TAP (n = 60)	Diclo-TAP (n = 60)	Para-Diclo (n = 60)	P (Para-TAP và Para-Diclo)	P(Diclo-TAP và Para-Diclo)
Tốt	0 (0)	5 (8,33)	3 (5,00)	< 0,05	> 0,05
Khá	24 (40,00)	36 (60,00)	34 (56,67)		
Trung bình	29 (48,33)	16 (26,67)	21 (35,00)		
Kém	7 (11,67)	3 (5,00)	2 (3,33)		

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết hợp gâ y tê TAP và paracetamol mang lại giảm đau tốt cả khi nghỉ và khi vận động 8 giờ đầu sau PTLT. Tuy nhiên, sau thời gian này hiệu quả giảm đau giảm xuống, điều này phù hợp với được động học của thuốc tê khi tiêm vào mặt phẳng giữa các cơ, thuốc được hấp thu vào tuần hoàn hệ thống. Trong thực hành lâm sàng cần thêm một loại giảm đau nữa sau thời gian này. Khi kết hợp gâ y tê TAP với diclofenac thời gian giảm đau đến 24 giờ và tốt hơn kết hợp paracetamol và diclofenac trong khoảng từ 2 đến 8 giờ. Trong thực hành lâm sàng có thể dùng thêm diclofenac dạng uống. Nếu có điều kiện nên áp dụng gâ y tê TAP như là thành phần của giảm đau đa mô thức nhưng cũng biết thời gian tác dụng của phương pháp này trong khoảng 8 đến 10 giờ.

Chiến lược tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) khuyến cáo vận động sớm có nhiều lợi ích trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật bao gồm nhu động ruột hồi phục sớm, giảm nguy cơ huyết khối và giảm thời gian nằm viện, vận động sớm sau phẫu thuật là một phần của ERAS [2]. Bên cạnh đó sau phẫu thuật, SP phải chăm sóc con, cho con bú nên cần giảm đau tối ưu và hạn chế ảnh hưởng của đau đến các hoạt động chức năng cơ bản. Trong khảo sát về mức độ đau ảnh hưởng đến hoạt động chức năng cơ bản của SP, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm FAS của 3 nhóm đạt mức A chiếm tỉ lệ cao, trong đó nhóm Diclo-TAP có tất cả các SP đều đạt mức A trong khoảng thời gian từ 1 - 8 giờ. Điểm FAS từ 1 - 8 giờ của nhóm Para-TAP đạt mức A cao hơn so với nhóm Para-Diclo, trong khi từ 16 - 24 giờ thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm FAS từ 1-8 giờ của nhóm Diclo-TAP đạt mức A cao hơn so với nhóm Para-Diclo có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Về tỉ lệ giải cứu đau, nhóm Para-TAP có tỉ lệ cao, chiếm 23,33%, trong đó có 2 trường hợp cần giải cứu lần 2, thời điểm yêu cầu giải cứu của nhóm này trung bình là $10,45 \pm 3,61$ giờ. Nhóm Diclo-TAP và nhóm Para-Diclo có tỉ lệ giải cứu bằng nhau, chỉ có 1 trường hợp cần giải cứu lần 2, thời điểm yêu cầu giải cứu của nhóm

Diclo-TAP trung bình là $13,46 \pm 3,37$ giờ, dài hơn so với nhóm Para-Diclo.

Nghiên cứu Christina I. Olofsson và cộng sự cho thấy giảm đau bằng diclofenac đường trực tràng giúp làm giảm tiêu thụ ketobemidon 39% so với nhóm không sử dụng [5].

Nghiên cứu của Mitra và cộng sự khảo sát hiệu quả giảm đau của nhóm SP với diclofenac 100mg đường trực tràng mỗi 8 giờ kết hợp paracetamol 1g mỗi 6 giờ cho thấy có 11,9% SP cần giải cứu giảm đau gần tương tự với nghiên cứu của chúng tôi [3].

Về mức độ hài lòng của SP với các phương pháp giảm đau cho thấy cả 3 nhóm chủ yếu có mức khá về hài lòng với các phương pháp giảm đau. Nhóm Para-TAP ít hài lòng hơn so với nhóm Para-Diclo có ý nghĩa thống kê, nhóm Diclo-TAP có mức hài lòng hơn nhóm Para-Diclo không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra bí tiểu hoặc ức chế hô hấp. Tỉ lệ buồn nôn, nôn và ngứa của 3 nhóm chiếm tỉ lệ thấp, không có trường hợp nào cần sử dụng thuốc chống nôn hay thuốc giảm ngứa, các trường hợp buồn nôn, nôn và ngứa khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm.

Nghiên cứu của Wong và cộng sự đánh giá tác dụng không mong muốn của các liều morphin khoảng dưới nhện trong giảm đau sau PTLT cho thấy nhóm dùng 100 mcg morphin khoảng dưới nhện có 24% SP cần sử dụng thuốc chống nôn, có 1,6 lần nôn và 17% yêu cầu thuốc giảm ngứa, nhiều hơn hẳn so với nghiên cứu của chúng tôi về tần suất và mức độ [8].

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Nghiên cứu theo dõi và đánh giá giảm đau chỉ đến 24 giờ đầu sau phẫu thuật, mặc dù đau sau PTLT thường kéo dài 48 giờ.

V. KẾT LUẬN

Nhóm Para-TAP có hiệu quả giảm đau tốt trong 8 giờ đầu, cần thêm 1 thuốc giảm đau hỗ trợ trong giai đoạn sau, nhóm Diclo-TAP có hiệu quả giảm đau tốt trong 24 giờ và tốt hơn nhóm Para-Diclo trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật, tác dụng không mong muốn của các nhóm chiếm tỉ lệ thấp và mức độ nhẹ ở 3 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eisenach J.C., Pan P., Smiley R.M., Lavand'homme P., Landau R., Houle T.T. (2013), "Resolution of pain after childbirth", *Anesthesiology*, 118(1), pp. 143-51.
2. Macones G.A., Caughey A.B., Wood S.L., Wrench I.J., Huang J., Norman M. et al. (2019), "Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3)", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 221(3), pp. 247.e1-9.
3. Mitra S., Khandelwal P., Sehgal A. (2012), "Diclofenac-tramadol vs. diclofenac-acetaminophen combinations for pain relief after cesarean section", *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(6), pp. 706-11.
4. Niklasson B., Georgsson Öhman S., Segerdahl M., Blanck A. (2015), "Risk factors for persistent pain and its influence on maternal wellbeing after cesarean section", *Acta Obstet Gynecol Scand.* 94(6), pp. 622-8.
5. Olofsson C.I., Legeby M.H., Nygård E.B., Ostman K.M. (2000), "Diclofenac in the treatment of pain after cesarean delivery", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 88(2), pp. 143-6.
6. Patel K., Zakowski M. (2021), "Enhanced Recovery After Cesarean: Current and Emerging Trends", *Current Anesthesiology Reports.* 11(2), pp. 136-44.
7. Roofthoof E., Joshi G.P., Rawal N., Van de Velde M. (2021), "PROSPECT guideline for elective cesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations", *Anaesthesia*, 76(5), pp. 665-80.
8. Wong J.Y., Carvalho B., Riley, E.T. (2013), "Intrathecal morphine 100 and 200 µg for post-cesarean delivery analgesia: a trade-off between analgesic efficacy and side effects", *Int J Obstet Anesth.* 22(1), pp. 36-41.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG VỚI PHẢN ỨNG TRẦM CẢM KÉO DÀI

Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 32 người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán chính xác là rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài (F43.21) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài gặp ở độ tuổi từ 20 – 29 và 30 – 39 (28,1% và 25%). Tuổi trung bình của nhóm người bệnh này là $30,9 \pm 13,4$. Sang chấn tâm lý trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là những sang chấn gia đình (90,6%). Trong 3 triệu chứng chính của trầm cảm, có 100% triệu chứng giảm năng lượng và tăng mệt mỏi. Trong 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm, triệu chứng rối loạn giấc ngủ là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 96,9% và có tới 81,3% người bệnh có ý nghĩ tự sát và 59,4% người bệnh đã có hành vi tự sát. Trong 8 triệu chứng cơ thể của trầm cảm thì triệu chứng tỉnh giấc vào lúc sáng sớm hơn 2 giờ là triệu chứng gặp nhiều nhất với tỉ lệ (96,9%).

Từ khoá: rối loạn sự thích ứng; trầm cảm;

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ADJUSTMENT DISORDER WITH PROLONGED DEPRESSIVE REACTION

We conducted a study with the aim of describing clinical characteristics of adjustment disorder with prolonged depressive reaction. This is a cross-sectional descriptive study, included 32 inpatients in National Institute of Mental Health, Bach Mai hospital, who was diagnosed with adjustment disorder with prolonged depressive response (F43.21). Results: Majority of patients were in the age group of 20 - 29 and 30 - 39 (28.1% and 25%, respectively). The mean age was 30.9 ± 13.4 . The most common psychological trauma was family trauma (90.6%). Among three main symptoms of depression, 100% patients had fatigue or loss of energy. Among seven common symptoms of depression, sleep disorder was most common with the rate of 96.9%, and 81.3% of patients had suicidal thoughts and 59.4% committed suicide. Among eight physical symptoms of depression, waking up 2 hours earlier than usual was most frequent (96.9%).

Keywords: adjustment disorder; depression;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài (F43.21) là một trạng thái trầm cảm nhẹ xảy ra để đáp ứng lại tiếp xúc kéo dài với các tình huống gây stress nhưng trạng thái này không có thời gian kéo dài quá 2 năm kể từ khi tiếp xúc với sang chấn tâm lý xã hội. Những sang chấn tâm lý này không phải là loại bất thường hoặc có tính thảm họa như các mâu thuẫn giữa

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: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

cá nhân, người thân yêu mất hoặc bị bệnh, thất nghiệp, khó khăn về kinh tế, hoặc bản thân bị.¹ Theo Kaplan – Sadock, tỷ lệ rối loạn sự thích ứng là 2-8% dân số chung.² Rối loạn sự thích ứng là một chẩn đoán rối loạn tâm thần phổ biến nhất trên các người bệnh ở các cơ sở khám chữa bệnh. Theo một nghiên cứu tổng hợp của Mitchell và cộng sự, tỷ lệ chẩn đoán rối loạn sự thích ứng khoảng 15.4% ở khoa Chống đau – giảm nhẹ, khoảng 19.4% ở khoa Ung thư và khoa Huyết học.³ Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài vẫn còn khó khăn do dễ nhầm lẫn với các biểu hiện của giai đoạn trầm cảm hoặc rối loạn cảm xúc lưỡng cực trầm cảm. Tại Việt Nam, đã có một số đề tài nghiên cứu về các rối loạn rối loạn sự thích ứng nhưng chưa có đề tài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài. Vì vậy với mong muốn làm rõ đặc điểm lâm sàng và bổ sung thêm dữ liệu về phản ứng trầm cảm kéo dài chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài".

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 8 năm 2020 đến tháng 2 năm 2021.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu lựa chọn đối tượng tham gia là (i) người bệnh được chẩn đoán xác định là rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài (F43.21) 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. Nghiên cứu loại 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 và thực hiện thang đo tâm lý, 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. Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tuần tự những người bệnh đáp ứng những tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ ở trên trong thời gian từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 2 năm 2021. Tổng cộng cỡ mẫu thu được là 32

người bệnh.

2.4. Biến số nghiên cứu. Tuổi, giới, 3 triệu chứng chính, 7 triệu chứng phổ biến, 8 triệu chứng cơ thể.

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.

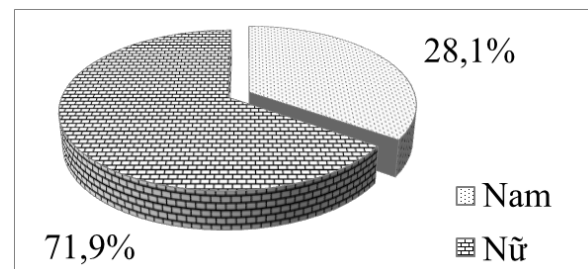
Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi của nhóm nghiên cứu (N=32)

Nhóm tuổi	n	%
< 20	7	21,9
20 – 29	9	28,1
30 – 39	8	25,0
40 – 49	5	15,6
≥ 50	3	9,4
Tổng	32	100,0
$\bar{X} \pm SD$	30,9 ± 13,4	

Trong nghiên cứu, phần lớn người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài gặp ở độ tuổi từ 20 – 29 và 30 – 39 với tỉ lệ lần lượt là 28,1% và 25%. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh này là 30,9 ± 13,4.



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới (N = 32)

Rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài phần lớn gặp ở nữ giới (71,9%). Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 3/1.

Bảng 3.2. Tỷ lệ sang chấn tâm lý ở nhóm nghiên cứu (N = 32)

Triệu chứng	n	%
Công việc/học tập	27	84,4
Gia đình	29	90,6
Xã hội	7	21,9
Bệnh tật	6	18,8

Nhận xét: Sang chấn tâm lý trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là những sang chấn trong gia đình và công việc/học tập với tỉ lệ lần lượt là 90,6% và 84,4%.

Bảng 3.3. Đặc điểm 3 triệu chứng chính của trầm cảm (N = 32)

Triệu chứng	n	%
Giảm khí sắc	29	90,6
Mất những quan tâm thích thú	27	84,4
Giảm năng lượng và tăng mệt mỏi	32	100,0

Trong 3 triệu chứng chính của trầm cảm thì 100% có triệu chứng giảm năng lượng và tăng mệt mỏi. Tiếp theo là triệu chứng giảm khí sắc với tỉ lệ 90,6%.

Bảng 3.4. Đặc điểm 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm (N = 32)

Triệu chứng	n	%
Mất lòng tự trọng hoặc sự tự tin	27	84,4
Có cảm giác bị tội	19	59,4
Y nghĩ tự sát	26	81,3
Hành vi tự sát	19	59,4
Thiếu quyết đoán khi đưa ra quyết định	30	93,8
Rối loạn giấc ngủ	31	96,9
Giảm nhiều cảm giác ngon miệng	30	93,8

Trong 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm thì triệu chứng rối loạn giấc ngủ là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 96,9%. Tiếp đó đến triệu chứng thiếu quyết đoán khi đưa ra quyết định và giảm nhiều cảm giác ngon miệng cùng tỷ lệ 93,8%. Có tới 81,3% người bệnh có ý nghĩ tự sát và 59,4% người bệnh đã có hành vi tự sát.

Bảng 3.5. Đặc điểm 8 triệu chứng cơ thể của trầm cảm (n=32)

Triệu chứng	SL	%
Mất quan tâm thích thú	27	84,4
Thiếu phản ứng cảm xúc	30	93,8
Tỉnh giấc vào lúc sáng sớm hơn 2 giờ	31	96,9
Trầm cảm nặng lên vào buổi sáng	28	87,5
Chậm chạp tâm thần vận động	25	78,1
Giảm nhiều cảm giác ngon miệng	30	93,8
Sút cân (giảm 5% trọng lượng cơ thể)	28	87,5
Giảm đáng kể hưng phấn tình dục	18	56,3

Trong 8 triệu chứng cơ thể của trầm cảm thì triệu chứng tỉnh giấc vào lúc sáng sớm hơn 2 giờ là triệu chứng gặp nhiều nhất với tỉ lệ 96,9%. Tiếp đó đến triệu chứng thiếu phản ứng cảm xúc và triệu chứng giảm nhiều cảm giác ngon miệng cùng tỉ lệ 93,8%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài gặp ở độ tuổi từ 20 – 29 và 30 – 39 với tỉ lệ lần lượt là 28,1% và 25%. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh này là $30,9 \pm 13,4$ (bảng 3.1). Kết quả này tương đồng với kết quả của một số tác giả. Kết quả của Jones và cộng sự (1999) cho biết tuổi trung bình của các người bệnh rối loạn sự thích ứng là $31,0 \pm 12,0$ tuổi.⁴ Nghiên cứu cũng nhận thấy, nhóm tuổi nhỏ hơn 40 tuổi chiếm tỷ lệ hơn 50%. Kết quả này phù hợp với Despland (1995) nghiên cứu thấy nhóm tuổi nhỏ hơn 50 chiếm tỷ lệ 90%. Ở lứa tuổi nhỏ hơn 50, con người trải qua nhiều mốc phát triển, thay đổi lớn của cuộc đời như xây dựng gia đình, tạo lập sự nghiệp, cùng với đó là tâm lý phần đầu, mong muốn được khẳng định mình, nhiều khát vọng, mục tiêu trong cuộc sống. Trong giai đoạn này, con người phải trải qua rất nhiều sang chấn, áp lực từ cuộc sống mang lại. Đây là giai đoạn con người gặp nhiều đổ vỡ, thất bại, bất toại trong cuộc sống. Chính vì vậy, các rối loạn sự thích ứng thường gặp ở nhóm tuổi này. Trong nhiều nghiên cứu nhận thấy nhóm tuổi thanh thiếu niên có tỷ lệ rối loạn sự thích ứng cao, Greenberg gặp 34% thanh thiếu niên nhập viện tại trung tâm cấp cứu tâm thần được chẩn đoán rối loạn sự thích ứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài là nữ giới với tỷ lệ 71,9%, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 3/1 (biểu 3.1). Tương tự như vậy Casey và cộng sự (2006) cũng cho biết tỷ lệ rối loạn sự thích ứng thường gặp ở nữ giới với tỉ lệ 87,5 %. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác khi nghiên cứu về các rối loạn khác trong chương các rối loạn liên quan stress tại Việt Nam, theo Nguyễn Thị Phước Bình tỷ lệ nữ giới gặp ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa là 76,1%. Tương tự như vậy Nguyễn Hoàng Yến (2015) cũng cho kết quả tỉ lệ nữ nhiều hơn tỉ lệ nam và tỉ lệ nữ trên nam xấp xỉ 3:1. Kết quả này có sự khác biệt với nhiều nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ nam nữ trong rối loạn sự thích ứng tương đối ngang bằng hơn.⁵ Nữ giới thường có nét nhân cách dễ bị tổn thương hơn, chính vì vậy khi có các sang chấn, áp lực trong cuộc sống thì nữ giới thường có xu hướng nghiêng ngả, lo lắng, đánh giá cao các sang chấn và do dự về tương lai. Trong thực tế, nữ giới có khả năng phải chịu nhiều yếu tố nguy cơ như lạm dụng về tình dục và thể chất cao hơn nam giới và nữ giới có xu hướng tìm kiếm sự giúp đỡ từ y

tế cao hơn nam giới. Vì vậy, trong nghiên cứu nhóm đối tượng là các người bệnh điều trị nội trú, chúng tôi gặp tỷ lệ nữ giới cao hơn hẳn so với nam giới.

Theo bảng kết quả bảng 3.2, nội dung sang chấn tâm lý gặp nhiều nhất là những sang chấn trong gia đình và công việc/học tập với tỉ lệ lần lượt là 90,6% và 84,4%. Ít gặp nhất là sang chấn tâm lý có nội dung xã hội (21,9%) (bảng 3.2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Golinowska và cộng sự (2010) tiến hành nghiên cứu mối liên quan giữa các stress và rối loạn sự thích ứng trên 279 người bệnh đến các trung tâm sức khỏe tâm thần ở Ba Lan⁶. Kết quả cho thấy nhận thấy 59% stress trong công việc bao gồm mất việc làm, thất nghiệp, áp lực trong công việc; 23% stress trong gia đình gồm mất người thân (bố, mẹ, vợ/chồng), xung đột gia đình, ly dị; 16% các sang chấn khác bao gồm kém thích ứng trong những hoàn cảnh bắt buộc như nghĩa vụ quân sự, nhiệm vụ ở nước ngoài, tình trạng hiếp dâm. Sự khác biệt này do các stress trong rối loạn sự thích ứng là các sang chấn trong cuộc sống nên mỗi xã hội với điều kiện kinh tế chính trị khác nhau thì những áp lực đòi hỏi con người phải thích ứng khác nhau. Hiện nay, ở các nước kinh tế phát triển sự khủng hoảng kinh tế ảnh hưởng lớn đến cuộc sống của người dân nên sự lo lắng bị sa thải, tìm kiếm công việc mới, áp lực trong công việc là gánh nặng đối với họ. Trong một nghiên cứu quy mô lớn được Dobricki và cộng sự (2009) tiến hành trên một số vùng của bốn nước Ethiopia, Algeria, Gaza, Campuchia những nước có nhiều xung đột nhằm phân biệt các yếu tố sang chấn gây rối loạn sự thích ứng và các yếu tố sang chấn gây rối loạn stress sau sang chấn⁷. Tác giả nhận thấy các sang chấn gây rối loạn sự thích ứng ở Ethiopia là sự không có nơi ở an toàn và thiếu thốn lương thực, ở Gaza trong các trại tỵ nạn không có nơi ở an toàn, ở Algeria là sự cách ly xã hội và người thân đau ốm, ở Campuchia là sự thiếu thốn lương thực. Như vậy các sang chấn trong rối loạn sự thích ứng khác nhau phụ thuộc vào điều kiện kinh tế chính trị xã hội, và những hoàn cảnh khó khăn đó thường kéo dài, con người đã có phương thức thích nghi nhưng không đầy đủ gây ra rối loạn sự thích ứng.

Theo bảng 3.3, trong 3 triệu chứng chính của trầm cảm thì 100% có triệu chứng giảm năng lượng và tăng mệt mỏi. Tiếp theo là triệu chứng giảm khí sắc với tỉ lệ 90,6%. Bảng 3.4 cho thấy trong 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm thì triệu chứng rối loạn giấc ngủ là triệu chứng

thường gặp nhất với tỉ lệ 96,9%. Tiếp đó đến triệu chứng thiếu quyết đoán khi đưa ra quyết định và giảm nhiều cảm giác ngon miệng cùng tỷ lệ 93,8%. Có tới 81,3% người bệnh có ý nghĩ tự sát và 59,4% người bệnh đã có hành vi tự sát. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của một số tác giả, Nguyễn Hoàng Yến nhận thấy triệu chứng giảm khí sắc, giảm năng lượng gặp ở 100% người bệnh. Đây là hai triệu chứng chính của trầm cảm, tỷ lệ gặp cao trong các rối loạn trầm cảm điển hình khác.⁸ Tuy vậy, kết quả của chúng tôi và kết quả của Nguyễn Hoàng Yến vẫn có sự khác biệt khi so sánh với các rối loạn trầm cảm điển hình khác điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, đó là các triệu chứng của rối loạn trầm cảm điển hình thường gặp mức độ vừa hoặc nặng. Kết quả ý tưởng và hành vi tự sát trong nghiên cứu này cũng khá tương đồng với kết quả của Nguyễn Hoàng Yến khi biết trong 40 trường hợp thì nhận thấy có 13 đối tượng có ý tưởng tự sát chiếm tỷ lệ 32,5%, sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê. Có 4 đối tượng đã có toan tự sát chiếm tỷ lệ 10%.⁸ Nhiều tác giả khác cũng ghi nhận thấy rối loạn sự thích ứng không chỉ liên quan đến ý tưởng tự sát, toan tự sát mà còn có mối liên quan đến tự sát hoàn thành.^{9,10} Bảng 3.5 cho biết Trong 8 triệu chứng cơ thể của trầm cảm thì triệu chứng tỉnh giấc vào lúc sáng sớm hơn 2 giờ là triệu chứng gặp nhiều nhất với tỉ lệ 96,9%. Tiếp đó đến triệu chứng thiếu phản ứng cảm xúc và triệu chứng giảm nhiều cảm giác ngon miệng cùng tỉ lệ 93,8%. Tương đồng với kết quả của một số tác giả như Nguyễn Hoàng Yến, Nguyễn Thị Phương Loan khi cho rằng với các triệu chứng cơ thể xuất hiện ở các trầm cảm điển hình khác chủ yếu là các triệu chứng về rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống, mất quan tâm thích thú.⁸ Triệu chứng chậm chạp tâm thần vận động xuất hiện với tỷ lệ cao trong các rối loạn trầm cảm điển hình điều trị nội trú nhưng tỷ lệ ít gặp hơn trong rối loạn sự thích ứng. Trong rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài ở nghiên cứu này, triệu chứng ăn uống không ngon, sút cân, giảm tình dục có tỷ lệ xuất hiện cao hơn các thể khác và chủ yếu là mức độ nặng (bảng 3.5).

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 32 người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài chúng tôi nhận thấy, phần lớn người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài gặp ở độ tuổi từ 20 – 29 và 30 – 39 (28,1% và 25%). Tuổi trung bình của nhóm người bệnh này là

30,9±13,4. Sang chấn tâm lý trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là những sang chấn gia đình (90,6%). Trong 3 triệu chứng chính của trầm cảm, có 100% triệu chứng giảm năng lượng và tăng mệt mỏi. Trong 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm, triệu chứng rối loạn giấc ngủ là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 96,9% và có tới 81,3% người bệnh có ý nghĩ tự sát và 59,4% người bệnh đã có hành vi tự sát. Trong 8 triệu chứng cơ thể của trầm cảm thì triệu chứng tỉnh giấc vào lúc sáng sớm hơn 2 giờ là triệu chứng gặp nhiều nhất với tỉ lệ (96,9%).

Khuyến nghị. Người bệnh Rối loạn rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài cũng thường gặp trên lâm sàng. 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 32 người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài, Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Association AP.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
2. **Sadock BJ, Sadock VA, MD DPR.** Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th edition. LWW; 2017.

3. **Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al.** Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
4. **Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L.** Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord.* 1999;55(1):55-61. doi:10.1016/s0165-0327(98)00202-x
5. **Strain JJ, Diefenbacher A.** The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry.* 2008;49(2):121-130. doi:10.1016/j.comppsy.2007.10.002
6. **Golinowska D, Florkowski A, Juszcak D.** [Analysis of the causes and determinants of reaction to severe stress and adjustment disorder patients on mental health clinics]. *Pol Merkurius Lek.* 2010;28(167):387-394.
7. **Dobricki M, Komprou IH, de Jong JTM, Maercker A.** Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(1):39-46. doi:10.1007/s00127-009-0039-z
8. **Nguyễn Hoàng Yên.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Luận văn Bác sĩ Nội trú. 2015.
9. **Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Lash TL.** The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clin Epidemiol.* 2010;2:23-28.

ĐẶC ĐIỂM MICROALBUMIN NIỆU CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Nguyễn Thị Kiều*, Đoàn Hữu Thiện*, Trần Hồng Trâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát microalbumin niệu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, Chọn mẫu thuận tiện thu được 134 đối tượng nhóm nghiên cứu. **Kết quả:** Trong 134 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 87 bệnh nhân chiếm 64,9% xét nghiệm Microalbumin niệu (+). Không có mối liên quan giữa giới tính và Microalbumin niệu. Tỷ lệ Microalbumin niệu dương tính tăng dần theo thời gian phát hiện bệnh, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Với các bệnh nhân có chỉ số vòng bụng, chỉ số B/M tăng có nguy cơ có Microalbumin

niệu cao hơn nhóm bình thường, Bệnh nhân có THA có nguy cơ có Microalbumin niệu cao hơn nhóm bình thường. Nồng độ glucose máu và HbA1C tăng nguy cơ có Microalbumin niệu (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Kết luận:** Thời gian phát hiện bệnh, vòng bụng tăng, tăng huyết áp, chỉ số HDL-C giảm và kiểm soát đường máu kém là các yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

Từ khóa: Microalbumin niệu, đái tháo đường typ 2.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF URINARY MICROALBUMIN OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To investigate microalbuminuria and related factors in patients with type 2 diabetes at Hanoi Medical University Hospital in 2021. **Research methods:** Cross-sectional description, Convenience sampling collected 134 research group subjects.

*Viện Kiểm định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Results: Of the 134 patients participating in the study, 87 patients accounted for 64.9% of the test for Mircoalbuminuria (+). There was no association between sex and Mircoalbuminuria. The rate of positive Mircoalbuminuria increased gradually over time of disease detection, the results were statistically significant $p < 0.01$. For patients with an increase in BP and B/M index, there is a higher risk of mircoalbuminuria than the normal group. Patients with hypertension have a higher risk of mircoalbuminuria than the normal group. Blood glucose levels and HbA1C increase the risk of Mircoalbuminuria (+) in patients with type 2 diabetes. **Conclusion:** Time to disease detection, increased waist circumference, increased blood pressure, decreased HDL-C index and poor blood sugar control are risk factors for the occurrence of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes.

Keywords: microalbuminuria, diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm. Các biến chứng này không chỉ để lại nhiều di chứng nặng nề cho người bệnh mà còn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho người bệnh đái tháo đường, đặc biệt là do đái tháo đường týp 2 thường được phát hiện muộn. Biến chứng thận (BCT) là vấn đề hết sức nghiêm trọng đối với bệnh nhân đái tháo đường. Theo báo cáo năm 2000 thì ĐTĐ chiếm gần một nửa trong số các nguyên nhân gây suy thận mạn giai đoạn cuối tại Singapore. Sự gia tăng số lượng bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối do ĐTĐ là một vấn đề có tính thời sự toàn cầu [1]. Kể từ năm 1982 từ "Microalbumin niệu" được chính thức sử dụng trong lâm sàng, nó đã trở thành mối quan tâm của y học, đặc biệt trong các lĩnh vực bệnh tim mạch và nội tiết chuyển hoá. Microalbumin niệu được coi là yếu tố dự đoán biến chứng thận và tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường [2]. Xuất phát từ vấn đề đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát microalbumin niệu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán mắc đái tháo đường týp 2, điều

trị nội trú hoặc ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường týp 2 theo ADA 2019 và ĐTĐ týp 2 theo WHO. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và đồng ý làm xét nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã có protein niệu đại thể. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không làm đầy đủ các xét nghiệm.

2.2. Thời gian và địa điểm. Từ tháng 06/2021 đến tháng 12/2021

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện các đối tượng phù hợp tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Thực tế thu được 134 đối tượng nhóm nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã xây dựng theo mục tiêu nghiên cứu

- Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu,

+ Đo vòng bụng, vòng hông và tính chỉ số B/M.

+ Đo huyết áp và chẩn đoán, phân độ huyết áp theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam năm 2018.

+ Xét nghiệm glucose máu lúc đói, bilan lipid máu, Xét nghiệm HbA1C bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục.

+ Định lượng mircoalbumin niệu theo nguyên lý đo độ đục miễn dịch

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm Mircoalbumin niệu của đối tượng nghiên cứu

Mircoalbumin niệu	Số lượng	Tỉ lệ %
Dương tính	87	64,9
Âm tính	47	35,1
Tổng	134	100

Nhận xét: Trong 134 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 87 bệnh nhân chiếm 64,9% xét nghiệm Mircoalbumin niệu (+)

Bảng 2. Liên quan giữa Mircoalbumin niệu với giới tính và thời gian phát hiện đái tháo đường

Chỉ số	Mircoalbumin niệu	n	Dương tính		Âm tính		p
			SL	%	SL	%	
Giới	Nam	77	53	68,8	24	31,2	0,271
	Nữ	57	34	59,7	23	40,3	
Thời gian phát hiện	<1 năm	23	7	30,4	16	69,6	<0,01
	1- <5 năm	41	23	56,1	18	43,9	
	5- <10 năm	36	28	77,8	8	22,2	
	≥10 năm	34	29	85,3	5	14,7	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa giới tính và Mircoalbumin niệu. Tỷ lệ Mircoalbumin niệu dương tính tăng dần theo thời gian phát hiện bệnh, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$

Bảng 3. Liên quan giữa Mircoalbumin niệu với một số chỉ số nhân trắc

Mircoalbumin niệu Chỉ số		n	Dương tính		Âm tính		OR (95%CI)	P
			SL	%	SL	%		
BMI	≥23	43	32	74,4	11	25,6	1,90 (0,85-4,25)	0,113
	<23	91	55	60,4	36	39,6		
Vòng bụng	Tăng	94	71	75,5	23	24,5	4,63 (2,11-10,18)	<0,001
	BT	40	16	40,0	24	60,0		
Chỉ số B/M	Tăng	99	74	74,8	25	25,2	5,00 (2,20-11,39)	<0,001
	BT	35	13	37,1	22	62,9		

Nhận xét: Với các bệnh nhân có chỉ số vòng bụng, chỉ số B/M tăng có nguy cơ có Mircoalbumin niệu cao gấp 5 lần nhóm bình thường, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

Bảng 4. Liên quan giữa Mircoalbumin niệu với tình trạng tăng huyết áp

Mircoalbumin niệu		n	Dương tính		Âm tính		OR (95%CI)	P
THA			SL	%	SL	%		
Có THA		92	72	78,3	20	21,7	6,48 (2,90-14,46)	<0,001
Không THA		42	15	35,7	27	64,3		

Nhận xét: Bệnh nhân có THA có có nguy cơ có Mircoalbumin niệu cao hơn 6 lần nhóm bình thường, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$

Bảng 5. Liên quan giữa Mircoalbumin niệu với một số chỉ số nhân trắc

Mircoalbumin niệu Chỉ số		n	Dương tính		Âm tính		OR (95%CI)	P
			SL	%	SL	%		
Cholesterol toàn phần	Tăng	48	29	60,4	19	39,6	0,74 (0,35-1,53)	0,414
	BT	86	58	67,4	28	32,6		
Triglycerid	Tăng	41	27	65,9	14	34,1	1,07 (0,49-2,30)	0,881
	BT	93	60	64,5	33	35,5		
LDL-C	Tăng	36	25	69,4	11	30,6	1,32 (0,58-2,99)	0,506
	BT	98	62	63,3	36	36,7		
HDL-C	Giảm	61	46	75,4	15	24,6	2,39 (1,14-5,04)	0,020
	BT	73	41	56,2	32	43,8		

Nhận xét: Trong các chỉ số của bilan lipid máu, nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có nồng độ HDL-C giảm thì có nguy cơ Mircoalbumin niệu (+) cao hơn nhóm BT là 2,39 lần với $p < 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa Mircoalbumin niệu với nồng độ glucose máu lúc đói và HbA1c

Mircoalbumin niệu Chỉ số		n	Dương tính		Âm tính		OR (95%CI)	P
			SL	%	SL	%		
Glucose máu	Tăng	104	74	71,2	30	28,8	3,23 (1,39-7,45)	0,005
	BT	30	13	43,3	17	56,7		
HbA1c	Tăng	90	69	76,7	21	23,3	4,75 (2,19-10,30)	<0,001
	BT	44	18	40,9	26	59,1		

Nhận xét: Nồng độ glucose máu và HbA1C tăng nguy cơ có Mircoalbumin niệu (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tăng gấp 4 lần nhóm bình thường. ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu 134 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy tỷ lệ lên tới 64,9% xét nghiệm mircoalbumin niệu (+) (87 bệnh nhân) – đây là một tỷ lệ khá cao khi các bệnh nhân đã bắt đầu có tổn thương màng lọc cầu thận với bằng chứng là mircoalbumin niệu dương tính.

Nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân (2000) trên 40 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 thì tỷ lệ mircoalbumin niệu (+) là 31,6% [3]. Nghiên cứu

của afkhami-ardekani và cộng sự (2008) trên 288 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy tỷ lệ mircoalbumin niệu dương tính là 14,2% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa giới tính và mircoalbumin niệu nhưng theo nghiên cứu của aneesah a alfheid (2017) trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy tỷ lệ mircoalbumin niệu (+) ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân nam với $p < 0,027$ [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện ĐTĐ TYP 2 tỷ lệ mircoalbumin niệu dương tính tăng dần theo thời gian phát hiện bệnh, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Kết quả này của chúng tôi tương đồng kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân và Trần Xuân Trường, nghiên cứu của pasko n và cộng sự (2013) trên 211 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy thời gian mắc bệnh đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện mircoalbumin niệu [6]. Nghiên cứu của Oj Molefe-Baikai và cộng sự (2018) trên 289 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy thời gian bị đái tháo đường có liên quan chặt chẽ với sự xuất hiện mircoalbumin niệu [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thấy với các bệnh nhân có chỉ số vòng bụng, chỉ số b/m tăng có nguy cơ có mircoalbumin niệu cao 4 đến 5 lần nhóm bình thường, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Kết quả này cũng phù hợp cả về sinh lý bệnh và cũng như các nghiên cứu khác. Vì béo phì là yếu tố trung tâm của hội chứng chuyển hóa và đề kháng insulin, nó làm tăng đào thải albumin ra nước tiểu. Nghiên cứu của pasko n và cộng sự (2013) trên 211 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy chỉ số vòng bụng là yếu tố nguy cơ độc lập cho mircoalbumin niệu (+) [6]. Tuy nhiên nghiên cứu của aneesah a alfehaid (2017) nhận thấy mircoalbumin niệu (+) có liên quan với chỉ số bmi với $p < 0,02$ [5].

Tăng huyết áp tâm thu là yếu tố quan trọng trong tổn thương thận do đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh thận làm nặng hơn bệnh cảnh của nhau, góp phần tạo nên vòng xoắn tiến triển của tăng huyết áp, bệnh thận và tổn thương tim mạch. Kết quả của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có tha có có nguy cơ có mircoalbumin niệu cao hơn 6 lần nhóm bình thường, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Nghiên cứu của pasko n và cộng sự cho thấy huyết áp tâm thu làm tăng nguy cơ mircoalbumin niệu 2,28 lần ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 [7]. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn sự xuất hiện mircoalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có liên quan với tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 [9].

Trong các chỉ số của bilan lipid máu, chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có nồng độ hdl-c giảm thì có nguy cơ mircoalbumin niệu (+) cao hơn nhóm bt là 2 lần với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Oj Molefe-Baikai (2018) cho thấy nồng độ triglyceride cao có liên quan với sự xuất hiện mircoalbumin niệu (+) [7]. Theo tác giả Rabie E. Ei Bahansy lại cho thấy sự xuất hiện

mircoalbumin niệu (+) ở bệnh nhân là có liên quan với sự tăng nồng độ ldl-c nhưng không liên quan với hdl-c [8].

Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối tương quan rõ rệt giữa glucose máu đối với các biến chứng mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ glucose máu và hba1c tăng nguy cơ có mircoalbumin niệu (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tăng từ 3–4 lần. Kiểm soát tốt đường máu là mục tiêu quan trọng để dự phòng các biến chứng đái tháo đường trong đó có tổn thương thận. Khi bệnh nhân đái tháo đường đã xuất hiện mircoalbumin niệu thì vấn đề kiểm soát đường máu cần phải được quan tâm hơn nhằm hạn chế sự tiến triển tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 [8]. Nghiên cứu của rabie e và cộng sự (2013) cho thấy kiểm soát kém đường máu là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện mircoalbumin niệu. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2021) cho thấy mircoalbumin niệu (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có liên quan đến sự kiểm soát đường máu [9]

V. KẾT LUẬN

Thời gian phát hiện bệnh, vòng bụng tăng, tăng huyết áp, chỉ số HDL-C giảm và kiểm soát đường máu kém là các yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Quân (2007)**, Đái tháo đường và điều trị, Nhà xuất bản Y học.
2. **Trần Xuân Trường, Nguyễn Chí Dũng (2008)**, Nghiên cứu nồng độ microalbumin niệu chẩn đoán sớm biến chứng thận trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Tạp chí Y học thực hành, 1 (594 + 595): 34-37.
3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2006)**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tích cực để hạn chế các yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới phát hiện, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Afkhami-Ardekani M, Modarresi M, Amirchaghmaghi E (2008)**, Prevalence of microalbuminuria and its risk factors in type 2 diabetic patients, Indian J Nephrol, 18(3): 112-117.
5. **Aneesah AIFehaid (2017)** Prevalence of microalbuminuria and its correlates among diabetic patients attending diabetic clinic at National Guard Hospital in Alhasa, Journal of Family and Community Medicine, 24 (1).
6. **Molefe-Baikai OJ, M Molefi, F Cainelli, GM Rwegerera (2018)**, The prevalence of microalbuminuria and associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus in Botswana, Original Article, 21(11).

7. PaskoN,F Toti, A Strakosha, E Thengjilli(2013), Prevalence of microalbuminuria and risk factor analysis in type 2 diabetes patients in Albania: the need for accurate and early diagnosis of diabetic nephropathy, Hippokratia, 17(4): 337-341.
8. Rabie E. EI Bahansy, Omaima A. Mahrous, Mahmod E. Abu Salen (2013),

- The role of microalbuminuria in population screening for chronic kidney disease in an Egyptian village, Original Article, 26(1): 18-22
9. Nguyễn Văn Tuấn, Ngô Đức Kỳ (2021) Microalbumin niệu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 500, tháng 3, số 1. tr.119-124.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CỦA 18 THÔNG SỐ XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU TẠI CÁC PHÒNG XÉT NGHIỆM

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT

Trước khi tiến hành can thiệp bằng phương pháp phẫu thuật, người bệnh cần phải được thực hiện xét nghiệm tiền phẫu để các bác sĩ đánh giá và quyết định, các xét nghiệm cần phải thực hiện bao gồm định nhóm máu, điện giải đồ máu, chức năng gan, chức năng thận, HIV, HBV, HCV và đánh giá chức năng đông máu. Trong đó xét nghiệm đánh giá chức năng đông máu có ý nghĩa rất quan trọng, thông qua đó các bác sĩ có thể tri hoãn ca mổ hoặc chuẩn bị các biện pháp dự phòng trong trường hợp không thể trì hoãn phẫu thuật [2]. Như vậy có thể nói bên cạnh việc duy trì các biện pháp để đảm bảo chất lượng đối với các xét nghiệm nói chung, thì việc cần quan tâm và tăng cường kiểm soát chất lượng các xét nghiệm đông máu là rất quan trọng, và cần phải được ưu tiên [1],[4],[7]. Với tầm quan trọng kể trên, nhóm nghiên cứu tiến hành quan sát và đánh giá chất lượng của 18 thông số xét nghiệm đông máu trên 147 phòng xét nghiệm nhằm rút ra những nhận định quan trọng, từ đó giúp các phòng xét nghiệm có những biện pháp hiệu quả, trúng đích trong việc khắc phục sai số, hạn chế những sai sót tương tự trong tương lai. Kết quả ghi nhận: (1). Sai số trung bình của năm 2021 cải thiện so với 2020 và 2009, đồng thời giảm dần ở các mẫu khi quan sát riêng 12 mẫu của năm 2021; (2). Các thông số Factor, D-Dimer và Thrombin Time rất ít sai số, thông số PT activity, PT as a ratio có sai số khá cao (>10%); (3). Nhóm thiết bị bán tự động có tỉ lệ % z-score vượt ± 3 cao hơn so với thiết bị tự động; (4). Các mẫu có nồng độ bất thường (cao hoặc thấp) thường xảy ra sai số hơn các nồng độ trong ngưỡng giá trị bình thường.

Từ khoá: đông máu, sai số, z-score, PT score, RSZ.

SUMMARY

INVESTIGATE THE QUALITY OF 18 COAGULATION PARAMETERS AT MEDICAL LABORATORIES

*Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm
 Email: trhuutam@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 18.3.2022
 Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022
 Ngày duyệt bài: 26.5.2022

Before performing surgical intervention, the patient needs to have pre-operative tests for the doctor to evaluate and decide, the tests need to be performed include blood grouping, blood electrolytes, liver function, kidney function, HIV, HBV, HCV and coagulation function. In particular, the test to evaluate the clotting function has a very important meaning, through which doctors can delay the surgery or prepare preventive measures in case the surgery cannot be delayed [2]. Thus, it can be said that besides maintaining plan to ensure the quality of tests in general, it is very important to pay attention to and strengthen the quality control of coagulation tests and need to be prioritized [1],[4],[7]. With the importance above, the research team observed and evaluated the quality of 18 coagulation test parameters in 147 laboratories, in order to propose important conclusions, thereby helping laboratories to take effective and targeted methods in correcting and limiting similar errors in the future. Results: (1). The average error of 2021 improved compared to 2020 and 2009, and gradually decreased in the samples when observing 12 samples of 2021 separately; (2). Factor, D-Dimer and Thrombin Time have very little error, PT activity, PT as a ratio have high errors (>10%); (3). Semi-automatic devices have a higher percentage of z-scores exceeding ± 3 compared to automatic devices; (4). Samples with abnormal concentrations (high or low) are more likely to be in error than concentrations within the normal range.

Keywords: coagulation, error, z-score, PT score, RSZ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xét nghiệm đông máu có ý nghĩa rất quan trọng đối với việc chẩn đoán, theo dõi bệnh, đồng thời trong trường hợp cần can thiệp ngoại khoa thì đây là một trong những xét nghiệm bắt buộc vì có thể ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh, căn cứ vào kết quả xét nghiệm đông máu mà bác sĩ phẫu thuật quyết định tiến hành hoặc trì hoãn ca mổ [4],[7].

Vì vậy, việc phải đảm bảo và kiểm soát chất lượng của các xét nghiệm đông máu không chỉ là sự quan tâm của các phòng xét nghiệm, mà còn của ban giám đốc bệnh viện, các khoa lâm sàng và của những cơ quan quản lý như Bộ Y tế, Sở Y

tế,... việc theo dõi, đánh giá chất lượng xét nghiệm đông máu là một trong những yêu cầu bắt buộc của Bộ Y tế đối với các bệnh viện [1],[2],[4]

Xuất phát từ nhu cầu thiết yếu nêu trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đánh giá kết quả thực hiện ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm đông máu tại 147 phòng xét nghiệm nhằm có cái nhìn cụ thể về tình hình sai số, cũng như phân tích những nguyên nhân dẫn đến sai số, từ đó giúp các phòng xét nghiệm có những biện pháp hiệu quả, trúng đích trong việc khắc phục sai số, hạn chế những sai sót tương tự trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- 147 phòng xét nghiệm tại các tỉnh Đồng Bằng Sông Cửu Long, Miền Trung, thành phố Hồ Chí Minh.

- 18 thông số xét nghiệm đông máu.

2.2. Phương pháp

- Sử dụng dữ liệu ngoại kiểm được các phòng xét nghiệm (PXN) thực hiện trên 12 mẫu (trong 12 tháng liên tục) đối với 18 thông số.

- Tính z-score, PT score, RSZ đánh giá độ tin cậy và sai số (kết quả không chấp nhận) của các xét nghiệm [3],[4],[5],[6].

+ z-score: |z-score| < 2: chấp nhận; 2 ≤ |z-score| < 3: cần xem xét; |z-score| ≥ 3: không

chấp nhận.

+ PT score: PT score ≥ 70: chấp nhận (A); PT score < 70: không chấp nhận (U).

+ RSZ: |RSZ| < 2: chấp nhận (S); 2 ≤ |RSZ| < 3: cần xem xét (Q); |RSZ| ≥ 3: không chấp nhận (U).

- Tính toán số liệu dựa trên phần mềm Excel 2013, Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ sai số chung của các phòng xét nghiệm. Mẫu ngoại kiểm là mẫu không biết trước thông số, được gửi cho các phòng xét nghiệm mỗi tháng 1 mẫu, phòng xét nghiệm sẽ phân tích như mẫu bệnh nhân và báo cáo kết quả về Trung tâm Kiểm chuẩn xét nghiệm, tỷ lệ sai số được ghi nhận tại Bảng 1, Bảng 2, Hình 1.

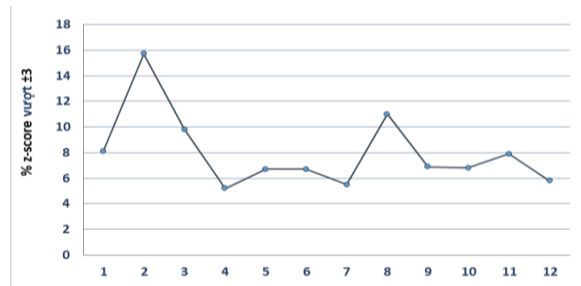
Bảng 1. Tỷ lệ % sai số (kết quả không chấp nhận) trong 3 mốc thời gian 2009, 2020, 2021

Năm	Số lượng phòng xét nghiệm	Tỷ lệ sai số (%)
2009	25	12.3
2020	149	9.2
2021	147	8.4

Kết quả thực hiện của đơn vị có sự cải thiện hơn so với năm 2020 và cải thiện đáng kể so với năm đầu tiên triển khai (2009), cụ thể tỉ lệ z-score vượt ±3 là 8.0% giảm hơn so với năm 2020 (9.2%) và năm 2009 (12.3%).

Bảng 2. Tỷ lệ sai số trung bình qua từng đợt mẫu tại các phòng xét nghiệm đông máu

Đợt mẫu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TB 2021
Tỷ lệ sai số (%)	7.9	6.3	9.8	5.2	6.7	6.5	5.5	11.0	6.9	6.8	7.9	5.8	8.0



Hình 1. Tỷ lệ % z-score vượt ±3 qua từng đợt mẫu

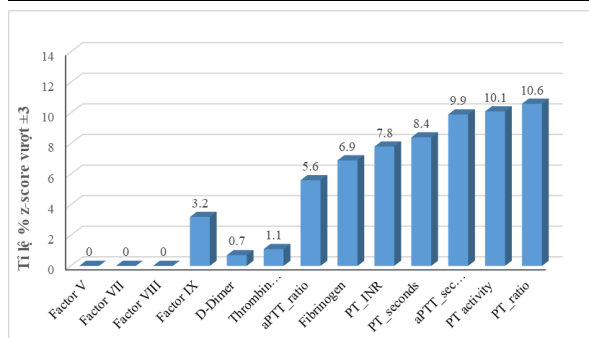
Kết quả thực hiện của PXN có sự cải thiện trong chu kỳ, ở các mẫu đầu chu kỳ kết quả có nhiều sai số, tuy nhiên kết quả đã có sự cải thiện các ở mẫu sau đó và tỷ lệ sai số không quá dao động giữa các mẫu.

3.2. Kết quả thực hiện đối với các thông số cụ thể. Nhằm quan sát chi tiết những thông số xét nghiệm nào bị sai số và tỷ lệ bao nhiêu so với thống kê trung bình, kết quả đánh giá đối với 18 thông số được chi tiết tại Bảng 3, Hình 2.

Bảng 3. Đánh giá kết quả thực hiện từng thông số theo chỉ số z-score, PT score và RSZ

Xét nghiệm	Tỷ lệ % z-score vượt ±3	Tỷ lệ % PXN				
		PT score		RSZ		
		A	U	S	Q	U
aPTT as a ratio	5.6	85.2	14.8	64.8	22.2	13
aPTT in seconds	9.9	80.5	19.5	64.2	13.2	22.6
Fibrinogen	6.9	85.2	14.8	75.0	8.1	16.2
PT activity	10.1	81.8	18.2	64.8	14.8	20.4
PT as an INR	7.8	85.1	14.9	67.5	14.1	18.4
PT in seconds	8.4	85.5	14.5	70.9	13.4	15.7
PT as a ratio	10.6	64.3	35.7	57.1	14.3	28.6

Thrombin Time	1.1	100	0.0	88.9	11.1	0.0
DDimer	0.7	93.3	6.7	100	0.0	0.0
Factor V	0.0	100.0	0.0	100	0.0	0.0
Factor VII	0.0	100.0	0.0	100	0.0	0.0
Factor VIII	0.0	100.0	0.0	100	0.0	0.0
Factor IX	3.2	100.0	0.0	66.7	0.0	33.3

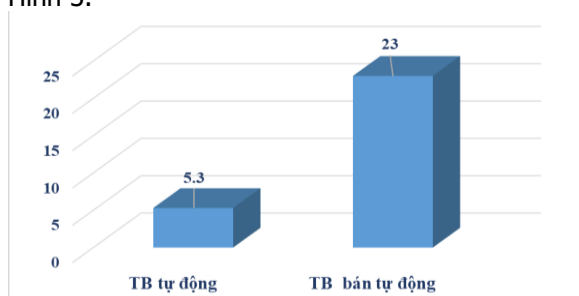


Hình 2. Tỉ lệ % z-score vượt ±3 của các xét nghiệm đông máu

Kết quả của các xét nghiệm Factor, D-Dimer và Thrombin Time rất ít sai số do được PXN thực hiện trên các thiết bị hiện đại (tập trung ở các PXN của các Bệnh viện lớn). Tuy nhiên, vẫn còn một số xét nghiệm có sai số khá cao như xét nghiệm PT activity, PT as a ratio (trên 10%).

3.3. Đánh giá kết quả thực hiện của các nhóm thiết bị

Hiện nay các phòng xét nghiệm đang thực hiện xét nghiệm đông máu trên nhiều chủng loại thiết bị, tuy nhiên có thể phân loại các thiết bị thành 2 nhóm tự động và bán tự động, kết quả cần phân tích sai số của các xét nghiệm thực hiện trên 2 nhóm thiết bị này được thể hiện tại Hình 3.

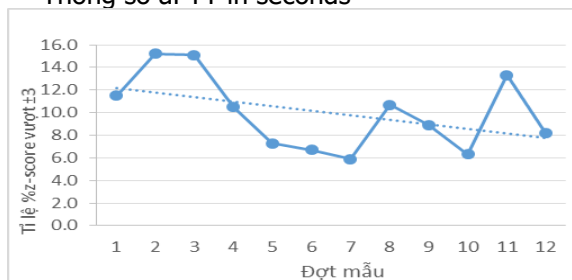


Hình 3. Tỉ lệ % z-score vượt ±3 giữa các nhóm thiết bị

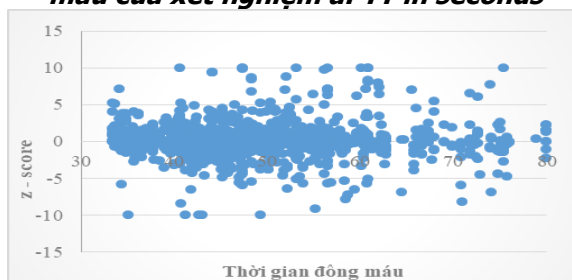
Kết quả cho thấy nhóm thiết bị bán tự động có tỉ lệ % z-score vượt ±3 cao hơn so với thiết bị tự động, do nhóm thiết bị này dễ bị ảnh hưởng bởi thao tác của kỹ thuật viên trong quá trình thực hiện xét nghiệm. Sai số của nhóm thiết bị bán tự động có cải thiện so với năm 2020, tỷ lệ sai số năm 2020 là 26.2% đã giảm còn 23% trong năm 2021.

3.4. Phân tích một số xét nghiệm đại diện

Thông số aPTT in seconds

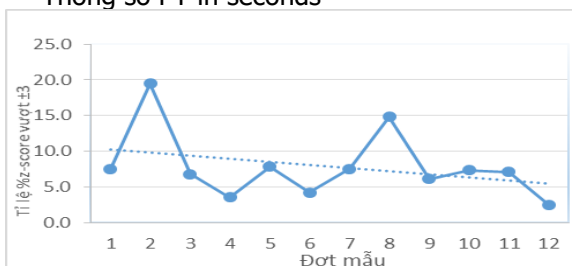


Hình 4. Tỉ lệ % z-score vượt ±3 qua từng mẫu của xét nghiệm aPTT in seconds

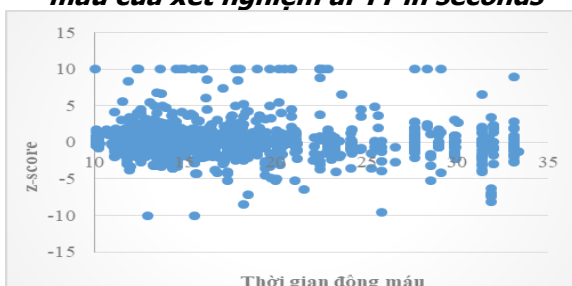


Hình 5. Sự phân tán z-score theo thời gian đông máu của aPTT in seconds

Thông số PT in seconds



Hình 6. Tỉ lệ % z-score vượt ±3 qua từng mẫu của xét nghiệm aPTT in seconds



Hình 7. Sự phân tán z-score theo thời gian đông máu của PT in seconds

Xét nghiệm aPTT in seconds và PT in seconds được hầu hết các đơn vị thực hiện và kiểm soát sai số khá tốt trong chu kỳ, ngoại trừ ở các đợt mẫu có thời gian đông máu bất thường, một số phòng xét nghiệm thực hiện chưa tốt (đợt mẫu 2 và 8).

Biểu đồ biểu diễn sự phân tán của z-score theo thời gian đông máu cho thấy, xét nghiệm aPTT in seconds chịu ảnh hưởng của mẫu nhiều hơn PT in seconds (Hình 5 và Hình 7), những mẫu có thời gian đông máu càng kéo dài, kết quả thực hiện của PXN ở xét nghiệm aPTT in seconds sai số nhiều hơn các mẫu có thời gian đông máu ngắn hơn. Xét nghiệm PT in seconds sai số xảy ra ngẫu nhiên ở hầu hết các mức thời gian đông máu của mẫu. Để kết quả xét nghiệm đông máu được tốt hơn, PXN cần thực hiện nội kiểm và hiệu chuẩn thiết bị ở các mức thời gian đông máu khác nhau, đặc biệt là ở ngưỡng thời gian đông máu kéo dài.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

- Có sự cải thiện sai số trung bình của năm 2021 so với 2020 và 2009. Xét 12 mẫu của 2021 thì sai số giảm dần ở các mẫu sau, chứng tỏ chất lượng xét nghiệm đông máu đã được cải thiện qua việc khắc phục những nguyên nhân sai số ở những mẫu trước.

- Các thông số Factor, D-Dimer và Thrombin Time rất ít sai số. Tuy nhiên, vẫn còn một số xét nghiệm có sai số khá cao như xét nghiệm PT activity, PT as a ratio (trên 10%)

- Nhóm thiết bị bán tự động có tỉ lệ % z-score vượt ± 3 cao hơn so với thiết bị tự động, do nhóm thiết bị này dễ bị ảnh hưởng bởi thao tác

của kỹ thuật viên.

- Sai số các mẫu có nồng độ bất thường (cao hoặc thấp) thường xảy ra hơn các nồng độ trong ngưỡng giá trị bình thường, đây là những nồng độ biểu thị bệnh lý nên cần quan tâm.

4.2. Kiến nghị

- Tiếp tục giám sát chất lượng xét nghiệm đông máu thông qua chương trình ngoại kiểm, đồng thời nếu kết quả không đạt thì cần xem xét nguyên nhân và khắc phục, từ đó chất lượng xét nghiệm sẽ được cải thiện dần.

- Cần có những biện pháp cụ thể để kiểm soát chất lượng các xét nghiệm khi thực hiện trên thiết bị bán tự động.

- Phòng xét nghiệm cần tập trung giám sát chất lượng ở những mẫu có nồng độ bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2017)**, Ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, số 2429/QĐ-BYT, Hà Nội.
2. **Đỗ Trung Phần (2006)**, Bài giảng huyết học truyền máu – sau đại học, NXB Y học, Hà Nội.
3. **Trần Hữu Tâm (2020)**, Ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm – tái bản lần 4. NXB Y học, TP.Hồ Chí Minh.
4. **Trần Hữu Tâm (2015)**, Những vấn đề cơ bản trong đảm bảo chất lượng xét nghiệm y khoa – tái bản lần 1. NXB Y học, TP.Hồ Chí Minh.
5. **Clinical and Laboratory Standards Institute (2008)** Assessment of laboratory tests when proficiency testing is not available; Approved Guideline – Second Edition, CLSI document GP29-A2, Vol.28(21), Wayne.
6. **International standard (1991)** Shewhart control charts (ISO8258:1991), Geneva.
7. **International standard (2012)**, Medical laboratories – Requirements for quality and competence (ISO 15189:2012), Geneva.

KHÁNG SINH ĐỒ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA CÁC BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Nguyễn Quốc Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả kháng sinh đồ và đánh giá kết quả điều trị của các bệnh nhân viêm màng não điều trị tại khoa cấp cứu – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Mạnh Hùng

Email: hungkykhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

Trung ương. **Đôi tượng và phương pháp:** 42 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm màng não mủ bằng các phương pháp: nhuộm soi, nuôi cấy, PCR điều trị tại khoa cấp cứu - Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương (1/2013 – 12/2014). Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. **Kết quả:** Kháng sinh đồ: căn nguyên gây bệnh nhạy ceftriaxon là 83,9%, nhạy ampicillin là 93,5%, nhạy meropenem là 100%, nhạy penicillin là 96,6%, nhạy cefepim là 96,4%. Kết quả điều trị: tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm màng não là 7,1%. Thời gian nằm viện điều trị trung bình là 19,11 ngày. Số bệnh nhân phải thở máy chiếm 16,7%.

Từ khóa: viêm màng não, dịch não tủy.

SUMMARY**ANTIBIOGRAM AND TREATMENT RESULTS OF MENINGITIS PATIENTS TREATED IN NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASE**

Objective: Describe the results of antibiogram and evaluate the treatment results of patients with meningitis treated in the emergency department - National hospital for tropical diseases. **Subjects and methods:** 42 patients were diagnosed with bacterial meningitis by methods: staining Gram, bacterial culture and polymerase chain, treated in the emergency department of national hospital for tropical diseases from 1/2013 to 12/2014. Descriptive and retrospective cross-sectional study. **Results:** Antibiogram: the causative agent is sensitive to ceftriaxone 83.9%, sensitive to ampicillin 93.5%, sensitive to meropenem 100%, sensitive to penicillin 96.6%, sensitive to cefepime 96, 4%. Treatment results: the mortality rate in patients with meningitis is 7.1%. Mean length of hospital stay was 19.11 days. The number of patients requiring mechanical ventilation accounted for 16.7%.

Key words: meningitis, cerebrospinal fluid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não là tình trạng viêm của dịch não tủy, màng nhện, màng mềm, cả ở não và tại tủy sống. Hiện nay đã có nhiều loại vaccin để phòng bệnh viêm màng não do phế cầu, não mô cầu, H. Influenza... nhưng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm màng não vẫn còn cao và nó có thể để lại di chứng 30% số ca [1], [2]. Khoa cấp cứu – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW là tuyến cuối cùng, chuyên khoa đầu ngành về các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới thường xuyên tiếp nhận những ca bệnh nặng, phức tạp, nhiễm trùng đa kháng thuốc từ các bệnh viện tuyến dưới cũng như các bệnh viện tuyến TW khác chuyển đến. Với mục đích đánh giá kết quả kháng sinh đồ ở mỗi giai đoạn khác nhau để đưa ra các khuyến cáo cho các bệnh viện các tuyến cũng như tổng kết kết quả điều trị những trường hợp viêm màng não mũ được chuyển đến điều trị tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Kháng sinh đồ và kết quả điều trị của các bệnh nhân viêm màng não điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương*".

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**Bảng 1.** Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chỉ số		n	%
Nhuộm soi (n=40)	Cầu khuẩn Gram (+)	37	88,1%
	Trực khuẩn Gram (-)	3	11,9%
Nuôi cấy (n=39)	Streptococcus suis	33	84,6%
	Streptococcus pneumoniae	1	2,6%
	Listeria	2	5,13%
	Acinetobacter baumannii	2	5,13%

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm màng não mũ điều trị tại khoa cấp cứu – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng não trên lâm sàng dựa vào: (1) Có biểu hiện nhiễm trùng, (2) Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: Đau đầu, buồn nôn, nôn. (3) Dấu hiệu phản ứng màng não: Gáy cứng, có dấu Kernig, dấu hiệu Brudzinski (4) Dấu hiệu rối loạn tri giác: điểm Glasgow < 15 (có thể có). Bệnh nhân được chọc dịch não tủy trước khi dùng kháng sinh.

+ Xác định được căn nguyên vi khuẩn bằng 1 trong các phương pháp: nhuộm soi, nuôi cấy hoặc PCR dịch não tủy.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Tại khoa cấp cứu-Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW
- Từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2014.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu điều trị tại khoa cấp cứu từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2014 sẽ được thu thập

Cách thức thu thập thông tin: thu thập các hồ sơ bệnh án vào khoa trong giai đoạn từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2014 đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, ghi thông tin thu thập được vào bệnh án mẫu.

Phân tích và xử lý số liệu: số liệu thu thập được tổng hợp, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2014 tại khoa cấp cứu – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương, cơ sở Giải Phóng, chúng tôi đã thu thập được 42 BN được chẩn đoán là viêm màng não mũ xác định được căn nguyên bằng 1 trong các phương pháp: nhuộm Gram, nuôi cấy dịch não tủy và PCR dịch não tủy.

	K. pneumoniae	1	2,6%
Kháng sinh sử dụng lúc vào viện	Ceftriaxon	40	95,2%
	Meropenem	1	2,4%
	Kháng sinh khác	1	2,4%
Kháng sinh phối hợp sử dụng lúc vào viện	Ampicillin	30	71,4%
	Kháng sinh khác	12	28,6%
Tuổi (năm) Mean±SD (min-max)	49,81±13,1 (16-77)		

Nhận xét: Các căn nguyên phân lập được bằng phương pháp nuôi cấy bao gồm S.suis chiếm 84,6%, S.pneumoniae chiếm 2,6%, Listeria chiếm 5,13%, A.baumannii chiếm 5,13%, K.pneumoniae chiếm 2,6%. Kháng sinh sử dụng lúc vào viện là ceftriaxon chiếm 95,2%, kháng sinh thứ 2 được phối hợp là ampicillin chiếm 71,4%

3.2. Kết quả kháng sinh đồ

Bảng 2. Kết quả kháng sinh đồ

Kháng sinh	Kháng		Nhạy		Trung gian	
	n	%	n	%	n	%
Ceftriaxon (n=31)	1	3,2%	26	83,9%	4	12,9%
Ampicillin (n=31)	2	6,5%	29	93,5%	0	0%
Meropenem (n=30)	0	0%	30	100%	0	0%
Cefepim (n=28)	1	3,6%	27	96,4%	0	0%
Chloramphenicol (n=29)	2	6,9%	24	82,8%	3	10,3%
Penicillin (n=29)	1	3,4%	28	96,6%	0	0%

Nhận xét: căn nguyên gây viêm màng não còn nhạy với ceftriaxon chiếm 83,9%, nhạy với ampicillin chiếm 93,5%, nhạy với meropenem chiếm 100%, nhạy với cefepim chiếm 96,4%.

3.3. Kết quả điều trị bệnh viêm màng não mủ

Bảng 3. Kết quả điều trị bệnh viêm màng não mủ

Chỉ số	n	%	Mean±SD	Min	Max
Thời gian nằm viện (ngày)			19,11±10,18	1	50
Thở máy	Thời gian thở máy		8,6±6,2	3	18
	Có	7	16,7%		
	Không	35	83,3%		
Kết quả	Khỏi	39	92,9%		
	Tử vong	3	7,1%		

Nhận xét: tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm màng não là 7,1%. Thời gian nằm viện trung bình là 19,11 ngày, thời gian thở máy trung bình là 8,6 ngày, số bệnh nhân phải thở máy là 16,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn những bệnh nhân được chẩn đoán là viêm màng não mủ và xác định được căn nguyên gây viêm màng não bằng 1 trong các phương pháp: nhuộm soi dịch não tủy, nuôi cấy dịch não tủy hoặc PCR dịch não tủy. Trong 42 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm màng não mủ ở nghiên cứu này thì căn nguyên S. suis chiếm 84,6%, S. pneumoniae chiếm 2,6%, Listeria chiếm 5,13%, K. pneumoniae chiếm 2,6% và A. baumannii chiếm 5,13% (Bảng 1). Người bị viêm màng não do S.suis thường gặp do ăn phải thịt lợn ốm chết, chưa nấu chín, ăn tiết canh lợn hoặc do tiếp xúc trực tiếp với lợn ốm, chết nhiễm S. suis. Hiện nay, nhiễm S.suis ở người được ghi nhận ngày càng nhiều trên thế giới, nhất là các nước Châu Á. Nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng chỉ ra rằng S. suis là nguyên nhân hàng đầu gây ra

viêm màng não ở người lớn ở cả miền Bắc và miền Nam Việt Nam [3], [4]. Mặc dù các nghiên cứu đều chỉ ra rằng ở Việt Nam S.suis là căn nguyên hàng đầu gây viêm màng não nhưng để nâng cao năng lực chẩn đoán viêm màng não và căn nguyên gây viêm màng não thì ngoài việc khai thác tiền sử dịch tễ thì dấu hiệu giảm thính lực gặp ở 66% bệnh nhân cũng là 1 dấu hiệu gợi ý quan trọng căn nguyên gây bệnh là S.suis[3]. Ngoài ra nâng cao năng lực phòng xét nghiệm trong việc nuôi cấy và định danh S.suis từ dịch não tủy và máu sẽ hỗ trợ cho việc chẩn đoán xác định bệnh cũng như đưa ra những ước tính đáng tin cậy về gánh nặng của nó đối với cộng đồng.

Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi nhập viện đều biểu hiện một tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng và có các triệu chứng điển hình của viêm màng não. Ngay sau khi bệnh nhân vào viện sẽ được chọc dịch não tủy và dùng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu ngay

lập tức. Tất cả các bệnh nhân đều được phối hợp 2 kháng sinh, trong đó 95,2% bệnh nhân được dùng kháng sinh ceftriaxon, kháng sinh thứ 2 được phối hợp nhiều là ampicillin chiếm 71,4% (bảng 1). Như vậy có 30 bệnh nhân (chiếm 71,4%) được phối hợp 2 loại kháng sinh là ceftriaxone và ampicillin tại thời điểm nhập viện. Điều này được giải thích là do 84,6% căn nguyên gây viêm màng não mủ là do liên cầu lợn gây ra và phác đồ để điều trị căn nguyên này là dùng kháng sinh ceftriaxon hoặc ampicillin hoặc kết hợp cả 2 loại. Đa phần các trường hợp viêm màng não do liên cầu lợn được các bệnh viện tuyến dưới chuyển lên khoa cấp cứu Bệnh viện Bệnh nhiệt đới TW là những trường hợp nặng: nhiễm trùng huyết có viêm màng não hoặc sốc nhiễm trùng có viêm màng não hoặc những trường hợp viêm màng não có rối loạn ý thức, có thở máy kèm theo cũng là cơ sở để bác sĩ lâm sàng phối hợp kháng sinh ngay sau khi bệnh nhân được nhập khoa. Một nghiên cứu đa trung tâm ở Nhật Bản cũng cho thấy liệu pháp phối hợp hai thuốc thường được sử dụng ở người lớn chiếm 57,7% các trường hợp viêm màng não nhập viện [5]. Như vậy các trường hợp viêm màng não có tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng hoặc chưa loại trừ được căn nguyên khác kèm theo thì việc phối hợp kháng sinh kinh nghiệm ban đầu là hoàn toàn phù hợp và cần thiết. Việc xuống thang kháng sinh hoặc chỉ sử dụng 1 kháng sinh đơn độc để điều trị viêm màng não sẽ được điều chỉnh sau đó khi có kết quả vi sinh khẳng định chẩn đoán, có kết quả kháng sinh đồ hoặc tình trạng lâm sàng cũng như dịch não tủy chọc lại được cải thiện.

4.2. Kết quả kháng sinh đồ. Kết quả kháng sinh đồ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy S. suis và các căn nguyên vi khuẩn khác gây viêm màng não đều nhạy cảm với hầu hết các kháng sinh sẵn có như nhạy ceftriaxon là 83,9%, nhạy ampicillin là 93,5%, nhạy meropenem là 100%, nhạy penicillin là 96,6% (bảng 2). Tuy nhiên tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng ở 1 số bệnh nhân nhiễm trùng huyết hoặc sốc nhiễm trùng có viêm màng não cần phải được tiếp cận và xử trí sớm, nhanh, chính xác, kịp thời ngay từ ban đầu. Thực tế là trong 3 bệnh nhân tử vong ở nghiên cứu của chúng tôi thì căn nguyên vi khuẩn đều nhạy cảm với ceftriaxon và đã được điều trị ceftriaxon ngay tại thời điểm nhập viện, nhưng 2 trong 3 bệnh nhân này tại thời điểm nhập khoa đã trong tình trạng phải đặt ống nội khí quản, thở máy kèm dùng vận mạch. Vì vậy ngoài việc dùng kháng sinh thích hợp thì việc

tiếp cận, xử trí hồi sức, chăm sóc hỗ trợ khác kèm theo cũng vô cùng quan trọng góp phần giảm tỷ lệ tử vong cũng như di chứng ở bệnh nhân viêm màng não.

4.3. Kết quả điều trị. Khoa cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW là tuyến cuối cùng tiếp nhận các bệnh nhiễm trùng nặng, trong đó có những ca viêm màng não đặt ống thở máy, dùng vận mạch hoặc những ca viêm màng não do vi khuẩn đa kháng sau mổ phẫu thuật chấn thương sọ não được chuyển đến. Có 3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tử vong chiếm 7,1%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Heiman FLW khi nghiên cứu về căn nguyên S.suis gây viêm màng não ở miền Bắc Việt Nam, tỷ lệ tử vong là 6%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Mai thì tỷ lệ tử vong do viêm màng não S.suis ở miền Nam là 2,6% [3]. Một nghiên cứu đa trung tâm ở Nhật cho thấy tỷ lệ tử vong do viêm màng não mủ ở nước này là 8,6% ở người lớn và 0,3% ở trẻ em [5]. Thời gian nằm viện điều trị 1 ca bệnh viêm màng não do S.suis cũng như viêm màng não do các căn nguyên khác trong nhiều nghiên cứu khác nhau trung bình là 2 đến 3 tuần [3], [4], [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 19,11 ngày. Có 7 bệnh nhân phải thở máy trong quá trình nằm viện, chiếm 16,7%. Trong đó có 2 bệnh nhân thở máy tử vong. Thời gian thở máy trung bình là 8,6 ngày. Như vậy, viêm màng não mủ là 1 cấp cứu nội khoa, cần được chẩn đoán và xử trí sớm. Nếu không bệnh nhân có nguy cơ tử vong, di chứng hoặc kéo dài thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ lựa chọn các bệnh nhân viêm màng não xác định được căn nguyên cụ thể gây viêm màng não như phế cầu, liên cầu lợn... Tuy nhiên trên thực tế khoa cấp cứu – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW tiếp nhận và điều trị số bệnh nhân viêm màng não nhiều hơn so với nghiên cứu này. Nhưng vì những trường hợp này căn nguyên không xác định được bằng các kĩ thuật nhuộm soi, nuôi cấy hay PCR dịch não tủy nên không được chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi các phác đồ kháng sinh được lựa chọn chủ yếu là Ceftriaxone phối hợp với ampicillin. Thời gian gần đây chúng tôi thường xuyên tiếp nhận những ca viêm màng não sau mổ chấn thương sọ não nhưng không tìm được căn nguyên. Vì vậy những phác đồ kháng sinh điều trị viêm màng não do nhiễm trùng bệnh viện đa kháng được chúng tôi sử dụng thường xuyên hơn thay vì phác đồ có ceftriaxon.

V. KẾT LUẬN

- Kết quả kháng sinh đồ: nhạy ceftriaxon 83,9%, nhạy ampicillin 93,5%, nhạy meropenem 100%, nhạy penicillin 96,6%, nhạy cefepim 96,4%.
- Kết quả điều trị: tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm màng não là 7,1%. Thời gian nằm viện điều trị trung bình là 19,11 ngày. Số bệnh nhân phải thở máy chiếm 16,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van de Beek D, De Gans J, Tunkel AR, et al. (2006). Community-acquired bacterial meningitis in adults. *N Engl J Med.* 354:44-53.
2. Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse du 19 novembre 2008

organisée par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) : Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né).

3. Nguyễn Thị Hoàng Mai, Ngô Thị Hoa, Trần Vũ Thiệu Nga, et al. (2008). Streptococcus suis meningitis in adults in Vietnam. *Clinical Infectious Diseases.* (46)5: 659-667.
4. Wertheim H.F, Nguyễn Nguyễn Huyền, Taylor W, et al. (2009). Streptococcus suis, an important cause of adult bacterial meningitis in northern Vietnam. *PloS one,* 4(6), e5973.
5. Sakata H, Sato Y, Nonoyama M, et al. (2010). Results of a multicenter survey of diagnosis and treatment for bacterial meningitis in Japan. *Journal of infection and chemotherapy.* 16(6), 396-406.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI CHẤP NHẬN CỦA CHA/MẸ CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TIÊM VACCINE PHÒNG COVID-19 TẠI CÁC QUẬN NỘI THÀNH - THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Hồng Minh¹, Nguyễn Thị Lan Hương¹, Nguyễn Thị Hà², Đặng Hùng Dũng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 5224 người có con dưới 5 tuổi, hiện đang sinh sống tại các quận nội thành-thành phố Hà Nội từ ngày 31/3 đến 8/4/2022. **Mục tiêu** nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19 (CNCTrT-VX). **Kết quả:** tỷ lệ cha/mẹ CNCTrT-VX là 32,77%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ tiêm vaccine là nhóm tuổi 41-50 và trên 50 CNCTrT-VX nhiều hơn nhóm dưới 30 là 1,53 và 4,15 lần; nữ CNCTrT-VX bằng 0,64 nam; đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) ly hôn/ly thân/nuôi con một mình CNCTrT-VX gấp 1,41 lần so với nhóm đang có vợ/chồng; trình độ học vấn trung cấp/cao đẳng/đại học (ĐH) và sau ĐH có tỉ lệ CNCTrT-VX thấp hơn nhóm có trình độ trung học phổ thông (THPT) trở xuống là 0,44 và 0,29 lần; mắc bệnh mãn tính, có tiền sử dị ứng, tiền sử phản ứng nặng sau tiêm vaccine, nhẹ cân hoặc đã nhiễm COVID-19 làm giảm CNCTrT-VX của cha/mẹ so với trẻ bình thường là 0,62, 0,49, 0,51, 0,72 và 0,87 lần; gia đình (GD) có 2 hoặc nhiều hơn 3 trẻ có tỉ lệ CNCTrT-VX so với GD có 1 trẻ là 0,83 và 2,55 lần; cha/mẹ hoặc người giám hộ đi làm bán thời gian hoặc ở nhà toàn thời gian CNCTrT-VX cao

hơn nhóm đi làm toàn thời gian là 1,21 và 1,23 lần.
Kết luận: kết quả nghiên cứu cho thấy 32,77% ĐTNC chấp nhận cho trẻ tiêm vaccine. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ CNCTrT-VX có ý nghĩa là nhóm tuổi của cha/mẹ, giới tính, tình trạng hôn nhân, học vấn, tình trạng làm việc của cha/mẹ, lịch sử liên quan đến nhiễm COVID-19 của trẻ, tình trạng mắc bệnh mãn tính, tiền sử dị ứng, cân nặng của trẻ, lịch sử phản ứng sau tiêm vaccine, số trẻ trong hộ GD.

Từ khóa: Vaccine phòng COVID-19 cho trẻ dưới 5 tuổi; chấp nhận tiêm vaccine cho trẻ dưới 5 tuổi

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH ACCEPTANCE OF PARENTS FOR CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD TUBE VACCINATED AGAINST COVID-19 IN DISTRICTS OF HANOI

A cross-sectional descriptive study on 5224 people with children under 5 years old, currently living in inner-city districts of Hanoi from March 31 to April 8, 2022. **The objective** of the study was to determine the rate and some factors related to the agreements of parents for children under 5 years old to be vaccinated against COVID-19. **Results:** the percentage of parents who agree to give their children the vaccine against COVID-19 is 32,77%. Factors related to the rate of parents' agreement of children vaccinated; acceptance rate of the age group 41-50 and over 50 higher than group under 30 is 1,53 and 5,96 times; male have acceptance rate is 0,64 times lower than female; research subjects (RS) is the group raising children alone acceptance rate higher the group married 1,41 times; with professional intermediate level/college/university and post-graduate education a lower rate than under and high

¹Trường Đại học Y Dược, đại học Thái Nguyên

²Trường Đại học Y tế Công cộng

³Sở Nội Vụ - TP Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà

Email: nth16@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

school education of 0,44 and 0,29 times; chronic diseases, history of allergies, severe reaction after vaccination or underweight children, children infected with covid reduce parental acceptance of injections by 00,62, 0,49, 0,51, 0,72 and 0,87 times; the family have 3 or more than 3 children compare to the family have 1 children is 0,83 and 2,55 times; father/mother or guardian go to work part time or at home higher RS go to work full time is 1,21 and 1,23 times. **Conclusion:** the results of the study showed that 32,77% RS agree to give their children the vaccine against COVID-19. The factors related to acceptance rate parent's age group, gender, marital status, education, working time, history related to covid infection, chronic medical condition, allergy history, child's weight and age group of the child, history of reaction after vaccination, number of children in the family.

Keywords: Vaccine against COVID-19 for children under 5 years old; agree to have vaccination for children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch COVID-19 diễn biến phức tạp và lan nhanh trên toàn quốc. Tiêm vaccine là biện pháp phòng bệnh có tính quyết định. Tại Việt Nam (VN), vaccine phòng COVID-19 bắt đầu được tiêm cho người trên 18 tuổi từ ngày 8/3/2021, đến tháng 11/2021 bắt đầu tiêm cho trẻ từ 12-17 tuổi và 4/2022 tiêm mũi đầu tiên cho trẻ 5-11 tuổi[1].

Hướng tới mục tiêu bao phủ vaccine phòng COVID-19 cho toàn dân, ngày 19/3/2022, Thủ tướng Chính phủ Phạm Minh Chính yêu cầu Bộ Y tế chỉ đạo việc nghiên cứu tiêm vaccine phòng COVID-19 cho trẻ em từ 3 đến 5 tuổi[2].

Kết quả của "nghiên cứu một số yếu tố liên quan tới chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19 tại các quận

nội thành- thành phố Hà Nội" cung cấp những bằng chứng khoa học, có thể sử dụng trong truyền thông, lập và thực hiện thành công kế hoạch tiêm vaccine phòng COVID-19 cho trẻ dưới 5 tuổi (VXP-TrD-5) tại Hà Nội nói riêng và VN nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: ĐTNC là công dân đang sinh sống tại VN, có con dưới 5 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Thư mời tham gia nghiên cứu và bộ câu hỏi được gửi tới những người có con dưới 5 tuổi. Sau khi đọc thư mời, nếu chấp nhận tự nguyện tham gia nghiên cứu, sẽ bắt đầu trả lời câu hỏi.

Phương pháp thu thập số liệu: ĐTNC đồng ý nghiên cứu trả lời câu hỏi trực tiếp trên mạng xã hội. Thời gian thu thập số liệu từ 31/3 đến 8/4/2022. Chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học.
- Kiến thức, thái độ về VXP-TrD-5.
- Quan điểm đối với VXP-TrD-5.
- Sự CNCTrT-VX và một số yếu tố liên quan tới việc CNCTrT-VX.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu: số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Các phép tính thống kê thông thường được sử dụng để tính tần suất, tỷ lệ các biến số nghiên cứu. Phân tích sử dụng kiểm định χ^2 , tỉ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% được tính để xác định mối liên quan giữa một số biến nhân khẩu học của ĐTNC với biến đầu ra "chấp nhận cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19".

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC

	Đặc điểm	Tổng (N = 5224)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<30	1242	23,77
	31-40	3640	69,68
	41-50	330	6,32
	>50	12	0,23
Giới tính	Nam	462	8,84
	Nữ	4762	91,16
Tình trạng hôn nhân	Đang có vợ/chồng	5071	97,07
	Ly hôn/ly thân/ nuôi con một mình	153	2,93
Trình độ học vấn cao nhất	Từ THPT trở xuống	602	11,52
	Trung cấp/Cao đẳng/ĐH	3966	75,92
	Sau ĐH	656	12,56
Số GD có trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh mãn tính	Không	5004	95,79
	Có	220	4,21

Số GD có trẻ dưới 5 tuổi có tiền sử dị ứng	Không có tiền sử dị ứng	3513	67,25
	Có tiền sử dị ứng	583	11,16
	Không biết	1128	21,59
Trẻ đã từng có phản ứng nặng sau khi tiêm vaccine (không phải là vaccine phòng COVID-19)	Không	5027	96,23
	Có	197	3,77
Số GD có trẻ dưới 5 tuổi với tình trạng cân nặng	Bình thường	3660	70,06
	Nhẹ cân	1427	27,32
	Thừa cân	137	2,62
Lịch sử liên quan đến nhiễm COVID-19 trong GD (Nhiều lựa chọn)	Trẻ đã nhiễm COVID-19	3469	66,41
	Ít nhất một người trong gia đình đã nhiễm COVID-19 (Không phải trẻ dưới 5 tuổi)	4300	82,31
	Chưa có ai trong gia đình nhiễm COVID-19	600	11,49
Số trẻ dưới 5 tuổi trong hộ GD	1 trẻ	3486	66,73
	2 trẻ	1565	29,96
	3 trẻ	134	2,57
	> 3 trẻ	39	0,75
Tình trạng làm việc của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ	Toàn thời gian (đi làm trên 20 tiếng/1 tuần)	3980	76,19
	Bán thời gian (đi làm dưới 20 tiếng/1 tuần)	809	15,49
	Ở nhà toàn phần	435	8,33
Nhóm tuổi của trẻ *	Từ 6 tháng đến dưới 1 tuổi	471	9,02
	1 tuổi	316	6,05
	2 tuổi	854	16,35
	3 tuổi	1312	25,11
	4 tuổi	2448	46,86

*Do trong mỗi GD có nhiều hơn 1 trẻ nên số lượng trẻ (5401) nhiều hơn số ĐTNC (5224)

Kết quả bảng 1 cho thấy trong tổng số 5224 ĐTNC, nữ chiếm 91,16%; nhóm tuổi 31-40 chiếm tỷ lệ cao nhất (69,68%); ĐTNC đang có vợ/chồng chiếm 97,07%; trình độ trung cấp/cao đẳng/ĐH chiếm tỉ lệ nhiều nhất (75,92%); phần lớn những GD không có trẻ mắc bệnh mãn tính (95,79%), không có tiền sử dị ứng (67,25%),

không có phản ứng nặng sau tiêm vaccine (96,23%) và cân nặng bình thường (70,06%); tỉ lệ trẻ đã nhiễm COVID-19 là 66,41%; hộ GD 1 trẻ (66,73%) là phổ biến; có 76,19% cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ trẻ đi làm toàn thời gian; tỉ lệ trẻ trong các độ tuổi tính trên tổng số GD có trẻ lần lượt là: từ 6 tháng đến dưới 1 tuổi (9,02%), 1 tuổi (6,05%), 2 tuổi (16,35%), 3 tuổi (25,11%), 4 tuổi (46,86%).

3.2. Kiến thức, thái độ của cha/mẹ về vaccine phòng COVID-19 cho trẻ dưới 5 tuổi

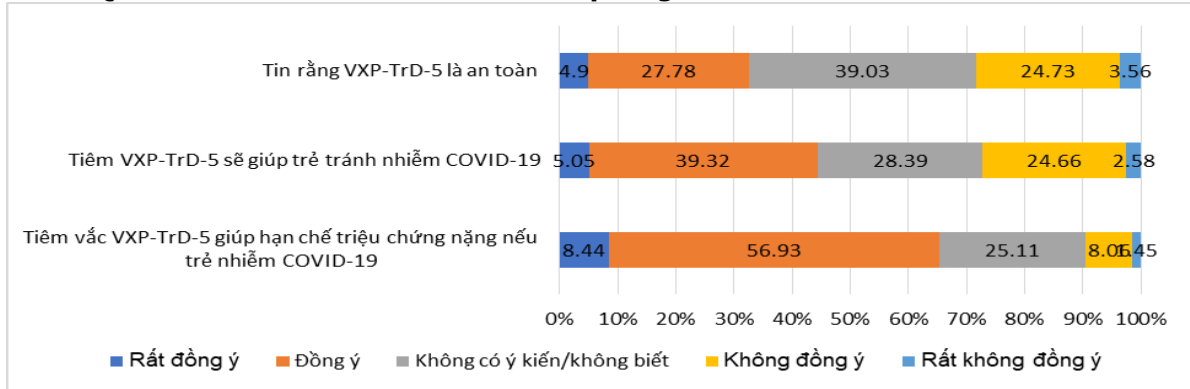
Bảng 2: Kiến thức, thái độ của cha/mẹ về VXP-TrD-5

Đặc điểm (N=)		Tổng số (n=5224)	Tỷ lệ (%)
Quan tâm và tìm hiểu về VXP-TrD-5	Có	4402	84,26
	Không	822	15,74
Nghĩ rằng con mình cũng có thể bị lây nhiễm COVID-19	Có	4393	84,09
	Không	140	2,68
	Không biết	691	13,23
Nghĩ rằng trẻ em dễ mắc COVID-19 hơn người lớn	Có	2843	54,42
	Không	1233	23,60
	Không biết	1148	21,98
Nghĩ rằng trẻ em mắc COVID-19 sẽ có	Có	1423	27,24

triệu chứng nặng hơn người lớn	Không	2519	48,22
	Không biết	1282	24,54
Ít gặp phản ứng nặng sau tiêm VXP-TrD-5	Đúng	1169	22,38
	Không đúng	1042	19,95
	Không biết	3013	57,68

Bảng 2 cho thấy, có 84,26% ĐTNC quan tâm tìm hiểu về VXP-TrD-5; 84,09% nghĩ rằng con họ có thể bị lây nhiễm COVID-19; 54,42% nghĩ rằng trẻ em dễ mắc COVID-19 hơn người lớn nhưng chỉ 27,24% nghĩ rằng trẻ mắc COVID-19 sẽ có triệu chứng nặng hơn người lớn; tỉ lệ không chắc chắn về việc gặp các phản ứng nặng sau tiêm VXP-TrD-5 chiếm tỉ lệ lớn nhất (57,68%).

3.3. Quan điểm của ĐTNC đối với vaccine phòng COVID-19 tiêm cho trẻ dưới 5 tuổi



Biểu đồ 1. Quan điểm của ĐTNC về VXP-TrD-5

Biểu đồ 1 cho thấy, với các nhận định về VXP-TrD-5, ý kiến rất đồng ý và đồng ý lần lượt là: vaccine là an toàn (4,9% và 27,78%); tiêm vaccine giúp trẻ tránh mắc bệnh COVID-19 (5,05% và 39,32%); tiêm vắc giúp hạn chế triệu chứng nặng nếu trẻ nhiễm COVID-19 (8,44% và 56,93%).

3.4. Quyết định tiêm vaccine phòng COVID-19 cho trẻ dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Quyết định cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19 và những vấn đề quan tâm

Đặc điểm (N = 5224)		Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Những vấn đề quan tâm khi quyết định cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19 (nhiều lựa chọn)	Mức độ an toàn của vaccine	4932	94,41
	Các phản ứng sau tiêm	5102	97,66
	Quốc gia sản xuất vaccine	5026	96,21
	Cơ sở thực hiện tiêm vaccine	5045	96,57
	Chi phí cho tiêm vaccine	3807	72,88
	Hiệu quả phòng bệnh của vaccine	5097	97,57
	Hạn sử dụng của vaccine	5105	97,72
	Sức khỏe về lâu dài của trẻ khi tiêm vaccine	5112	97,86
Sẵn sàng cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm	Có	1712	32,77
	Không	901	17,25
	Chưa quyết định tại thời điểm này	2611	49,98

Bảng 3 cho thấy, vấn đề ĐTNC quan tâm nhiều nhất khi quyết định cho trẻ tiêm vaccine phòng COVID-19 là sức khỏe về lâu dài của trẻ sau tiêm vaccine (97,86%); có 32,77% ĐTNC sẵn sàng cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm và 49,98% chưa đưa ra quyết định trong thời điểm này.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm ĐTNC với việc sẵn sàng cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19

Đặc điểm (N = 5224)	Sẵn sàng cho trẻ dưới 5 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19		OR (KTC 95%)	P
	Có N (%)	Không/Chưa quyết định ở thời điểm này N (%)		
Nhóm tuổi				
<30	404 (32,53)	838 (67,47)	1	

31-40	1160 (31,87)	2480 (68,13)	0,97 [0,85- 1,11]	0,6669
41-50	140 (42,42)	190 (57,58)	1,53 [1,19-1,96]	0,0008
>50	8 (66,67)	4 (33,33)	4,15 [1,24-13,91]	0,0123
Giới tính				
Nam	195 (42,21)	267 (57,79)	1	
Nữ	1517 (31,86)	3245 (68,14)	0,64 [0,53-0,78]	0,0000
Tình trạng hôn nhân				
Đang có vợ/chồng	1650 (32,54)	3421 (67,46)	1	
Ly hôn/ly thân/ nuôi con một mình	62 (40,52)	91 (59,48)	1,41 [1,02-1,96]	0,0382
Trình độ học vấn cao nhất				
Từ THPT trở xuống	307 (51,00)	295 (49,00)	1	
Trung cấp/Cao đẳng/ Đại học	1251(31,54)	2715 (68,46)	0,44 [0,37-0,53]	0,0000
Sau đại học	154 (23,48)	502 (76,52)	0,29 [0,23-0,38]	0,0000
Số GD có trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh mãn tính				
Không	1660 (33,17)	3344 (66,83)	1	
Có	52 (23,64)	168 (76,36)	0,62 [0,45-0,85]	0,0032
Số GD có trẻ dưới 5 tuổi có tiền sử dị ứng				
Không có tiền sử dị ứng	1276 (36,32)	2237 (63,68)	1	
Có tiền sử dị ứng	128 (21,96)	455 (78,04)	0,49 [0,40-0,61]	0,0000
Không biết	308 (27,30)	820 (72,70)	0,66 [0,57-0,76]	0,0000
Số GD có trẻ đã từng có phản ứng nặng sau khi tiêm vaccine (không phải là vaccine phòng COVID-19)				
Không	1672 (33,26)	3355 (66,74)	1	
Có	40 (20,30)	157 (79,70)	0,51 [0,36-0,73]	0,0001
Số GD có trẻ dưới 5 tuổi với tình trạng cân nặng				
Bình thường	1271 (34,73)	2389 (65,27)	1	
Nhẹ cân	395 (27,68)	1032 (72,32)	0,72 [0,63-0,82]	0,0000
Thừa cân	46 (33,58)	91 (66,42)	0,95 [0,66- 1,36]	0,7813
Lịch sử liên quan đến nhiễm COVID-19 trong GD (nhiều lựa chọn)				
Trẻ đã nhiễm COVID-19	1100 (31,71)	2369 (68,29)	0,87 [0,77-0,98]	0,0215
Ít nhất một người trong GD đã nhiễm COVID-19 (không phải trẻ dưới 5 tuổi)	1394 (32,42)	2906 (67,58)	0,91 [0,79- 1,06]	0,2407
Chưa có ai trong gia đình nhiễm COVID-19	209 (34,83)	391 (65,17)	1,11 [0,93 1,33]	0,2529
Số trẻ em dưới 5 tuổi trong hộ GD				
1 trẻ	1174 (33,68)	2312 (66,32)	1	
2 trẻ	465 (29,71)	1100 (70,29)	0,83 [0,73-0,95]	0,0054
3 trẻ	51 (38,06)	83 (61,94)	1,21 [0,85- 1,73]	0,2928
> 3 trẻ	22 (56,41)	17 (43,59)	2,55 [1,35- 4,82]	0,0029
Tình trạng làm việc của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ				
Toàn thời gian (đi làm trên 20 tiếng/ 1 tuần)	1263 (31,73)	2717 (68,27)	1	
Bán thời gian (đi làm dưới 20 tiếng/ 1 tuần)	291 (35,97)	518 (64,03)	1,21 [1,03-1,42]	0,0190
Ở nhà toàn phần	158 (36,32)	277 (63,68)	1,23 [1,00 1,51]	0,0518
Nhóm tuổi của trẻ (1*)				
Từ 6 tháng đến dưới 1 tuổi	150 (31,85)	321 (68,15)	0,95 [0,78- 1,17]	0,6540
1 tuổi	84 (26,58)	232 (73,42)	0,73 [0,56- 0,94]	0,0156
2 tuổi	261(30,56)	593 (69,44)	0,88 [0,75- 1,04]	0,1326
3 tuổi	370 (28,20)	942 (71,80)	0,75 [0,65- 0,86]	0,0000
4 tuổi	784 (32,03)	1664 (67,97)	0,94 [0,83- 1,05]	0,2810

Bảng 4 cho thấy, ĐTNC thuộc nhóm tuổi 31-40, 41-50 và trên 50 CNCTrT-VX so với nhóm dưới 30 là 0,97 lần [KTC95%:0,85-1,11], 1,53 lần [KTC95%:1,19-1,96] ($p < 0,001$) và 4,15 lần [KTC95%:1,24-13,91] ($p < 0,05$); nữ CNCTrT-VX thấp hơn nam 0,64 lần [KTC95%:0,53-0,78] ($p < 0,001$); ĐTNC ly hôn/ly thân/ nuôi con một mình CNCTrT-VX cao hơn nhóm đang có vợ/chồng 1,41 lần [KTC95%:1,02-1,96] ($p < 0,05$); trình độ trung cấp/cao đẳng/ĐH và sau ĐH CNCTrT-VX thấp hơn nhóm từ THPT trở xuống là 0,44 lần [KTC95%:0,37-0,53] ($p < 0,001$) và 0,29 lần [KTC95%:0,23-0,38] ($p < 0,001$); mắc bệnh mãn tính, có tiền sử dị ứng, tiền sử phản ứng nặng sau tiêm vaccine, nhẹ cân hoặc trẻ đã nhiễm COVID-19 làm giảm CNCTrT-VX của cha/mẹ so với trẻ bình thường là 0,62 lần [KTC95%:0,45-0,85] ($p < 0,05$), 0,49 lần [KTC95%:0,40-0,61] ($p < 0,001$), 0,66 lần [KTC95%:0,57-0,76] ($p < 0,001$), 0,51 lần [KTC95%:0,36-0,73] ($p < 0,001$), 0,72 lần [KTC95%:0,63-0,82] ($p < 0,001$), 0,87 lần [KTC95%:0,77-0,98] ($p < 0,05$).

Tỉ lệ những GD có nhiều hơn 3 trẻ có tỉ lệ CNCTrT-VX cao hơn so với GD có 1 trẻ là 2,55 lần [KTC95%:1,35- 4,82] ($p < 0,05$); trong GD có cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ đi làm bán thời gian CNCTrT-VX nhiều hơn so với GD có người đi làm toàn thời gian là 1,21 lần [KTC95%: 1,03-1,42] ($p < 0,05$).

Không thấy có sự khác biệt ($p > 0,05$) về độ tuổi của trẻ (dưới 1 tuổi, 2 và 4 tuổi).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức và thái độ của cha/mẹ về VXP-TrD-5. Có 84,09 % ĐTNC nghĩ rằng con mình có thể bị lây nhiễm COVID-19, tỉ lệ này tương đối cao so với nghiên cứu tương tự dành cho cha/mẹ có trẻ 5-11 tuổi ở VN (76,55%)[3], và cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu tại Canada (43,1%)[4]. Điều này cho thấy tâm lý của cha/mẹ cho rằng trẻ càng nhỏ thì khả năng nhiễm COVID-19 càng cao. Chỉ có 54,42% nghĩ rằng trẻ em dễ mắc COVID-19 hơn người lớn, nhưng có tới 85,06% quan tâm và tìm hiểu về VXP-TrD-5, điều đó cho thấy VXP-TrD-5 đang là mối quan tâm của phần lớn cha/mẹ có trẻ dưới 5 tuổi.

4.2. Quan điểm của ĐTNC đối với VXP-TrD-5. Phần lớn ĐTNC rất đồng ý (8,44%) và đồng ý (56,93%) với nhận định "tiêm vaccine giúp trẻ hạn chế triệu chứng nặng nếu nhiễm COVID-19", nhưng chỉ có 5,05% và 39,32% rất đồng ý và đồng ý với nhận định "tiêm vaccine giúp trẻ tránh mắc COVID-19", tỉ lệ này khá thấp

so với nghiên cứu tại Trung quốc (57,3%)[5] và VN khi khảo sát cha/mẹ có trẻ từ 5-7 tuổi (7,91% rất đồng ý và 62,77% đồng ý)[3]. Tỉ lệ tin rằng VXP-TrD-5 là an toàn đã giảm đáng kể (4,9% rất đồng ý và 27,78% đồng ý), tỉ lệ này khá thấp so Canada (54,5% đồng ý)[4], nhưng tương đồng với nghiên cứu tại Hàn Quốc (3,1% và 26,1%)[6].

4.3. Quyết định tiêm vaccine và một số yếu tố liên quan đến quyết định tiêm VXP-TrD-5. Tỉ lệ ĐTNC sẵn sàng cho trẻ tiêm vaccine là 32,77%, tỉ lệ này khá thấp so với nghiên cứu tương tự dành cho cha/mẹ có trẻ 5-11 tuổi tại VN (62,69%)[3], trong khi đó thì tỉ lệ ĐTNC chưa quyết định cho trẻ tiêm ở thời điểm này là khá cao (49,98%). Điều này cho thấy lo lắng, băn khoăn của cha/mẹ tăng lên với các trẻ ít tuổi khi quyết định cho trẻ tiêm vaccine, đặc biệt vấn đề sức khỏe lâu dài của trẻ (97,86%) và các phản ứng sau tiêm của trẻ (97,66%) được hầu hết các cha/mẹ đặc biệt quan tâm.

Tìm hiểu về những yếu tố liên quan đến quyết định CNCTrT-VX, ĐTNC thuộc nhóm tuổi 41-50 và trên 50 CNCTrT-VX cao hơn nhóm dưới 30 (1,53 và 4,15 lần), nghiên cứu này tương ứng với nghiên cứu tại Trung Quốc[5], nữ CNCTrT-VX thấp hơn nam (0,64 lần), kết quả tương đồng với nghiên cứu ở Trung Quốc (0,96 lần)[5] và Canada (0,92 lần)[4], ĐTNC ly hôn/ly thân/ nuôi con một mình CNCTrT-VX cao hơn đang có vợ/chồng 1,41 lần, trình độ trung cấp/cao đẳng/ĐH và sau ĐH CNCTrT-VX thấp hơn nhóm từ THPT trở xuống (0,44 và 0,29 lần), kết quả khá tương đồng với nghiên cứu tại Canada (trình độ THPT trở xuống, trung cấp/cao đẳng, ĐH CNCTrT-VX cao hơn nhóm sau ĐH 1,74, 1,72 và 1,12 lần)[4], Trung Quốc (THPT/cao đẳng/ĐH/ trên ĐH CNCTrT-VX thấp hơn nhóm trung học cơ sở trở xuống 0,98 lần)[5]. Trẻ mắc bệnh mãn tính, có tiền sử dị ứng, tiền sử phản ứng nặng sau tiêm vaccine, nhẹ cân, đã nhiễm COVID-19 làm giảm CNCTrT-VX của cha/mẹ so với trẻ bình thường (0,62, 0,49, 0,51, 0,72, 0,87 lần). Con số này là tương đồng ở hầu hết các nước trên thế giới cũng như những nghiên cứu tương tự với trẻ lớn ở VN[3]. GD có nhiều hơn 3 trẻ có tỉ lệ CNCTrT-VX cao hơn GD có 1 trẻ là 2,55 lần, điều này cho thấy sự lo lắng khi trong gia đình có nhiều trẻ thì nguy cơ lây nhiễm COVID-19 tăng cao.

V. KẾT LUẬN

Có 32,77% ĐTNC chấp nhận cho trẻ tiêm vaccine phòng COVID-19. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê là nữ CNCTrT-VX thấp hơn

nam; nhóm tuổi 41-50 và trên 50 CNCTrT-VX cao hơn nhóm dưới 30 tuổi; ĐTNCLy hôn/ly thân/nuôi con một mình CNCTrT-VX cao hơn nhóm đang có vợ/chồng; trình độ học vấn trung cấp/cao đẳng/ĐH và sau ĐH CNCTrT-VX thấp hơn nhóm có trình độ từ THPT trở xuống; trẻ mắc bệnh mãn tính, có tiền sử dị ứng, tiền sử phản ứng nặng sau tiêm vaccine hoặc nhẹ cân, đã từng nhiễm COVID-19 làm giảm khả năng CNCTrT-VX so với trẻ bình thường; cha/mẹ hoặc người giám hộ đi làm bán thời gian hoặc ở nhà toàn thời gian CNCTrT-VX cao hơn nhóm đi làm toàn thời gian; trong hộ GD có trên 3 trẻ thì tỉ lệ cha/mẹ CNCTrT-VX cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://moh.gov.vn/>
2. [https://baochinhphu.vn/chi-dao-dieu-hanh-cua-chinh-phu-thu-tuong-chinh-phu-ngay-19-3-](https://baochinhphu.vn/chi-dao-dieu-hanh-cua-chinh-phu-thu-tuong-chinh-phu-ngay-19-3-102220320084653255.htm)

- 102220320084653255.htm
3. **Nguyễn Thị Hà**, Chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ từ 5-11 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19 tại VN và một số yếu tố liên quan năm 2022, Tạp chí Y học Việt Nam, ISSN 1859-1868, tập 512 số 1 (2022), tr 104-111, <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i1.2206>
4. **Robin M. Humble, Hannah Sell, Eve Dubé et al.** Canadian parents' perceptions of COVID-19 vaccination and intention to vaccinate their children: Results from a cross-sectional national survey . 4 October 2021 Elsevier
5. **Ke Chun Zhang, Yuan Fang, He Cao et al.** Parental Acceptability of COVID-19 Vaccination for Children Under the Age of 18 Years: Cross-Sectional Online Survey . October 2020 . JMIR Pediatrics and Parenting . DOI: 10.2196/24827
6. **Soo-Han Choi, Yoon Hee Jo, Kyo Jin Jo, Su Eun Park.** Pediatric and Parents' Attitudes Towards COVID-19 Vaccines and Intention to Vaccinate for Children . Jul 29, 2021 . Preventive & Social Medicine . <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e227>

ẢNH HƯỞNG ĐẾN HÔ HẤP, TUẦN HOÀN VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRONG GÂY MÊ BẰNG SEVOFLURAN KẾT HỢP GÂY TÊ KHOANG CÙNG DỰA VÀO MAC VÀ BIS Ở TRẺ EM

Trần Thị Nương¹, Nguyễn Quốc Kính¹, Lưu Quang Thuỳ¹,
Đào Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹, Ngô Mạnh Đình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn trong gây mê bằng sevofluran kết hợp gây tê khoang cùng dựa vào MAC và BIS ở trẻ em. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên 86 bệnh nhân. **Kết quả:** SpO₂ duy trì trong giới hạn bình thường, thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt) EtCO₂ thấp nhất là 30,08 ± 9,48. Sau khi rạch da (T6) nhịp tim tăng cao nhất là 126,56 ± 18,24 và có ý nghĩa thống kê với p < 0.01. Có 5,8% bệnh nhân có biểu hiện ho lúc khởi mê. Bên cạnh đó, thời điểm thoát mê chủ yếu là ứ đọng đờm dãi chiếm 11,63% bệnh nhân. **Kết luận:** BIS và SpO₂, EtCO₂, nhịp thở ở mức bình thường khi tự thở qua mask thanh quản. HATB, tần số tim duy trì ở mức bình thường trong quá trình gây mê. Sử dụng chỉ số BIS có ứng dụng thực tế để điều chỉnh độ mê ở trẻ em tạo điều kiện cho cuộc mổ diễn ra thuận lợi và an toàn.

Từ khóa: Chỉ số BIS, gây mê bằng sevofluran, gây tê khoang cùng

SUMMARY

EFFECTS ON RESPIRATION, CIRCULATION AND SOME SIDE EFFECTS DURING THE ANESTHESIA BY SEVOFLURAN COMBINED WITH CAUDAL EPIDURAL BLOCK BASED ON MAC AND BIS INDEX IN CHILDREN

Objective. Effects on respiration, circulation, and some side effects in anesthesia by sevoflurane combined with caudal epidural block based on mac and bis index in children **Methods:** This is a descriptive study of 86 patients. **Results:** SpO₂ maintained within normal limits. At time T1 (loss of eyelid reflex), EtCO₂ is lowest (30.08 ± 9.48), and there was a statistically significant difference with p<0.01. 5.8% were patients with a cough at the excitement of anesthesia. Besides, the percentage of patients who stagnation of phlegm at the anesthesia release were 11.63%. **Conclusion:** BIS và SpO₂, EtCO₂, breathing rate at a normal level when patients use the laryngeal mask airway. Mean Arterial Pressure is normal during anesthesia. Using the BIS index has practical applications to adjust the anesthesia in children to facilitate the surgery to take place smoothly and safely.

Keywords: BIS index, anesthesia in childrens, Caudal epidural block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá độ mê là một vấn đề quan trọng trong gây mê hồi sức nói chung đặc biệt là gây

¹Trung tâm Gây mê Hồi sức Ngoại Khoa
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nương

Email: tranuongnương@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

mê trẻ em. Gây mê quá sâu có thể gây ra các tai biến hoặc quá nông làm bệnh nhân tỉnh làm ảnh hưởng đến cuộc mổ cũng như các di chứng về tâm thần sau này [1]. Tác dụng gây mê của các thuốc mê đường hô hấp được định nghĩa bằng MAC (minimal alveolar concentration) hay còn gọi là nồng độ phế nang tối thiểu, đó là nồng độ phế nang tối thiểu của một thuốc mê dưới dạng khí hoặc hơi đo ở áp lực khí quyển thông thường làm ức chế phản ứng vận động ở 50% các bệnh nhân khi bị một kích thích đau như rạch da. MAC được chứng minh cân bằng với nồng độ thuốc trong não [2]. Trên thế giới đánh giá độ mê dựa vào hoạt động điện ở vỏ não như chỉ số lưỡng phổ BIS (bispectral index) đã được áp dụng rộng rãi. BIS là một phương tiện đánh giá độ mê dựa trên nguyên lý đo điện thế ức chế và kích thích sau synap của vỏ não được truyền đến vùng trán và mặt, dùng điện cực để ghi lại các sóng điện não và được số hóa thành các con số từ 0 – 100. Trong gây mê dựa vào BIS có thể phát hiện sớm tình trạng gây mê quá sâu hoặc quá nông để điều chỉnh thuốc gây mê kịp thời [3].

Gây mê cho trẻ em có nhiều điểm đặc thù hơn so với gây mê ở người lớn. Trong đó, việc tránh những di chứng về tâm thần khi gây mê quá nông cũng như những tai biến khi gây mê quá sâu ở trẻ em là điều rất cần thiết. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn trong gây

mê bằng sevofluran kết hợp gây tê khoang cùng dựa vào MAC và BIS ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 86 bệnh nhân.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu:

- Bệnh nhân là trẻ em độ tuổi từ 1 đến 12 tuổi, cân nặng ≥ 10 kg, ASAII-II, được mổ tại phòng mổ nhi – khoa gây mê hồi sức bệnh viện Việt Đức từ tháng 10 năm 2104 đến tháng 2 năm 2015.

- Chỉ định gây mê sevofluran bằng mask thanh quản kết hợp với gây tê khoang cùng và thời gian mổ ≤ 2 giờ

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các chống chỉ định thuốc mê sevofluran và gây tê khoang cùng như nhiễm khuẩn tại vị trí chọc tê, dị ứng với thuốc gây tê.

- Trẻ em béo phì hoặc suy dinh dưỡng, có bệnh thần kinh, tim mạch, hô hấp, nội tiết kèm theo

Địa điểm nghiên cứu: khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Việt Đức.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2014 tới tháng 02 năm 2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang

❖ **Xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha < 0,05$ được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thay đổi hô hấp

Bảng 3.1. Giá trị trung bình SpO₂, EtCO₂ (mmHg), nhịp thở ở một số thời điểm gây mê.

Trạng thái mê	Thời điểm	SpO ₂	EtCO ₂	Nhịp thở
Mức A	T10	99,6 ± 0,5	38,21 ± 4,26	28,45 ± 7,5
Mức B	T1	99,72 ± 0,7	30,08 ± 9,48	
	T9	99,8 ± 0,3	38,91 ± 4,56	28,41 ± 7,57
Mức C	T4	99,5 ± 0,9	38,46 ± 6,2	
	T5	99,4 ± 0,5	40,37 ± 4,3	32,92 ± 7,63
	T6	98,9 ± 1,3	39,56 ± 5,3	32,79 ± 8
	T7	99,61 ± 0,9	40,06 ± 4,42	30,53 ± 8,05
	T8	99,7 ± 0,95	39,64 ± 4,12	29,32 ± 7,68

SpO₂ duy trì trong giới hạn bình thường ở một số thời điểm gây mê.

Tại mức B, thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt) EtCO₂ thấp nhất. Tại mức A và mức C EtCO₂ duy trì từ 35 – 45 mmHg. Một số bệnh nhân có biểu hiện nhược thán và ưu thán thường gặp ở trước đặt mask thanh quản, thấp nhất là 20 mmHg, cao nhất 50 mmHg.

Nhịp thở trung bình ở thời điểm T5 (trước khi rạch da), T6 (sau khi rạch da) cao nhất. Nhịp thở

trung bình trong thời điểm T7, T8, T9, T10 (sau rạch da 5 phút, sau 20 phút, khi đóng da, rút mask thanh quản) giao động ít và ổn định ở mức từ 28,41 đến 30,53 lần/phút.

3.2. Ảnh hưởng đến huyết động

Nhịp tim tăng cao nhất ở thời điểm T6 là 126,56 ± 18,24. Nhịp tim có xu hướng chậm hơn ở thời điểm T1, T2 (mất phản xạ mi mắt và chọc vein) lần lượt là 114,91 ± 25,32 và 111,76 ± 25,71. Thời điểm T4 nhịp tim tăng nhẹ (Biểu đồ 3.1).



Biểu đồ 3.1. Giá trị trung bình nhịp tim ở một số thời điểm gây mê

Bảng 3.2. Thay đổi nhịp tim, HATB và chỉ số BIS sau khi rạch da.

Dấu hiệu lâm sàng	$\bar{X} \pm SD$	p-value
Nhịp tim	8,07 ± 1,53	p < 0.01
HATB	1,84 ± 1,12	p = 0.104
BIS	5,38 ± 0,85	p < 0.01

Nhịp tim và chỉ số BIS tăng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau khi rạch da so với trước khi rạch da, p < 0.05 (Bảng 3.2).

3.3. Các tác dụng không mong muốn ở một số thời điểm gây mê

Bảng 3.3. Tác dụng không mong muốn ở thời điểm khởi mê, lúc rạch da.

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Ho	5	5,8
Tăng tiết đờm dãi	0	0 %
Co thắt thanh quản	1	1,16
Cử động bất thường lúc rạch da	4	4,7

Có 5,8% bệnh nhân có biểu hiện ho lúc khởi mê chủ yếu xảy ra ở trẻ lớn. Tỷ lệ bệnh nhân có cử động bất thường lúc rạch da và co thắt thanh quản trong lúc khởi mê là 4,7% và 1,16% (Bảng 3.3).

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn ở thời điểm thoát mê.

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Co thắt thanh quản	0	0
Tụt lưỡi	8	9,3
Ứ đọng đờm dãi	10	11,63
Nôn và buồn nôn	1	1,16

Thời điểm thoát mê chủ yếu là ứ đọng đờm dãi chiếm 11,63% bệnh nhân. Tụt lưỡi và nôn, buồn nôn chiếm tỷ lệ thấp 9,3 và 1,16% bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào co thắt thanh quản (Biểu đồ 3.4).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Ảnh hưởng đến hô hấp. Giá trị trung bình của SpO₂ và EtCO₂. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số trẻ được tự thở qua mask thanh quản. SpO₂ được duy trì ở mức > 99%. Theo nghiên cứu của tác giả Cấn Văn Sơn độ bão hòa tụt thấp nhất là 96% [4]. Tác giả Kalpana (2014)

cho thấy khi sử dụng sevofluran để gây mê cho trẻ em đều có rất ít tác dụng phụ trên đường hô hấp nên độ bão hòa oxy duy trì ở mức bình thường [5].

Theo dõi EtCO₂ sẽ đánh giá được sự trao đổi khí, cung lượng tim, thức tỉnh trong gây mê. Trong nghiên cứu của chúng tôi EtCO₂ trung bình duy trì ở thời điểm T1 30.08 mmHg cao nhất ở thời điểm T5 40.37 mmHg. Mặc dù EtCO₂ trung bình ở thời điểm T1 và T4 duy trì ở giới hạn bình thường tuy nhiên thời điểm này rất nhiều bệnh nhân có biểu hiện nhược thán và ưu thán do thông khí chưa ổn định.

Nhịp thở cao nhất ở thời điểm trước và sau khi rạch da. Giai đoạn phẫu thuật đến khi rút mask thanh quản nhịp thở có xu hướng giảm dần. Theo tác giả T. Erb, Christen, Kern và Fre (2001) nghiên cứu về thay đổi huyết động, hô hấp và chuyển hóa của sevofluran và halothan ở 49 trẻ em từ 3 – 8 tuổi, tự thở qua mask thanh quản cho thấy hô hấp và huyết động tương đối ổn định trong quá trình gây mê [6].

4.2 Ảnh hưởng đến tuần hoàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân khỏe mạnh, không có biến chứng về phẫu thuật như chảy máu, mất dịch. Thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt) nhịp tim là 114,91 ± 25,32, trong đó nhịp tim thấp nhất 65 lần /ph. Thời điểm T2 (làm vein) nhịp tim thấp nhất 111,76. Trong nghiên cứu này có 3 bệnh nhân có nhịp tim < 70, trong 3 bệnh nhân đó đều có BIS < 40. Theo tác giả Kajai (2004) ở thời điểm 30 giây kể từ khi bắt đầu khởi mê có 3,3 % bệnh nhân có biểu hiện chậm nhịp tim [7]

Nhịp tim ở thời điểm trước rạch da là 118,49 ± 16,11. Nhịp tim sau tiến hành rạch da là 126,56 ± 18,24. Nhịp tim tăng có ý nghĩa thống kê với p < 0.01. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Ah- Young và cộng sự (2007) cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa tần số tim, huyết áp tâm thu và chỉ số BIS ở thời điểm sau khi rạch da so với trước khi rạch da [8]. HA tăng không có ý nghĩa thống kê với P > 0.05. Thực tế cho thấy rằng khi sử dụng thiết bị đo HA bằng bao tay có thể khó đánh giá được sự thay đổi HA trong giai đoạn này. HATB ổn định trong giai đoạn phẫu thuật đến khi rút mask thanh quản.

4.3 Các tác dụng không mong muốn ở một số thời điểm gây mê. Thời điểm thoát mê có 11,63% bệnh nhân ứ đọng đờm dãi, 1,16% bệnh nhân có biểu hiện buồn nôn, 9,3% bệnh nhân tụt lưỡi, không có bệnh nhân nào co thắt thanh quản. Các biến chứng này đều nhẹ, diễn ra trong thời gian ngắn và không nguy hiểm. Tác

giả Kalpana (2014) nghiên cứu trên 60 bệnh nhân gây mê bằng mask thanh quản bằng sevofluran và propofol cho thấy có 16,6% bệnh nhân có biểu hiện ngừng thở và cử động lúc đặt mask thanh quản [5].

V. KẾT LUẬN

BIS và SpO₂, EtCO₂, Vt, nhịp thở ở mức bình thường khi tự thở qua mask thanh quản. HATB, tần số tim duy trì ở mức bình thường trong quá trình gây mê. Sử dụng chỉ số BIS có ứng dụng thực tế để điều chỉnh độ mê ở trẻ em tạo điều kiện cho cuộc mổ diễn ra thuận lợi và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu.** Triệu chứng gây mê và đánh giá độ mê. Bài giảng gây mê hồi sức, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2014:150-71.
2. **Công Quyết Thắng.** Thuốc mê đường hô hấp. Bài giảng gây mê hồi sức, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2014:17-24.
3. **Hoàng Văn Bách.** Nghiên cứu điều chỉnh độ mê theo điện não số hóa bằng nồng độ đích tại não hoặc nồng độ phế nang tối thiểu của thuốc mê.

Luận văn tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108. 2012.

4. **Cần Văn Sơn.** So sánh tác dụng khởi mê giữa sevoflurane và halothane ở trẻ em dưới 8 tuổi. Luận văn thạc sĩ, Đại học y Hà Nội. 2003.
5. **Vora K, Shah V, Patel D, Modi M, Parikh G.** Sevoflurane versus propofol in the induction and maintenance of anaesthesia in children with laryngeal mask airway. Sri Lanka Journal of Child Health. 2014;43(2).
6. **Erb T, Christen P, Kern C, Frei F.** Similar haemodynamic, respiratory and metabolic changes with the use of sevoflurane or halothane in children breathing spontaneously via a laryngeal mask airway. Acta anaesthesiologica scandinavica. 2001;45(5):639-44.
7. **Kajal N DF, Amala K.** Comparison sevofluran and halothane for induction of anesthesia and laryngeal mask airway insertion in paediatric patients. Indian journal anaesthesia,. 2004(6):465-8.
8. **Oh AY, Kim CS, Se KS, Kim HS.** The Correlation between Bispectral Index and Hemodynamic Responses with Skin Incision during Sevoflurane Anesthesia in Children. Korean Journal of Anesthesiology. 2007;53(6):S26-S30.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NĂNG LỰC HIỂU VÀ VẬN DỤNG THÔNG TIN VỀ THUỐC VÀ TUÂN THỦ DÙNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Đỗ Đình Tùng¹, Cao Thị Bích Thảo², Nguyễn Thị Thảo², Nguyễn Tứ Sơn², Nguyễn Thị Dừa¹, Phan Thị Thùy Linh², Phạm Thị Thúy Vân².

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc với tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú. **Phương pháp và kết quả:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, phòng vẫn bệnh nhân tại thời điểm tái khám theo bộ câu hỏi cấu trúc. Tổng số 250 bệnh nhân tham gia, 150 (60%) là nữ. Tuổi trung bình là 67,5, thời gian mắc ĐTĐ trung bình 9,6 năm. Tuân thủ dùng thuốc điều trị đái tháo đường được đánh giá bằng công cụ MARS-5 (Medication Adherence Report Scale-5), điểm càng cao thì tuân thủ càng tốt. Tổng điểm tuân thủ trung bình của bệnh nhân là 23,1 ± 3,1 (tối đa 25). Năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc được

đánh giá bằng công cụ MLM (Mediation Literacy Measure), điểm càng cao thì năng lực càng tốt. Tổng điểm trung bình năng lực hiểu và vận dụng thông tin thuốc của bệnh nhân là 8,3 ± 4,9 (tối đa 17). Tỷ lệ bệnh nhân có năng lực cao là 27,2%. Phân tích hồi qui tuyến tính đa biến phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc và tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân ($\beta = 0,192$; $P < 0,036$). **Kết luận:** Nghiên cứu đã chỉ ra bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc càng tốt có mối liên quan đến tuân thủ dùng thuốc được cải thiện. Những biện pháp giáo dục bệnh nhân nâng cao năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc có thể cải thiện tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Từ khóa: Bệnh đái tháo đường, năng lực hiểu và vận dụng thông tin thuốc, tuân thủ điều trị, bệnh viện Xanh Pôn.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN MEDICATION LITERACY WITH MEDICATION ADHERENCE IN TYPE 2 DIABETES OUTPATIENTS

Objectives: The purpose of this study was to explore the link between medication literacy and medication adherence in type 2 diabetes outpatients.

¹Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

²Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thúy Vân

Email: vanpvt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

At Saint Paul Hospital, a cross-sectional study was done. A structured questionnaire was used to interview patients diagnosed with type 2 diabetes (T2D). **Results:** The study included 250 patients, with 150 (60%) of them being female. The average age was 67.5, and the average duration of diabetes was 9.6 years. The Medication Adherence Report Scale-5 (MARS-5) was used to measure diabetes medication adherence, with a higher adherence score indicating greater adherence. The average MARS-5 scores was $23,1 \pm 3,1$ (maximum 25). The Medication Literacy Measure (MLM) was used to assess medication literacy, with a higher score indicating better medication literacy. The average MLM score was $8,3 \pm 4,9$ (maximum 17), with 27.2 percent of patients having high level. The link between medicine literacy and medication adherence is statistically significant ($\beta = 0,192$; $P 0,036$), according to multivariate linear regression. **Conclusion:** The study showed that patients with higher medication literacy had better diabetes medication adherence. Patient education programs that increase medication literacy may help T2D patients adhere to their medications better.

Keywords: Diabetes, medication literacy, adherence, Saint Paul hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuân thủ dùng thuốc là một trong 7 hành vi tự chăm sóc thiết yếu của bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) giúp bệnh nhân tự quản lý bệnh hiệu quả và thành công [1]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới [3] và một số nghiên cứu trong nước [5] đã cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ không tuân thủ dùng thuốc là đáng kể. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ là bước quan trọng để thiết lập các can thiệp nhằm cải thiện tuân thủ. Gần đây, một số nghiên cứu đã phát hiện ra mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc và năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc trên bệnh nhân mắc bệnh lý mạn tính, bệnh nhân có năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc tốt thường có điểm tuân thủ dùng thuốc tối ưu. Theo Pouliot và cộng sự, năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc (medication literacy) - một khía cạnh của năng lực sức khỏe - là "mức độ mà mỗi cá nhân có thể thu nhận, hiểu, truyền đạt, tính toán và xử lý các thông tin cụ thể về thuốc của họ để đưa ra các quyết định sáng suốt về thuốc và sức khỏe nhằm sử dụng thuốc hiệu quả và an toàn, bất kể phương thức truyền tải thông tin là gì (ví dụ: bằng văn bản, bằng miệng và hình ảnh)". Bệnh nhân có năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc tốt sẽ tăng khả năng hiểu và xử lý đúng các thông tin thuốc thường gặp như thông tin kê đơn, trên nhãn thuốc, thông tin quảng cáo về thuốc, do đó tăng khả năng dùng thuốc đúng theo hướng dẫn của cán bộ y tế. Hiện chưa có nghiên cứu nào phân tích mối liên quan giữa năng lực này với

tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân ĐTĐ. Chúng tôi giả thuyết rằng trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2, năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc cũng có mối tương quan thuận đến mức độ tuân thủ dùng thuốc. Để chứng minh giả thuyết này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn với mục tiêu: *Phân tích mối liên quan giữa năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc và tuân thủ dùng thuốc điều trị đái tháo đường.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường típ 2, tuổi từ 18 trở lên, được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn từ tháng 01/09/2021 - 31/12/2021, đang sử dụng ít nhất 1 thuốc hạ đường huyết trong vòng 3 tháng trước và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các bệnh nhân không thể giao tiếp khi phỏng vấn, có thai hoặc cho con bú.

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân đến khám và lĩnh thuốc ngoại trú tại bệnh viện và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được mời tham gia phỏng vấn theo bộ câu hỏi cấu trúc, bao gồm các câu hỏi về nhân khẩu học, bệnh lý, thuốc sử dụng, cảm xúc, tuân thủ dùng thuốc và năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc. Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá bằng công cụ MARS-5 (Medication Adherence Report Scale). Năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc được đánh giá bằng công cụ MLM (Medication Literacy Measure). Ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường lên cảm xúc được đánh giá bằng một câu hỏi tự xây dựng. Vì bệnh nhân được phỏng vấn trong thời gian làn sóng thứ tư của dịch COVID-19, chúng tôi đánh giá mức độ sợ hãi COVID-19 của bệnh nhân theo công cụ FCoV-19 (Fear of COVID-19). Việc sử dụng phiên bản tiếng Việt của các công cụ này đều được sự đồng ý của các tác giả gốc đã xây dựng công cụ. Các thông tin về cận lâm sàng và đơn thuốc của bệnh nhân được thu thập từ bệnh án.

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

- Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tổng số 250 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của

bệnh nhân

Đặc điểm (N=250)	n (%) / TB ± SD
Giới tính nữ	150 (60,0)
Tuổi (năm), TB ± SD	67,5 ± 7,9
Có bảo hiểm y tế	250 (100)
Có hút thuốc	3 (1,2)
Trình độ học vấn	
- Dưới PTTH	6 (2,4)
- PTTH	127 (50,8)
- Trên PTTH	117 (46,8)
Tình trạng việc làm hiện tại	
- Đi làm/tự sản xuất kinh doanh	22 (8,8)
- Nghỉ hưu	223 (89,3)
- Không làm việc	5 (2,0)
Tình trạng hôn nhân	
- Độc thân	4 (1,6)
- Kết hôn	241 (96,4)
- Li dị/li hôn/vợ chồng đã mất	5 (2,0)

Nhận xét: Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là 67,5, hầu hết có trình độ học vấn từ PTTH trở lên (97,6%) và đã nghỉ hưu (89,3%).

Đặc điểm bệnh lý và dùng thuốc của bệnh nhân được trình bày ở Bảng 2

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý và dùng thuốc

Đặc điểm (N=250)	n (%) / TB ± SD
Thời gian mắc ĐTD (năm)	9,6 ± 5,7
Số bệnh mắc kèm cùng ĐTD	1,6 ± 0,7
Có/nghi ngờ có biến chứng của ĐTD	12 (4,8)
Số thuốc trong đơn	4,7 ± 1,4
Đơn thuốc có insulin	93 (37,2)
Dùng thêm thuốc ngoài đơn kê	40 (16,0)
HbA1C (%)	8,1 ± 1,5
LDL-C (mmol/l)	3,1 ± 0,7

Bảng 4. Đánh giá về tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân đái tháo đường

Đặc điểm dùng thuốc	1-Luôn luôn, n (%)	2-Thường xuyên, n (%)	3-Thỉnh thoảng, n (%)	4-Hiếm khi, n (%)	5-Không bao giờ, n (%)
Quên dùng thuốc	1 (0,4)	6 (2,4)	33 (13,2)	54 (21,6)	156 (62,4)
Thay đổi liều so với đơn kê	0,0	7 (2,8)	31 (12,4)	28 (11,2)	184 (73,6)
Dùng thuốc ít hơn so với đơn kê	0,0	10 (4,0)	20 (8,0)	28 (11,2)	192 (76,8)
Bỏ lỡ 1 liều thuốc	0,0	4 (1,6)	23 (9,2)	32 (12,8)	191 (76,4)
Ngừng thuốc một thời gian	0,0	1 (0,4)	11 (4,4)	21 (8,4)	217 (86,8)
Tổng điểm tuân thủ, TB ± SD: 23,1 ± 3,1					

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân không bao giờ quên dùng thuốc (62,4%), không thay đổi liều thuốc (73,6%), dùng bớt thuốc (76,8%), bỏ lỡ liều (76,4%) và ngừng thuốc (86,8%).

3. Đặc điểm năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc. Năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc của bệnh nhân được đánh giá bằng công cụ MLM. Trên quần thể bệnh nhân nghiên cứu, công cụ này có độ tin cậy cao, hệ số Cronbach's alpha = 0,888. Đặc điểm năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc của bệnh nhân được mô tả trong Bảng 5 và Bảng 6.

Nhận xét: Thời gian mắc ĐTD trung bình của bệnh nhân là 9,6 năm, HbA1C trung bình là 8,1%. Hơn 1/3 số bệnh nhân được kê đơn insulin, và 16% số bệnh nhân dùng thêm thuốc ngoài đơn kê.

Mức độ ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường lên cảm xúc của bệnh nhân (khiến họ căng thẳng, sợ hãi, lo âu) được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Mức độ ảnh hưởng của bệnh ĐTD đến cảm xúc của bệnh nhân

Bệnh nhân cho rằng bệnh ĐTD...	n (%)
... không ảnh hưởng đến cảm xúc	213 (85,2%)
... ít ảnh hưởng đến cảm xúc	24 (9,6%)
... khá ảnh hưởng đến cảm xúc	11 (4,4%)
... rất ảnh hưởng đến cảm xúc	2 (0,8%)
... cực kì ảnh hưởng đến cảm xúc	0,0%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân cảm thấy bệnh ĐTD không ảnh hưởng đến cảm xúc (85,2%).

Mức độ lo sợ bệnh COVID-19 của bệnh nhân được đánh giá bằng công cụ FCoV-19 gồm 7 câu hỏi về những dấu hiệu do lo sợ bệnh COVID-19 như cảm thấy không thoải mái, bất an, lo sợ khi nghĩ đến COVID-19, thậm chí mất ngủ, tim đập nhanh khi nghĩ sẽ mắc bệnh. Mỗi câu hỏi được tính điểm từ 1 đến 5 (1 là rất không đồng ý, 5 là rất đồng ý). Tổng điểm trung bình ± SD của bệnh nhân là 16,8 ± 6,3 (tối đa 35).

2. Đặc điểm tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân được đánh giá bằng công cụ MARS-5. Trong quần thể bệnh nhân nghiên cứu, công cụ này có độ tin cậy cao, hệ số Cronbach's alpha = 0,894. Đặc điểm tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi trong công cụ MLM

Câu hỏi	Trả lời đúng n (%), N=250
Từ vựng liên quan đến thuốc	
1. Thuật ngữ "thuốc dùng ngoài"	179 (71,6)
2. Thuật ngữ "liều dùng của thuốc"	104 (41,6)
3. Thuật ngữ "tác dụng phụ của thuốc"	147 (58,8)
4. Thuật ngữ "thành phần của thuốc"	113 (45,2)
5. Thuật ngữ "thuốc phối hợp liều cố định"	53 (21,2)
Thông tin về thuốc OTC được ghi trên nhãn/vỏ hộp	
6. Chỉ định được ghi trên nhãn	163 (65,2)
7. Liều dùng được ghi trên nhãn	106 (42,4)
8. Số viên thuốc được ghi trên vỏ hộp	95 (38,0)
9. Hạn dùng được ghi trên vỏ hộp	83 (33,2)
10. Cảnh báo sử dụng thuốc trong tờ hướng dẫn sử dụng	76 (30,4)
Thông tin quảng cáo về thực phẩm bổ sung	
11. Chỉ định	162 (64,8)
12. Độ đúng của nguồn thông tin	159 (63,6)
13. Tác dụng phụ	149 (59,6)
Thông tin trong đơn thuốc và vỏ hộp thuốc kê đơn (metformin)	
14. Thời điểm dùng được ghi trong đơn	170 (68,0)
15. Số ngày dùng được kê đơn	135 (54,0)
16. Nhận biết và xử trí dấu hiệu hạ đường huyết theo lời dặn trong đơn	96 (38,4)
17. Nhận biết thuốc được cấp phát nhầm hàm lượng	72(28,2)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trả lời sai một số câu hỏi về từ vựng thuốc ("thành phần của thuốc", "thuốc phối hợp liều cố định") và thông tin thuốc OTC (số viên thuốc, hạn dùng của thuốc và cảnh báo sử dụng thuốc) và nhận biết và xử trí dấu hiệu hạ đường huyết theo lời dặn trong đơn.

Bảng 6. Đánh giá năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc

Nội dung đánh giá	Điểm tối đa	n (%) / TB ± SD
Tổng điểm MLM	17	8,3 ± 4,9
Điểm phần từ vựng	5	2,4 ± 1,6
Điểm phần thông tin về thuốc OTC	5	2,1 ± 1,7
Điểm phần thông tin quảng cáo về thực phẩm bổ sung	3	1,9 ± 1,2
Điểm phần thông tin đơn thuốc	4	1,9 ± 1,3
Năng lực cao	≥13	68 (27,2)
Năng lực thấp	<13	182 (72,8)

Nhận xét: Giá trị trung bình của điểm tổng và điểm các phần từ vựng, OTC và đơn thuốc nhỏ hơn nửa số điểm tối đa của mỗi phần. Phần lớn bệnh nhân có năng lực thấp (72,8%).

4. Phân tích mối liên quan giữa năng lực hiểu và vận dụng thông tin thuốc với tuân thủ dùng thuốc. Khi phân tích hồi qui tuyến tính đơn biến (điểm tuân thủ dùng thuốc là biến phụ thuộc), điểm năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc có liên quan thuận với điểm

tuân thủ ($\beta=0,06$) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,139$). Phân tích đa biến được thực hiện khi đưa các biến số (đặc điểm nhân khẩu học, bệnh lý, dùng thuốc, cảm xúc và năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc) vào mô hình bằng phương pháp Backward. Tuổi và giới là các biến độc lập được cố định trong các mô hình. Mô hình dưới đây là mô hình có R^2 hiệu chỉnh là lớn nhất, được trình bày ở Bảng 7.

Bảng 7. Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố liên quan đến điểm tuân thủ dùng thuốc

Biến số	Hệ số β	95%CI	P
Hằng số (Intercept)	10,510	2,005 – 19,014	0,016
Tuổi (năm)	0,61	0,265 – 0,048	0,171
Giới tính (nam so với nữ)	0,698	-0,998 – 2,394	0,413
Học vấn (Trên PTTH so với PTTH)	-0,104	-1,648 – 1,440	0,893

Thời gian mắc bệnh (năm)	0,78	-0,90 – 0,246	0,359
Số bệnh mắc kèm cùng ĐTĐ	1,179	0,111 - 2,247	0,31
Hút thuốc (có so với không có)	3,959	-0,797 – 8,715	0,101
Biến chứng của ĐTĐ (có so với không)	-3,091	-6,308 – 0,125	0,059
HDL cholesterol	2,634	0,115 – 5,153	0,041
Anh hưởng của bệnh ĐTĐ đến cảm xúc của bệnh nhân với bệnh ĐTĐ (khá/rất ảnh hưởng so với không ảnh hưởng)	-6,167	-10,332 – (-2,001)	0,004
Điểm lo sợ COVID	0,36	-0,96 – 0,168	0,587
Điểm năng lực hiểu và vận dụng thông tin thuốc	0,192	0,013 – 0,371	0,036

Nhận xét: Trong mô hình đa biến, điểm năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc có mối liên quan thuận với điểm tuân thủ dùng thuốc ($\beta=0,192$; $P=0,036$). Ngoài ra, HDL-cholesterol cũng có mối liên quan thuận đến điểm tuân thủ ($\beta=2,634$; $P=0,041$). Bệnh nhân mà bệnh ĐTĐ khá/rất ảnh hưởng đến cảm xúc liên quan đến giảm điểm tuân thủ so với bệnh nhân mà bệnh ĐTĐ không ảnh hưởng đến cảm xúc ($\beta=-6,167$; $P=0,004$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã mô tả thực trạng tuân thủ dùng thuốc, năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc và xác định các yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú ở bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Điểm tuân thủ dùng thuốc đái tháo đường của bệnh nhân là khá tốt, trung bình là 23 (tối đa 25). Tuy nhiên, việc tuân thủ dùng thuốc vẫn cần tiếp tục được cải thiện, vì gần 40% bệnh nhân đôi lần quên dùng thuốc, hơn 20% bệnh nhân đã từng thay đổi liều, bớt thuốc, bỏ lỡ liều và hơn 10% bệnh nhân đã từng ngừng thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện ra năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc của bệnh nhân là thấp, tổng điểm trung bình 8,3 (tối đa 17) và phần lớn bệnh nhân có năng lực thấp (72,8%). Điểm của các phần câu hỏi về từ vựng, thuốc OTC và đơn thuốc đều nhỏ hơn nửa số điểm tối đa của từng phần.

Nghiên cứu đã chỉ ra năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc có mối liên quan đến tuân thủ dùng thuốc, bệnh nhân có điểm năng lực cao có liên quan đến điểm tuân thủ cao và ngược lại. Mối liên quan tương tự đã được phát hiện trong một số nghiên cứu trước đây trên bệnh nhân có bệnh lý mạch vành và tăng huyết áp. Nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục khẳng định mối quan hệ giữa năng lực thuốc và tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường. Điều này cho thấy nâng cao năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc có khả năng làm tăng tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân. Các biện

pháp nâng cao năng lực có thể bao gồm giáo dục bệnh nhân về khả năng đọc hiểu và kỹ năng xử lý các thông tin về thuốc mà bệnh nhân thường xuyên tiếp xúc như đơn thuốc, vỏ hộp thuốc, tờ hướng dẫn sử dụng thuốc và tờ rơi thông tin thuốc dành cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tuân thủ dùng thuốc đái tháo đường của bệnh nhân trong nghiên cứu cần tiếp tục được cải thiện và năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc của bệnh nhân còn thấp. Nghiên cứu đã chỉ ra năng lực hiểu và vận dụng thông tin thuốc càng tốt có mối liên quan đến điểm tuân thủ dùng thuốc càng cao. Kết quả của nghiên cứu là cơ sở để xây dựng các can thiệp nâng cao năng lực hiểu và vận dụng thông tin về thuốc nhằm cải thiện tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Powers, M.A., et al. (2016). Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Clinical diabetes : a publication of the American Diabetes Association. Vol 34, No.2, p. 70-80.
2. Abdullah, N.F., et al. (2019). Effect of patient characteristics on medication adherence among patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional survey. Contemp Nurse. Vol 55, No.1, p. 27-37.
3. Nguyễn Hồng Phát, N.T.K.C., Trương Việt Thành, (2018). Đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Hội nghị khoa học Dược bệnh viện Hà Nội mở rộng năm 2018.
4. AlShayban, D.M., et al.(2020). Association of Disease Knowledge and Medication Adherence Among Out-Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Khobar, Saudi Arabia. Front Pharmacol. Vol 11, p. 60.
5. Hoogendoorn, C.J., et al. (2019). Depressive symptom dimensions and medication non-adherence in suboptimally controlled type 2 diabetes. J Diabetes Complications. Vol 33, No.3, p. 217-222.
6. Zheng, F., et al.(2020). Relationship Between Medication Literacy and Medication Adherence in Inpatients With Coronary Heart Disease in Changsha, China. Frontiers in pharmacology. Vol

10, p. 1537-1537.
7. Chan A. H. Y., H.R., et al. (2019). The Medication Adherence Report Scale (MARS-5): a measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. Br J Clin Pharmacol.

8. Ahorsu, D.K., et al.(2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International Journal of Mental Health and Addiction.

CAN THIỆP QUA DA LOẠI BỎ XƯƠNG CÁ TRONG Ổ ÁP XE GAN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Mai Văn Hải¹, Nguyễn Tiến Mạnh²

TÓM TẮT

Dị vật ống tiêu hóa là một trong những nguyên nhân thường gặp khiến bệnh nhân (BN) phải nhập viện cấp cứu. Đa số dị vật ống tiêu hóa có thể đào thải tự nhiên ra ngoài cơ thể. Một số trường hợp dị vật di trú sang các cơ quan khác gây nhiều biến chứng nguy hiểm, cần phải sớm đưa ra khỏi cơ thể. Trong bài báo này, chúng tôi xin trình bày một trường hợp áp xe gan trái do xương cá ở bệnh nhân nam, 64 tuổi. Bệnh nhân được lấy dị vật qua da bằng đường hầm xuyên nhu mô gan (Image-guided Percutaneous Transhepatic Removal: IPTR), sau đó điều trị ổ áp xe bằng kháng sinh. Đây là phương pháp được đánh giá là đơn giản, xâm lấn tối thiểu, khả thi và có thể thay thế cho phẫu thuật đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ cao khi phẫu thuật.

Từ khóa: Dị vật đường tiêu hóa, áp xe gan, thủng đường tiêu hóa, xương cá

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC REMOVAL OF FISH BONE FROM LIVER ABSCESS

Foreign body in the gastrointestinal tract is a common cause of emergency hospitalization in many patients. Most gastrointestinal foreign bodies can be eliminated naturally from the body. In some cases, foreign bodies migrate to other organs, causing many dangerous complications and need to be removed from the body timely. In this article, we present a case of a 64-year-old man who was diagnosed with a hepatic abscess secondary to a migrated fish bone. The fishbone was successfully removed by image-guided Percutaneous Transhepatic Removal (IPTR) approach and then the patient received antibiotics for the abscess. This method is simple, minimal invasive, feasible alternative to surgical removal, particularly if the patient is considered to be at high surgical risk.

Keywords: Ingested foreign bodies, hepatic abscess, gastrointestinal perforation, fishbone

¹Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Mạnh

Email: ntmanh2209@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

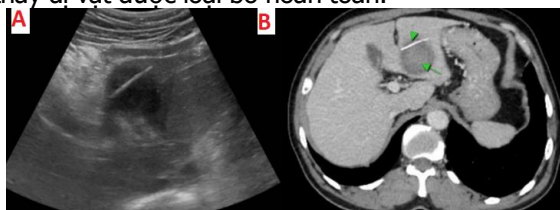
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật ống tiêu hóa là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu. Mặc dù tỷ lệ dị vật ống tiêu hóa có thể đào thải tự nhiên ra ngoài cơ thể khá cao, vẫn có một số trường hợp xuất hiện biến chứng nguy hiểm như thủng ống tiêu hóa, tắc ruột, rò, nhiễm khuẩn huyết, thậm chí có thể gây tử vong [1],[2]. Một nghiên cứu đưa ra rằng 80-90% dị vật ống tiêu hóa không cần can thiệp, 10-20% cần nội soi gấp bỏ và khoảng 1% cần phẫu thuật [1]. IPTR hiện được chỉ định ngày càng nhiều, thay thế cho một số phương pháp điều trị truyền thống [3],[4]. Trong bài này, chúng tôi xin trình bày hai ca lâm sàng bệnh nhân có dị vật trong ổ áp xe gan trái, đã được gấp bỏ qua da dưới hướng dẫn của nội soi, siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả ca lâm sàng: Bệnh nhân nam, 64 tuổi, tiền sử tăng huyết áp. Vào viện vì đau bụng hạ sườn phải âm ỉ liên tục 1 tháng nay kèm sốt cao. Khám vào viện, bệnh nhân tỉnh, mạch nhanh 90 lần/phút, huyết áp 130/60 mmHg, nhiệt độ 38°C, da niêm mạc nhợt. Khám bụng cho thấy ấn đau hạ sườn phải, có dấu hiệu rung gan. Ngoài ra không thấy bất thường khác. Kết quả xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu 5.42 G/l, tỷ lệ trung tính 55%, nồng độ bilirubin trong giới hạn bình thường. Trên hình ảnh siêu âm ổ bụng thấy nhu mô gan trái có ổ dịch đặc, kích thước 40x42mm, vỏ dày, trong có vách và có cấu trúc tăng âm mạnh hình que dài 35mm (Hình 1A). Hình ảnh siêu âm gợi ý áp xe gan trái kèm dị vật bên trong ổ áp xe. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy nhu mô gan trái có ổ áp xe kích thước 43x40mm, trung tâm có thành phần máu tụ tăng tỷ trọng tự nhiên, bên trong có dị vật tăng mật độ tỷ trọng tự nhiên (tương đương với tỷ trọng xương) dài 31mm, không thấy khí hay dịch tự do ổ bụng (Hình 1B). Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan trái do dị vật trong gan.

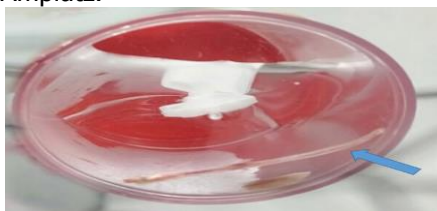
Chúng tôi thực hiện kỹ thuật lấy dị vật qua da bằng đường hầm xuyên nhu mô gan. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ bằng 10ml lidocain 2%, sau đó chọc qua da vào ổ tụ dịch gan trái dưới hướng dẫn siêu âm (Hình 2). Luồn dây dẫn cứng vào ổ dịch và tiến hành nong và đặt cổng Amplatz 18F. Nội soi kiểm tra lại dị vật nằm trong ổ dịch, vây quanh bởi nhiều tổ chức xơ. Chúng tôi tiến hành gấp bỏ dị vật kèm hút dịch trong ổ áp xe (Hình 2). Dùng kim sinh thiết kẹp bỏ tổ chức và lấy ra dị vật trắng ngà nghi là xương cá (Hình 3). Siêu âm lại sau can thiệp cho thấy dị vật được loại bỏ hoàn toàn.



Hình 1. (A), (B) Hình ảnh siêu âm, CLVT của BN trước can thiệp. Ổ áp xe nhu mô gan trái trung tâm có máu tụ, bên trong có dị vật tăng quang trên CLVT (đầu mũi tên xanh lá cây).



Hình 2: (A) Chọc kim vào ổ dịch dưới hướng dẫn siêu âm. (B) Amplatz 18F được đặt qua da vào nhu mô gan trái để lấy dị vật dưới hướng dẫn siêu âm và DSA. (C) Dị vật đang được lấy nằm trong Amplatz.



Hình 3: Dị vật nghi ngờ là xương cá dài 31mm (mũi tên xanh dương).



Hình 4: Siêu âm kiểm tra lại sau điều trị thấy ổ áp xe giảm kích thước đáng kể, không còn dị vật trong ổ áp xe gan trái.

Sau can thiệp, bệnh nhân được điều trị kháng sinh và tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân được cải thiện. Siêu âm kiểm tra lại thấy ổ áp xe giảm kích thước đáng kể (20x22mm) sau điều trị kháng sinh 3 ngày (Hình 4). Bệnh nhân được ra viện sau 7 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Áp xe gan thứ phát sau nuốt dị vật rất hiếm gặp trên lâm sàng. Ca lâm sàng đầu tiên về tình trạng này được tác giả Lambert trình bày vào năm 1898 và số lượng các ca ngày càng được trình bày nhiều trên y văn. Trong báo cáo của Chong và cộng sự có hồi cứu y văn cho thấy đến năm 2014 có 88 ca áp xe gan do dị vật đường tiêu hóa đã được báo cáo, tỷ lệ gặp nhiều hơn ở nam (73%) [3]. Theo y văn, các ổ áp xe gan do dị vật thường do xuyên thủng thành dạ dày, thùy trái thì hay gặp hơn thùy phải và xương cá là loại dị vật hay gặp nhất [3],[5]. Triệu chứng lâm sàng điển hình là sốt, sốt, đau bụng hạ sườn phải, dấu hiệu rung gan và ấn kế sườn dương tính, tuy nhiên nhiều trường hợp triệu chứng lâm sàng có thể không đặc hiệu. Đa số các trường hợp bệnh nhân không nhớ rõ về tiền sử nuốt dị vật cũng như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi. CLVT là phương pháp lựa chọn tốt nhất trong phát hiện dị vật trong áp xe gan thứ phát.

Điều trị áp xe gan do dị vật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, kích thước, tính chất dị vật, lâm sàng của bệnh nhân và điều kiện cơ sở vật chất tại bệnh viện. Các lựa chọn điều trị lấy dị vật bao gồm phẫu thuật mổ mở, mổ nội soi, nội soi qua đường dạ dày tá tràng, các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu có hoặc không có sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Đa số các trường hợp được báo cáo, phẫu thuật loại bỏ dị vật được coi là phương pháp điều trị ưu tiên [3]. Kỹ thuật gấp dị vật qua nội soi dạ dày hữu hiệu trong trường hợp dị vật có phần nằm trong lòng dạ dày hoặc tá tràng. Một phương pháp ít xâm lấn hơn cũng đã được áp dụng và báo cáo trong y văn là phương pháp lấy dị vật qua da bằng đường hầm xuyên nhu mô gan (IPTR). Tác giả Lau và cộng sự cũng đã áp dụng phương pháp này nhằm loại bỏ thành công xương cá trong ổ áp xe gan năm 2017 [6]. Ca lâm sàng của chúng tôi dị vật đều không có phần nằm trong lòng ống tiêu hóa và không quan sát thấy được qua đường nội soi dạ dày. Vì vậy chúng tôi đã quyết định và thực hiện thành công lấy dị vật bằng phương pháp IPTR dưới sự hỗ trợ của siêu âm và nội soi đường mật. Ưu điểm của kỹ thuật là thời gian ngắn và an toàn. Ngoài ra

đây còn là phương pháp xâm lấn tối thiểu chỉ cần gây tê tại chỗ. Việc sử dụng siêu âm cung cấp hình ảnh thời gian thực và hỗ trợ phát hiện dị vật. Nhược điểm của IPTR là không thể loại bỏ dị vật có kích thước lớn hơn (lớn hơn đường kính Amplatz 18F). Kỹ thuật này cũng hạn chế ở những BN có áp xe có đường thông với ổ phúc mạc. Vì quá trình nội soi bơm rửa nước muối sinh lý trong ổ áp xe có thể làm lây lan tình trạng viêm, dẫn đến viêm phúc mạc. IPTR không được sử dụng trong tình trạng viêm cấp tính, BN nên được dẫn lưu trước và điều trị kháng sinh toàn thân. Hai BN của chúng tôi đều được sử dụng kháng sinh toàn thân trước can thiệp 2-3 ngày. Ca lâm sàng của chúng tôi có máu tụ lớn chưa dịch hóa hoàn toàn trong ổ áp xe nên không được tiến hành dẫn lưu trước.

Cho đến nay có nhiều phương pháp lấy dị vật ở các vị trí khác đã được báo cáo. Năm 2009, Kurita và cộng sự đã thiết kế một hệ thống nội soi mới để loại bỏ dị vật trong ổ phúc mạc thông qua một cổng đơn 5mm với một ống soi đường mặt mềm, dị vật được gắp ra ngoài bằng snare [7]. Năm 2015 Park và cộng sự báo cáo việc sử dụng thành công kỹ thuật bóc tách hydro kết hợp với siêu âm độ phân giải cao và bộ nong (7F-12F) để loại bỏ dị vật chi trên và chi dưới thuận lợi [8]. Ngoài ra, kim sinh thiết sau đó được sử dụng để lấy dị vật theo hướng dẫn hình ảnh. Ca lâm sàng của chúng tôi là trường hợp không thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới, bệnh nhân đã thành công được điều trị khỏi bằng phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu mà không có biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Áp xe gan thứ phát do dị vật ống tiêu hóa rất hiếm gặp trên thực tiễn lâm sàng. IPTR là phương pháp điều trị lấy dị vật nhanh, xâm lấn tối thiểu và là sự lựa chọn tốt với các bệnh nhân có nguy cơ cao với phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Webb W A (1995).** Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc*, 41(1), pp.39-51.
2. **Committee A S o P, Ikenberry S O, Jue T L et al (2011).** Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*, 73(6), pp.1085-91.
3. **Chong L W, Sun C K, Wu C C et al (2014).** Successful treatment of liver abscess secondary to foreign body penetration of the alimentary tract: a case report and literature review. *World J Gastroenterol*, 20(13), pp.3703-11.
4. **Lau C W, Wong K M, Gogna A (2017).** Image-guided Percutaneous Transhepatic Removal of Fish Bone from Liver Abscess. *J Radiol Case Rep*, 11(2), pp.1-7.
5. **Santos S A, Alberto S C, Cruz E et al (2007).** Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. *World J Gastroenterol*, 13(9), pp.1466-70.
6. **Lau CW, Wong KM, Gogna A (2017).** Image-guided Percutaneous Transhepatic Removal of Fish Bone from Liver Abscess. *J Radiol Case Rep*, 11(2):1-7.
7. **Kurita N, Shimada M, Nakao T et al (2009).** Laparoscopic removal of a foreign body in the pelvic cavity through one port using a flexible cholangioscope. *Dig Surg*, 26(3), pp.205-8.
8. **Park H J, Lee S M, Lee S Y et al (2015).** Ultrasound-Guided Percutaneous Removal of Wooden Foreign Bodies in the Extremities with Hydro-Dissection Technique. *Korean J Radiol*, 16(6), pp.1326-31.

ĐÁNH GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG HOẠT ĐỘNG MARKETING HỖN HỢP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUỲNH PHỤ NĂM 2021

Nguyễn Hồng Trang¹, Phạm Hữu Ánh², Trần Minh Hậu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Marketing hỗn hợp là một phần trong hoạt động marketing các dịch vụ bệnh viện nhằm thu hút khách hàng (bệnh nhân). Mặc dù điều dưỡng là người trực tiếp thực hiện các hoạt động liên quan đến

marketing dịch vụ bệnh viện nhưng hiện chưa có nghiên cứu cụ thể. **Mục tiêu:** mô tả sự đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần của hoạt động marketing hỗn hợp tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình, năm 2021. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 94,6 -100% điều dưỡng đều biết và đồng ý về sản phẩm dịch vụ y tế của bệnh viện. 99,1% đối tượng nghiên cứu cho rằng giá các loại dịch vụ y tế là phù hợp với điều kiện chung của xã hội. Có 02 nhóm yếu tố yếu tố thu nhập của người bệnh cao và thu phí của bệnh viện thì số không đồng ý có tỷ lệ khá cao, tương ứng là 57,1% và 80,5%. 100% điều dưỡng cho rằng địa điểm của bệnh viện rất thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ. Điều dưỡng đánh giá hoạt động xúc tiến quảng bá của

¹Trường Đại học Phenikaa, Hà Nội

²Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình

³Trường Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Trang

Email: trang.nguyenhong@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 24.5.2022

bệnh viện khá cao, với trên 90%. Nhân viên y tế có trình độ, kỹ năng tốt, có thái độ đúng đắn và đối xử bình đẳng với người bệnh chiếm từ 96,8% - 100%. Cơ sở vật chất của bệnh viện tốt chiếm tỷ lệ cao từ 91% đến 100%. Các thủ tục nhập viện, xuất viện, thanh toán viện phí và các thủ tục khác của bệnh viện là đơn giản thuận tiện hợp lý chiếm trên 91%. **Kết luận:** Các hoạt động trong cấu phần hoạt động marketing hỗn hợp tại bệnh viện được sự đánh giá cao của điều dưỡng viên. Có một số nội dung cần xem xét thêm để nâng cao chất lượng bệnh viện nhằm mục tiêu thu hút thêm khách hàng tiềm năng. **Từ khóa:** điều dưỡng, marketing hỗn hợp, bệnh viện

SUMMARY

ASSESSMENT OF NURSES IN COMPONENTS OF MARKETING MIX AT QUYNH PHU GENERAL HOSPITAL IN 2021

Background: The marketing mix - a part of marketing activities of hospital services is to attract customers (patients). Nurses who directly carries out activities related to marketing hospital services, there is no specific research currently available. **Objectives:** describe the nursing assessment in components of marketing mix at Quynh Phu general hospital in 2021. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was used. **Results:** 94.6 -100% of participants know and agree about the hospital's medical products and services. 99.1% of the participants believe that the prices of medical services are suitable with the general conditions of the society. There are 02 groups of factors such as high patient's income and hospital fee collection, the percentage of disagreeing is quite high, respectively 57.1% and 80.5%. 100% of participants think that the location of the hospital is very convenient for accessing services. Nurses rate the hospital's promotional activities quite high, with over 90%. Medical staff with good qualifications and skills, with the right attitude and equal treatment with patients accounted for 96.8% - 100%. The hospital's facilities are good, accounting for a high rate from 91% to 100%. The hospital admission, discharge, hospital fee payment and other procedures are simple, convenient and reasonable, accounting for over 91%. **Conclusion:** The activities in the marketing mix components at the hospital were highly appreciated by the participants. There are a number of issues that need to be further considered to improve the quality of the hospital in order to attract more potential customers.

Key words: nurses, marketing mix, hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với mục tiêu thu hút khách hàng (bệnh nhân) đến khám, rất nhiều hoạt động marketing đã được các bệnh viện đưa ra cùng với chiến lược phát triển của bệnh viện. Trong đó, ngoài đội ngũ chính làm công việc marketing cho bệnh viện thì người tiếp xúc trực tiếp và gần gũi nhất với người bệnh chính là các điều dưỡng viên – phụ trách việc chăm sóc toàn diện cho người bệnh.

Hoạt động marketing bệnh viện bao gồm các

hoạt động marketing về dịch vụ cốt lõi với dịch vụ khám chữa bệnh là dịch vụ chính của bệnh viện và dịch vụ bao quanh là các dịch vụ phụ, tạo nên giá trị gia tăng cho khách hàng, làm tăng sự thỏa mãn với dịch vụ cốt lõi, tăng nhận diện và thương hiệu của bệnh viện. Marketing hỗn hợp trong marketing bệnh viện gồm 7 yếu tố P [1] như sau: (1) Sản phẩm dịch vụ bệnh viện (Product); (2) Giá dịch vụ (Price); (3) Địa điểm bệnh viện (Place); (4) Các chương trình khuyến mại (Promotion); (5) Nhân viên y tế (People); (6) Cơ sở vật chất (Physical attraction); (7) Quản lý quy trình (Process)

Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình đã triển khai nhiều giải pháp nhằm cải thiện về cơ sở hạ tầng bệnh viện, công tác vệ sinh môi trường, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cũng như marketing về các dịch vụ của bệnh viện. Thêm vào đó, sự thay đổi tích cực về tinh thần, thái độ làm việc của nhân viên y tế đặc biệt là điều dưỡng viên cũng được chú trọng nhằm đáp ứng hơn sự hài lòng của người bệnh, từ đó thu hút thêm nguồn khách hàng mới cho bệnh viện. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu về sự tham gia trực tiếp của điều dưỡng trong hoạt động marketing hỗn hợp này tại bệnh viện, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu sự đánh giá của điều dưỡng trong 7 cấu phần của hoạt động marketing hỗn hợp tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 112 điều dưỡng viên của bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ. Thời gian thu thập số liệu nghiên cứu từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2021. Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, bằng bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi của Abedi [2] liên quan đến các cấu phần marketing hỗn hợp. Mỗi câu hỏi được trả lời theo thang điểm Likert (rất không đồng ý, không đồng ý, không ý kiến, đồng ý và rất đồng ý).

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để nhập và xử lý số liệu. Trong quá trình phân tích số liệu, chúng tôi đã ghép các câu trả lời "rất không đồng ý"; "không đồng ý" và "không ý kiến" được đánh giá ở mức "không đồng ý". Đối tượng nghiên cứu có câu trả lời "đồng ý" và "rất đồng ý" được đánh giá ở mức "đồng ý".

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thông qua và cho phép tiến hành đồng thời được sự đồng ý của lãnh đạo và các khoa phòng liên quan của bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần sản phẩm marketing dịch vụ y tế****Bảng 3.1. Ý kiến của ĐTNCC về cấu phần sản phẩm marketing dịch vụ y tế**

Cấu phần sản phẩm	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
Dịch vụ lễ tân, tiếp đón	112	100	00	0,0
Dịch vụ vận chuyển	110	98,2	02	1,8
Hoạt động bộ phận hộ lý tốt	106	94,6	06	5,4
Dịch vụ tư vấn từ xa	111	99,1	01	0,9
Dịch vụ phẫu thuật trong ngày	108	96,4	04	3,6
Dịch vụ trọn gói tại BV	110	98,2	02	1,8

Kết quả cho thấy: Hầu hết đối tượng nghiên cứu (tỷ lệ 94,6 - 100% số đối tượng) đều biết và đồng ý về các loại cấu phần marketing dịch vụ y tế.

3.2. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần giá dịch vụ y tế**Bảng 3.2. Ý kiến của ĐTNCC về cấu phần giá dịch vụ y tế**

Cấu thành giá	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
Giá cả phải chăng	111	99,1	01	0,9
Chất lượng điều trị phù hợp với giá cả	111	99,1	01	0,9
Người bệnh có thu nhập cao hơn	48	42,8	64	57,2
Bệnh viện thu phí hợp lý	22	19,5	90	80,5
Chi phí xét nghiệm hợp lý	111	99,1	01	0,9
Chính sách ổn định giá	111	99,1	01	0,9

Kết quả cho thấy hầu hết đối tượng nghiên cứu cho rằng giá các loại dịch vụ y tế là phù hợp với điều kiện chung của xã hội, chiếm tỷ lệ 99,1%. Tuy nhiên hai nhóm yếu tố thu nhập của người bệnh cao và thu phí của bệnh viện thì số không đồng ý có tỷ lệ khá cao, chiếm tỷ lệ tương ứng là 57,2% và 80,5%.

3.3. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần địa điểm của bệnh viện**Bảng 3.3. Ý kiến của ĐTNCC về cấu phần địa điểm của bệnh viện**

Cấu phần địa điểm	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
Vị trí thuận tiện giao thông, dễ tìm	112	100	00	0,0
BV thu hút bệnh nhân từ vùng khác	112	100	00	0,0
BV mở rộng dịch vụ	93	83,0	19	17,0
BV có môi trường sạch sẽ	112	100	00	0,0
Biển chỉ dẫn rất rõ ràng	112	100	00	0,0

Kết quả cho thấy hầu hết đối tượng nghiên cứu cho rằng bệnh viện nằm ở vị trí thuận tiện giao thông, dễ tìm; BV thu hút bệnh nhân từ vùng khác; BV có môi trường sạch sẽ và BV có biển chỉ dẫn rất rõ ràng, chiếm 100%. Riêng ý kiến bệnh viện mở rộng dịch vụ sang các vùng lân cận thì có 19 người không đồng ý chiếm tỷ lệ khá cao 17%.

3.4. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần các hoạt động xúc tiến quảng bá**Bảng 3.4. Ý kiến của ĐTNCC về cấu phần các hoạt động xúc tiến quảng bá**

Hoạt động xúc tiến quảng bá	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
Tuyên truyền các dịch vụ	112	100	00	0,0
Quảng bá trực tiếp các dịch vụ	109	97,3	03	2,7
Chiến dịch khuyến mại đặc biệt	103	91,9	09	8,1
Người bệnh có phản ứng tốt	105	93,7	07	6,3
Uy tín của bệnh viện	100	89,3	12	10,7
Hình ảnh thương hiệu mạnh	112	100	00	0,0

Kết quả bảng trên cho thấy: - Hầu hết đối tượng cho rằng bệnh viện có khả năng tuyên truyền và đẩy mạnh các dịch vụ của mình đến bệnh nhân và người thân của họ với tỷ lệ rất cao trên 90%.

- Riêng với ý kiến về các chiến dịch khuyến mại đặc biệt và về uy tín của bệnh viện thì có số người không đồng ý khá cao với tỷ lệ từ 8,1 - 10,7%.

3.5. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần nhân viên y tế**Bảng 3.5. Ý kiến của ĐTNC về cấu phần nhân viên y tế**

Cấu phần nhân lực	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
BS có kiến thức, kỹ năng, thái độ tốt	112	100	00	0,0
Đổi xử bình đẳng với người bệnh	108	96,8	04	3,6
ĐD có kỹ năng tốt, biết hỗ trợ nhau	108	96,8	04	3,6
Hộ lý làm việc có nề nếp	108	96,8	04	3,6
NVYT thông cảm với BN	107	95,5	05	4,5

Kết quả bảng trên cho thấy: ĐTNC cho rằng bác sỹ có trình độ, kỹ năng tốt, có thái độ đúng đắn và đổi xử bình đẳng với người bệnh chiếm từ 96,8% - 100%. Điều dưỡng có kỹ năng tốt, biết hỗ trợ nhau trong công việc, làm việc có nề nếp cũng có tỷ lệ cao 96,8%.

3.6. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần cơ sở vật chất của bệnh viện**Bảng 3.6. Ý kiến của ĐTNC về cấu phần cơ sở vật chất của bệnh viện**

Cấu phần cơ sở vật chất	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
Bệnh viện có cơ sở vật chất đảm bảo	111	99,1	01	0,9
Phòng bệnh được trang trí tốt	110	98,2	02	1,8
Hệ thống chiếu sáng và thông gió tốt	112	100	00	0,0
Điện, nước, giao thông, bảo mật... tốt	102	91,0	10	9,0

Kết quả bảng trên cho thấy: Nhìn chung đối tượng đều đánh giá cơ sở vật chất của bệnh viện tốt (kể cả nội thất phòng bệnh, môi trường, điện nước và vệ sinh bệnh viện) chiếm tỷ lệ cao từ 91% đến 100%.

3.7. Đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần quản lý quy trình/thủ tục**Bảng 3.7. Ý kiến của ĐTNC về cấu phần quản lý quy trình/thủ tục**

Cấu phần quy trình thủ tục	Đồng ý		Không đồng ý	
	n	%	n	%
Quy trình điều trị lâu, mất thời gian	20	17,9	92	82,1
Quy trình cấp cứu phức tạp	25	22,3	87	77,7
Quy trình xuất viện, thanh toán đơn giản	107	95,5	05	4,5
Quỹ dịch vụ đầy đủ mặt hàng	103	91,9	09	8,1
Thời gian chờ đợi hợp lý	107	95,5	05	4,5

Kết quả bảng trên cho thấy: Số ý kiến đánh giá về quy trình điều trị lâu mất thời gian, cấp cứu phức tạp khá thấp chỉ chiếm tỷ lệ dưới 22%.

Hầu hết đồng ý rằng các thủ tục nhập viện, xuất viện, thanh toán viện phí và các thủ tục khác của bệnh viện là đơn giản thuận tiện hợp lý chiếm trên 91%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ hiện đã phát triển rất tốt các dịch vụ cơ bản trong bệnh viện trong đó bao gồm các dịch vụ bao quanh và dịch vụ dự phòng, với mức đánh giá chung của sản phẩm dịch vụ y tế là hơn 90%. Kết quả việc thiết kế lại giúp gia tăng sự hài lòng của bệnh nhân và tinh thần của nhân viên y tế, lượng khách hàng đến sử dụng dịch vụ đã tăng 15% so với trước khi cải thiện. Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Hiệp với mức điểm các vấn đề thuộc yếu tố sản phẩm dịch vụ đạt trung bình từ 0,97 đến 1,17 điểm, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Diễm yếu tố này cũng đạt tối đa 100% số điểm [3].

Giá dịch vụ là một chính sách quan trọng trong cạnh tranh. Đây chính là yếu tố có vai trò quan trọng để dịch vụ của bệnh viện có thể dễ

tiếp cận sử dụng cho số đông cộng đồng và tạo ra sự tương ứng chi phí - hiệu quả trong cung ứng dịch vụ. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân (2014) tại bệnh viện đa khoa huyện Kim Thành, tỉnh Hải Dương [4], chính sách về giá chiếm đến 50% ảnh hưởng tới hoạt động kinh doanh của bệnh viện. Kết quả nghiên cứu này cũng cho rằng tác động của marketing tới hiệu quả kinh doanh 90% là tích cực.

Một trong số điểm quan trọng trong việc marketing dịch vụ y tế chính là địa điểm của bệnh viện. Bốn trong năm nội dung được điều dưỡng đánh giá là tốt với tỷ lệ 100%. Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Nasiripour và cộng sự nhấn mạnh đến "địa điểm" và "giá cả" là thành phần quan trọng nhất trong việc lựa chọn bệnh viện công ở Iran.

Hoạt động xúc tiến quảng bá nhằm mục tiêu

tăng tính nhận diện của bệnh viện đối với khách hàng mục tiêu, xây dựng hình ảnh của bệnh viện trong tâm trí của khách hàng tác động đến hành vi sử dụng dịch vụ của khách hàng để đạt hiệu quả tối ưu. Các kết quả về hoạt động này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu phân tích marketing hỗn hợp (7Ps) tại 02 bệnh viện APOLLO và CARE của tác giả Sreenivas [5]. Nghiên cứu cho rằng, bệnh viện phải dễ dàng tiếp cận với người bệnh và cần được đảm bảo sạch sẽ, tránh ô nhiễm. Bệnh viện sẽ cố gắng cung cấp các dịch vụ và có thể tiếp cận được với khách hàng. 92,5% điều dưỡng của 02 bệnh viện được khảo sát đồng ý với ý kiến trên.

Tại bệnh viện, kênh cung cấp dịch vụ chính là trực tiếp từ người bệnh đến khám chữa bệnh và người cung cấp dịch vụ là đội ngũ y bác sĩ, nhân viên trong bệnh viện. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, điều dưỡng – người trực tiếp chăm sóc người bệnh – có mối liên hệ và sâu sắc nhất sẽ là người mang các thông tin cần thiết đến cho khách hàng của mình. Kết quả này phù hợp với kết quả của nghiên cứu tiến hành tại các bệnh viện ngoài công lập của Yaghoobi và cộng sự đã kết luận rằng nhân viên tại bệnh viện (bác sĩ và NVYT) là những yếu tố quan trọng nhất trong việc lựa chọn bệnh viện điều trị của bệnh nhân [6]. Tại nghiên cứu với các bệnh viện liên kết với Quân đội Iran (2016), các tác giả cũng nhận thấy rằng yếu tố “bác sĩ và nhân viên” có tác động lớn nhất đến sự lựa chọn của người bệnh [7].

Cơ sở vật chất cũng là một trong những điểm cốt lõi trong việc lựa chọn bệnh viện của người bệnh, theo kết quả khảo sát của một vài nghiên cứu. Nghiên cứu của Bahadori M và cộng sự trên bệnh viện liên kết với Quân đội Iran cho thấy “cơ sở vật chất phòng khám” là yếu tố lựa chọn thứ 2, đứng sau yếu tố con người [7]. Kết quả tương tự được tìm thấy ở nghiên cứu của Bucatariu L tại một bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy sự tiện nghi hay cơ sở vật chất là yếu tố hàng đầu ảnh hưởng đến việc lựa chọn bệnh viện của người bệnh [8].

Quy trình, thủ tục tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ được đánh giá cao, phù hợp, không gây mất thời gian và cộng sức của người bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn cao hơn nhiều nghiên cứu của Lê Thị Hải Yến tại Phú Thọ khi có tới khoảng 50% khách hàng đánh giá quy trình phục vụ còn chưa khoa học và chưa tiết kiệm thời gian. Điều này có thể giải thích là do đôi tượng nghiên cứu của nghiên cứu này chính là điều dưỡng viên (người thực hiện dịch vụ) tại bệnh viện chứ không phải khách hàng (người sử

dụng dịch vụ). Quy trình cũng là một trong những yếu tố góp phần vào sự lựa chọn bệnh viện của người bệnh, theo kết quả của tác giả Abedi và Abedini nghiên cứu trên các bệnh viện công ở Iran.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đánh giá của điều dưỡng trong các cấu phần của hoạt động marketing hỗn hợp tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ là khá tốt. Trong 7 cấu phần liên quan, phần lớn các cấu phần đạt được sự đồng ý cao. Hiện có ý kiến về việc thu phí của bệnh viện là chưa hợp lý và quy trình điều trị và cấp cứu cần được xem xét cải thiện hơn. Các cấu phần này đều có đóng góp quan trọng vào trong sự lựa chọn bệnh viện của bệnh nhân, đặc biệt là nhân viên y tế.

KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả của nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng bệnh viện cần tăng cường hơn nữa sự chuyên môn hóa trong các quy trình thủ tục để giúp bệnh nhân cũng như các khách hàng thuận tiện hơn trong việc sử dụng dịch vụ. Chính sách giá cần rõ ràng và cạnh tranh cũng như mở rộng thêm chăm sóc khách hàng sau khi sử dụng dịch vụ để thu hút thêm các đối tượng có nhu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Trí Dũng (2015)**, Marketing bệnh viện. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Abedi G and Abedini E (2017)**, Prioritizing of marketing mix elements effects on patients' tendency to the hospital using analytic hierarchy process, International Journal of Healthcare Management. 10 (1), pg. 34-41.
3. **Nguyễn Thị Thanh Diễm (2017)**, Thực trạng hoạt động marketing và nhận thức của khách hàng về marketing dịch vụ y tế tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
4. **Nguyễn Thị Hồng Vân (2014)**, Hoàn thiện marketing - mix phát triển thị trường bệnh viện đa khoa huyện Kim Thành, Hải Dương, Luận văn, Đại học Thương mại.
5. **Sreenivas Tet al (2013)**, An analysis on marketing mix in hospitals, International Journal of Advanced, 4 (2), pg. 187-207
6. **Yaghoobi M and et al. (2011)**, Factors Affecting Patients' P in Choosing a Hospital Based on the Mix Marketing Components in Isfahan, Hakim Research Journal. 14 (2), pg. 106-114.
7. **Bahadori M et al**, Factors contributing towards patient's choice of a hospital clinic from the patients' and managers' perspective. Electron Physician. 2016;8 (5):2378-87
8. **Bucatariu L et al**, Patient perception and choice factors related to international hospitals: a study in Ho Chi Minh City, Vietnam. J Health Med Inform. 2017;8 (3)

HIỆU QUẢ CỦA CAPECITABINE ĐƠN CHẤT TRONG ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Thị Cúc¹, Trần Thắng¹, Hoàng Ngọc Tấn¹, Vũ Hồng Thăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, độc tính của điều trị duy trì capecitabine trong ung thư đại trực tràng di căn. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn, đạt được kiểm soát bệnh sau khi điều trị bước 1, tiếp tục điều trị duy trì capecitabine tại bệnh viện K từ 10/2019 đến 2/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58,4 tuổi; vị trí u nguyên phát hay gặp nhất ở trực tràng là 42,6%, đại tràng trái là 32,4%, đại tràng phải 25%; ung thư biểu mô tuyến chiếm 88,2 %, ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 11,8%; giai đoạn bệnh di căn ngay từ đầu hay gặp chiếm 73,5 %. Vị trí di căn hay gặp nhất là gan chiếm 67,6%, sau đó là phổi 26,5% và phúc mạc 19,1%. Tỷ lệ điều trị hoá chất bước 1 có oxaliplatin chiếm 75%, phác đồ có irinotecan chiếm 25%. Đặc điểm đáp ứng sau điều trị bước 1: bệnh đáp ứng hoàn toàn 7,4%, bệnh đáp ứng một phần là 73,5%, bệnh giữ nguyên là 19,1%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của điều trị duy trì (PFS) trung bình là 8,7 tháng. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển từ khi bắt đầu điều trị hoá chất bước 1(PFS1) đạt 15,2 tháng. Tác dụng phụ hay gặp chủ yếu là độ 1,2 với hội chứng bàn tay, bàn chân 21,2%; thiếu máu 3,1%; hạ bạch cầu 4,8%; hạ tiểu cầu 5,7%. **Kết luận:** Điều trị duy trì Capecitabine trong ung thư đại trực tràng di căn giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và độc tính ở mức chấp nhận được.

Từ khóa: Điều trị duy trì, ung thư đại trực tràng di căn, capecitabine.

SUMMARY

EFFECT OF SINGLE- AGENT CAPECITABINE IN THE MAINTENANCE TREATMENT METASTATIC COLORECTAL CANCER AT K HOSPITAL

Aims: This study was to evaluate the efficacy and safety of maintenance therapy with capecitabine following induction chemotherapy in patients with metastatic colorectal cancer. **Patient and Method:** Between October 2019 and February 2022, 68 patients were enrolled in the study in Vietnam National cancer Hospital. Patients who completed induction chemotherapy and achieved disease control were received maintenance therapy of capecitabine until disease progression or unacceptable toxicity. **Results:** Mean age was 58,4 years; 42,6% had rectal primary tumor, 32,4% had left-sight colon primary tumor, 25%

had right-sight colon primary tumor; metachronous occurred in 73,5% patients. Histopathological result were 88,2% adenocarcinoma, 11,8% mucinous adenocarcinoma. The most common site of metastasis was the liver (67.6%), followed by the lung (26.5%) and the peritoneum (19.1%). The first-line regimen with oxaliplatin-base was 75%, irinotecan-base was 25%. After induction treatment partial response was 73,5% and 19,1% had stable disease. The median progression-free survival (PFS) after maintenance therapy was 8.7 months. Progression-free survival after induction chemotherapy (PFS1) was 15.2 months. The most common side effects are grade 1,2 with hand and foot syndrome 21.2%; anemia 3.1%; neutropenia 4.8%; thrombocytopenia 5.7%. **Conclusion:** Maintenance treatment with capecitabine in patients with metastatic colorectal cancer is effective and does not compromise quality of life.

Keywords: maintenance treatment, metastatic colorectal cancer, capecitabine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong các loại ung thư hay gặp. Theo ghi nhận của GLOBOCAN 2020, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 về tỷ lệ mắc, đứng hàng thứ 2 về tỷ lệ tử vong. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng vẫn có khoảng 20% đến 40% số bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán đã phát hiện di căn xa. Phương pháp điều trị chính cho UTĐTT giai đoạn tái phát, di căn là phối hợp hóa chất với các thuốc điều trị sinh học nhằm mục đích kéo dài thời gian sống thêm và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Phác đồ đầu tay được lựa chọn trong điều trị bước 1 là hóa trị phối hợp oxaliplatin hoặc irinotecan với 5FU, cộng thêm với thuốc điều trị sinh học như bevacizumab, cetucimab... Với sự phối hợp của hóa trị và các thuốc điều trị sinh học đã cải thiện có ý nghĩa thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân lên đến gần 30 tháng [4]. Tuy nhiên khoảng thời gian điều trị hóa chất tấn công với phác đồ phối hợp nhiều thuốc sau khi bệnh đạt được đáp ứng tối đa vẫn còn nhiều tranh cãi, do liên quan đến vấn đề về độc tính thần kinh tích lũy của oxaliplatin và độc tính trên hệ tiêu hoá của irinotecan. Chính vì thế quan điểm điều trị duy trì ra đời nhằm mục đích vẫn cải thiện được kết quả về thời gian sống thêm và bên cạnh đó giảm các tác dụng phụ của việc đa hoá trị kéo dài. Capecitabine là dạng thuốc đường uống của 5FU truyền tĩnh mạch,

¹Bệnh viện K

²Đại học y hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Cúc

Email: hoangcuccuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

nền tảng trong điều trị ung thư đường tiêu hóa. Sử dụng Capecitabine đơn trị liệu trong điều trị duy trì ung thư đại trực tràng di căn sau điều trị bước một đã chứng minh cải thiện thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) so với nhánh quan sát qua một số nghiên cứu với thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) khoảng 4-6 tháng [3],[5]. Bên cạnh đó sử dụng capecitabine đường uống giúp bệnh nhân dễ dàng tuân thủ điều trị, giảm chi phí, các tác dụng phụ trên huyết học và ngoài hệ tạo huyết dễ dàng kiểm soát trên lâm sàng. Chính vì vậy tại Việt Nam, capecitabine vẫn là thuốc đầu tay trong điều trị duy trì UTĐTT tái phát di căn được áp dụng tại một số cơ sở chuyên khoa ung bướu bởi tính hiệu quả và tính khả thi của phác đồ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và một số tác dụng phụ không mong muốn của capecitabine đơn trị trong điều trị duy trì ung thư đại trực tràng tái phát, di căn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng tái phát, di căn được điều trị duy trì bằng capecitabine đơn trị sau hoá trị phối hợp bước 1 tại bệnh viện K từ tháng 10/2019 đến tháng 2/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng giai đoạn tái phát di căn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn hoặc tiềm năng phẫu thuật triệt căn.

- Có đáp ứng hoặc bệnh ổn định sau điều trị phác đồ hoá chất bước 1 có oxaliplatin hoặc irinotecan.

- Số chu kỳ capecitabine tối thiểu là 3 chu kỳ.

- Tổn thương di căn đo được trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

- Chức năng gan, thận và tủy xương trong giới hạn cho phép.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mặc ung thư thứ 2, mắc bệnh lý nội khoa trầm trọng khác, bỏ điều trị hoặc hồ sơ ghi chép không rõ ràng.

1.2 Phương pháp nghiên cứu và thu thập số liệu:

• Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

• Phương pháp thu thập số liệu: các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lấy vào nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất. Bệnh nhân sau khi đạt được bệnh đáp ứng hoặc ổn định với phác đồ điều trị bước 1 được chuyển sang phác đồ điều trị duy trì: Capecitabine

1250mg/m² uống 2 lần /ngày từ ngày 1 đến ngày 14, chu kỳ 21 ngày. Điều trị duy trì được tiếp tục cho đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện tác dụng phụ không chấp nhận được.

• Các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, vị trí u, thời điểm phát hiện di căn, số lượng di căn, thể giải phẫu bệnh, phác đồ điều trị bước 1, đáp ứng sau điều trị bước 1, số chu kỳ điều trị capecitabine.

- Kết quả điều trị: thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (progression free survival-PFS) và một số tác dụng phụ. PFS1: thời gian từ khi bắt đầu điều trị hoá chất bước 1 đến khi bệnh tiến triển. PFS: thời gian từ khi điều trị duy trì đến khi bệnh tiến triển.

2.3 Xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được nhập và mã hóa và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)
Tuổi	58,4 (27-75)
Giới : Nam	43 (63,2)
Nữ	25 (36,8)
ECOG : 0	58 (85,3)
1	10 (14,7)
Vị trí u nguyên phát	
Đại tràng phải	17 (25,0)
Đại tràng trái	22 (32,4)
Trực tràng	29 (42,6)
Phẫu thuật u nguyên phát	
Cắt đoạn đại trực tràng	58 (85,3)
Làm hậu môn nhân tạo	1 (1,5)
Không phẫu thuật	9 (13,2)
Vị trí di căn: Gan	46 (67,6)
Phổi	18 (26,5)
Phức mạc	13 (19,1)
Giai đoạn bệnh	
Di căn ngay từ đầu	50 (73,5)
Tái phát di căn	18 (26,5)
Mô bệnh học	
Biểu mô tuyến	60 (88,2)
Biểu mô tuyến chế nhầy	8 (11,8)
Phác đồ hoá chất bước 1	
Có oxaliplatin	51 (75,0)
Có irinotecan	17 (25,0)
Đáp ứng sau bước 1	
Bệnh ổn định	13 (19,1)
Đáp ứng một phần	50 (73,5)
Đáp ứng hoàn toàn	5 (7,4)

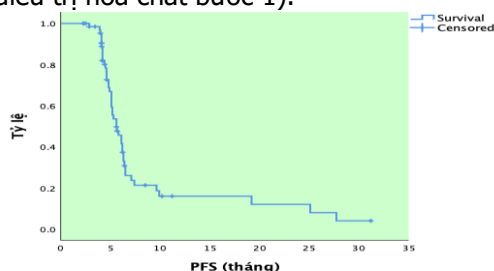
Nhận xét: Vị trí u nguyên phát hay gặp nhất tại trực tràng chiếm 42,6%; di căn gan phổ biến nhất chiếm 67,6%; chẩn đoán di căn ngay từ

đầu chiếm 73,5%; thể giải phẫu bệnh ung thư chế nhầy là 11,8%; phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng trước khi hoá trị chiếm 85,3%; phác đồ hoá chất bước 1 có oxaliplatin chiếm 75%; tỷ lệ bệnh đáp ứng (hoàn toàn và 1 phần) sau điều trị bước 1 là 80,9%.

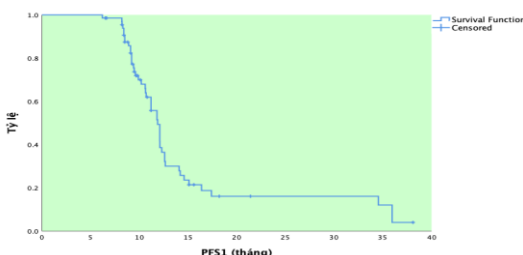
Bảng 2. Thông tin theo dõi chung

Tình trạng hiện tại	Số BN	Tỷ lệ %
Tiến triển	46	67,6
Chưa tiến triển	22	32,4
Thời gian theo dõi trung bình	15,6±4,3 tháng	
Thời gian theo dõi dài nhất	38 tháng	
Thời gian theo dõi ngắn nhất	6,2 tháng	

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình 15,6 tháng (tính từ thời điểm bệnh nhân bắt đầu điều trị hoá chất bước 1).



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển PFS



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển PFS1

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của điều trị duy trì (PFS) trung bình là 8,7 ± 1,2 tháng. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển từ khi điều trị bước 1 (PFS 1) trung bình là 15,2 ± 1,3 tháng.

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Chỉ số n (%)	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV
Thiếu máu	18 (3,1)	0	0	0
Hạ BC	28 (4,8)	0	0	0
Hạ TC	33 (5,7)	15 (2,6%)	0	0

Nhận xét: Tổng số chu kỳ đã điều trị capecitabine duy trì là 578 chu kỳ. Tỷ lệ tác dụng phụ trên hệ tạo huyết hay gặp chủ yếu là độ 1

với thiếu máu 3,1%; hạ bạch cầu 4,8%; hạ tiểu cầu 5,7%.

Bảng 4: Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV
Xuất huyết	5 (0,9%)		0	0
Tiêu chảy	21 (3,6%)	12 (2,1%)	0	0
Hội chứng HFS	91 (15,7 %)	32 (5,5 %)	0	-

Nhận xét: Tác dụng phụ hay gặp ngoài hệ tạo huyết là hội chứng bàn tay, bàn chân 21,2%; chủ yếu là độ 1,2.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 68 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn tái phát, di căn được điều trị duy trì bằng capecitabine tại bệnh viện K từ năm 2019 đến năm 2022. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là 58,4 tuổi; nhỏ nhất là 27 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi, tỉ lệ nam là 63,2% cao hơn nữ 36,8%, tỉ lệ nam/nữ là 1,7. Vị trí u nguyên phát hay gặp nhất ở trực tràng là 42,6%, đại tràng trái là 32,4%, đại tràng phải 25%; ung thư biểu mô tuyến chiếm 88,2 %, ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 11,8%, giai đoạn bệnh di căn ngay từ đầu hay gặp chiếm 73,5 %. Vị trí di căn hay gặp nhất là gan chiếm 67,6%, sau đó là phổi 26,5% và phúc mạc 19,1%. Tỷ lệ điều trị hoá chất bước 1 có oxaliplatin chiếm 75%, phác đồ có irinotecan chiếm 25%. Đặc điểm đáp ứng sau điều trị bước 1: bệnh đáp ứng hoàn toàn 7,4%, bệnh đáp ứng một phần là 73,5%, bệnh giữ nguyên là 19,1%. Trong nghiên cứu của Trần Thị Thuý và Vũ Hồng Thăng trên các bệnh nhân ung thư đại trực tràng tái phát di căn được điều trị duy trì phác đồ bevacizumab-capecitabine ghi nhận tuổi trung bình là 56,7, tuổi thấp nhất là 26, cao nhất là 78. Vị trí u ở trực tràng là 34,6%, tại đại tràng là 65,4% trong đó u tại đại tràng sigma là 44,1%. Bệnh tái phát di căn chiếm 32,7%, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm 86,5 %, ung thư biểu mô tuyến chế nhầy là 13,5% [1]

Thời gian theo dõi trung bình là 15,6 tháng tính từ thời điểm bệnh nhân bắt đầu điều trị bước 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của điều trị duy trì (PFS) trung bình là 8,7±1,2 tháng giá trị nhỏ nhất là 4,8 và lớn nhất là 31,4 tháng. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển từ khi bắt đầu điều trị hoá chất bước 1 đạt 15,2 ± 1,3 tháng. Tại thời điểm phân tích về sống thêm vẫn có 22 bệnh nhân chưa tiến triển,

đang tiếp tục được điều trị duy trì capecitabine. Tác giả H.Y. Luo ghi nhận PFS của nhánh điều trị duy trì capecitabine so với nhánh không duy trì là 6,43 tháng so với 3,43 tháng ($p < 0,001$). Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển kể từ khi bắt đầu điều trị bước 1 là 10,43 tháng so với 7,82 tháng, với sự khác biệt có ý nghĩa [3]. Nghiên cứu FOCUS-4 trên các bệnh nhân châu Âu cũng cho thấy điều trị duy trì capecitabine giúp kéo dài PFS là 3,8 tháng so với 1,8 tháng ở nhánh quan sát với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả trên. Tuy nhiên cả 2 nghiên cứu này đều không cho thấy sự khác biệt về sống còn toàn bộ [3], [5]. Một số nghiên cứu cho thấy việc điều trị duy trì bevacizumab và 5FU cũng đem lại cải thiện đáng kể về PFS so với nhánh theo dõi. Nghiên cứu CAIRO 3 ghi nhận trung vị PFS là 8,5 tháng với mức liều capecitabine duy trì là 625 mg/m² da [6],[7]. Tuy nhiên việc điều trị duy trì bằng bevacizumab với chi phí còn khá cao không thể phù hợp cho tất cả các bệnh nhân, mặt khác tới thời điểm hiện tại các nghiên cứu này cũng không cho thấy sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ. Do đó việc lựa chọn capecitabine là một thuốc viên đường uống trong điều trị duy trì UTĐTT không chỉ giúp kéo dài PFS mà còn mang lại sự thuận lợi và khả thi.

Về dung nạp thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 9 bệnh nhân phải giảm liều capecitabine chiếm 13,2% do liên quan hội chứng bàn tay bàn chân, không có bệnh nhân nào phải dừng thuốc do tác dụng phụ. Tổng số chu kỳ đã điều trị capecitabine duy trì của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 578 chu kỳ. Tỷ lệ độc tính được tính là số chu kỳ xuất hiện độc tính trên tổng số chu kỳ đã điều trị. Tỷ lệ tác dụng phụ trên hệ tạo huyết hay gặp chủ yếu là độ 1 với thiếu máu 3,1%; hạ bạch cầu 4,8%; hạ tiểu cầu 5,7%. Tác dụng phụ hay gặp ngoài hệ tạo huyết là hội chứng bàn tay, bàn chân 21,2%; chủ yếu là độ 1,2. Nghiên cứu FOCUS4 ghi nhận tỷ lệ buồn nôn 74%, tiêu chảy 72%, viêm dạ dày 90%, thiếu máu 69%. Các tác giả cũng cho thấy 51% bệnh nhân phải trì hoãn ít nhất 1 chu kỳ capecitabine, 37% bệnh nhân phải giảm liều [5]. Nghiên cứu của tác giả H.Y.Luo trên các bệnh nhân Trung Quốc cho thấy tỷ lệ phải giảm liều capecitabine là 8,8% liên quan đến hội chứng bàn tay bàn chân gặp ở 50% và tiêu chảy 25% [3]. Một số tài liệu y văn cũng cho thấy dung nạp thuốc capecitabine trên các bệnh nhân châu Á

tốt hơn các bệnh nhân châu Âu có thể liên quan đến sự khác biệt về chủng tộc và chuyển hoá thuốc.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 68 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn được điều trị duy trì bằng capecitabine sau điều trị bước 1 tại bệnh viện K từ tháng 10/2019 đến tháng 2/2022 chúng tôi rút ra một vài kết luận sau: Tuổi trung bình là 58,4 tuổi; vị trí u nguyên phát hay gặp nhất ở trực tràng là 42,6%, ung thư biểu mô tuyến chiếm 88,2 %; giai đoạn bệnh di căn ngay từ đầu hay gặp chiếm 73,5 %; vị trí di căn hay gặp nhất là gan chiếm 67,6%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của điều trị duy trì (PFS) trung bình là 8,7 tháng. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển từ khi bắt đầu điều trị hoá chất bước 1 (PFS1) đạt 15,2 tháng. Tác dụng phụ hay gặp chủ yếu là độ 1,2 và không có bệnh nhân nào phải ngừng điều trị do tác dụng phụ. Điều trị duy trì capecitabine giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm ung thư đại trực tràng di căn và tác dụng không mong muốn ở mức chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thuý, Vũ Hồng Thăng, Hoàng Thị Cúc (2019).** Kết quả điều trị duy trì capecitabine kết hợp bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn. Tạp chí ung thư học, số 1/2020.
2. **Garattini SK, Basile D, Bonotto M et al:** Drug Holidays and Overall Survival of Patients with Metastatic Colorectal Cancer. *Cancers (Basel)*. 2021 Jul 13;13(14):3504.
3. **HY Luo et al.** Single-agent capecitabine as maintenance therapy after induction of XELOX (or FOLFOX) in first-line treatment of metastatic colorectal cancer: randomized clinical trial of efficacy and safety. *Ann Oncol*. 2016 Jun;27(6):1074-1081.
4. **N Van Cutsem E, Cervantes A, Adam R, et al.** : ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol* 27:1386-1422, 2021.
5. **Richard A Adams, David J Fisher, Janet Graham et al.** Capecitabine Versus Active Monitoring in Stable or Responding Metastatic Colorectal Cancer After 16 Weeks of First-Line Therapy: Results of the Randomized FOCUS4-N Trial. *Clin Oncol*. 2021 Nov 20;39(33):3693-3704
6. **Simkens LH, van Tinteren H, May A, et al. :** Maintenance treatment with capecitabine and bevacizumab in metastatic colorectal cancer (CAIRO3): A phase 3 randomised controlled trial of the Dutch Colorectal Cancer Group. *Lancet* 385:1843-1852, 2015.
7. **Tournigand C, Cervantes A, Figer A, et al.** **OPTIMOX1:** a randomized study of FOLFOX4 or FOLFOX7 with oxaliplatin in a stop-and-go fashion in advanced colorectal cancer-a GERCOR study. *J Clin Oncol*. 2006; 24(3):394-400

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ PHÒNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ CỦA CÁC THAI PHỤ ĐẾN KHÁM THAI TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2021

Trần Thị Việt Hà*, Trần Quang Tuấn*, Phạm Thị Hiếu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của thai phụ đến khám thai tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Nam Định năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 60 thai phụ đến khám thai tại khoa Khám bệnh BVPS Nam Định từ 4/2021 đến 6/2021. Với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ biết các biện pháp phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ thấp chỉ chiếm trên 50%. Đặc biệt biện pháp kiểm soát cân trong thai kỳ và biện pháp hạn chế sử dụng muối, các chất kích thích là biện pháp rất tốt để giảm nguy cơ đái tháo đường thai kỳ nhưng chỉ có 51,7% và 53,3% thai phụ biết. Chỉ có 38,3% thai phụ biết thời điểm xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy số thai phụ có kiến thức đạt chiếm 43,3%; thai phụ có kiến thức chưa đạt chiếm 56,7%. Điểm trung bình chung kiến thức phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của các thai phụ là $7,43 \pm 1,31$, thấp nhất là 4 điểm, cao nhất là 16 điểm. **Kết luận:** Kiến thức phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của các thai phụ còn thấp. Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt chiếm 43,3%. Điểm trung bình chung kiến thức phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của các thai phụ là $7,43 \pm 1,31$. Chỉ có 38,3% thai phụ biết đúng thời điểm xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ

Từ khóa: đái tháo đường, thai kỳ.

SUMMARY

SURVEY OF KNOWLEDGE ON PREVENTION OF GESTATIONAL DIABETES OF PREGNANT WOMEN COME FOR ANTENATAL CARE AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS NAM DINH PROVINCE'S GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2021

Objective: Assessing the knowledge regarding prevention of gestational diabetes among the pregnant women who had antenatal check-up at the Outpatient Department of Nam Dinh provincial Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2021. **Participants and methods:** The study was conducted on 60 pregnant women who had antenatal check-up at the Outpatient Department of Nam Dinh provincial Hospital of

Obstetrics and Gynecology from April 2021 to June 2021. With the cross-sectional descriptive research method, the sample size was selected according to the whole sampling method. **Results:** The percentage of pregnant women who knew the way to prevent gestational diabetes was still low, accounted for just over 50%. Especially, the way of controlling weight and limiting the use of salt and stimulants are very good ways to reduce the risk of gestational diabetes during pregnancy but only 51.7% and 53.3% of whom knew. Only 38.3% of pregnant women knew when to have a test to detect gestational diabetes. The research results show that the number of pregnant women with good knowledge accounts for 43.3%; pregnant women with inadequate knowledge accounted for 56.7%. The average point of general knowledge towards gestational diabetes prevention of pregnant women is 7.43 ± 1.31 , the lowest is 4 points, the highest is 16 points. Conclusion: the knowledge regarding prevention of gestational diabetes among pregnant women was still low. The percentage of pregnant women with the knowledge was 43.3%. The average score of pregnant women's knowledge towards gestational diabetes prevention was 7.43 ± 1.31 . Only 38.3% of whom knew the right time to have a test to detect gestational diabetes.

Keywords: diabetes, pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một thể của đái tháo đường khi mang thai. Bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhiều trong khi mang thai và được ghi nhận có xu hướng ngày càng tăng trên thế giới trong đó có Việt Nam [1].

Tổ chức Y tế thế giới đã định nghĩa đái tháo đường thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu trong lúc mang thai [8]. Nguy cơ bị đái tháo đường thai kỳ là khoảng 10,1% ở người Đông Nam Á [5].

Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh dao động khoảng từ 3,6 - 39,0% tùy theo vùng và tiêu chuẩn chọn [3]. Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con, như tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ... Khoảng 30-50% phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ sẽ tái phát mắc đái tháo đường thai kỳ ở lần mang thai tiếp theo [8]. Những phụ nữ có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ cần được xét nghiệm sàng lọc trong lần khám thai đầu tiên [4] [7].

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Việt Hà
Email: tranvietha@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022
Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *Khảo sát kiến thức phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của thai phụ đến khám thai tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Nam Định năm 2021*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 60 thai phụ đến khám thai tại khoa Khám bệnh BVPS Nam Định từ tháng 4/2021 đến tháng 6/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Đối tượng nghiên cứu trả lời các câu hỏi thông qua bộ phiếu phỏng vấn.

3.2. Mức độ kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của thai phụ

3.2.1. Kiến thức về các biện pháp phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.1: Kiến thức về các biện pháp phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của thai phụ

STT	Biện pháp phòng bệnh	Có biết		Không biết	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
1	Kiểm soát tăng cân trong thai kỳ	31	51,7	29	48,3
2	Khám sức khỏe định kỳ	41	68,3	19	31,7
3	Hạn chế sử dụng muối, các chất kích thích	32	53,3	28	46,7
4	Lập thói quen vận động, tập thể dục mỗi ngày	42	70,0	18	30,0
5	Lựa chọn các thực phẩm lành mạnh	39	65,0	21	35,0

Tỷ lệ thai phụ biết các biện pháp phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ còn tương đối thấp (50% đến 70%). Cụ thể như biện pháp lập thói quen vận động, tập thể dục mỗi ngày rất tốt cho thai phụ nhưng cũng chỉ có 70% thai phụ lựa chọn. Đặc biệt biện pháp kiểm soát cân trong thai kỳ và biện pháp hạn chế sử dụng muối, các chất kích thích là biện pháp rất tốt để giảm nguy cơ đái tháo đường thai kỳ nhưng chỉ có 51,7% và 53,3% thai phụ biết tới các biện pháp này.

3.2.2. Kiến thức về thời điểm xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.2: Kiến thức của thai phụ về thời điểm xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ

STT	Tuổi thai	Tần số	Tỷ lệ (%)
1	Dưới 24 tuần.	23	38,3
2	24 - 28 tuần.	23	38,3
3	28 - 32 tuần.	13	21,7
4	Trên 32 tuần	01	1,7

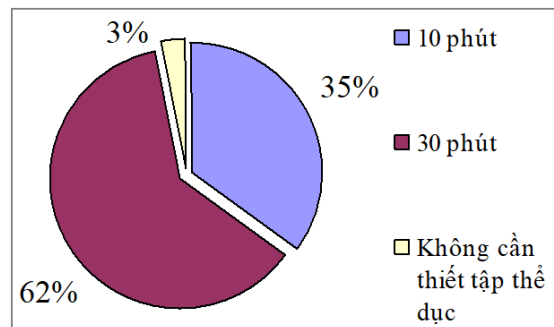
Thời điểm đúng để xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ là khi tuổi thai từ 24-28 tuần. Thai phụ trả lời đúng chỉ chiếm 38,3%, có tới 61,7% trả lời sai câu hỏi này.

3.2.3. Kiến thức về thời gian vận động tối thiểu của thai phụ:

2.3. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số các thai phụ sống ở nông thôn chiếm 56,7%. Nghề nghiệp của các thai phụ là công nhân chiếm 41,7%, lao động tự do 43,3%, cán bộ công chức chỉ chiếm 15%. Độ tuổi trung bình của các thai phụ phần lớn thuộc nhóm từ 25 đến 35 tuổi chiếm 60%, còn lại là độ tuổi dưới 25 tuổi và trên 35 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 33,3% và 6,7%. Thai phụ có trình độ văn hóa dưới đại học chiếm 85% và trình độ từ đại học trở lên chỉ chiếm 15%.



Biểu đồ 3.1. Kiến thức về thời gian vận động tối thiểu của thai phụ

Khi được hỏi về khoảng thời gian vận động tối thiểu của các thai phụ, 62% thai phụ trả lời đúng khoảng thời gian tối thiểu là 30 phút. Và còn 38% thai phụ đã trả lời sai; trong đó 35% thai phụ cho là thời gian vận động tối thiểu là 10 phút; 3% trả lời rằng không cần thiết tập thể dục.

3.2.4. Mức độ kiến thức chung về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của thai phụ

Bảng 3.3: Mức độ kiến thức chung về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ

Mức độ kiến thức	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đạt	26	43,3
Chưa đạt	34	56,7

Trong 60 thai phụ tham gia vào nghiên cứu

thì số thai phụ có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ 43,3%; số thai phụ có kiến thức chưa đạt chiếm tỷ lệ 56,7%.

3.2.5. Điểm trung bình chung kiến thức của các thai phụ.

Bảng 3.4: Điểm trung bình chung kiến thức của các thai phụ

Nội dung	Min	Max	X ± SD
Tổng điểm kiến thức chung của đối tượng	4	16	7,43 ± 1,31

Tổng điểm kiến thức của các thai phụ tham gia nghiên cứu thấp nhất là 4 điểm, cao nhất là 16 điểm, trung bình là 7,43; độ lệch chuẩn SD là 1,31.

IV. BÀN LUẬN

Trong 60 thai phụ tham gia nghiên cứu, đa số các thai phụ sống ở nông thôn chiếm 56,7%. Phần lớn nghề nghiệp của các thai phụ là công nhân chiếm 41,7% và lao động tự do chiếm 43,3%, cán bộ công chức chỉ chiếm 15%. Độ tuổi trung bình của các thai phụ phần lớn thuộc nhóm từ 25 đến 35 tuổi chiếm 60%, còn lại là độ tuổi dưới 25 tuổi chiếm 33,3% và trên 35 tuổi chiếm 6,7% thai phụ có trình độ văn hóa dưới đại học chiếm 85% và trình độ từ đại học trở lên chỉ chiếm 15%. Những đặc điểm này cũng phần nào giải thích được lý do vì sao thai phụ lại có kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ còn thấp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy số thai phụ có kiến thức đạt chỉ chiếm tỷ lệ 43,3%; số thai phụ có kiến thức chưa đạt chiếm tỷ lệ 56,7%. Đặc biệt biện pháp kiểm soát cân trong thai kỳ và biện pháp hạn chế sử dụng muối, các chất kích thích là biện pháp rất tốt để giảm nguy cơ đái tháo đường thai kỳ nhưng chỉ có 51,7% và 53,3% thai phụ biết tới các biện pháp này. Chỉ có 38,3% thai phụ biết chắc rằng thời điểm xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ là khi tuổi thai từ 24 - 28 tuần tuổi. Theo nghiên cứu của Saila B. Koivusalo và cộng sự đã nghiên cứu can thiệp trên 269 thai phụ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ đã chứng minh rằng đái tháo đường thai kỳ có thể được ngăn ngừa ở nhóm thai phụ có nguy cơ cao bằng các biện pháp can thiệp lối sống đơn giản, dễ áp dụng. Những phát hiện của các tác giả cho thấy rằng nên tiến hành can thiệp lối sống cá nhân hóa ngay từ đầu thai kỳ ở những phụ nữ có nguy cơ cao và tiếp tục trong suốt thai kỳ. Kết quả của việc kết hợp hoạt động thể chất vừa phải và can thiệp chế độ ăn uống, làm cho tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ nói chung đã giảm 39% [6]. Theo

nghiên cứu của Nguyễn Lê Hương và Đỗ Quan Hà, sau khi được phỏng vấn trực tiếp về kiến thức và thực hành liên quan đến chế độ dinh dưỡng và vận động cơ thể của 429 thai phụ đến khám tại khoa khám theo yêu cầu bệnh viện phụ sản Trung Ương có kết quả như sau: có 76,2% tỷ lệ đối tượng không bị đái tháo đường thai kỳ đạt kiến thức về bệnh đái tháo đường. Trong đó chỉ có 35,4% trong tổng số thai phụ có kiến thức thực hành được đánh giá là đạt về kiến thức chế độ dinh dưỡng, thể lực và kiến thức phòng mắc đái tháo đường thai kỳ [2].

Các kết quả trên đã cho thấy kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của các thai phụ còn thấp. Kết quả nghiên cứu có thể sẽ là cơ sở, định hướng để triển khai tiếp các nghiên cứu can thiệp về nâng cao nhận thức phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ cho các thai phụ ở Nam Định sau này sâu hơn nữa.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của các thai phụ còn thấp. Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt chiếm 43,3%; số thai phụ có kiến thức chưa đạt chiếm tỷ lệ 56,7%. Điểm trung bình chung kiến thức phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ của các thai phụ là 7,43 ± 1,31. Đã có 62% thai phụ biết được rằng một ngày nên vận động tối thiểu 30 phút.

Đối với các biện pháp phòng bệnh đái tháo đường thai kỳ thì tỷ lệ các thai phụ biết được đó là lập thói quen vận động, tập thể dục; khám sức khỏe định kỳ; lựa chọn các thực phẩm lành mạnh; hạn chế sử dụng muối, các chất kích thích và kiểm soát tăng cân trong thai kỳ lần lượt là 70%; 68,3%; 65%; 53,3% và 51,7%.

Chỉ có 38,3% thai phụ biết chắc rằng thời điểm xét nghiệm phát hiện đái tháo đường thai kỳ là khi tuổi thai từ 24 - 28 tuần tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế, Vụ Bảo vệ bà mẹ - trẻ em (2019)**, Hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ.
- Nguyễn Lê Hương, Đỗ Quan Hà (2014)**, Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ, Tạp chí phụ sản - 12 (2), pp. 108 - 111.
- Trần Khánh Nga và cộng sự (2019)**, Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, tập 9, số 6 +7, pp 187 - 194.
- ACOG Practice Bulletin (2018)**, Gestational Diabetes Mellitus, Obstet Gynecol, No 180.
- Nguyen CL, Pham NM, Binns CW, Duong DV, Lee AH (2018)**, Prevalence of Gestational

Diabetes Mellitus in Eastern and Southeastern Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Diabetes Res. 2018; 2018:10.

6. **Saila B. Koivusalo, et al (2016)**, Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL). Diabetes Care, 39, 24-30.

7. **Siew M.C. (2018)**, Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis, BMC Pregnancy Childbirth, 2018.

8. **WHO (2018)**, Diagnosis of gestational diabetes in pregnancy, The WHO Reproductive Health Library

ĐÁNH GIÁ VÀ SO SÁNH KỸ THUẬT ĐỊNH LƯỢNG CREATININ HUYẾT TƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ENZYM VÀ PHƯƠNG PHÁP JAFFE TRÊN MÁY HÓA SINH COBAS C503

Đào Thị Quỳnh Nga¹, Trần Thị Chi Mai^{1,2}, Lương Huệ Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện để thẩm định và so sánh kỹ thuật định lượng creatinin huyết tương bằng phương pháp enzym và phương pháp Jaffe trên máy hóa sinh Cobas c503. **Phương pháp:** Giới hạn định lượng (LOQ), khoảng tuyến tính, độ chính xác, độ chụm của hai phương pháp được đánh giá. Độ tương đồng kết quả của hai phương pháp được đánh giá bằng thực nghiệm so sánh phương pháp sử dụng 100 mẫu bệnh phẩm theo hướng dẫn của CLSI. **Kết quả:** LOQ của phương pháp enzym là 8,2µmol/L, của phương pháp Jaffe là 25,8µmol/L. Phương pháp enzym tuyến tính đến 1512µmol/L và phương pháp Jaffe tuyến tính đến 1487µmol/L. Độ chụm của cả hai phương pháp đều đạt tiêu chuẩn chấp nhận khi so sánh với tiêu chuẩn CLIA. Độ chính xác của cả hai phương pháp đều ở mức mong muốn, độ thu mẫu QC và mẫu thật thêm chuẩn nằm trong giới hạn chấp nhận từ 90- 110%. Có mối tương quan chặt giữa hai phương pháp với $r = 0,999$, tuy nhiên hai phương pháp không tương đồng, phương pháp Jaffe cho kết quả creatinin cao hơn so với phương pháp enzym, đặc biệt là ở mức nồng độ thấp. **Kết luận:** Cả hai phương pháp enzym và Jaffe đều đáp ứng được yêu cầu hiệu năng để đưa vào sử dụng thường quy. Tuy nhiên, phương pháp enzym có hiệu năng tốt hơn ở nồng độ creatinin thấp.

Từ khóa: creatinine huyết tương, phương pháp enzym, phương pháp Jaffe, xác nhận phương pháp, so sánh phương pháp.

SUMMARY

EVALUATION AND COMPARISON OF ROCHE JAFFE AND ENZYMATIC CREATININE METHODS ON COBAS C503 CHEMISTRY AUTO-ANALYZER

¹Bệnh viện Nhi trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Quỳnh Nga

Email: quynhngadao87@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Objectives: The aim of this study was to evaluate and compare the analytical performance characteristics of the Jaffe and enzymatic methods for plasma creatinine measurement. **Methods:** Two original creatinine methods, Jaffe and enzymatic, were evaluated on Roche C503 automated analyzer via limit of quantitation, linearity, intra-assay and inter-assay precision, and comparability in plasma samples. Method comparison using patient samples according to CLSI guideline were performed on 100 plasma samples by analyzing on the same autoanalyzer.

Results: Enzymatic method had a lower LOQ than Jaffe method, values at 8.2 µmol/L and 25.8 µmol/L respectively. Enzymatic method was linear up to 1512 µmol/L and Jaffe method was linear up to 1487 µmol/L. The intra-assay and inter-assay precision data were acceptable in both methods when using CLIA criteria. The accuracy of both methods was under desirable level, the recovery of QC and real patient samples was in range of 90- 110%. The high correlations were determined between two methods ($r = 0,999$). However, results of two method were not compatible. Jaffe method gave the higher results than enzymatic method, especially at the low concentrations. **Conclusion:** Both Jaffe and enzymatic methods were found to meet the analytical performance requirement in routine use. However, enzymatic method was found to have better performance in low creatinine levels.

Keywords: plasma creatinine, enzymatic method, Jaffe method, method validation, method comparison.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Mức lọc cầu thận (GFR) là chỉ số tốt nhất để đánh giá các chức năng thận và xác định bệnh thận mạn tính [1, 2]. Đo lường GFR quan trọng để đánh giá chính xác nguy cơ bệnh, điều chỉnh thuốc, chẩn đoán và phân loại giai đoạn bệnh thận [3]. Creatinin là sản phẩm cuối cùng của quá trình dị hóa creatin ở cơ. Mức độ creatinin huyết tương là xét nghiệm thường quy được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá GFR và các chức năng thận [4]. Đây là chỉ dấu tốt của GFR vì biến thiên

cá thể thấp, creatinin là chất nội sinh, được lọc hoàn toàn qua cầu thận và không bị tái hấp thu ở ống thận. Có nhiều phương pháp được sử dụng để định lượng creatinin: phương pháp hóa học và phương pháp enzym trên máy phân tích tự động, sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) và khối phổ pha loãng đồng vị (IDMS) [5]. IDMS là một phương pháp tham chiếu để đo creatinin nhưng không thực tế cho việc sử dụng thường quy. Các phương pháp định lượng creatinin được sử dụng trong các phòng xét nghiệm thường là phương pháp hóa học hoặc phương pháp enzym trên các máy tự động. Phổ biến nhất là phương pháp Jaffe tạo phức hợp creatinine-picric trong môi trường kiềm [5]. Phương pháp Jaffe bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố gây nhiễu, vì vậy được cải tiến để giảm thiểu nhiễu bằng đo động học Jaffe và phép tính bù. Nhưng việc bù không hoàn toàn loại bỏ được sai số do sự biến đổi của chất gây nhiễu trong các mẫu bệnh phẩm. Việc sử dụng các phương pháp dựa trên phản ứng enzym có thể cải thiện được tính chính xác của phép đo vì giảm nhiễu của các hợp chất không phải creatinine, nhưng chi phí cao hơn là một bất lợi của phương pháp enzym. Đối với nồng độ creatinine thấp có thể gặp ở trẻ em [5, 6], kết quả của creatinin huyết tương với phương pháp Jaffe sẽ cao hơn so với phương pháp enzym. Phương pháp enzym rất quan trọng đối với các mẫu có nồng độ creatinin thấp hoặc bình thường. Do đó, các xét nghiệm enzym nên được ưu tiên trong các quần thể cụ thể như bệnh nhi hoặc bệnh nhân chạy thận nhân tạo [5, 6].

Khoa Hóa sinh Bệnh viện Nhi trung ương có kế hoạch sử dụng phương pháp enzym thay thế phương pháp Jaffe động học đang sử dụng định lượng creatinin huyết tương. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm thẩm định và so sánh kỹ thuật định lượng creatinin huyết tương bằng phương pháp enzym và Jaffe trên máy hóa sinh Cobas C503.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Chất liệu nghiên cứu. Vật liệu kiểm tra chất lượng (QC) hai mức của Biorad (Lyphocheck Assayed Chemistry Control, lot 26471 và 26472).

Mẫu bệnh phẩm còn dư sau phân tích với các mức nồng độ creatinin khác nhau.

Mẫu bệnh phẩm được thu thập và bảo quản ở nhiệt độ -20°C đến khi phân tích.

Trang thiết bị, hóa chất. Máy sinh hóa tự động Cobas C503 của Roche. Thuốc thử CREJ2 ACN 20470 cho xét nghiệm định lượng creatinin bằng phương pháp Jaffe động học, thuốc thử

CREP2 ACN 20460 cho xét nghiệm định lượng creatinine huyết tương bằng phương pháp enzym dùng trên máy Cobas C503. Chuẩn creatinin dùng trên máy Cobas C503 là Cfas lot 391514. Nước muối NaCl 0.9%. Theo công bố của nhà sản xuất, cả hai phương pháp đều được chuẩn hóa theo ID/MS.

2. Phương pháp

Thực nghiệm đánh giá hiệu năng kỹ thuật của phương pháp

Giới hạn định lượng. Sử dụng dung dịch chuẩn creatinin pha loãng thành các nồng độ thấp. LOQ được xác định là mẫu có nồng độ creatinin thấp nhất mà CV tính được xấp xỉ 20%.

Độ chụm. Sử dụng mẫu QC hai mức nồng độ QC1, QC2 và mẫu trộn từ mẫu bệnh phẩm. Độ lặp lại được đánh giá bằng chạy lặp lại 20 lần trong ngày, độ tái lặp được đánh giá bằng chạy lặp lại trong 20 ngày. Tính giá trị trung bình, SD, CV tại mỗi nồng độ.

Độ chính xác. Độ chính xác của phương pháp được xác định bằng độ thu hồi của mẫu QC mức 1, 2 và độ thu hồi của mẫu bệnh nhân thêm chuẩn.

Khoảng tuyến tính. Lựa chọn 1 mẫu bệnh phẩm có nồng độ gần giới hạn dưới của khoảng tuyến tính (mẫu 1), 1 mẫu có nồng độ gần giới hạn trên của khoảng tuyến tính (mẫu 5). Sau đó trộn hai mẫu trên theo các tỉ lệ khác nhau để tạo: mẫu 2 gồm 3 phần mẫu 1 và 1 phần mẫu 5; mẫu 3 gồm 1 phần mẫu 1 và 1 phần mẫu 5; mẫu 4 gồm 1 phần mẫu 1 và 3 phần mẫu 5. Mỗi mẫu chạy lặp lại 3 lần trong mẻ phân tích.

Thực nghiệm so sánh phương pháp.

Chọn 100 mẫu huyết tương có nồng độ creatinin có nồng độ trải khắp khoảng đo. Tiến hành định lượng creatinin trong các mẫu bệnh phẩm đồng thời trên máy Cobas C503 bằng phương pháp enzym và phương pháp Jaffe. Mỗi ngày phân tích 20 mẫu, trong thời gian là 5 ngày. Khoảng thời gian phân tích 1 mẫu trên hai máy là trong vòng 2 giờ.

Phân tích thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel và Method validator của Philip Marquez.

3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng mẫu QC và các mẫu bệnh phẩm thừa hủy bỏ sau xét nghiệm. Không sử dụng thông tin bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

LOQ của phương pháp enzym là 8,2 $\mu\text{mol/L}$, phương pháp Jaffe là 25,8 $\mu\text{mol/L}$ được xác định tại mẫu mà việc đo lặp lại có CV xấp xỉ 20%.

Bảng 1. Độ chụm của hai phương pháp sử dụng mẫu QC

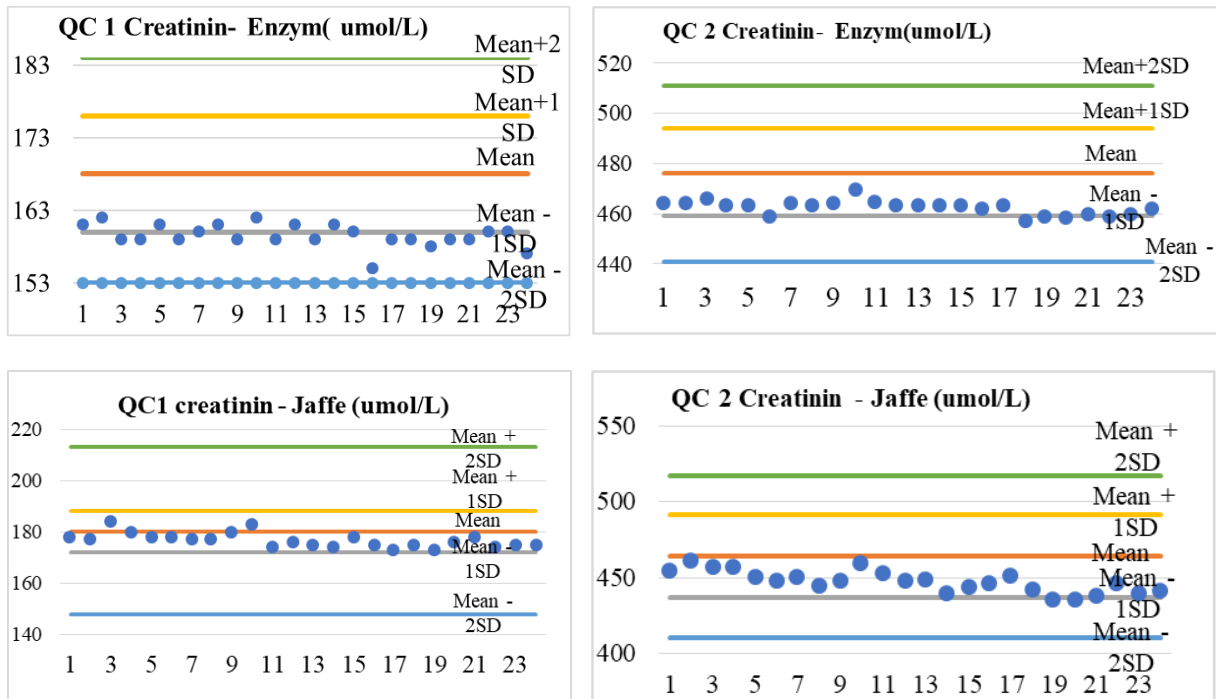
Độ chụm Mẫu	Độ lặp lại				Độ tái lập			
	QC1		QC2		QC1		QC2	
Phương pháp	Enzym	Jaffe	Enzym	Jaffe	Enzym	Jaffe	Enzym	Jaffe
Trung bình (μmol/L)	158,6	179,4	460,2	444,9	159,5	176,8	462,4	447,2
SD (μmol/L)	1,2	2,1	2,2	3,3	1,6	2,9	2,8	7,2
CV (%)	0,74	1,15	0,46	0,73	0,97	1,61	0,61	1,6

Nhận xét: Độ tái lập và độ lặp lại của cả hai phương pháp trên mẫu QC đều tương tự với công bố của nhà sản xuất [7, 8]. Tiêu chuẩn sai số tổng cho phép với xét nghiệm định lượng creatinine huyết tương của CLIA là 15% [9], tiêu chuẩn dựa trên biến thiên sinh học mức mong muốn là 8.87% [10]. Độ lặp lại nhỏ hơn 25% và độ tái lập nhỏ hơn 33% sai số tổng cho phép theo cả hai tiêu chuẩn này. Tuy nhiên, độ chụm của phương pháp enzym tốt hơn phương pháp Jaffe ở cả hai mức QC.

Bảng 2. Độ chụm của hai phương pháp sử dụng mẫu bệnh phẩm

Phương pháp	Độ lặp lại						Độ tái lập					
	Enzym			Jaffe			Enzym			Jaffe		
Mẫu bệnh phẩm	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Trung bình (μmol/L)	48,9	262,8	1109,9	55,2	262,1	1068,3	50,9	260,5	1086,9	55,8	258	1052,6
SD (μmol/L)	0,9	1,6	3,5	1,2	3,3	7,9	1,5	3,9	16,4	1,8	5,3	19,7
CV (%)	1,97	0,62	0,32	2,28	1,28	0,74	2,96	1,5	1,51	3,38	2,07	1,88

Nhận xét: Độ lặp lại và độ tái lập của cả hai phương pháp trên mẫu bệnh phẩm đều chấp nhận được khi so sánh với tiêu chuẩn sai số tổng cho phép của CLIA [9]. Độ tái lập của mẫu bệnh phẩm ở mức nồng độ thấp là 3,38%, cao hơn mức chấp nhận là 2,98% theo tiêu chuẩn biến thiên sinh học mức mong muốn [10]. Nhìn chung, phương pháp enzym có độ chụm tốt hơn phương pháp Jaffe ở cả ba mức nồng độ.



Hình 1. Độ thu hồi mẫu QC bằng phương pháp enzym và phương pháp Jaffe

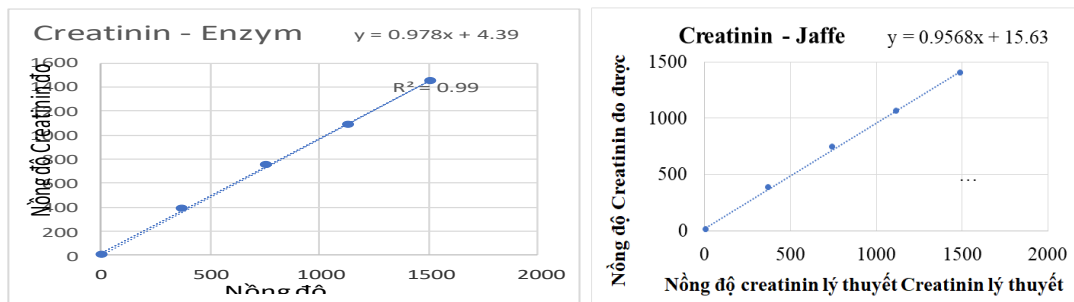
Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy nồng độ creatinin đo được trong hai mẫu QC đều nằm trong khoảng giới hạn cho phép với cả hai phương pháp. Độ thu hồi của phương pháp Jaffe của mức

QC1 và QC2 lần lượt là 98,2% và 96,4%. Độ thu hồi của phương pháp enzym của mức QC1 và QC2 lần lượt là 94,9% và 97,1%.

Bảng 3. Độ thu hồi mẫu thêm chuẩn bằng phương pháp enzym

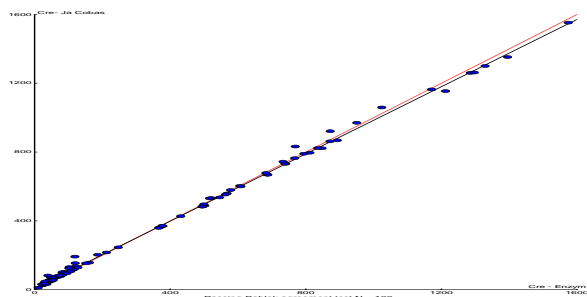
Nồng độ chuẩn Creatinine thêm vào (µmol/L)	336
Nồng độ Creatinine trung bình đo được trong mẫu không thêm chuẩn (n = 20) (µmol/L)	381.1
Nồng độ Creatinine trung bình đo được trong mẫu thêm chuẩn (n = 20) (µmol/L)	375.4
Độ thu hồi trung bình (%)	99.68%
Tiêu chuẩn chấp nhận (%)	90%-110%

Nhận xét: Độ thu hồi mẫu thật thêm chuẩn là 99.68%, nằm trong giới hạn chấp nhận từ 90-110%



Hình 2. Đồ thị biểu diễn kết quả đánh giá khoảng tuyến tính của định lượng Creatinin bằng phương pháp enzym (A) và Jaffe (B)

Nhận xét: Phương pháp enzym tuyến tính đến 1512 µmol/L và phương pháp Jaffe tuyến tính đến 1487 µmol/L.



Hình 3. Biểu đồ Passing- Bablock so sánh kết quả định lượng creatinin bằng phương pháp enzym và phương pháp Jaffe trên máy Cobas c503

Nhận xét: Phương trình tương quan giữa phương pháp enzym và phương pháp Jaffe là $y = 0.977x + 7.71$. Hệ số tương quan $r = 0.999$, 95% khoảng tin cậy của hệ số góc là 0.971-0.984, 95% khoảng tin cậy của giao điểm trục tung là 5.75-8.90.

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ creatinin trong huyết tương được sử dụng để xác định mức lọc cầu thận là lý tưởng về chi phí, tính thuận tiện cũng như an toàn. Với việc sử dụng mức lọc cầu thận ước tính ngày càng tăng, việc đặt câu hỏi về các phương pháp phân tích creatinin được đặt ra [6]. Phản ứng Jaffe là phương pháp định lượng creatinine được sử dụng thường xuyên nhất trong các phòng xét

nghiệm, nhưng phương pháp này bị ảnh hưởng bởi một số chất sinh màu không phải creatinin. Phương pháp thường quy phân tích creatinine khác là phương pháp enzym. Tuy nhiên, phương pháp enzym có hạn chế là giá thành cao hơn so với phương pháp Jaffe. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã đánh giá hiệu năng và so sánh kỹ thuật định lượng creatinin huyết tương bằng phương pháp enzym và Jaffe trên máy hóa sinh tự động Cobas C503.

Trong nghiên cứu này, LOQ của phương pháp enzym được xác định là 8,2 µmol/L, công bố của nhà sản xuất là 10 µmol/L, gần với công bố của nhà sản xuất [7]. Tuy nhiên LOQ của phương pháp Jaffe trong nghiên cứu này là 25,8 µmol/L, cao hơn công bố của nhà sản xuất (LOQ nhà sản xuất là 15 µmol/L) [8]. Điều này cho thấy độ lặp của phương pháp Jaffe không tốt ở các mức nồng độ thấp gần giới hạn định lượng. Hạn chế này cần được đánh giá kỹ lưỡng khi áp dụng phương pháp Jaffe động học trên bệnh nhi vì nồng độ creatinin thấp ở một số nhóm tuổi, việc đo lường không chính xác ở các mức nồng độ thấp có thể dẫn đến đánh giá không đúng về chức năng thận ở bệnh nhi trong các nhóm tuổi nhỏ.

Độ chụm của hai phương pháp đều chấp nhận được khi so sánh với tiêu chuẩn sai số tổng cho phép của CLIA (bảng 1 và 2). Tuy nhiên, độ chụm phương pháp enzym tốt hơn phương pháp

Jaffe ở cả hai mức QC và ba mức nồng độ của mẫu bệnh phẩm. Độ tái lập sử dụng mẫu QC với phương pháp enzym có CV lớn nhất là 0,97%, với phương pháp Jaffe có CV lớn nhất là 1,61%. Khi sử dụng mẫu bệnh phẩm đánh giá độ tái lập, phương pháp enzym có CV lớn nhất là 2,96% trong khi phương pháp Jaffe CV lớn nhất là 3,38%. Biến thiên sinh học cá thể của creatinine là 5,95%, tiêu chuẩn chấp nhận của độ chụm mức mong muốn dựa trên biến thiên sinh học là 2,98%. Như vậy, khi sử dụng tiêu chuẩn này thì độ tái lập của phương pháp Jaffe không đạt được ở mức nồng độ thấp với mẫu bệnh phẩm (bảng 2). Nghiên cứu của Kum và cộng sự đánh giá và so sánh phương pháp enzym và phương pháp Jaffe trên máy Abbott cho thấy độ chụm của cả hai đều chấp nhận được khi sử dụng tiêu chuẩn biến thiên sinh học; tuy nhiên xu hướng cũng tương tự nghiên cứu này: phương pháp enzym có độ chụm tốt hơn phương pháp Jaffe [12].

Độ chính xác của cả hai phương pháp được đánh giá bằng độ thu hồi của mẫu QC và mẫu thật thêm chuẩn. Kết quả cho thấy độ chính xác chấp nhận được thể hiện qua độ thu hồi mẫu QC cả hai mức và mẫu thật thêm mẫu chuẩn của cả hai phương pháp đều nằm trong khoảng 90-110% (bảng 3 và hình 1).

Khoảng tuyến tính được đánh giá bằng cách sử dụng mẫu bệnh phẩm mức nồng độ cao pha với mẫu bệnh phẩm nồng độ thấp với các tỷ lệ khác nhau. Kết quả cho thấy phương pháp enzym tuyến tính đến 1512 $\mu\text{mol/L}$ và phương pháp Jaffe tuyến tính đến 1487 $\mu\text{mol/L}$ (hình 2). Theo công bố của nhà sản xuất, phương pháp enzym tuyến tính đến 2700 $\mu\text{mol/L}$ [7], phương pháp Jaffe tuyến tính đến 2200 $\mu\text{mol/L}$ [8]. Hạn chế của nghiên cứu này là không có các mẫu bệnh phẩm có nồng độ cao tương tự như công bố của nhà sản xuất, do vậy khoảng tuyến tính chưa được đánh giá đầy đủ như công bố của nhà sản xuất.

Sự khác biệt giữa kết quả của phương pháp enzym và phương pháp Jaffe trên máy Cobas C503 được thực hiện bằng so sánh kết quả của 100 mẫu bệnh phẩm có nồng độ trải dài khắp khoảng đo. Hai phương pháp có mối tương quan chặt với hệ số tương là $r=0,999$ (hình 3). Tuy nhiên, hai phương pháp không tương đồng: 95% khoảng tin cậy của hệ số góc là 0,971-0,984 không bao hàm 1, 95% khoảng tin cậy của giao điểm trục tung là 5,75-8,90 không bao hàm 0 (hình 3). Phương pháp Jaffe có xu hướng cho kết quả cao hơn phương pháp enzym ở mức nồng độ thấp. Kết quả so sánh này cho thấy phòng xét

th nghiệm chỉ có thể sử dụng một trong 2 phương pháp khi thực hiện xét nghiệm creatinin cho người bệnh, đặc biệt là trong theo dõi nồng độ creatinine trên cùng bệnh nhân. Hạn chế của nghiên cứu này là không đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu đến kết quả của hai phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Khi sử dụng tiêu chuẩn sai số tổng của CLIA, hiệu năng của cả hai phương pháp enzym và phương pháp Jaffe định lượng creatinin huyết tương trên máy Cobas c503 đều có thể chấp nhận được để sử dụng trong thực hành thường quy, tuy nhiên phương pháp enzym có giới hạn định lượng thấp hơn và độ chụm tốt hơn, đặc biệt là ở mức nồng độ thấp. Hai phương pháp không tương đồng nên không thể sử dụng đồng thời. Phòng xét nghiệm có thể lựa chọn sử dụng một trong hai phương pháp tùy theo tình hình thực tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Laterza OF, Price CP, Scott MG. Cystatin C:** An Improved Estimator of Glomerular Filtration Rate? *Clinical Chemistry*. 2002;48(5):699-707.
2. **Vassalotti JA, Stevens LA, Levey AS.** Testing for Chronic Kidney Disease: A Position Statement from the National Kidney Foundation. *American Journal of Kidney Diseases*. 2007;50(2):169-180.
3. **Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS.** Assessing Kidney Function — Measured and Estimated Glomerular Filtration Rate. *N Engl J Med*. 2006;354(23):2473-2483.
4. **Perrone RD, Madias NE, Levey AS.** Serum creatinine as an index of renal function: new insights into old concepts. *Clin Chem*. 1992;38(10):1933-1953.
5. **Myers GL.** Recommendations for Improving Serum Creatinine Measurement: A Report from the Laboratory Working Group of the National Kidney Disease Education Program. *Clinical Chemistry*. 2006;52(1):5-18.
6. **Peake M, Whiting M.** Measurement of serum creatinine--current status and future goals. *Clin Biochem Rev*. 2006;27(4):173-184.
7. **Roche Diagnostics package insert.** CREP2 Creatinine Plus Ver.2. Enzymatic method. Roche Cobas c503.
8. **Roche Diagnostics package insert.** CREJ2 Creatinine Jaffé Gen.2. Jaffe method. Roche/Hitachi Cobas c503.
9. **CLIA Requirements for Analytical Quality.** <https://www.westgard.com/clia.htm>.
10. **Ricos C, Alvarez V, Cava F, Garcia-Lario JV, Hernandez A, Jimenez CV, Minchinela J, Perich C, Simon M.** Current databases on biologic variation: pros, cons and progress. *Scand J Clin Lab Invest*. 1999; 59:491-500. This database was last updated in 2014.

ĐẶC ĐIỂM CHẢY MÁU NÃO TRÊN HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA U MẠCH NÃO THỂ HANG

Nguyễn Huệ Linh^{1,3}, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh chảy máu não trên phim cộng hưởng từ của bệnh nhân u mạch não thể hang tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2018 đến tháng 08/2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Thực hiện trên 45 bệnh nhân tỷ lệ nam/nữ là 1/1, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 43,6. Hầu hết tổn thương có kích thước dưới 30mm (96,2%). Trên cộng hưởng từ đa phần biểu hiện bằng tín hiệu hỗn hợp trên xung T1W (55,6%), hỗn hợp trên xung T2W(53,3%), giảm tín hiệu trên T2*(100%) và có viền hemosiderin bao quanh (92,3%). Sau tiêm thuốc đối quang từ hầu như không ngấm thuốc (92,9%). Chảy máu trong tổn thương đa phần ở nhiều giai đoạn (55,8%), thường không chảy máu lan ra ngoài tổn thương (82,7%). **Kết luận:** U mạch thể hang có thể gặp ở cả hai giới ở mọi lứa tuổi. Hầu hết tổn thương có kích thước dưới 30mm. Hình ảnh điển hình trên cộng hưởng từ là tổn thương dạng tín hiệu hỗn hợp trên cả T1W và T2W, giảm tín hiệu trên T2 và có viền hemosiderin bao quanh, sau tiêm thuốc đối quang từ hầu như không ngấm thuốc (92,9%). Chảy máu trong tổn thương phần lớn ở nhiều giai đoạn (55,8%), thường không chảy máu lan ra ngoài tổn thương (82,7%).

Từ khóa: U mạch thể hang, Cavernoma, u nguyên phát của não.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CEREBRAL HEMORRHAGE ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PATIENTS WITH CAVERNOUS ANGIOAMS

Objectives: To describe the image of brain bleeding on MRI with cavernous cerebral angiomas at Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2019. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive. **Results:** Study was performed on 45 patients, ratio of male to female was 1/1, the average age of the study subjects was 43.6. Most of the lesions were less than 30mm (96.2%). On MRI, most of the lesions, showed mixed signal on T1W pulse (55.6%), mixed signal on T2W pulse (53.3%), decreased signal on T2* (100%) and hemosiderin border around it (92.3%). After contrast injection, there was almost no enhancement (92.9%). Bleeding inside the lesion was

mostly in multistage (55.8%), usually without bleeding outside the lesion (82.7%). **Conclusion:** Cavernous angiomas can occur in both sexes at any age. Most of the lesions were less than 30mm. The typical image on MRI is a mixed-signal on both T1 and T2-weighted images, hypointense on T2 and surrounded by a hemosiderin border. After injection of magnetic contrast, there was almost no enhancement (92.9%). Bleeding inside the lesion was mostly multi-stage (55.8%), usually without bleeding outside the lesion (82.7%).

Keywords: Cavernous angioma, Cavernoma, primary brain tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mạch não thể hang (cavernous malformation, CMs) là cụm mạch máu bất thường, thiếu hụt các thành phần cấu trúc (lớp cơ trơn, sợi đàn hồi) nên các tế bào liên kết lỏng lẻo, dễ chảy máu, có thể thấy ở mọi nơi của hệ thống thần kinh trung ương, như đại não, tiểu não, thân não, tủy sống... Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đa số không có các biểu hiện lâm sàng, nhưng có thể gây ra những triệu chứng như động kinh, đau đầu, hoặc chảy máu dẫn đến các thiếu sót thần kinh khu trú làm ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và có thể gây tử vong. U mạch não thể hang là một dị dạng mạch máu với tỷ lệ mắc bệnh trong dân số chiếm từ 0,4% đến 0,8%, và là loại bất thường mạch não phổ biến nhất, chiếm 10-25% của tất cả các loại dị dạng mạch máu não, với nguyên nhân được cho là bẩm sinh.¹

U mạch não thể hang lần đầu tiên được Luschka phát hiện năm 1853 là một tổn thương ở thùy trán trái. Năm 1863, Wichow lần đầu tiên mô tả về giải phẫu bệnh học của u mạch não thể hang ở bán cầu đại não. Trong hơn 100 năm sau đó, do sự hạn chế về các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nên đặc điểm tổn thương và những mô tả lâm sàng chỉ thông qua hồi cứu trên mổ tử thi.

Cho đến nay, cộng hưởng từ sọ não là phương pháp chẩn đoán đáng tin cậy, tốt nhất để chẩn đoán u mạch não thể hang, không chỉ khi có các triệu chứng thần kinh cấp tính mà còn có thể phát hiện được các trường hợp không có triệu chứng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát và đưa ra nhận xét về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chảy máu não trên phim cộng hưởng từ của bệnh nhân u mạch não thể hang.

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai;

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huệ Linh

Email: nguyenhuelinh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u mạch não thể hang dựa vào lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ tại Khoa Thần kinh và Khoa Phẫu thuật thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2019.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Phương pháp thu thập thông tin nghiên cứu**

- Xây dựng bệnh án mẫu để thu thập thông tin
- Sử dụng bệnh án mẫu để thu thập thông tin lâm sàng, kết quả xét nghiệm và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

***Phương tiện nghiên cứu**

- Hồ sơ bệnh án tại các khoa phòng Bệnh viện Bạch Mai.
- Phim chụp CHT sọ não được chụp đúng kỹ thuật, có thể phân tích được hình ảnh tổn thương.

***Xử lý số liệu:** bằng chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm của tổn thương trên cộng hưởng từ sọ não

Tín hiệu	Tín hiệu T1W	Tín hiệu T2W	Tín hiệu T2*
	Số trường hợp (%)	Số trường hợp (%)	Số trường hợp (%)
Tăng	12 (26,6%)	12 (26,6%)	0 (0%)
Đồng	4 (8,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Giảm	4 (8,9%)	9 (20%)	45 (100%)
Hỗn hợp	25 (55,6%)	24 (53,3%)	0 (0%)
Tổng	45 (100%)	45 (100%)	45 (100%)

Nhận xét: Hơn một nửa các trường hợp biểu hiện tín hiệu hỗn hợp trên cả xung T1W (55,6%) và T2W (53,3%). Tất cả các tổn thương đều giảm tín hiệu trên T2*.

Bảng 2: Dấu hiệu viền hemosiderin

Viền hemosiderin	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)	
Không có	4	7,7	
Có	Liên tục	38	73,1
	Không liên tục	10	19,2
Tổng	52	100	

Nhận xét: Hầu hết tổn thương đều có viền hemosiderin chiếm tỷ lệ 92,3%, đa số có dạng viền liên tục chiếm 73,1%, chỉ 7,7% tổn thương không có dấu hiệu viền hemosiderin.

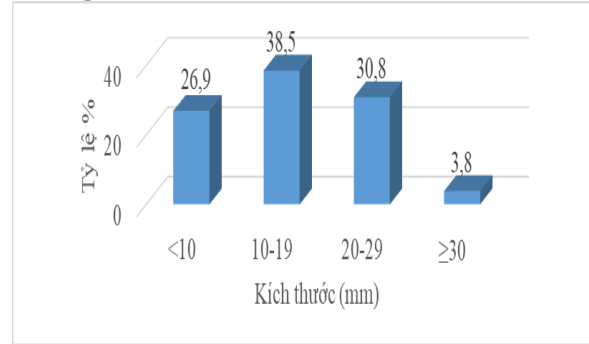
Bảng 3: Đặc điểm ngấm thuốc đối quang từ

Tính chất	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)	
Có ngấm thuốc	Ngấm thuốc mạnh	0	0,0
	Ngấm thuốc ít	1	7,1
Không ngấm thuốc	13	92,9	
Tổng số	14	100	

1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: từ 15 đến 76 tuổi, trung bình 43,6 tuổi.
- Phân bố theo giới: Nam chiếm 48,9%, nữ chiếm 51,1%.

2. Đặc điểm chảy máu não trên cộng hưởng từ



Biểu đồ 1: Kích thước của tổn thương

Nhận xét: Tổn thương nhỏ nhất có kích thước 4mm, lớn nhất 35mm. Kích thước trung bình 15,1 ± 7,7mm. 96,2% tổn thương có kích thước dưới 30mm. Tổn thương có kích thước 10 - 19mm chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%.

Nhận xét: Trong số 14 trường hợp được tiêm thuốc, tất cả đều có 1 tổn thương, có 13 trường hợp không ngấm thuốc chiếm 92,9%, số còn lại ngấm thuốc ít (7,1%), không có trường hợp nào ngấm thuốc mạnh.

Bảng 4: Đặc điểm chảy máu trong tổn thương

Giai đoạn chảy máu	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Cấp	6	11,5
Bán cấp	15	28,9
Mạn	2	3,8
Nhiều giai đoạn	29	55,8
Tổng số	52	100

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp có đặc điểm chảy máu trong tổn thương nhiều giai đoạn trên cộng hưởng từ chiếm 55,8%. Có 28,9% chảy máu trong tổn thương ở giai đoạn bán cấp. Các giai đoạn cấp, mạn chỉ chiếm số lượng ít với

tỷ lệ lần lượt là 11,5% và 3,8%.

Bảng 5: Đặc điểm chảy máu ngoài tổn thương

Đặc điểm		Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Có chảy máu	Cấp	2	3,8
	Bán cấp	7	13,5
	Mạn	0	0,0
Không chảy máu		43	82,7
Tổng số		52	100

Nhận xét: Trong số 52 tổn thương chỉ có 9 tổn thương có chảy máu lan rộng ra ngoài, trong số đó có 7 trường hợp chảy máu ở giai đoạn bán cấp chiếm 13,5%, giai đoạn cấp có 2 trường hợp chiếm 3,8%, không có trường hợp nào ở giai đoạn mạn tính.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh xuất hiện ở nam là 48,9% và ở nữ là 51,1%, tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Như vậy sự phân bố bệnh theo giới tính không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Về phân bố theo tuổi, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 15 đến 76 tuổi, tuổi trung bình là 43,6 tuổi. Độ tuổi trung bình cao hơn so với các nghiên cứu khác, có thể do sự khác biệt trong địa điểm nghiên cứu.^{2,3} Chúng tôi thu thập số liệu chủ yếu tại khoa Thần kinh và khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, vì vậy quần thể nghiên cứu của chúng tôi hẹp hơn.

Về kích thước của tổn thương, nhỏ nhất có kích thước 4mm, lớn nhất 35mm, kích thước trung bình $15,1 \pm 7,7$ mm, đa số tổn thương có kích thước dưới 20mm (65,4%), 96,2% tổn thương có kích thước dưới 3cm, tổn thương có kích thước 10 - 19mm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước.

Tín hiệu của u mạch thể hang trên cộng hưởng từ được khảo sát trên nhiều xung khác nhau, ở đây chúng tôi đề cập chủ yếu ba xung là T1W, T2W và đặc biệt là xung T2*. Với xung T1W và T2W, đa số các trường hợp tổn thương thể hiện tín hiệu hỗn hợp trên cả hai xung, chiếm tỷ lệ 53,3%, trên xung T2*, tất cả các tổn thương đều giảm tín hiệu (100%). Điều này phù hợp với bản chất mô bệnh học của u mạch thể hang, do đặc điểm vi thể của tổn thương bao gồm sản phẩm của nhiều đợt chảy máu mới lẫn cũ, như hemosiderin, tinh thể cholestrol, vôi hóa, cục máu đông.

Trong nhóm nghiên cứu hầu hết các tổn thương đều có viền hemosiderin với tỷ lệ 92,3%,

trong đó đa số viền hemosiderin có dạng liên tục chiếm tỷ lệ 73,1%. Những tổn thương viền hemosiderin không liên tục hoặc không đánh giá được hầu hết liên do tình trạng chảy máu của tổn thương hình thành khối máu tụ xung quanh hoặc tổn thương trong giai đoạn cấp tính. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Savoiardo và cs (1983) khi nghiên cứu 36 bệnh nhân nhận thấy dấu hiệu viền hemosiderin trên cộng hưởng từ gặp ở 88,9% các trường hợp.⁴

Trong nghiên cứu này chỉ có 14/45 trường hợp được tiêm thuốc đối quang từ, sau tiêm hầu hết các trường hợp không ngấm thuốc đối quang từ chiếm 92,9%, chỉ 1 trường hợp (7,1%) có ngấm thuốc và là ngấm thuốc ít, không có tổn thương nào ngấm thuốc mạnh. So sánh với nghiên cứu của Bùi Nam Thắng (2013), tác giả nhận thấy trên 34 bệnh nhân được tiêm thuốc đối quang từ có 27 trường hợp không ngấm thuốc (79,4%) và tất cả đều ngấm thuốc ít, điều này được giải thích là do bản chất dòng chảy chậm của u mạch não thể hang.⁵ Sự khác biệt trong tỷ lệ giữa hai nghiên cứu là do số lượng bệnh nhân được tiêm thuốc đối quang từ của chúng tôi chưa đủ lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có đặc điểm chảy máu trong tổn thương ở nhiều giai đoạn trên cộng hưởng từ chiếm 55,8%, 28,9% tổn thương ở giai đoạn bán cấp. Các giai đoạn cấp, mạn chỉ chiếm số lượng ít với tỷ lệ lần lượt là 11,5% và 3,8%. Kết quả này phù hợp với Bùi Nam Thắng (2013): 77,8% chảy máu trong tổn thương ở nhiều giai đoạn, bán cấp 17,8%, cấp tính 2,2% và mạn tính 2,2%.⁵ Aiba (1995) nhận thấy chảy máu trong tổn thương ở nhiều giai đoạn chiếm 82%.⁶ Marc A và cs (1999) khi nghiên cứu các loại dị dạng mạch não thấy đặc điểm chảy máu nhiều giai đoạn trong tổn thương là thường gặp ở các bệnh nhân u mạch thể hang.⁷ Điều này là phù hợp với bản chất mô bệnh học của u mạch não thể hang là chảy máu ít, nhiều đợt, xuất huyết mới xen lẫn cũ tạo nên sự tồn tại của các sản phẩm giáng hóa của máu ở nhiều giai đoạn kèm theo các tinh thể cholesterol, cục máu đông, vôi hóa...⁸

Về đặc điểm chảy máu ngoài tổn thương, trong số 52 tổn thương chỉ có 9 tổn thương có chảy máu lan rộng xung quanh (17,3%), trong đó có 7 trường hợp ở giai đoạn bán cấp (13,5%), giai đoạn cấp có 2 trường hợp tương ứng 3,8%, không có trường hợp nào ở giai đoạn mạn tính. Kết quả này tương tự với Aiba và cs (1995): chảy máu ngoài tổn thương có tỷ lệ 20% số trường hợp.⁶ Bùi Nam Thắng với chảy máu ngoài tổn

thương có tỷ lệ 22,2% và tất cả đều ở giai đoạn bán cấp.⁵ Điều này do bản chất của u mạch não thể hang thường không có mạch máu lớn đi qua.⁸

V. KẾT LUẬN

U mạch thể hang có thể gặp ở cả hai giới ở mọi lứa tuổi.

Hầu hết tổn thương có kích thước dưới 30mm.

Hình ảnh điển hình trên cộng hưởng từ là tổn thương dạng tín hiệu hỗn hợp trên cả T1W và T2W, giảm tín hiệu trên T2 và có viền hemosiderin bao quanh (92,3%).

Sau tiêm thuốc đối quang từ hầu như không ngấm thuốc (92,9%).

Chảy máu trong tổn thương phần lớn ở nhiều giai đoạn (55,8%), chảy máu thường không lan ra ngoài tổn thương (82,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Management of Cerebral Cavernous Malformations: From Diagnosis to Treatment.** <<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2015/808314/>>, accessed: 06/29/2018.
2. **Sommer B., Kasper B.S., Coras R., et al. (2013).** Surgical management of epilepsy due to

cerebral cavernomas using neuronavigation and intraoperative MR imaging. *Neurol Res*, **35(10)**, 1076–1083.

3. **Chem Sammithik (2012),** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u mạch thể hang trên lều tiểu não (cavernoma), Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Savoiardo M., Strada L., and Passerini A. (1983).** Intracranial cavernous hemangiomas: neuroradiologic review of 36 operated cases. *AJNR Am J Neuroradiol*, **4(4)**, 945–950.
5. **Bùi Nam Thắng (2013),** Đặc điểm hình ảnh và giá trị cộng hưởng từ u mạch thể hang sọ não, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Aiba T., Tanaka R., Koike T., et al. (1995).** Natural history of intracranial cavernous malformations. *J Neurosurg*, **83(1)**, 56–59.
7. **Marc A. V., Cheng M.L., Chang S.D., et al. (1999).** Correlation of Magnetic Resonance Characteristics and Histopathological Type of Angiographically Occult Vascular Malformations. *Neurosurgery*, **44(6)**, 1174–1181.
8. **Voigt K. and Yaşargil M.G. (1976).** Cerebral cavernous haemangiomas or cavernomas. Incidence, pathology, localization, diagnosis, clinical features and treatment. Review of the literature and report of an unusual case. *Neurochirurgia (Stuttg)*, **19(2)**, 59–68.

CA LÂM SÀNG: TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM Ở BỆNH NHÂN SAU MẮC COVID-19

Vũ Thanh Bình*

TÓM TẮT

Trong quá trình khám bệnh hậu COVID-19, chúng tôi đã ghi nhận 3 trường hợp có tràn dịch màng ngoài tim số lượng ít, được xác định trên siêu âm – Doppler tim ở BN sau mắc COVID-19 thể nhẹ, điều trị tại nhà, và những BN này đã tiêm đủ liều vaccine. 2 BN không có bệnh lý nền, 1 BN có bệnh lý tăng huyết áp trước đó, điều trị thường xuyên. Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân là khó thở, hụt hơi, tức ngực, hồi hộp trống ngực, 2 trong 3 BN có nhịp tim tăng nhẹ trong đó 1 BN có ngoại tâm thu. Cận lâm sàng cho thấy 1 BN có ngoại tâm thu thất, còn lại cả 3 BN không thấy bất thường khác trên điện tâm đồ và X quang tim phổi. Xét nghiệm máu không có bất thường về số lượng bạch cầu, tiểu cầu, men tim, tuy nhiên có tăng nhẹ CRP ở cả 3 trường hợp. Kết quả siêu âm tim có dịch màng ngoài tim số lượng ít, từ 6 – 10mm tập trung chủ yếu ở thành trước thất phải và vùng mỏm tim. Cả 3 BN đều hồi phục với phác đồ điều trị triệu chứng thông thường, không bao gồm Colchicin, NSAID hay Corticoid.

Từ khóa: Tràn dịch màng ngoài tim, COVID-19, bệnh nhân

SUMMARY

CASE SERIES REPORT: PERICARDIAL EFFUSION IN POST COVID-19 PATIENTS

While treating for post-COVID-19 patients, we have recorded 3 cases of minor pericardial effusion, diagnosed by echocardiography - Doppler heart in patients after mild COVID-19 infection, treated at the home. These patients had been vaccinated full dose. 2 patients had no medical background, 1 patient had pre-existing hypertension, regularly treated. Clinical manifestations of the patient were dyspnea, shortness of breath, chest tightness, palpitations, 2 out of 3 patients had a slight increase in heart rate, of which 1 patient had extrasystoles. Clinical evidence showed that 1 patient had ventricular extrasystoles, all 3 patients did not have any other abnormalities on the electrocardiogram and chest X-ray. Blood tests results showed no abnormality in the number of white blood cells, platelets, and cardiac enzymes, but there was a slight increase in CRP in all 3 cases. Echocardiography results showed a small amount of pericardial fluid, 6 - 10 mm, mainly concentrated in the anterior wall of the right ventricle and the apex of the heart. All 3 patients recovered with the usual symptomatic treatment regimen, which did not include Colchicine, NSAIDs or Corticosteroids.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: thanhbinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Keywords: Pericardial effusion, COVID-19, patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 gây tử vong và di chứng nguy hiểm cho con người trên toàn thế giới. Tiêm vaccine làm giảm tỷ lệ bệnh nặng, giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên với những bệnh nhân (BN) đã được tiêm phòng vaccine, sau khi mắc COVID-19 vẫn có nguy cơ gặp các biến chứng. Có thể các biến chứng này liên quan đến hội chứng đáp ứng viêm hệ thống. Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống được ghi nhận chủ yếu trên trẻ em mắc COVID-19, chưa có nghiên cứu trên người lớn, tuy nhiên về sinh bệnh học, đáp ứng của người lớn cũng tương tự như trẻ em, chỉ khác nhau về mức độ và cách biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Trên thế giới, đã có những báo cáo về các ca lâm sàng người lớn tràn dịch màng

ngoài tim thể nặng sau nhiễm COVID-19. Đặc điểm chung của các ca lâm sàng đó là tràn dịch màng ngoài tim mức độ vừa – nhiều, tuy chưa có ép tim cấp nhưng quá trình điều trị BN có ngừng tim. Dẫn lưu màng ngoài tim và hồi sức tích cực giúp BN hồi phục [1], [2]. Trong quá trình khám bệnh hậu COVID-19, chúng tôi đã ghi nhận 3 trường hợp có tràn dịch màng ngoài tim số lượng ít, được xác định trên siêu âm – Doppler tim ở BN sau mắc COVID-19 thể nhẹ, điều trị tại nhà. Các bệnh nhân đều hồi phục hoàn toàn với phác đồ điều trị triệu chứng thông thường, không bao gồm Colchicin, NSAID hay Corticoid.

THÔNG TIN VỀ CÁC CA LÂM SÀNG:

Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và một số đặc điểm lâm sàng được chúng tôi trình bày dưới dạng các bảng dưới đây:

Bảng 1. Thông tin chung của các trường hợp bệnh

Trường hợp	Tuổi	Giới	Bệnh lý nền	Thời gian phát hiện TDMNT kể từ khi mắc COVID-19	Cơ sở điều trị COVID
1	36	Nữ	Không	1,5 tháng	Tại nhà
2	55	Nữ	Không	1,5 tháng	Tại nhà
3	51	Nam	Tăng huyết áp	2 tháng	Tại nhà

Trong 3 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân nữ 36 và 55 tuổi không có bệnh lý nền, 1 bệnh nhân nam 51 tuổi bị tăng huyết áp trước đó. Thời gian kể từ khi khởi COVID-19 đến khi phát hiện bệnh là 1,5 và 2 tháng. Các bệnh nhân đều được điều trị COVID-19 tại nhà.

Bảng 2. Thông tin về tiêm vaccine phòng COVID-19 của các trường hợp bệnh

Trường hợp	Số mũi vaccine đã tiêm	Loại vaccine			Thời gian từ khi tiêm vaccine đến khi mắc COVID-19
		Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3	
1	2	AstraZeneca	AstraZeneca	Chưa tiêm	3 tháng
2	2	AstraZeneca	AstraZeneca	Chưa tiêm	3 tháng
3	3	AstraZeneca	AstraZeneca	Pfizer	1 tháng

Các bệnh nhân đều được tiêm vaccine phòng COVID-19, trong đó 2 bệnh nhân nữ được tiêm 2 mũi vaccine AstraZeneca, bệnh nhân mắc COVID-19 sau tiêm vaccine 3 tháng. Bệnh nhân nam được tiêm 2 mũi vaccine AstraZeneca và 1 mũi Pfizer, thời gian mắc COVID-19 sau tiêm mũi 3 là 1 tháng.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của người bệnh

Trường hợp	Tức ngực	Khó thở	Hụt hơi	Hồi hộp trống ngực	Ho
1	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
2	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
3	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)

(+): có; (-): không

Triệu chứng gặp ở cả 3 bệnh nhân là tức ngực, khó thở, hụt hơi. 2 bệnh nhân nữ có hồi hộp trống ngực nhưng không ho. Bệnh nhân nam có ho nhưng không hồi hộp trống ngực.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của người bệnh

Trường hợp	Tần số tim	Loạn nhịp	Trung bình huyết áp (mmHg)	Tim to	Ư trệ tuần hoàn ngoại biên
1	90	(-)	100/60	(-)	(-)
2	87	Ngoại tâm thu	120/80	(-)	(-)
3	75	(-)	130/90	(-)	(-)

(-): không; Hai bệnh nhân nữ có tần số tim tăng nhẹ, huyết áp trong giới hạn bình thường, có 1 bệnh nhân có ngoại tâm thu. Bệnh nhân nam huyết áp còn tăng nhẹ, tần số tim bình thường. Cả 3

bệnh nhân tim không to, không có dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.

Bảng 4. Triệu chứng điện tâm đồ và X quang tim phổi của người bệnh

Trường hợp	Điện tâm đồ			X quang tim phổi		
	Loạn nhịp	ST chênh lên đồng hướng	Sơ le điện thế	Tim to	Cung tim bất thường	Tổn thương phổi
1	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
2	Ngoại tâm thu thất	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
3	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

(-): không; Chỉ có bệnh nhân nữ 55 tuổi điện tâm đồ có biểu hiện ngoại tâm thu thất, 2 bệnh nhân còn lại không có bất thường trên điện tâm đồ. Cả 3 bệnh nhân đều không có bất thường trên phim X quang tim phổi.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm máu của người bệnh

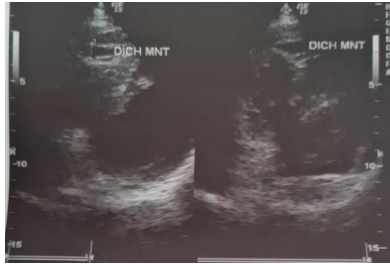
Trường hợp	Men tim CK-MB (UI/L)	Số lượng bạch cầu (G/L)	Số lượng tiểu cầu (G/L)	CRP (mg/L)
1	15	8,1	231	8,6
2	12	7,6	372	6,1
3	21	7,2	390	12,5

Kết quả xét nghiệm cho thấy, cả 3 bệnh nhân đều có men tim (CK-MB), số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu bình thường. Riêng nồng độ CRP ở cả 3 bệnh nhân đều tăng nhẹ

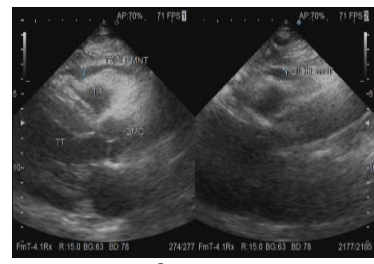
Kết quả siêu âm tim:



Trường hợp 1



Trường hợp 2



Trường hợp 3

Hình 1. Hình ảnh siêu âm tim của 3 bệnh nhân

Cả 3 bệnh nhân đều có dịch màng ngoài tim số lượng ít, từ 6 – 10 mm tập trung chủ yếu ở thành bên thất phải và phía mỏm tim. Dịch trong, không thấy fibrin, không gây ép tim. Bệnh nhân 1 và 2 có kích thước và chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân nam có bệnh lý nền tăng huyết áp có kết quả siêu âm dày đồng tâm thất trái, tuy nhiên thất trái không giãn, chức năng tâm thu thất trái bình thường.

Về quá trình điều trị: Trong 3 bệnh nhân trên, bệnh nhân nữ 55 tuổi được nhập viện điều trị nội trú do có loạn nhịp tim kèm theo, 2 bệnh nhân còn lại được kê đơn điều trị ngoại trú. Phác đồ điều trị cho bệnh nhân bao gồm các thuốc cải thiện triệu chứng (chẹn beta 1, Vastarel MR, kiểm soát huyết áp, Vitamin). Ngoài ra, chúng tôi không dùng các thuốc điều trị tràn dịch màng ngoài tim (Colchicin, NSAID), không dùng Corticoid. Kết quả khám lại sau 10 – 30 ngày, màng ngoài tim còn ít dịch hơn, không còn các triệu chứng ban đầu, bệnh nhân cảm thấy bình thường trở lại.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới đã có một số ghi nhận bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim sau mắc COVID-19. Tác giả Bnar J.Hama và CS báo cáo trường hợp nam 44 tuổi có biểu hiện khó thở khi gắng sức, hồi hộp và tức ngực bên trái. BN mới được khỏi COVID-19. BN có ý thức bình thường, có khó thở, thở nhanh và nhịp tim nhanh. Khám phổi cho thấy nhiều ran ẩm, ran nổ, nghe tim thấy tiếng tim mờ, xa xăm. Xét nghiệm cho thấy tăng D-dimer, protein phản ứng C, thời gian prothrombin và aPTT. Chụp mạch phổi cắt lớp vi tính cho thấy thuyên tắc huyết khối phổi cấp tính liên quan đến nhánh thùy sau của thùy dưới bên trái kèm theo nhồi máu phổi. Siêu âm tim cho thấy tràn dịch màng ngoài tim mức độ nặng mà không có ép tim. Dẫn lưu màng ngoài tim đến ngày thứ 2 BN hết dịch. Đến ngày thứ 7, bệnh nhân biến chứng nặng dẫn đến ngừng tim [1].

Tác giả Dena H Tran và CS cũng báo cáo một trường hợp bệnh nhân bị tràn dịch màng tim tái phát thứ phát do nhiễm COVID-19, một biểu hiện tim mạch bất thường của bệnh này. BN nam

47 tuổi có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19. Tuy nhiên BN không đồng ý nhập viện, không đồng ý điều trị. Sau hai tuần BN quay lại trong tình trạng đau ngực kiểu màng phổi kèm theo khó thở. Các triệu chứng của BN sau đó được siêu âm tim cho chẩn đoán xác định tràn dịch màng ngoài tim khối lượng vừa đến nhiều, không có bằng chứng ép tim. BN được chọc hút dịch màng tim; kết quả xét nghiệm dịch màng ngoài tim âm tính với các tế bào ác tính, không có các dấu ấn viêm hoặc các nhiễm vi sinh. Tác giả cũng cho rằng tràn dịch có khả năng xuất hiện thứ phát sau phản ứng viêm gây rò rỉ mao mạch, dẫn đến dịch thấm vào màng ngoài tim. Ngoài các ảnh hưởng khác trên tim mạch đã được chứng minh, COVID-19 dường như có liên quan đến tràn dịch màng ngoài tim tái phát. Do sự gia tăng các trường hợp COVID-19, cần phải coi tràn dịch màng ngoài tim là một biến chứng hiếm gặp nhưng tiềm ẩn của virus này. Tràn dịch màng ngoài tim có thể là biểu hiện lâm sàng chính, có tính chất tái phát và có khả năng dẫn đến chèn ép sinh lý [2].

Hai trường hợp BN trên đều bị tràn dịch màng ngoài tim sau nhiễm COVID-19 đã điều trị hồi phục, tuy nhiên báo cáo không đề cập đến tình trạng có hay không việc BN được tiêm vaccine phòng COVID-19 trước đó. Ở những BN nhiễm COVID-19 khi chưa được tiêm vaccine, tỷ lệ bệnh nặng và tử vong rất cao do nhiều biến chứng [1], [2].

Tuy nhiên 3 BN trong báo cáo của chúng tôi đều bị nhiễm COVID-19 sau khi tiêm 2 – 3 liều vaccine dự phòng. Tất cả đều bị COVID-19 thể nhẹ và được điều trị tại nhà với các thuốc thuộc phác đồ A của Bộ Y tế [3]. 2 trong số 3 BN có tiền sử khỏe mạnh, chỉ 1 BN nam có bệnh lý nền là tăng huyết áp điều trị thường xuyên, huyết áp được kiểm soát đạt mục tiêu. Sau khi khỏi bệnh, các bệnh nhân đều ăn uống và sinh hoạt bình thường. Các triệu chứng hụt hơi, khó thở, tức ngực, hồi hộp xuất hiện sau khi khỏi bệnh 1,5 – 2 tháng. Về cận lâm sàng có 2 BN nhịp tim tăng nhẹ, trong đó BN nữ 55 tuổi xuất hiện ngoại tâm thu thất, BN này sau đó được điều trị bằng Betaloc ZOK và BN nhanh chóng ổn định. Cả 3 BN đều không thấy bất thường trên phim X quang ngực thẳng cũng như xét nghiệm về số lượng bạch cầu, tiểu cầu. Tuy nhiên ghi nhận tăng nhẹ CRP ở cả 3 BN. Điều này khiến chúng tôi đặt giả thiết tràn dịch màng ngoài tim là do đáp ứng viêm hậu COVID-19. So sánh với các báo cáo nước ngoài, 3 BN của chúng tôi màng

ngoài tim chỉ có ít dịch, có thể do cả 3 BN đều được tiêm 2 – 3 mũi vaccine phòng SARS-CoV2 và đều mắc COVID-19 thể nhẹ.

Theo Joshi S, mặc dù cơ chế bệnh lý chính xác của tràn dịch màng ngoài tim do COVID-19 vẫn chưa được biết đến, nhưng tác giả gợi ý rằng SARS-CoV-2 có thể gây ra phản ứng viêm toàn thân quá mức và gây ra các hiệu ứng độc tế bào, do đó có thể dẫn đến thương tích ở nhiều người các cơ quan của cơ thể, bao gồm tim và các mô xung quanh [4]. Bình thường, màng tim chứa tới 50 mL dịch màng tim; tuy nhiên, trong tràn dịch màng ngoài tim, sự rò rỉ mao mạch về cơ bản có thể làm tăng lượng dịch ngoài tim lên đến 2000 mL và tim chịu một sức ép lớn [5], [6].

Trong các báo cáo trên, do lượng dịch nhiều và có biến chứng ngừng tim nên BN được điều trị hồi sức tích cực, có chọc hút, dẫn lưu dịch màng ngoài tim. Và các BN đều được sử dụng Corticoid.

V. KẾT LUẬN

Hậu COVID-19 có thể có nhiều biến chứng, trong đó có biến chứng tràn dịch màng ngoài tim. Do vậy, cần kiểm tra tim mạch ở những BN sau mắc COVID-19 kể cả thể nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bnar J.Hama, Amin Fahmi, H.Kakamad, Ahmed GhHamasaheed, Abdulwahid M.Salih-Muhammed GhHamasaheed, Razhan K.Ali, Bestoon KH.Salih (2022)**, Post COVID-19 hemorrhagic pericardial effusion; A case report with literature review, *Annals of Medicine and Surgery*, Volume 74, February 2022, 103300
2. **Dena H Tran, Anuj Gupta, Avelino C Verceles, Robert D Chow (2021)**, COVID-19 Presenting as Recurrent Pericardial Effusion, *Cureus*. 2021 Oct 11;13(10):e18652. doi: 10.7759/cureus.18652. eCollection 2021 Oct.
3. **Bộ Y tế (2021)**, Hướng dẫn quản lý tại nhà đối với người mắc COVID-19, ban hành kèm theo Quyết định số 604/QĐ-BYT ngày 14 tháng 03 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. **Joshi S., Tayal N., Bhatia A.** A rare case of COVID-19 infection presenting as massive pericardial effusion in young adult. *MAMC J. Med. Sci.* 2021;7(2):162–164.
5. **Ejikeme C., Gonzalez M., Elkattawy S., Alyacoub R., Sherer C (2020)**, Subacute COVID-19 infection presenting as indolent large pericardial effusion. *Cureus*. 2020;12(10):1–3.
6. **Vakamudi S, Ho N, Cremer PC (2017)**, Pericardial Effusions: Causes, Diagnosis, and Management, *Prog Cardiovasc Dis.* 2017 Jan-Feb;59(4):380-388. doi: 10.1016/j.pcad.2016.12.009. Epub 2017 Jan 4. PMID: 28062268

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA MÁU Ở BỆNH NHÂN LOẠN THẦN DO RƯỢU

Đỗ Xuân Tĩnh*, Lê Đình Uy*, Đinh Việt Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số sinh hóa máu ở bệnh nhân loạn thần do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang; tỷ lệ đặc điểm lâm sàng ở 31 bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4 – 2021 đến tháng 3 – 2022. **Kết quả:** Nhóm tuổi thường gặp >40 tuổi chiếm tới 83,8% với tuổi trung bình là 47,45± 7,19, 100% là nam giới. Lượng rượu uống trung bình mỗi ngày đạt 539,68 ± 176,08 ml và thời gian uống rượu là 16,1 ± 5,94 năm. 19,4% có tiền sử gia đình nghiện rượu và 61,3% có bệnh cơ thể kết hợp. Các triệu chứng loạn thần: Hoang tưởng đơn thuần chiếm 16,1%, ảo giác đơn thuần 38,7%, xuất hiện đồng thời hoang tưởng và ảo giác 45,2%. Hoang tưởng bị hại 29% và hoang tưởng ghen tuông 41,9%. Ảo thị giác 64,5%, ảo thanh 35,5%, ảo giác thô sơ 19,4% và ảo xúc giác chỉ chiếm tỷ lệ 6,5%. Các rối loạn khác: Giảm trí nhớ gần với 67,7%, giảm tập trung chú ý 64,5% và giảm trí nhớ xa 29%. Một số chỉ số sinh hóa máu: Glucose 7,64± 3,48 mmol/l, Protein: 70,12± 8,36 g/l, Albumin ở mức 37,76± 5,68 g/l. 3 chỉ số men gan GOT, GPT, GGT lần lượt là 162,19 ±172,41; 72,92± 72,65; 866,54 ±1140,97 U/l. **Kết luận:** Bệnh nhân loạn thần do rượu đều là nam giới, phần lớn ở độ tuổi trung niên trở lên với số năm nghiện rượu lớn và lượng rượu tiêu thụ cao. Hoang tưởng ảo giác chủ yếu là hoang tưởng ghen tuông và ảo thị giác. Đa phần có bệnh cơ thể kết hợp với các chỉ số Glucose máu, GOT, GPT, GGT tăng cao.

Từ khóa: Loạn thần do rượu, đặc điểm lâm sàng, chỉ số sinh hóa máu.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME BLOOD BIOCHEMICAL INDICES IN PATIENTS WITH ALCOHOL INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

Objectives: Clinical characteristics and some blood biochemical indices in patients with alcohol induced psychotic disorder. **Subject and methods:** Descriptive research, cross-section; rate of clinical characteristics in 31 alcohol-induced psychotic inpatient treatment at the Department of psychiatry, 103 Military Hospital from April 2021 to March 2022. **Results:** The common age group > 40 years old

accounts for 83.8% with mean age of 47.45± 7.19, 100% male. The average daily alcohol intake was 539.68 ± 176.08 ml and the duration of alcohol dependence (years) was 16.1 ± 5.94 years. 19.4% had a family history of alcoholism and 61.3% had a combined physical diseases. Psychotic symptoms: only delusions accounted for 16.1%, only hallucination 38.7%, and both delusion and hallucination accounted for 45.2%. 29% persecutory delusion and 41.9% delusion of jealousy. 64.5% visual hallucination, 35.5% auditory hallucination, 19.4% rudimentary hallucination and tactile hallucination only 6.5%. Other disorders: Decrease in short-term memory with 67.7%, 64.5% decrease in concentration of attention and 29% decrease in long-term memory. Some blood biochemical indices: Glucose reached an average value of 7.64± 3.48 mmol/l, Protein: 70.12± 8.36 g/l, Albumin: 37.76± 5.68 g/l. Level of 3 enzyme GOT, GPT, GGT at 162.19 ± 172.41; 72.92± 72.65; 866.54 ±1140.97 U/l, respectively. **Conclusion:** Patients with alcohol induced psychotic disorder at mostly middle-aged or older men with heavy years of alcohol dependence and high alcohol consumption. Persecutory delusion and visual hallucination are common. Most of patients have physical diseases associated with high level of Glucose, GOT, GPT, and GGT in blood.

Keywords: Alcohol induced psychotic disorder, clinical characteristics, blood biochemical indices.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn thần do rượu chỉ tình trạng loạn thần xuất hiện trên nền nghiện rượu mạn tính. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và phong phú, gồm sáng rượu, hoang tưởng do rượu, ảo giác do rượu và bệnh não thực tổn do rượu.

Theo tổ chức y tế thế giới, số trường hợp rối loạn tâm thần liên quan đến rượu ngày càng gia tăng trong dân số và gây ra nhiều hậu quả cả về mặt cơ thể và sức khỏe tâm thần. Số lượng bệnh nhân vào điều trị tại các bệnh viện tâm thần do có những rối loạn liên quan đến rượu ngày càng tăng cao, do đó việc nghiên cứu, phân tích, đánh giá đặc điểm lâm sàng loạn thần do rượu là một vấn đề cần thiết nhằm mục đích cung cấp các cơ sở khoa học, giúp cho chẩn đoán và điều trị chính xác, có hiệu quả, hạn chế được các hậu quả xấu cho người bệnh và xã hội. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số sinh hóa máu ở bệnh nhân loạn thần do rượu để góp phần chẩn đoán và điều trị căn bệnh này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 31 bệnh nhân

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Tĩnh

Email: doxuantinhbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

nam giới được chẩn đoán loạn thần do rượu, điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần - Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 03 năm 2022.

Bệnh nhân được chẩn đoán loạn thần do rượu theo tiêu chuẩn của DSM-5 [6].

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát tỷ lệ đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số sinh hóa máu của bệnh nhân loạn thần do rượu.

Xử lý kết quả bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 31 bệnh nhân loạn thần do rượu, trong đó: nhóm tuổi dưới 40 tuổi là 5 bệnh nhân (16,20%); từ 40-50 tuổi là 13 bệnh nhân (41,90%); nhóm trên 50 tuổi là 13 bệnh nhân (41,90%); độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $47,45 \pm 7,19$. Theo giới: 100% bệnh nhân nghiên cứu đều là nam giới. Như vậy nhóm tuổi thường gặp từ 40 tuổi trở lên chiếm tới 83,8%. Tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn tác giả Venkata Lakshmi Narasimha và cộng sự (2019) với tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $39,1 \pm 6,1$ [7].

Trình độ học vấn, nghề nghiệp: Đa số bệnh nhân ở trình độ đại học - cao đẳng - sau đại học và tiểu học cùng chiếm tỷ lệ 32,3%; trung học cơ sở 16,1%; trung học phổ thông 12,9%. Có 6,5% bệnh nhân không biết chữ. Bệnh nhân là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 32,3%, tiếp đến các ngành nghề khác 22,6%, công nhân và bộ đội đều chiếm 16,1%, viên chức 9,7% và nghỉ hưu có tỷ lệ ít nhất 3,2%. Tuy nhiên, sự khác biệt về nghề nghiệp và trình độ học vấn ở nhóm loạn thần do rượu không có ý nghĩa thống kê với $p=0,074$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với ý kiến của Kaplan HI. (1994) khi cho rằng nghiện rượu có thể gặp ở mọi loại trình độ văn hóa [1].

Thời gian nghiện rượu, số lượng rượu uống, tiền sử gia đình nghiện rượu: Hầu hết bệnh nhân có quá trình uống rượu >10 năm với số năm sử dụng rượu trung bình là $16,1 \pm 5,94$ và lượng rượu uống mỗi ngày ở mức $539,68 \pm 176,08$ ml, rượu loại 40 độ cồn. Đây là lượng rượu vượt quá giới hạn về sự an toàn. Có 19,4% bệnh nhân tiền sử gia đình có người thân nghiện rượu. Thời gian uống rượu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2014) với thời gian nghiện rượu là

$14,6 \pm 6,5$ năm [2], lượng rượu mỗi ngày cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tất Định (2017) là $443,75 \pm 144,30$ ml [3]. Tiền sử gia đình nghiện rượu có tỷ lệ cao hơn so với tác giả Esther van den Wildenberg và cộng sự (2007) với tỷ lệ là 7,1% [8].

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Tần suất xuất hiện hoang tưởng và ảo giác ở bệnh nhân loạn thần do rượu

Chi số thống kê	Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ có ảo giác	12	38,70
Chỉ có hoang tưởng	5	16,10
Có cả hoang tưởng và ảo giác	14	45,20
Tổng	31	100,00

Kết quả bảng 3.1 cho thấy các triệu chứng chỉ có ảo giác chiếm 38,7%, chỉ có hoang tưởng chiếm 16,1%, có cả hoang tưởng và ảo giác có tỷ lệ cao nhất 45,2%. Khi so sánh với các kết quả khác, kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Hữu Thắng (2018) với 45,67% bệnh nhân có ảo giác kết hợp hoang tưởng, chỉ có hoang tưởng chiếm 26,58% và chỉ có ảo giác chiếm 27,85% [4].

Bảng 3.2. Các loại ảo giác ở bệnh nhân loạn thần do rượu

Chi số thống kê	Số lượng (n=31)	Tỷ lệ (%)
Ảo thanh thật	11	35,55
Ảo thị giác	20	64,52
Ảo giác thô sơ	6	19,35
Ảo xúc giác	2	6,45

Bảng 3.2 cho thấy các loại ảo giác trong bệnh nhân loạn thần do rượu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 4 loại ảo giác gặp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả cho thấy ảo thị giác chiếm tỷ lệ lớn nhất (64,52%), tiếp đến là ảo thanh thật (35,55%). Các loại ảo giác chiếm tỷ lệ nhỏ hơn là ảo giác thô sơ (19,35%) và ảo xúc giác chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (6,45%). Kết quả tương đồng với tác giả Nguyễn Hữu Thắng (2018) khi tỷ lệ ảo thị giác lớn nhất với 58,23% [4]. Kết quả không tương đồng với Aleksin DS (2011) khi cho rằng trong loạn thần do rượu, ảo giác thường gặp là ảo thanh, ít gặp ảo thị.

Bảng 3.3. Các loại hoang tưởng ở bệnh nhân loạn thần do rượu

Chi số thống kê	Số lượng (n=31)	Tỷ lệ (%)
Hoang tưởng bị truy hại	9	29,03
Hoang tưởng ghen tuông	13	41,94

Kết quả cho thấy hoang tưởng gặp trong bệnh nhân loạn thần do rượu bao gồm hoang

tường ghen tuông và hoang tưởng bị truy hại với tần suất xuất hiện chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,94% và 29,03%, không gặp các loại hoang tưởng khác. Nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện 2 loại hoang tưởng phù hợp với nhiều công bố về các loại hoang tưởng gặp trong các vấn đề liên quan đến rượu. Tuy nhiên kết quả không tương đồng với tác giả Nguyễn Hữu Thắng (2018) khi tần suất hoang tưởng bị hại chiếm tỷ lệ cao hơn là 59,4% [4].

Bảng 3.4. Các rối loạn hoạt động bản năng ở bệnh nhân loạn thần do rượu

Chỉ số thống kê Hoạt động bản năng	Số lượng (n=31)	Tỷ lệ (%)
Mất ngủ	31	100,00
Ăn kém	22	70,97
Giảm hoạt động tình dục	11	35,48

Kết quả bảng 3.4 chỉ ra 100% các bệnh nhân loạn thần do rượu vào viện điều trị đều có tình trạng mất ngủ. Ăn kém cũng thường gặp và chiếm tỷ lệ 70,97% số bệnh nhân. Có 35,48% trong số bệnh nhân nghiên cứu có giảm hoạt động tình dục. Theo Bùi Quang Huy, nghiên cứu thường gắn liền với cuộc sống tình dục nghèo nàn, họ thường bị liệt dương nên khó có khả năng sinh hoạt tình dục [1]. Tình trạng rối loạn hoạt động bản năng là yếu tố làm tăng sự khó khăn khi điều trị bệnh nhân.

Bảng 3.5. Rối loạn chú ý, trí nhớ ở bệnh nhân loạn thần do rượu

Chỉ tiêu thống kê Chú ý trí nhớ	Số lượng (n=31)	Tỷ lệ (%)
Giảm tập trung chú ý	20	64,52
Giảm trí nhớ xa	9	29,03
Giảm trí nhớ gần	21	67,74

Kết quả bảng 3.5 cho thấy trong rối loạn về chú ý, trí nhớ thì vấn đề giảm tập trung chú ý và giảm trí nhớ gần thường gặp hơn và chiếm tỷ lệ lần lượt là 64,52% và 67,74%. Giảm trí nhớ xa gặp tỷ lệ 29,03% số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Nghiện rượu mạn tính gây rối loạn và suy giảm trí nhớ, đây là một rối loạn cơ bản chức năng nhận thức do rượu gây lên. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy trong rối loạn về chú ý, trí nhớ thì giảm trí nhớ gần thường gặp hơn và chiếm tỷ lệ cao nhất 67,74%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2011) khi nghiên cứu 66 bệnh nhân loạn thần do rượu, giảm trí nhớ gần chiếm tỷ lệ cao nhất [2].

Bảng 3.6. Một số chỉ số sinh hóa máu ở bệnh nhân loạn thần do rượu

Chỉ số	Giá trị	Giá trị tham chiếu
Glucose	7,64± 3,48	3,9-5,6 mmol/l

Protein	70,12± 8,36	66-83 g/L
Albumin	37,76± 5,68	35-52 g/L
GOT	162,19 ±172,41	0-40 U/L
GPT	72,92± 72,65	0-40 U/L
GGT	866,54 ±1140,97	0-50 U/L
Cholesterol	4,81± 1,48	3,9-5,2 mmol/L
HDL	1,43± 0,85	>0,9 mmol/L
LDL	3,19± 0,98	1,8-3,9 mmol/L
Triglycerid	2,08± 1,82	0,4-2,3 mmol/L

Kết quả cho thấy một số chỉ số sinh hóa máu trên nhóm bệnh nhân như sau: Giá trị trung bình của men GOT, GPT, GGT lần lượt là 162,19 ±172,41 (U/l); 72,92± 72,65 (U/l); 866,54 ±1140,97 (U/l), chỉ số Glucose máu là 7,64± 3,48 mmol/l, đều ở mức cao so với bình thường, đặc biệt GGT gấp hơn 10 lần giá trị bình thường. Các chỉ số Albumin đạt 37,76± 5,68 g/L, Protein ở mức 70,12± 8,36 g/L. Các chỉ số lipid máu bao gồm Cholesterol đạt giá trị là 4,81± 1,48 mmol/l, HDL: 1,43± 0,85 mmol/l, LDL: 3,19±0,98mmol/l, và Triglycerid đạt giá trị 2,08± 1,82 mmol/l. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn (2021) với chỉ số GOT, GPT của bệnh nhân khi vào viện lần lượt là 174,5; 65,5 U/l [5].

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi thường gặp từ 40 trở lên chiếm tới 83,8% với tuổi trung bình là 47,45± 7,19 và đều là nam giới. Lượng rượu uống trung bình mỗi ngày ở mức cao 539,68 ± 176,08 ml và thời gian uống rượu là 16,1 ± 5,94 năm. Tỷ lệ bệnh cơ thể kết hợp cao 61,3%. Nghề nghiệp và trình độ học vấn không ảnh hưởng đến nguy cơ mắc loạn thần do rượu.

- Hoang tưởng thường gặp trong loạn thần do rượu là hoang tưởng ghen tuông và hoang tưởng bị truy hại, với tỷ lệ hoang tưởng ghen tuông cao hơn. Ảo thị giác và ảo thanh là 2 dạng thường gặp hơn trong triệu chứng loạn thần. Rối loạn hoạt động bản năng: mất ngủ và ăn kém là 2 vấn đề thường gặp ở bệnh nhân loạn thần do rượu. Rối loạn nhận thức: Giảm trí nhớ gần gặp nhiều và thường xuyên nhất.

- Một số chỉ số sinh hóa máu tăng cao, trong đó chỉ số Glucose: 7,64±3,48mmol/l, GOT: 162,19±172,41U/L; GPT: 72,92±72,65U/L và GGT: 866,54 ±1140,97U/L.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Huy, Nguyễn Mạnh Hùng, Đỗ Xuân Tinh (2019).** Điều trị nghiện rượu. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
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 án Tiến sĩ Y học,

- trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Tất Định, Bùi Quang Huy, Cao Tiến Đức và CS (2017).** Đặc điểm điện não đồ ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. Tạp chí y dược học Quân sự, số 8, tr 87-91.
 4. **Nguyễn Hữu Thắng, Bùi Quang Huy, Nguyễn Sinh Phúc (2017).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ảo giác hoang tưởng ở bệnh nhân loạn thần do rượu. Tạp chí điện tử, số 2, tr 16-19.
 5. **Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn (2021).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng cai rượu nặng điều trị tại trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Việt Nam, số 1, tr 168-172.
 6. **American Psychiatry Association (2013).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing. pp. 490-503.
 7. **Narasimha V.L, Patley R, Shukla L et al (2019).** Phenomenology and Course of Alcoholic Hallucinosis. J Dual Diagn, 15(3), pp. 172-176.
 8. **Wildenberg E, Wiers R.W, Dessers J et al (2007).** A functional polymorphism of the mu-opioid receptor gene (OPRM1) influences cue-induced craving for alcohol in male heavy drinkers. Alcohol Clin Exp Res, 31(1), pp. 1-10.

XÁC ĐỊNH MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Đào Thị Hồng Nhung*, Lê Thị Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ (CMSĐ) tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định (BVPSND). **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các sản phụ được chẩn đoán CMSĐ, có điều trị truyền máu tại BVPSND từ 01/01/2020 đến 30/06/2021, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. **Kết quả:** Trong 87 bệnh án CMSĐ có truyền máu tại BVPSND từ 01/01/2020 đến hết 30/06/2021, có 64,4% CMSĐ do "đờ tử cung" và chiếm 84% trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường; CMSĐ do "rau tiền đạo" chiếm 24,1%; do "rau bong non" là 5,7%; 4,6% do "chấn thương đường sinh dục" và "rau cài răng lược" chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 1,1%. Thời điểm phát hiện CMSĐ chủ yếu trong 2h đầu sau đẻ, chiếm 82,7%. **Kết luận:** "Đờ tử cung" vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây CMSĐ ở những sản phụ CMSĐ có truyền máu tại BVPSND, có tỷ lệ cao hơn trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường. CMSĐ được phát hiện sớm, chủ yếu trong 2 giờ đầu sau đẻ.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ, nguyên nhân, bệnh viện Phụ Sản Nam Định

SUMMARY

IDENTIFIED SOME CAUSES OF POSTPARTUM HEMORRHAGE AT NAM DINH HOSPITAL FOR OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To determine some causes of postpartum hemorrhage (PPH) at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology. **Subjects:** All pregnant women diagnosed PPH, receiving blood transfusion treatment at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology from January 1, 2020 to June 30, 2021, meeting the selection criteria. **Results:** In 87 cases of

PPH with blood transfusion at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology from January 1, 2020 to the end of June 30, 2021, 64.4% of PPH due to "uterine atony" and accounted for 84% of the causes of PPH in the vaginal delivery group; "placenta previa" accounted for 24.1%; "placental abruption" is 5.7%; 4.6% due to "genital tract trauma" and "placenta accreta" accounted for the smallest rate of 1.1%. The time to detect PPH is mainly in the first 2 hours after giving birth, accounting for 82.7%. **Conclusion:** "Uterine atony" is still the main cause of PPH in women with PPH who received blood transfusion at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology, with a higher rate of causes of PPH in the vaginal delivery group. PPH is detected early, mainly in the first 2 hours postpartum.

Keywords: Postpartum hemorrhage (PPH), causes, Nam Dinh hospital for Obstetrics and Gynecology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là một trong 5 tai biến sản khoa nặng nề, chẳng những trong các cuộc đẻ khó, đẻ mổ mà còn gặp ngay cả trong những cuộc đẻ bình thường. Đó là biến chứng nguy hiểm nếu không kịp thời xử trí và hồi sức tốt, thai phụ có thể tử vong rất nhanh. Khi đã bị chảy máu, dù may mắn thoát chết nhưng nếu hồi sức không tốt, không bù lại đủ số lượng máu mất thì trong thời kỳ hậu sản, các bộ phận như gan, thận dễ bị tổn thương, khó hồi phục gây ra nhiễm khuẩn hậu sản và có khi chết vì nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng[1]. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong mẹ do CMSĐ chiếm 10,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ do các biến chứng sản khoa[2]. Tại Việt Nam, tử vong do chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ [3]. Nếu phát hiện sớm các nguyên nhân gây CMSĐ và có biện pháp xử trí chính xác, kịp thời sẽ hạ thấp được tỷ lệ tử vong

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hồng Nhung

Email: daonhung89tb@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

mẹ do CMSĐ. Xuất phát từ vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: xác định một số nguyên nhân gây CMSĐ, được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh án của các trường hợp được chẩn đoán là: chảy máu sau đẻ (đường âm đạo và mổ lấy thai) tại BVPSND, có truyền máu từ 01/01/2020 đến 30/06/2021 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi thai từ 22 tuần trở lên đẻ đường âm đạo hoặc mổ đẻ tại BVPSND.
- Bệnh án được chẩn đoán là chảy máu sau đẻ và được truyền máu.
- Hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ các thông tin cần thiết.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chảy máu sau đẻ tại các bệnh viện khác chuyển đến.
- Thai chết lưu.
- Bệnh nhân có truyền máu vì các bệnh lý nội khoa hay các nguyên nhân khác mà không có tình trạng chảy máu sau đẻ: các bệnh về rối loạn đông máu (xuất huyết giảm tiểu cầu, Hemophilie, rối loạn sinh tủy, suy tủy), viêm gan cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu không xác suất: lấy toàn bộ các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 01/01/2020 đến 30/06/2021 tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

2.2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Phiếu thu thập số liệu xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.
- Thu thập số liệu dựa trên ghi chép hồ sơ bệnh án vào phiếu thu thập thông tin.

2.2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.

- Chọn hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

- Thu thập số liệu.

- Xử lý số liệu, đưa ra kết quả nghiên cứu.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập sẽ được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 16.0.

2.2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp trên bệnh nhân, chỉ sử dụng hồ sơ bệnh án được

lưu trữ trong kho hồ sơ bệnh viện.

- Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

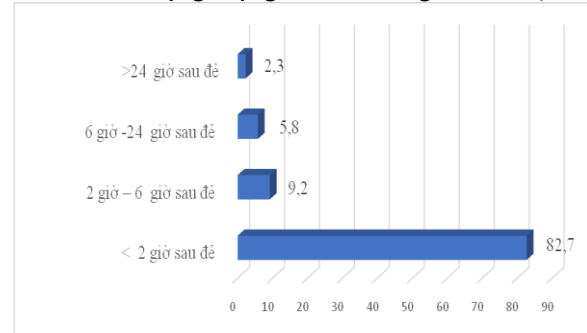
Từ 01/01/2020 đến 30/06/2021 có tất cả 87 sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố trọng lượng thai

Trọng lượng thai (gram)	N	%
< 2500	18	20,7
2500 -2999	22	25,3
3000-3499	31	35,6
3500 – 3999	12	13,8
≥ 4000	4	4,6
Tổng số	87	100
Min – max	500-4900	

Nhận xét: Trọng lượng thai từ 3000 – 3499 gram chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6%; chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là trọng lượng thai ≥4000 gram với 4,6%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố thời điểm phát hiện chảy máu

Nhận xét: Thời điểm phát hiện CMSĐ trong 2 giờ đầu chiếm tỉ lệ cao nhất với tỷ lệ 82,7%.

CMSĐ muộn có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,3% trong đó muộn nhất là sau 24 giờ.

3.2. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân trong CMSĐ

Nguyên nhân	Tổng số	
	n	%
Đờ tử cung	56	64,4
Rau tiền đạo	21	24,1
Rau bong non	5	5,7
Rau cài răng lược	1	1,2
Chấn thương đường sinh dục	4	4,6
Tổng	87	100

Nhận xét: Với 87 trường hợp CMSĐ có truyền máu, có 5 nguyên nhân gây CMSĐ, trong đó “đờ tử cung” chiếm tỷ lệ cao nhất 64,4%; “rau tiền đạo” chiếm 24,1%; tiếp đến là “rau bong non” 5,7%; “chấn thương đường sinh dục” 4,6%; chiếm tỷ lệ nhỏ nhất “rau cài răng lược” 1,2%.

Bảng 3. Phân bố nguyên nhân CMSĐ và phương pháp đẻ

Nguyên nhân	Đẻ thường		Đẻ mổ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đờ tử cung	21	84	35	56,4	56	64,4
Rau tiền đạo	0	0	21	33,9	21	23
Rau bong non	0	0	5	8,1	5	5,7
Rau cài răng lược	0	0	1	1,6	1	2,3
Chấn thương đường sinh dục	4	16	0	0	4	4,6
Tổng	25	100	62	100	87	100

Nhận xét: Nguyên nhân “đờ tử cung” gây chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả nhóm đẻ thường và đẻ mổ. Với đẻ thường, “đờ tử cung” chiếm 84%; đẻ mổ “đờ tử cung” chiếm 56,4%. Không có trường hợp “rau bong non” và “rau cài răng lược” nào ở nhóm đẻ thường trong nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân bố trọng lượng thai: Bảng 3.1 cho thấy trọng lượng thai 3000-3499 gram có tỷ lệ cao nhất, trọng lượng thai < 2500 gram chỉ chiếm 20,7% có thể do mốc tuổi thai từ 22 tuần trở lên và các trường hợp này thường bất thường về rau hoặc bệnh lý của mẹ phải đình chỉ thai như: rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược.

Nhóm thai nhi trọng lượng ≥ 4000 gram chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,6%. Những trường hợp này có sự chuẩn bị tốt trước khi đẻ: lựa chọn biện pháp sinh an toàn hơn (đẻ mổ), và ngay sau khi đẻ đã dùng thuốc tăng co tử cung tốt để dự phòng CMSĐ nên hạn chế tai biến này.

Thời điểm phát hiện CMSĐ: Thời điểm phát hiện chảy máu có ý nghĩa vô cùng quan trọng, liên quan đến hiệu quả của các biện pháp xử trí. Càng phát hiện được CMSĐ sớm, tiên lượng bệnh nhân càng tốt, việc xử trí càng đơn giản và có hiệu quả. Ngược lại, nếu phát hiện muộn CMSĐ khi bệnh nhân đã mất máu với số lượng lớn thì tiên lượng bệnh nhân sẽ không tốt, nặng có thể dẫn tới rối loạn đông máu hoặc sốc không hồi phục, để lại di chứng nặng nề sau này nếu giữ được tính mạng.

Trong nghiên cứu, thời điểm phát hiện CMSĐ chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 2 giờ đầu sau đẻ, chiếm 82,7%. Các trường hợp phát hiện sớm trong 24 giờ đầu sau sổ thai là 85 trường hợp, chiếm 97,7%. CMSĐ muộn (trên 24 giờ sau sổ thai và đến hết thời kỳ hậu sản) chiếm 2,3%, gồm có: sót rau sau đẻ thai non tháng, viêm niêm mạc tử cung sau mổ lấy thai, tụ máu đường sinh dục dưới.

Tỷ lệ CMSĐ muộn của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Chân Hà [4] tỷ lệ CMSĐ muộn là 20,7%, Phạm Thị Hải [5] tỷ lệ

này là 19,4% nhưng tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Xuân Minh [6] là 0,9%. Có lẽ một phần do công tác chăm sóc, theo dõi bệnh nhân sau đẻ được chú trọng hơn cũng giúp phát hiện sớm tình trạng CMSĐ.

4.2. Nguyên nhân của CMSĐ. Bảng 3.2 cho thấy có 5 nguyên nhân gây CMSĐ, bao gồm: đờ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược, chấn thương đường sinh dục. Đứng đầu là nguyên nhân do “đờ tử cung” chiếm tỷ lệ 64,4%, tiếp theo là nguyên nhân “rau tiền đạo” chiếm tỷ lệ 24,1%, nguyên nhân ít gặp nhất là “rau cài răng lược” 1,2%.

4.2.1. Đờ tử cung: vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây CMSĐ. Theo tác giả Nguyễn Đức Vy [3] nghiên cứu tình hình CMSĐ từ 2011 đến 2016 có 134 trường hợp CMSĐ do đờ tử cung trong số 400 trường hợp CMSĐ, chiếm 33,5%. Theo Phạm Thị Xuân Minh [6] tỷ lệ này là 31,6% và Phạm Thị Hải [5] là 27,8%. Tỷ lệ CMSĐ do “đờ tử cung” trong nghiên cứu này là 64,4% cao hơn các tác giả trên. Điều này có thể giải thích do chúng tôi ít làm những ca sản bệnh: rau cài răng lược, các bệnh lý về rau ở thai non tháng. Do vậy, các nguyên nhân gây CMSĐ trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn các nghiên cứu khác, làm tỷ lệ nguyên nhân “đờ tử cung” cao hơn.

Tỷ lệ “đờ tử cung” có thể giảm khi triển khai thực hiện rộng rãi các khuyến cáo của WHO về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ, cùng với nhiều loại thuốc dự phòng và điều trị đờ tử cung có tác dụng tốt như: Duratocin, Oxytocin, Ergometrin, Misoprostol. Tuy vậy đờ tử cung vẫn là nguyên nhân hay gặp nhất ở nhóm bệnh nhân đẻ thường, do ở nhóm này ít có nguy cơ về rau như rau tiền đạo, rau cài răng lược hơn những trường hợp đẻ mổ. Ở bảng 3.3, tỷ lệ “đờ tử cung” trong đẻ thường là 84%; trong khi đẻ mổ là 56,4%.

Theo Pernoll [7] ngoài các yếu tố nguy cơ gây đờ tử cung như đẻ nhiều lần, đẻ thai to còn có một số yếu tố khác như: chuyển dạ kéo dài, sử dụng các thuốc giãn cơ, tăng huyết áp, lạm dụng oxytocin, nhiễm khuẩn ối, sản phụ bị suy dinh dưỡng...

4.2.2. Nguyên nhân CMSĐ do rau. Rau cài răng lược: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ CMSĐ do "rau cài răng lược" ít gặp nhất với 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,2%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều khi so sánh với các nghiên cứu của Trần Chân Hà [4] là 9,2%, Phạm Thị Xuân Minh [6] là 6,6%. Do chúng tôi phát hiện những trường hợp có bệnh lý này trong quá trình mang thai hay trước đẻ nhờ siêu âm Doppler đã chủ động chuyển tuyến trên.

Rau tiền đạo: Chiếm 24,1% các nguyên nhân gây CMSĐ. Cũng giống như "rau cài răng lược", tỷ lệ "rau tiền đạo" cũng tăng lên cùng với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai. Theo Phạm Thị Xuân Minh [6] nguyên nhân CMSĐ do rau tiền đạo chiếm 14,2%, Phạm Thị Hải [5] tỷ lệ này là 12%.

Qua đó ta thấy tỷ lệ CMSĐ do rau tiền đạo của chúng tôi là cao nhất, có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp CMSĐ có truyền máu và tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên so với trước đây.

Trong các trường hợp rau tiền đạo, do vị trí của rau bám thấp ở đoạn dưới tử cung, nơi không có lớp cơ đan. Mặt khác niêm mạc ở đoạn dưới tử cung kém phát triển hơn thân và đáy tử cung nên các gai rau thường ăn sâu vào lớp cơ tử cung làm cản trở tắc mạch sinh lý. Các trường hợp rau tiền đạo hay bị ra máu trong quá trình mang thai nên thường thiếu máu sẵn do đó khi mất thêm máu trong quá trình mổ đẻ làm tình trạng bệnh nhân nặng hơn. Chính vì thế, cần quản lý thai nghén chặt chẽ cho các thai phụ để phát hiện những trường hợp nguy cơ như rau tiền đạo, rau cài răng lược để có hướng điều trị và dự phòng thấp nhất tại bệnh viện, đồng thời cũng đưa ra chỉ định mổ lấy thai đúng để giảm tỷ lệ rau tiền đạo.

Rau bong non: Có 5 trường hợp "rau bong non" chiếm tỷ lệ 5,7% các nguyên nhân gây CMSĐ. Tỷ lệ này tương đương trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Xuân Minh [6] 3,6%, theo Phạm Thị Hải [5] là 3,1%. Các trường hợp này đều được chẩn đoán trước mổ và tiến hành mổ lấy thai cấp cứu. Chúng tôi không gặp trường hợp nào rau bong non trong đẻ thường, có lẽ những trường hợp đó là rau bong non thể ẩn

hoặc thể nhẹ không có chỉ định truyền máu nên không được lấy trong nghiên cứu này. Rau bong non thường xảy ra ở bệnh nhân tiền sản giật. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp tiền sản giật chiếm 40% trong số trường hợp CMSĐ do rau bong non.

4.2.3. Nguyên nhân "chấn thương đường sinh dục". Trong nghiên cứu này, nguyên nhân "chấn thương đường sinh dục" chỉ có 4 trường hợp chiếm 4,6%. Và toàn bộ các trường hợp này là đẻ thường (bảng 3), gồm: rách cổ tử cung – âm đạo – tầng sinh môn, tụ máu tầng sinh môn. Theo Trần Chân Hà [4] tỷ lệ này là 11,6%, Hứa Thanh Sơn [8] là 10,2%. Có sự khác biệt này do trong các nghiên cứu của các tác giả trên chấn thương đường sinh dục còn bao gồm tổn thương đoạn dưới tử cung trong mổ lấy thai; trong phạm vi nghiên cứu của chúng tôi không có những trường hợp như trên nên có thể làm tỷ lệ nguyên nhân "chấn thương đường sinh dục" thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

"Đờ tử cung" vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây CMSĐ ở những sản phụ CMSĐ có truyền máu tại BVPSNĐ, có tỷ lệ cao hơn trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường. CMSĐ được phát hiện sớm, chủ yếu trong 2 giờ đầu sau đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn phụ sản trường đại học Y Hà Nội (2000)**, Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, 57-153.
- A. Evensen, J. M. Anderson và P. Fontaine**, "Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment", Am Fam Physician, 2017;95(7), tr. 442-449
- Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVBMSTSS trong 6 năm (1996 - 2001). Tạp chí thông tin Y dược, 36-39.
- Trần Chân Hà (2001)**, Nghiên cứu tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVBMSTSS trong 5 năm (1999-2000), Luận văn thạc sĩ Y học.
- Phạm Thị Hải (2004-2007)**, Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn thạc sĩ y học trường ĐHYHN.
- Phạm Thị Xuân Minh (2004)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1999-2004, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.
- Pernoll ML (1991)**, Current obstetric & gynecologic: Diagnosis & treatment 7th edition, Appleton & langue, California, 27, 568-576.
- Bùi Sương, Hứa Thanh Sơn, Lưu Quốc Khải (2000)**, "Xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ tại BV PSHN 1994 - 1999". Luận văn thạc sĩ y học trường ĐHYHN.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHI DƯỚI 5 TUỔI MẮC TIÊU CHẢY CẤP TẠI KHOA NHI TIÊU HÓA – DINH DƯỠNG – LÂY BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thị Hương* Nguyễn Công Khẩn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp tại khoa Nhi Tiêu hóa – Dinh dưỡng – Lây, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 131 trẻ em dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đủ tiêu chuẩn lựa chọn (30,5% là giới tính nữ và 69,5% là giới tính nam). Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** 29,8% trẻ em suy dinh dưỡng. Triệu chứng lâm sàng: bất thường toàn trạng (ngày 1 là 43,5%; ngày 5 là 0%); sốt (ngày 1 là 47,3%; ngày 5 là 2,6%); biếng ăn (ngày 1 là 36,6%; ngày 5 là 4,3%); bụng chướng (ngày 1 là 17,6%; ngày 5 là 7,8%). Ngày 1 có 61,1% bệnh nhi có dấu hiệu mất nước, giảm dần xuống ngày 5 còn 1,7%. Triệu chứng cận lâm sàng: tăng bạch cầu (ngày 1 là 34,4%; ngày 5 là 19,8%); hạ Natri máu (ngày 1 là 18,3%; ngày 5 là 4,3%); tăng Clo máu (ngày 1 là 22,1%; ngày 5 là 19,0%). Kết quả xét nghiệm phân cho thấy: 16% bệnh nhi có Bạch cầu trong phân; 8,4% bệnh nhi có Hồng cầu trong phân. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp: bất thường toàn trạng (kích thích nhẹ/ li bì/ hôn mê); sốt; biếng ăn; mất nước. Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp: tăng Bạch cầu, hạ Natri máu, tăng Clo máu. Xét nghiệm phân cho thấy ít bệnh nhi có Hồng cầu, Bạch cầu trong phân. **Từ khóa:** Tiêu chảy cấp, lâm sàng, cận lâm sàng, trẻ em dưới 5 tuổi.

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE WITH ACUTE DIARRHEA AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS - GASTROENTEROLOGY - NUTRITION - INFECTIOUS DISEASES SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Objectives: Description of clinical and subclinical characteristics of children under 5 years of age with acute diarrhea at the Department of Pediatrics - Gastroenterology - Nutrition - Infectious Diseases, Saint Paul General Hospital. **Subjects and study methods:** 131 children under 5 years old with acute diarrhea met the selection criteria (30.5% were girls and 69.5% were boys). Prospective descriptive study. **Results:** 29.8% of children are malnourished. Clinical

symptoms: systemic abnormalities (1st day 43.5%; 5th day 0%); fever (1st day 47.3%; 5th day 2.6%); anorexia (1st day 36.6%; 5th day 4.3%); abdominal distension (1st day 17.6%; 5th day 7.8%). On 1st day: 61.1% of pediatric patients showed signs of dehydration, gradually decreasing to 1.7% on 5th day. Subclinical symptoms: leukocytosis (1st day 34.4%; 5th day 19.8%); hyponatremia (1st day 18.3%; 5th day 4.3%); Hyperchloremia (1st day 22.1%; 5th day 19.0%). Stool test results show that: 16% of pediatric patients have leukocytes in stool; 8.4% of pediatric patients had red blood cells in the stool. **Conclusion:** Common clinical symptoms: systemic abnormalities (mild irritability/ lethargy, coma); fever; anorexic; dehydration. Common subclinical symptoms: leukocytosis, hyponatremia, hyperchloremia. Stool examination showed that few pediatric patients had red blood cells and white blood cells in the stool.

Key words: Acute diarrhea, clinical, subclinical, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy là bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao đứng hàng thứ hai ở trẻ em. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới, hàng năm có 1,7 tỷ trẻ mắc tiêu chảy với 525000 trường hợp tử vong [1]. Thống kê tình hình tiêu chảy tại Việt Nam trong 10 năm cho thấy có trên 9 triệu trường hợp mắc tiêu chảy và 115 trường hợp tử vong [2]. Tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do tiêu chảy và cũng đã giảm dần theo năm, cho thấy bệnh tiêu chảy đã được cải thiện. Tuy số bệnh nhân tiêu chảy cấp nhập viện có giảm nhưng vẫn còn cao so với nhiều bệnh khác.

Nhằm tìm hiểu thêm về vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp tại khoa Nhi Tiêu hóa – Dinh dưỡng – Lây Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ dưới 5 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 131 trẻ em dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp (đi phân lỏng > 3 lần/ ngày; thời gian mắc bệnh < 14 ngày) tại Khoa Nhi – Tiêu hóa – Dinh dưỡng – Lây Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 6/ 2021 đến 12/ 2021, cha mẹ hoặc người nuôi trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu

*Bệnh viện Đa Khoa Phương Đông

**Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương

Email: nguyenthuhuong278@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

mô tả tiến cứu.

2.2.1. Cỡ mẫu.

- **Cỡ mẫu:** áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó: Z: Hệ số tin cậy khoảng 95%, mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$. $Z(1-\frac{\alpha}{2}) = 1,96$.

p: Tỷ lệ tham chiếu kết quả mong muốn đạt p = 68,5% (p = 0,685).

d là độ tin cậy tương đối, chọn d = 8%. Thay công thức trên tính được n = 129. Chúng tôi lựa chọn 131 bệnh nhi tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.2.3 Phương pháp thu thập thông tin: Xây dựng Bệnh án nghiên cứu: bộ câu hỏi phỏng vấn thu thập thông tin chung của trẻ và người chăm sóc trẻ, mô tả các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi, thông tin liên quan tới các yếu tố chăm sóc, kết quả chăm sóc của điều dưỡng.

Đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chăm sóc điều dưỡng tại 4 thời điểm nghiên cứu: ngày 1, ngày 2, ngày 3 và ngày 5.

2.2.4. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê bao gồm tần số và tỷ lệ được tính toán cho các biến số và chỉ số quan tâm.

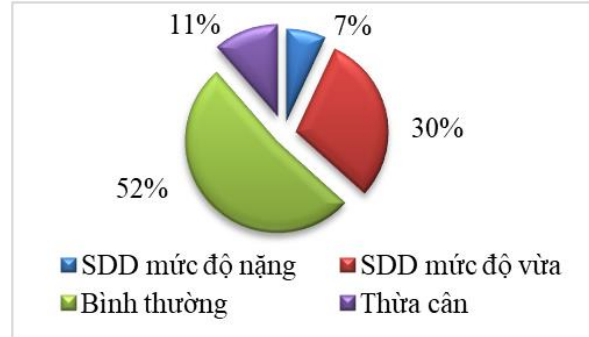
2.2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhi dưới 5 tuổi vào viện được chẩn đoán tiêu chảy cấp, đủ điều kiện được mời vào nghiên cứu.

Đánh giá triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm phân tại 4 thời điểm nghiên cứu (ngày 1, ngày 2, ngày 3 và ngày 5).

Thông tin, dữ liệu được ghi chép vào bệnh án nghiên cứu; lập bảng tổng hợp số liệu, xử lý phân tích số liệu => Đánh giá kết quả và viết báo cáo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 131 bệnh nhi đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu, Tuổi trung bình mắc bệnh là $23,7 \pm 16,8$ tháng. Đa số trẻ mắc bệnh ở nhóm 13 - 60 tháng tuổi (70,3%); bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất (9,4%). Đa số đối tượng là nam giới chiếm 69,5%; nữ giới chiếm tỷ lệ thấp hơn là 30,5%.



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ khi nhập viện, theo Z-Score (n=131).

Đa số trẻ trong nghiên cứu không bị suy dinh dưỡng hoặc thừa cân (51,9%). SDD (suy dinh dưỡng) mức độ nặng và thừa cân chiếm tỷ lệ thấp là 6,9% và 11,4%. SDD mức độ vừa chiếm 29,8%.

Bảng 2. Dấu hiệu sinh tồn và dấu hiệu toàn thân của trẻ trong thời gian nằm viện.

	Ngày 1 (n=131)	Ngày 2 (n=131)	Ngày 3 (n=126)	Ngày 5 (n=116)
Kích thích nhẹ/ li bì, hôn mê	57 (43,5)	22 (16,8)	0 (0)	0 (0)
Sốt (>37,5°)	62 (47,3)	25 (19,1)	12 (9,5)	3 (2,6)
Nhịp thở nhanh	3 (2,3)	3 (2,3)	0 (0)	0 (0)
Biếng ăn, chán ăn	48 (36,6)	27 (20,6)	10 (7,9)	5 (4,3)
Bụng chướng	23 (17,6)	17 (13,0)	23 (18,3)	9 (7,8)

Tỷ lệ bệnh nhi có dấu hiệu sinh tồn và dấu hiệu toàn thân giảm dần theo thời gian nằm viện. Toàn trạng: ngày 1 có 43,5% bệnh nhi kích thích nhẹ (quấy khóc, không chịu chơi,...) hoặc li bì, hôn mê; ngày 3 và ngày 5, 100% trẻ đều hồi phục tinh táo. Nhịp thở: Ngày 1 và 2 có 2,3% bệnh nhi thở nhanh; ngày 3 và 5, 100% trẻ thở bình thường. Biếng ăn: Ngày 1 có 36,6% bệnh nhi biếng ăn; ngày 2 giảm xuống còn 20,6% bệnh nhi; ngày 3 có 7,9% bệnh nhi và ngày 5 chỉ còn 4,3% bệnh nhi. Bụng chướng: Ngày 1 có 17,6% bệnh nhi bụng chướng; ngày 2 giảm xuống còn 13,0% bệnh nhi; ngày 3 18,3% bệnh nhi và ngày 5 chỉ còn 7,8% bệnh nhi.

Bảng 3. Dấu hiệu mất nước của trẻ trong thời gian nằm viện.

	Ngày 1 (n=131)	Ngày 2 (n=131)	Ngày 3 (n=126)	Ngày 5 (n=116)
Mắt trũng/ rất trũng	64 (48,9)	34 (25,9)	15 (11,9)	0 (0)

Độ chun giãn da mắt chậm	3 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Uống nước háo hức/ không uống nước	35 (26,7)	10 (7,6)	0 (0)	0 (0)
Phân nhầy/ lỏng	131 (100)	131 (100)	118 (93,7)	86 (74,1)
Phân có máu	15 (11,4)	5 (3,8)	2 (1,6)	2 (1,7)
Kết luận có mất nước	80 (61,1)	23 (17,6)	11 (8,7)	2 (1,7)

Dấu hiệu mất nước cải thiện dần theo thời gian nằm viện. Mắt trũng: giảm dần từ 48,9% ngày 1 xuống 11,9% ngày 3 và ngày 5 100% bệnh nhi không còn dấu hiệu mắt trũng. Chỉ có 2,3% bệnh nhi có độ chun giãn da mắt chậm vào ngày đầu tiên, sau đó không còn dấu hiệu. Dấu hiệu khát nước: ngày 1 có 26,7% bệnh nhi có biểu hiện uống nước háo hức/ không uống nước; ngày 2 giảm xuống còn 7,6% bệnh nhi; ngày 3 và 5 100% bệnh nhi không còn dấu hiệu khát. Phân lỏng/ nhầy: giảm dần từ 100% vào ngày 1 xuống 74,1% vào ngày 5. Phân có máu: giảm dần từ 11,4% vào ngày 1 xuống 1,7% vào ngày 5. Từ những dấu hiệu trên, chúng tôi phân loại mức độ mất nước cho những bệnh nhi: tỷ lệ bệnh nhi mất nước giảm từ 61,1% vào ngày đầu tiên xuống 1,7% bệnh nhi vào ngày 5.

Bảng 4. Đặc điểm công thức máu và sinh hóa máu của trẻ trong thời gian nằm viện.

		Ngày 1 (n=131)	Ngày 5 (n=116)
Bạch cầu	Bạch cầu tăng	45 (34,4)	23 (19,8)
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	10,3 ± 5,1	9,9 ± 4,71
Natri	Hạ Natri máu	24 (18,3)	5 (4,3)
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	135,6 ± 2,78	136,8 ± 1,83
Kali	Hạ Kali máu	5 (3,8)	5 (4,3)
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	4,2 ± 0,6	4,3 ± 0,8
Clo	Tăng Clo máu	29 (22,1)	22 (19,0)
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	105,1 ± 3,1	105,8 ± 2,7

Chỉ số công thức máu và sinh hóa máu đa phần được cải thiện sau 5 ngày nằm viện: tỷ lệ Bạch cầu tăng (từ 34,4% xuống 19,8%); tỷ lệ hạ Natri máu (từ 18,3% xuống 4,3%); tỷ lệ tăng Clo máu (từ 22,1% xuống 19%). Tuy nhiên, tỷ lệ hạ Kali máu tăng nhẹ sau 5 ngày điều trị. Trung bình chỉ số Bạch cầu ngày 5 giảm hơn ngày 1. Trung bình chỉ số Natri máu, Kali máu và Clo máu ngày 5 tăng nhẹ hơn ngày 1.

Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm phân của trẻ khi nằm viện.

	Số lượng (%)
Hồng cầu +	11 (8,4)
Bạch cầu +	21 (16,0)

Có 8,4% bệnh nhi có Hồng cầu trong phân. 16% bệnh nhi có Bạch cầu trong phân.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ tiêu chảy không kèm SDD (63,3%), có SDD chiếm 36,7% số trẻ. Nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Rocha và cộng sự (2012) tỉ lệ không SDD là 80,3%, SDD là 19,7% [3]. Tác giả Phạm Võ Phương Thảo (2021): không SDD là 89,2%; SDD là 10,8% [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ tiêu chảy kèm SDD trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn khá thấp. Hiện nay, trẻ SDD ngày càng ít gặp hơn, không những ở bệnh lý tiêu chảy mà còn nhiều bệnh lý khác. Điều này cho thấy đời sống kinh tế xã hội ngày càng được nâng cao, vấn đề chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ ngày càng

được chú ý.

Tỷ lệ bệnh nhi có dấu hiệu sinh tồn và toàn thân trong nghiên cứu của chúng tôi giảm dần theo thời gian nằm viện. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương, tỷ lệ các triệu chứng là: sốt (76,6%); đau bụng, chướng bụng (35,9%), chán ăn (79,7%) [5]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Liên Hương, tỷ lệ trẻ đau bụng chiếm 37,3%, sốt: 71,6% [6]. Nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Cúc, tỷ lệ triệu chứng khởi phát của trẻ mắc tiêu chảy nhiễm khuẩn là sốt (23,4%), kém ăn (6,5%) [7].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ nhập viện là mất nước (61,1%), không mất nước (38,9%). Dấu hiệu mất nước cải thiện dần theo thời gian nằm viện. Kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thành Trung (2015) không mất nước 85,15% [3]. Tác giả Phạm Võ Phương Thảo là: đa số trẻ nhập viện là không mất nước (84,5%), chiếm hơn 5 lần số trẻ mất nước (15,5%). Không có trẻ nào mất nước nặng [4]. Lý giải điều này có thể do trong nhóm nghiên cứu, trình độ học vấn người nuôi dưỡng trẻ được nâng cao kèm với công tác truyền thông phòng và xử trí tiêu chảy mang lại hiệu quả. Trẻ được đưa vào viện sớm, được dùng các dung dịch bù nước trước khi vào viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Bạch cầu tăng và trung bình chỉ số Bạch cầu giảm dần từ ngày 1 đến ngày 5. Kết quả này tương đồng

với tác giả Nguyễn Thành Trung (2015), Bạch cầu máu ngoại vi bình thường là 79,2%, tăng là 13,86% [3]. Nghiên cứu của Võ Thị Phương Thảo, Bạch cầu trung bình là $11,9 \pm 5,4$; tỷ lệ tăng Bạch cầu là 18,9% [4]. Bạch cầu tăng ở trẻ tiêu chảy là do cơ chế đáp ứng của hệ miễn dịch trước sự tấn công của tác nhân bên ngoài để bảo vệ cơ thể.

Rối loạn điện giải thường gặp trong tiêu chảy cấp, nguyên nhân là do mất điện giải qua phân và chất nôn. Cần chú trọng đến vấn đề điện giải để bù điện giải kịp thời, tránh các biến chứng do rối loạn điện giải, đặc biệt là ở các bệnh nhi tiêu chảy quá nhiều, hoặc có biểu hiện mất nước. Rối loạn điện giải hay gặp là giảm Natri, giảm Kali máu và tăng Clo. Tỷ lệ hạ Natri và Clo giảm dần theo thời gian nằm viện. Tuy nhiên, trung bình chỉ số Natri máu, Kali máu và Clo máu ngày 5 tăng nhẹ hơn ngày 1. Kết quả Kali máu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Võ Thị Phương Thảo, tỷ lệ giảm Natri là 62,2%, giảm Kali máu là 32,4% [4]. Như vậy, rối loạn điện giải (giảm Natri và giảm Kali) là hay gặp trong tiêu chảy cấp.

Theo nghiên cứu, Bạch cầu trong phân đa số là âm tính (91,6%), Hồng cầu trong phân gặp trong 16% bệnh nhi. Kết quả này khá tương đồng so với tác giả Võ Thị Phương Thảo Bạch cầu trong phân đa số là âm tính (72,3%), Hồng cầu trong phân gặp trong 11,5% [4]. Giải thích cho điều này là do Rotavirus là tác nhân chiếm đến 50 - 60% các nguyên nhân tiêu chảy cấp trẻ em ở các nước đang phát triển. Do cơ chế tiêu chảy thẩm thấu, Rotavirus không gây xuất hiện Bạch cầu và Hồng cầu trong phân.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp: bất thường toàn trạng (kích thích nhẹ/ li bì, hôn mê), sốt, biếng ăn, mất nước. Giảm dần triệu chứng theo thời gian nằm viện.

Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp: tăng Bạch cầu, hạ Natri máu, tăng Clo máu. Xét nghiệm phân cho thấy ít bệnh nhi có Hồng cầu, Bạch cầu trong phân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2017), "Diarrhoeal disease".
2. Nguyễn Thanh Thảo, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến và cộng sự (2014), "Tình hình bệnh tiêu chảy tại Việt Nam giai đoạn 2002-2011", tạp chí Y học dự phòng, tập XXIV, 7(156), tr. 92-96.
3. Rocha MC, Carminate DL và Tibiriçá SH et al (2012), "Acute diarrhea in hospitalized children of the municipality of Juiz de Fora, MG, Brazil: prevalence and risk factors associated with disease severity", Arquivos de gastroenterologia. 49(4), pp. 259-265.
4. Phạm Võ Phương Thảo (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế", tạp chí Y dược học, 1(11), tr. 24-29.
5. Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Việt Hà (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp phân máu ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang", tạp chí Y học Việt Nam, tập 505-tháng 8-số 1-2021, tr. 154-157.
6. Hoàng Thị Liên Hương (2018), "Đặc điểm tiêu chảy cấp trên trẻ thừa cân béo phì nhập viện khoa tiêu hóa bệnh viện Nhi Đồng I", tập 22, số 1 năm 2018, tr. 298-306.
7. Phạm Thị Thu Cúc, Nguyễn Thị Thanh Huyền, Hoàng Thị Thu Hà và cộng sự (2020), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định năm 2020", tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 04-số 02, tr. 8-14.

ĐÁNH GIÁ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ SAU ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Đoàn Thị Phượng*, Phạm Thị Thanh Phương*,
Bùi Thị Loan*, Nguyễn Thị Hằng*, Nguyễn Thị Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh ung thư sau các đợt điều trị hoá chất và tìm hiểu

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Phượng

Email: doanphuonghd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

một số yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 80 người bệnh đang điều trị hoá chất tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy hầu hết người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 năm (61.2%), ung thư đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 27.5%, tiếp đến là ung thư dạ dày chiếm 22.5%; toàn bộ người bệnh nhận được sự hỗ trợ từ gia đình và nhân viên y tế. Về hành vi tự chăm sóc của người bệnh vẫn còn chưa tốt điểm trung bình là 46.1 (SD \pm 7.98). Chỉ có

40% số người bệnh quan tâm đến sức khỏe họ thường tìm hiểu các biện pháp tốt nhất để chăm sóc sức khỏe và khi được dùng thuốc mới thì họ tìm hiểu tác dụng của thuốc và tác dụng phụ có thể xảy ra. Mức độ tự tin của người bệnh còn thấp điểm trung bình là 26.1 (SD \pm 4.83). Hầu hết người bệnh không cảm thấy tự tin và không giữ được bình tĩnh trong việc đương đầu với những khó khăn và giải quyết các tình huống bất ngờ. Đã tìm thấy mối liên quan giữa hành vi tự chăm sóc trình độ học vấn và độ tự tin của người bệnh. **Kết luận:** Hành vi tự chăm sóc của người bệnh còn chưa tốt điểm trung bình là 46.1, Độ tự tin của người bệnh còn thấp điểm trung bình chỉ có 26.1, về mối liên quan trình độ học vấn, độ tự tin có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc.

SUMMARY

EVALUATION OF SEFT-CARE BEHAVIOR IN CANCER PATIENTS AFTER CHEMOTHERAPY AT ONCOLOGY CENTER IN HAI DUONG GENERAL HOSPITAL, HAI DUONG PROVINCE

Objective: Describe self-care behavior of cancer patients after chemotherapy and explore some factors related to self-care behavior of patients. **Research Methods:** A cross-sectional descriptive study analysis on 80 patients undergoing chemotherapy at Hai Duong General Hospital. **Research Results:** The study showed that most of the patients had a disease duration of 1 to 3 years (61.2%), colon cancer accounted for the highest rate 27.5%, followed by gastric cancer accounted for 22.5%. 100% of patients receive support from family and medical staff. Regarding the patient's self-care behavior is still not good, the average score is 46.1(SD .) \pm 7.98). Only 40% number of patients often learn about the best ways to take care of their health, and when given a new medication, they learn about its effects and possible side effects. Regarding the patient's confidence level, the average score was 26.1 (SD \pm 4.83). Most patients do not feel confident and do not keep calm in facing difficulties and dealing with unexpected situations. Results indicated that education level and self efficacy variable was associated with self-care behaviors of patients treated with chemotherapy. **Conclusion:** The patient's self-care behavior is not good, the average score is 46.1, the patient's self-confidence is low, the average score is only 26.1. Education level and self efficacy variable was associated with self-care behaviours of patients treated with chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hiện nay đang là bệnh phổ biến và gây ra cho người bệnh nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe và tinh thần, làm tăng gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội. Trong suốt quá trình mang bệnh, bất kể loại ung thư, giai đoạn nào hay các phương pháp điều trị có thể làm nặng thêm các triệu chứng hiện tại bao gồm cả thể chất (đau, nôn hay buồn nôn, mệt mỏi, chán ăn, gầy sút hay tăng cân) [1], [2], [3], lẫn tinh thần (stress, lo lắng, trầm cảm) [4]. Hóa trị

là một phương pháp sử dụng các tác nhân hóa học hoặc thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư hoặc sử dụng hóa chất hoặc thuốc để ức chế sự phát triển và lây lan của tế bào ung thư. Tác nhân hóa học sẽ đi qua tất cả các hệ thống của cơ thể. Tuy nhiên, điều trị bằng hóa trị có thể gây ra các tác dụng phụ. Người bệnh sẽ bị ảnh hưởng bởi các biến chứng về thể chất, tinh thần, xã hội tất cả các biến chứng này đều ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh. Các chương trình giáo dục người bệnh về hành vi tự chăm sóc, quản lý bệnh đã được áp dụng tại nhiều nơi trên thế giới. Nhiều tác giả đã chứng minh rằng việc gắn kết người bệnh vào quá trình chăm sóc là cách tốt nhất để nâng cao chất lượng cuộc sống về cả thể chất lẫn tinh thần cho chính người bệnh [5]. Chính vì vậy, nâng cao hành vi tự chăm sóc của người bệnh ung thư đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy hiệu quả điều trị bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống. Mặt khác, về lâu dài, người bệnh có hành vi chăm sóc đúng đắn sẽ góp phần không nhỏ giảm nhẹ gánh nặng của bệnh viện, hệ thống tài chính y tế. Tuy nhiên, để có thể áp dụng một cách hiệu quả những can thiệp nhằm nâng cao hành vi tự chăm sóc của người bệnh, việc đánh giá thực trạng và tìm hiểu những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh là cần thiết. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh ung thư sau các đợt điều trị hoá chất, đồng thời tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh, từ đó là cơ sở khoa học phát triển một chương trình can thiệp nâng cao hành vi tự chăm sóc góp phần nâng cao chất lượng sống của người bệnh tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh sau điều trị hóa chất tại trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Trên 18 tuổi
- + Được chẩn đoán mắc bệnh Ung thư, điều trị hóa chất ít nhất một đợt
- + Không có vấn đề về nói, nghe, nhìn.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh có biến chứng nặng
- + Từ chối tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- **Cỡ mẫu, chọn mẫu:** 80 người bệnh đang điều trị hoá chất tại trung tâm ung bướu Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương.

- Phương pháp thu thập số liệu:

Bước 1. Nhóm nghiên cứu sẽ đến trung tâm Ung bướu và giới thiệu thông tin về nhóm nghiên cứu cũng như mục đích, ý nghĩa, phương pháp thu thập số liệu của nghiên cứu cho trưởng khoa và điều dưỡng trưởng. Quá trình thu thập số liệu được tiến hành từ 8 giờ đến 16 giờ hàng ngày (trừ ngày thứ 7 và chủ nhật).

Bước 2. Nhóm tác giả sẽ giới thiệu về bản thân, mục đích, vấn đề đạo đức của nghiên cứu cho người bệnh biết, rồi mời họ tham gia vào nghiên cứu. Nếu người bệnh đồng ý thì sẽ ký vào tờ cam kết trước khi trả lời các bộ câu hỏi.

Bước 3. Nhóm tác giả sẽ phỏng vấn người bệnh thông qua các bộ câu hỏi: nhân khẩu học, GSE, ASAS-R.

Bước 4. Sau khi thu thập được toàn bộ thông tin, số liệu sẽ được mã hóa và nhập vào phần mềm máy tính để chuẩn bị cho quá trình phân tích số liệu.

- Phương pháp phân tích số liệu

+ Toàn bộ số liệu thu thập, kết quả nghiên cứu được phân tích bởi phần mềm SPSS. Mức alpha có ý nghĩa khi giá trị của $p < .05$.

+ Phân tích mô tả bao gồm: tần số, tỉ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn, giá trị trung bình để mô tả đặc điểm nhân khẩu học, độ tự tin, hành vi tự chăm sóc.

+ Sử dụng hệ số tương quan Pearson (r) để kiểm tra mối tương quan giữa hành vi tự chăm sóc và tuổi, khoảng thời gian mắc bệnh, tình

trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, độ tự tin, gia đình, dịch vụ y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 80 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, có 60% người bệnh nam và 39.2% người bệnh nữ, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi trên 50 với 66.2% và tỷ lệ thấp thuộc về nhóm tuổi từ 30-39 chiếm 5%. Có 47.5 % người bệnh làm nông nghiệp. Về trình độ học vấn, người bệnh học hết bậc tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất 41.2%, tiếp theo là trung học cơ sở chiếm 40%, trung học phổ thông 17.5%, đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất 1.2% và không có người bệnh nào có trình độ sau đại học. Mức thu nhập bình quân hàng tháng của các đối tượng đa số ở mức dưới 3 triệu chiếm tỷ lệ 55%, ở mức từ 3 triệu đến 5 triệu chiếm tỷ lệ 35%, trên 5 triệu chiếm 10%. Về vị trí ung thư: Ung thư đại tràng và ung thư dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất với lần lượt là 27.5% và 22.5%, tiếp theo là ung thư phổi chiếm 16.2%, ung thư buồng trứng và ung thư vòm họng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2.5%. Về thời gian mắc bệnh đa số người bệnh mắc bệnh từ 1 đến 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 61.2%, thời gian mắc bệnh từ 5 năm năm trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8.8%. Toàn bộ người bệnh đều nhận được sự hỗ trợ của gia đình.

2. Mức độ tự tin và hành vi tự chăm sóc.

Bảng 1: Bảng hành vi tự chăm sóc của người bệnh ung thư

TT	Nội dung câu hỏi	Hoàn toàn không đồng ý		Không đồng ý		Đồng ý		Hoàn toàn đồng ý	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Khi hoàn cảnh thay đổi, tôi thực hiện những điều chỉnh cần thiết để giữ gìn sức khỏe	1	1.2	12	15	54	67.5	13	16.2
2	Tôi tự điều chỉnh hoạt động chăm sóc nếu tình trạng sức khỏe giảm đi	25	31.2	23	28.8	16	20	16	20
3	Khi cần thiết tôi sắp xếp lại các vấn đề ưu tiên chăm sóc để duy trì sức khỏe	2	2.5	12	15	50	62.6	16	20
4	Tôi thường cảm thấy mệt mỏi khi tự chăm sóc bản thân theo đúng cách mà tôi nên làm	5	6.2	30	37.5	36	45	9	11.2
5	Tôi tìm hiểu các biện pháp tốt hơn để tự chăm sóc bản thân	3	3.8	22	27.5	33	41.2	22	27.5
6	Khi cần thiết, tôi sắp xếp công việc để dành thời gian tự chăm sóc	6	7.5	41	51.2	24	30	9	11.2
7	Nếu dùng thuốc mới, tôi tìm hiểu thông tin về tác dụng phụ của thuốc để tự chăm sóc tốt hơn	2	2.5	28	35	35	43.8	15	18.8
8	Trong quá khứ, tôi đã phải thay đổi một vài thói quen cũ để nâng cao sức khỏe	3	3.8	30	37.5	26	32.5	21	26.3
9	Tôi thường tìm các phương pháp để đảm bảo an toàn cho gia đình và bản thân	2	2.5	26	32.5	31	38.8	21	26.2

10	Tôi thường đánh giá mức độ hiệu quả của những việc tôi làm để đảm bảo sức khỏe	4	5	32	40	29	36.2	15	18.8
11	Trong các hoạt động hàng ngày của tôi, tôi hiếm khi dành thời gian để chăm sóc cho bản thân mình	4	5	39	48.8	22	27.5	15	18.8
12	Tôi có thể có được thông tin tôi cần khi sức khỏe của tôi bị đe dọa	3	3.8	12	15	39	48.8	26	32.6
13	Tôi tìm kiếm sự giúp đỡ khi không thể tự chăm sóc	7	8.8	14	17.5	47	58.8	12	15
14	Tôi hiếm khi có thời gian cho bản thân	5	6.2	38	47.5	18	22.5	19	23.8
15	Tôi không thể thường xuyên tự chăm sóc bản thân theo cách mà tôi muốn	2	2.5	27	33.8	31	38.8	20	25

Nhận xét: Bảng kết quả cho thấy, đa số người bệnh đều quan tâm đến hành vi tự chăm sóc. Tuy nhiên, khoảng 45% số người bệnh cảm thấy mệt mỏi khi chăm sóc bản thân theo đúng cách mà họ nên làm. Có tới 51.2% người bệnh không đồng ý sắp xếp công việc để dành thời gian tự chăm sóc.

Bảng 2: Mức độ tự tin của người bệnh ung thư

TT	Nội dung câu hỏi	Hoàn toàn không đúng		Hiếm khi đúng		Thường là đúng		Hoàn toàn đúng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Tôi có thể lo liệu được các vấn đề khó khăn nếu tôi cố gắng	5	6.2	18	22.5	54	67.5	3	3.8
2	Nếu ai đó gây khó khăn cho tôi, tôi có thể tìm cách để có được thứ tôi muốn	0	0	37	46.2	30	37.5	13	16.2
3	Tôi có thể kiên trì với mục tiêu và hoàn thành mục tiêu của mình	1	1.2	26	32.5	29	36.2	24	30
4	Tôi tự tin mình có thể giải quyết các sự cố bất ngờ một cách hiệu quả	6	7.5	39	48.8	27	33.8	8	10
5	Với sự nhanh nhạy của mình, tôi biết làm thế nào để xử lý những tình huống xảy ra bất ngờ	0	0	43	53.8	35	43.8	2	2.5
6	Tôi có thể giải quyết hầu hết tất cả các vấn đề nếu tôi cố gắng hết sức	1	1.2	36	45	40	50	3	3.8
7	Tôi giữ được bình tĩnh khi đối mặt với những khó khăn bởi vì tôi tin vào khả năng đối phó của mình	1	1.2	34	42.5	29	36.2	16	20
8	Khi đối diện với vấn đề khó khăn, tôi thường có thể tìm thấy một số giải pháp	0	0	34	42.5	43	53.8	3	3.8
9	Tôi thường có thể nghĩ ra giải pháp trong lúc gặp khó khăn	0	0	47	58.8	31	38.8	2	2.5
10	Tôi thường có thể xử lý bất cứ điều gì theo cách của tôi.	0	0	47	58.8	30	37.5	3	3.8

Nhận xét: Qua bảng kết quả cho thấy, mức độ tự tin của người bệnh còn chưa cao. Cụ thể, 48.8% không tin vào bản thân có thể giải quyết các sự cố bất ngờ. Hơn 40% hiếm khi giữ được bình tĩnh khi đối mặt với những khó khăn và 58.8% không thấy tự tin để xử lý bất cứ điều gì theo cách của họ.

Bảng 3. Mối tương quan giữa hành vi tự chăm sóc và các yếu tố liên quan

Biến độc lập	Hành vi tự chăm sóc (r)
Tuổi	r = .102, p=0.369
Giới	r = -.158 (p=0.162)
Trình độ học vấn	r=.273*, p= 0.014
Tình trạng hôn nhân	r =-.009 (p=0.935)

Thời gian mắc bệnh	r= .016 (p=0.887)
Loại ung thư	r=-.070 (p= 0.539)
Nghề nghiệp	r=.112 (p=0.322)
Độ tự tin	r=.630** (p=0.000)

Bảng 4: Tương quan giữa độ tự tin và các yếu tố liên quan

Biến độc lập	Độ tự tin (r)
Tuổi	r=-.025, p=0.823

Giới	r= -.208 (p= 0.064)
Trình độ học vấn	r=.280(p=0.012)
Tình trạng hôn nhân	r=.037 (p=0.745)
Thời gian mắc bệnh	r=.127 (p=0.26)
Loại ung thư	r=.027 (p =0.811)
Nghề nghiệp	r=.178 (p=0.114)

Ghi chú: * P < 0.05; ** P < 0.01

Nhận xét: Từ bảng nhận xét có thể thấy, trình độ học vấn có mối liên quan với hành vi tự chăm sóc và độ tự tin của người bệnh. Hành vi tự chăm sóc có mối quan hệ với độ tự tin tức là độ tự tin cao thì hành vi tự chăm sóc sẽ tốt và ngược lại.

IV. BÀN LUẬN

1. Hành vi tự chăm sóc. Kết quả cho thấy hành vi tự chăm sóc của người bệnh vẫn còn chưa tốt điểm trung bình là 46.1(SD ± 7.98). Khoảng 50% số người bệnh không dành thời gian để chăm sóc cho bản thân, 37.5% không đồng ý thay đổi thói quen trong quá khứ để nâng cao sức khỏe, họ cảm thấy mệt mỏi khi thực hiện chăm sóc theo hướng dẫn của nhân viên y tế. Chỉ khi tình trạng bệnh nặng lên họ mới điều chỉnh và sắp xếp công việc để chăm sóc bản thân. Điều này có thể do đa số người bệnh làm nông nghiệp hoàn cảnh kinh tế khó khăn nên người bệnh còn phải lo lắng về vấn đề kinh tế nên chưa có thời gian để chăm sóc bản thân. Một lý do nữa là dù mắc bệnh ung thư gì và đang ở giai đoạn nào thì các triệu chứng bệnh khá phổ biến trong quá trình mắc bệnh là đau, mất ngủ, sốt, nôn/buồn nôn, khó thở... cùng với diễn biến tâm lý như sợ hãi bệnh tật và các can thiệp điều trị, lo lắng cho tương lai của bản thân và gia đình, sợ chết, suy giảm khao khát sống bởi vậy mà người bệnh luôn cảm thấy mệt mỏi để tự chăm sóc cho bản thân [6]. Tuy nhiên có 40% số người bệnh quan tâm đến sức khỏe họ thường tìm hiểu các biện pháp tốt nhất để chăm sóc sức khỏe và khi được dùng thuốc mới thì họ tìm hiểu tác dụng của thuốc và tác dụng phụ có thể xảy ra.

2. Mức độ tự tin. Trong nghiên cứu này mức độ tự tin của người bệnh còn thấp điểm trung bình là 26.1(SD ± 4.83). Hầu hết người bệnh không cảm thấy tự tin và không giữ được bình tĩnh trong việc đương đầu với những khó khăn và giải quyết các tình huống bất ngờ. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng độ tự tin đóng vai trò rất quan trọng trong việc ảnh hưởng đến tâm lý của người bệnh ung thư nó có thể làm tăng hoặc giảm tác dụng của việc điều trị. Nghiên cứu của Andrea Chirico chỉ ra rằng những người bệnh

ung thư tự tin vào khả năng đối phó với căng thẳng liên quan đến bệnh đã có kết quả tốt hơn trong chăm sóc và điều trị bệnh so với những người bệnh không tự tin vào bản thân [7]. Nghiên cứu của một số tác giả chỉ ra độ tự tin có mối quan hệ với với chất lượng cuộc sống, nếu người bệnh ung thư có độ tự tin cao sẽ có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với những người mức độ tự tin thấp [8] [9]. Người bệnh có độ tự tin thấp cho biết mức độ đau đớn, mệt mỏi, các triệu chứng ung thư phổi, trầm cảm, lo lắng cao hơn đáng kể và sức khỏe thể chất cũng kém hơn. Độ tự tin là một trong những thành phần chính để phát triển phương pháp tự quản lý thành công trong các bệnh mãn tính. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng, niềm tin về độ tự tin của bản thân ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh của hiệu quả cá nhân. Sự tự tin của một cá nhân, hoặc niềm tin vào sức mạnh của mình, là điều kiện tiên quyết để thực hiện bất kỳ nhiệm vụ nào vì nó ảnh hưởng đến việc duy trì các hành vi lành mạnh. Những người có độ tự tin cao hơn thể hiện sức khỏe thể chất và tinh thần tốt hơn những người độ tự tin thấp.

3. Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc. Trong nghiên cứu này cho thấy trong các yếu tố về nhân khẩu học chỉ có trình độ học vấn có mối liên quan đến hành vi tự chăm sóc và độ tự tin. Những người bệnh có trình độ học vấn cao sẽ có độ tự tin và hành vi tự chăm sóc tốt hơn. Kết quả nghiên cứu này giống với kết quả nghiên cứu của Qian H và cộng sự. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này đối lập với nghiên cứu của Chardsumon Prutipinyo và cộng sự trình độ học vấn vẫn không có mối liên quan với hành vi tự chăm sóc và trong nghiên cứu của tác giả cho thấy kiến thức có mối liên quan, người bệnh nào có kiến thức tốt thì hành vi tự chăm sóc tốt và ngược lại.

Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy độ tự tin có mối quan hệ với hành vi tự chăm sóc. Nghiên cứu của Masmooi B và cộng sự cho thấy hành vi tự chăm sóc có mối liên quan đến độ tự tin về khả năng thực hiện các hành vi cụ thể. Sau khi hóa trị, người bệnh ung thư phải đối mặt với nhiều vấn đề có thể ảnh hưởng tiêu cực đến độ tự tin và ngược lại. Mohammad iraj Bagher saveh và cộng sự cũng cho kết quả tương tự độ tự tin có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc. Một nghiên cứu khác đánh giá độ tự tin trên người bệnh ung thư vú cho thấy độ tự tin là một thành phần quan trọng để nâng cao các hành vi chăm sóc hướng tới mục tiêu ở người bệnh và nó cần được hỗ trợ bởi nhân viên y tế và các thành viên trong gia đình.

V. KẾT LUẬN

1. Hành vi tự chăm sóc của người bệnh còn chưa tốt điểm trung bình là 46.1. Hơn 50% người bệnh không dành thời gian để chăm sóc bản thân, họ luôn cảm thấy mệt mỏi khi chăm sóc theo hướng dẫn của nhân viên y tế. 48.8% người bệnh không sắp xếp được công việc để chăm sóc cho bản thân

2. Độ tự tin của người bệnh còn thấp điểm trung bình chỉ có 26.1. Hầu hết người bệnh (53.8%) không tự tin vào bản thân để giải quyết các tình huống bất ngờ như khi bệnh tình trở nên nặng hơn, 42.5% số người bệnh không tin vào khả năng đối phó với những căng thẳng do bệnh gây ra.

3. Nghiên cứu này chỉ ra trình độ học vấn, độ tự tin có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng, K. K. F., & Yeung, R. M. W. (2013).** Impact of mood disturbance, sleep disturbance, fatigue and pain among patients receiving cancer therapy. *European journal of cancer care*, 22(1), 70-78.
2. **Dikken, C., & Wildman, K. (2013).** Control of nausea and vomiting caused by chemotherapy. *Cancer Nursing Practice*, 12(8), 24-29.

3. **McQuestion, M. (2011).** Evidence-based skin care management in radiation therapy: clinical update. *Seminars in oncology nursing*, 27(2), e1-e17.
4. **Scialdone, L. (2012).** Overview of supportive care in patients receiving chemotherapy antiemetic, pain management, anemia, and neutropenia. *Journal of pharmacy practice*, 25(2), 209-221.
5. **Loh, S. Y., Packer, T., Chinna, K., & Quek, K. F. (2013).** Effectiveness of a patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: a non-randomised controlled clinical trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 331-342.
6. **Trần Thị Liên & Lê Thanh Tùng (2019).** Thực trạng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị tại trung tâm ung bướu của bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019
7. **Andrea Chirico et.al. (2017).** Self-Efficacy for Coping with Cancer Enhances the Effect of Reiki Treatments During the Pre-Surgery Phase of Breast Cancer Patients. *Anticancer Research*, Vol. 37, Issue 7 July 2017
8. **Kiaei, M., et al., 2016.** [Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chem-otherapy (Persian)]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 20(2), pp. 58-65
9. **Mudrak, J., et al., 2016.** Physical activity, self-efficacy, and quality of life in older Czech adults. *European Journal of Ageing*, 13(1), pp. 5-14

NHẬN XÉT HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN DẠ DÀY ĐỘ CAO VÀ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM

Nguyễn Thế Phương¹, Nguyễn Công Long², Vũ Trường Khanh³,
Đào Trần Tiến³, Trịnh Tuấn Dũng³, Đào Văn Long¹

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày (UTDD) sớm và loạn sản niêm mạc dạ dày (LSDD) độ cao là những tổn thương xuất phát từ lớp niêm mạc của dạ dày và chưa xâm lấn qua lớp dưới niêm mạc. Cắt tách dưới niêm mạc (ESD) là kỹ thuật can thiệp qua nội soi điều trị các tổn thương tân tạo tại ống tiêu hoá. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét quá trình thực hiện và biến chứng của kỹ thuật ESD trong điều trị các tổn thương tân tạo tại dạ dày. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu, nghiên cứu trên 77 bệnh nhân

được chẩn đoán LSDD độ cao và UTDD sớm. Kết quả thu được, tỷ lệ thành công đạt 98,7% , thời gian thực hiện trung bình 86,7 phút; thời gian thực hiện ESD kéo dài phụ thuộc vào vị trí tổn thương (hang vị với thân vị, 76,7 với 112,4 phút, p=0,05) và kích thước tổn thương (<30mm với 30-50mm, 67,3 với 115,7phút, p<0,05); biến chứng thường gặp là chảy máu trong thực hiện ESD chiếm 32,5% ,gặp 1 ca có biến chứng thủng trong quá trình thực hiện nghiên cứu.ESD (1,3%), tuy nhiên đã kẹp clip đóng lỗ thủng và bệnh nhân không phải phẫu thuật. ESD là phương pháp hiệu quả trong điều trị các tổn thương tân tạo tại dạ dày.

Từ khóa: ung thư dạ dày sớm, loạn sản dạ dày độ cao, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi

SUMMARY

EFFECT OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION ON TREATMENT HI-GRADE DYSPLASIA AND EARLY GASTRIC CANCER

Early gastric cancer (EGC), hi-grade dysplasia (HGD) are defined gastric superficial lesions that invade no more deeply than the submucosal layer.

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Trung tâm tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Phương

Email: nguyenthephuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a well-established and minimally invasive treatment for premalignant and early malignant gastrointestinal (GI) lesions. There are lack of study on ESD procedure in Vietnam. A prospective cross-sectional study aimed to evaluation of effectiveness of ESD procedure in treatment EGC and HGD in Vietnam. 77 patients with EGC or HGD were performed ESD, showed that the rate of curative treatment was 98,7% the average time of ESD procedure was 86.7 mins; factors related to the longer procedure time were location (antrum vs body of the stomach, 76.7 vs 112,4 mins, respectively, $p=0.05$), the size of the tumor (<30 mm vs 30-50mm, 67.3 vs 115.7 mins, respectively, $p<0.05$); bleeding during procedure time was common complication, 32,5%; perforation was had 1 case but no need surgery. ESD is an effective and safe therapy in the management of early gastric neoplasms.

Keyword: early gastric cancer, hi-grade dysplasia, endoscopic submucosal dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tách dưới niêm mạc (endoscopic submucosal dissection - ESD) là kỹ thuật can thiệp qua nội soi loại bỏ những tổn thương tân tạo tại ống tiêu hoá. ESD được nghiên cứu và ứng dụng đầu tiên tại Nhật Bản năm 2001. Tuy nhiên, đến năm 2015, Mỹ và Châu Âu mới thừa nhận hiệu quả của kỹ thuật ESD thông qua các khuyến cáo điều trị [1,2,3]. Ở Việt Nam, chưa có những công bố chính thức về hiệu quả của kỹ thuật này trong điều trị các tổn thương tân tạo tại ống tiêu hoá nói chung và dạ dày nói riêng. Dựa trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi của các tổn thương loạn sản dạ dày độ và ung thư dạ dày sớm; (2) Nhận xét quá trình thực hiện và biến chứng của kỹ thuật ESD trong điều trị các tổn thương loạn sản dạ dày độ và ung thư dạ dày sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn sớm tỳ biệt hóa, loạn sản dạ dày (LSDD) độ cao.

Có chỉ định ESD qua nội soi (theo khuyến cáo của hội nội soi Nhật Bản)[1] gồm:

- *Chỉ định tiêu chuẩn cho kỹ thuật ESD:
 - Loạn sản dạ dày độ cao với bất kỳ kích thước.
 - Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao hoặc vừa, không loét, giai đoạn T1a, đường kính tổn thương ≤ 2 cm

*Chỉ định mở rộng cho kỹ thuật ESD:

Áp dụng cho các khối u có đủ tiêu chuẩn: có thể cắt tách một mảnh toàn bộ khối u, không có di căn lân cận, không có thâm nhiễm hạch và mạch lân cận và

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao hoặc vừa, đường kính >2 cm, giai đoạn T1a, không có loét hoặc

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao hoặc vừa, giai đoạn T1b, đường kính ≤ 3 cm, có loét hoặc.

- Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa vừa, đường kính ≤ 2 cm, không có loét.

Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Bệnh nhân UTDD có tổn thương xâm lấn vượt qua lớp dưới niêm mạc (T2).

- Bệnh nhân bị các bệnh có rối loạn đông máu kèm theo.

- Bệnh nhân bị các bệnh mạn tính hoặc ác tính, ước tính thời gian sống thêm ngắn.

- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

3. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Trung tâm Tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2015 – 12/2021.

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Theo Chung và cs, tỷ lệ thành công của cắt lọc dưới niêm mạc qua nội soi với tổn thương tân tạo tại dạ dày là 97%[6].

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tỷ lệ:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-p)}{d^2}$$

Với: n là cỡ mẫu cần có.

$Z_{\alpha/2}$ là mức ý nghĩa thống kê mong muốn, với $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$

p là tỷ lệ phát hiện UTDD sớm ước tính.

d là độ chính xác mong muốn tuyệt đối, chọn $d = 0,05$.

Cỡ mẫu thu được $n = 30$.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

4. Cắt tách dưới niêm mạc ESD:

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTDD sớm hoặc LSDD độ cao được khám bệnh và tư vấn về kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc.

- Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, ghi nhận những triệu chứng lâm sàng liên quan với bệnh lý ung thư dạ dày.

- Bệnh nhân nhịn ăn trước tiến hành kỹ thuật ít nhất 6 giờ.

- Bệnh nhân được khám gây mê do các bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức trước khi tiến hành kỹ thuật.

- Gây mê bằng propofol 1% với liều 1 – 2ml/kg.
- Bệnh nhân được đặt nội khí quản, hỗ trợ hô hấp.

4.2. Quy trình cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi:

- Xác định tổn thương: nhuộm màu bằng dung dịch indigocarmine 2% để xác định ranh giới tổn thương.

- Dùng dao điện chấm quanh tổn thương, cách rìa tổn thương 5mm để xác định vùng cắt lọc.

- Tiêm phòng lớp dưới niêm mạc bằng dung dịch Hesteril 6% pha với indigo carmin.

- Dùng dao cắt rạch lớp niêm mạc đã được tiêm phòng, sau đó cắt từ ngoài vào trong, vừa cắt vừa tiêm thêm dung dịch tiêm nếu thấy lớp niêm mạc chưa tách khỏi lớp dưới niêm mạc và cầm máu bằng kim điện nếu có chảy máu, cho đến khi vùng cắt tách rời khỏi niêm mạc dạ dày.

- Vùng tổn thương đã cắt rời được lấy ra, cố định trên miếng xốp mỏng bằng đinh gim trước khi ngâm formon 10%.

- Ghi chép lại các thông số nghiên cứu:

+ Tình trạng bệnh nhân trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

+ Thời gian thực hiện kỹ thuật.

+ Kích thước mảnh cắt.

+ Khó khăn trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

+ Tai biến xảy ra trong quá trình thực hiện kỹ thuật (nếu có).

4.3. Theo dõi sau cắt tách dưới niêm mạc:

- Bệnh nhân nhịn ăn trong 48 giờ sau thủ thuật.

- Truyền tĩnh mạchesomeprazole 8mg/h trong 72 giờ, duy trì thuốc ức chế bài tiết acid đường uống đến 8 tuần.

- Nội soi kiểm tra lại sau 48 giờ, hoặc ngay khi có triệu chứng lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao.

- Bệnh nhân được theo dõi nội trú các biến chứng của cắt lọc dưới niêm mạc 72 giờ sau thủ thuật.

+ Biến chứng xuất huyết tiêu hóa: Nôn máu, đại tiện phân đen, toàn trạng thiếu máu cấp tính.

+ Biến chứng thủng: Tình trạng bụng, mức độ đau, X.Q bụng không chuẩn bị.

5. Đánh giá kết quả nghiên cứu:

5.1. Đánh giá trên nội soi: Kỹ thuật thành công khi cắt lọc tách toàn bộ tổn thương trong một mảnh cắt, rìa tổn thương cách bờ ngoài mảnh cắt ít nhất 3mm.

Kỹ thuật thất bại khi không cắt lọc tách được toàn bộ tổn thương, bị buộc dừng do xảy ra biến chứng nặng.

5.2. Đánh giá trên mô bệnh học: Mảnh cắt được nhuộm thường quy với Hematoxylin và Eosin (HE) để đánh giá tổn thương mô bệnh học,

diện cắt bên và diện cắt đáy của tổn thương.

5.3. Đánh giá biến chứng của kỹ thuật:

Biến chứng chảy máu: Chảy máu trong khi thực hiện kỹ thuật: Quan sát trên nội soi, cầm máu bằng dao cắt, kim đông điện, APC và kẹp clip. Lượng máu chảy được ước lượng bằng sự sụt giảm hemoglobin trước và sau thực hiện kỹ thuật.

Chảy máu muộn trong vòng 0 – 30 ngày sau thực hiện kỹ thuật: Biểu hiện bằng nôn máu, đi ngoài phân đen, toàn trạng thiếu máu cấp tính. Bệnh nhân được nội soi lại tìm nguyên nhân chảy máu và thực hiện các thủ thuật cầm máu gồm tiêm adrenalin 1/10000, kẹp clip và APC.

Biến chứng thủng: Thủng trong khi thực hiện kỹ thuật: Quan sát trên nội soi, kẹp clip đóng lỗ thủng, chuyển phẫu thuật.

Thủng muộn từ 0 -3 ngày sau thực hiện kỹ thuật: Bệnh nhân đau bụng dữ dội, có phản ứng thành bụng, trên X.Q có hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành, chuyển phẫu thuật.

6. Phương pháp xử lý số liệu:

- Test Pearson Chi-square và/hoặc test Fisher's Exact được sử dụng cho so sánh tỷ lệ phần trăm tùy thuộc là so sánh hai hay nhiều tỷ lệ với nhau. Test t-studen được sử dụng cho so sánh các giá trị trung bình.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sử dụng theo $p < 0,05$ hoặc tính theo khoảng tin cậy 95% (95% CI).

7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức y học của trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu được tiến hành nhờ sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội, Phòng Kế hoạch tổng hợp và Trung tâm Tiêu hóa gan mật Bệnh viện Bạch Mai.

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục đích nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 77 bệnh nhân có tổn thương LSDD độ cao và UTDD sớm được điều trị bằng kỹ thuật ESD từ tháng 12/2015 đến tháng 12/2021

1. Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình (năm)	58,2 ± 12,5
Tỷ lệ giới nam/nữ	1,28:1
Triệu chứng lâm sàng	
Đau thượng vị	100%
Đầy bụng	36%
Chán ăn	8%
Sút cân	6%

Thiếu máu mạn tính	18%
Tiền sử gia đình UTDD	0%

Nhận xét: Tuổi trung bình là 58,2, tỷ lệ giới 1,28:1, triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau

thượng vị, không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu chẩn đoán các tổn thương tân tạo dạ dày loạn sản độ cao hoặc UTDD sớm.

2. Đặc điểm hình ảnh nội soi:

Bảng 2: Đặc điểm nội soi

Hình ảnh đại thể		Vị trí tổn thương	
Type 0-I	1/77 (1,6%)	Hang vị	57/77 (73,7%)
Type 0-IIa	9/77 (11,6%)	Thân vị bờ cong nhỏ	12/77 (15,6%)
Type 0-IIb	9/77 (11,6%)	Thân vị bờ cong lớn	7/77 (9,1%)
Type 0-IIc	9/77 (11,6%)	Tâm phình vị	1/77 (1,6%)
Type 0-III	0/77 (0%)	Dị sản ruột	37/77 (48%)
Type hỗn hợp (0-IIac)	49/77 (63,6%)	Viêm teo niêm mạc	56/77 (72,7%)
Kích thước trung bình (mmm)	26,4 ± 8,3	Nhẹ (C1,C2)	34/56 (62,5%)
Giải phẫu bệnh		Vừa (C3, O1)	13/56 (23,2%)
LSNMDD độ cao	66/77 (85,7%)	Nặng (O2, O3)	9/56 (14,3%)
UTDD	11/77 (14,3%)	Xét nghiệm H.pylori	42/77 (54,5%)

Nhận xét: Type hỗn hợp (0-IIac), vị trí tại hang vị và tổn thương LSDD độ cao chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu (lần lượt 63,6%, 73,7% và 85,7%). Kích thước trung bình là 26,4mm. Viêm teo niêm mạc dạ dày là tổn thương đi kèm thường gặp (72,7%), trong đó viêm teo mức độ nhẹ là nhiều nhất (62,5%).

3. Nhận xét quá trình thực hiện kỹ thuật ESD:

Bảng 3: Nhận xét quá trình thực hiện kỹ thuật ESD

Tỷ lệ thành công	76/77 (98,7%)	Biến chứng	
Thời gian thực hiện (phút)	86,7 ± 63,5	Chảy máu trong ESD	25/77 (32,5%)
Kích thước mảnh cắt (mm)		Chảy máu muộn	4/77 (5,2%)
20 – 29	40/77 (51,9%)	Thủng trong ESD	1/77 (1,3%)
30 – 50	30/77 (39%)	Thủng muộn	0/33
>50	7/77 (9,1%)		
Giải phẫu bệnh			
Cắt hoàn toàn	76/77(98,7%)		
Diện cắt đáy (+)	1/77 (1,3%)		
Diện cắt bên (+)	0/77 (0%)		

Nhận xét: tỷ lệ thành công là 98,7%, kích thước mảnh cắt thường gặp từ 20-29mm chiếm 52,51,9%, biến chứng chảy máu trong ESD có 25 ca (7632,5%).

Bảng 4: So sánh một số yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật ESD

	Thời gian thực hiện (phút)	p	Chảy máu trong ESD % (số ca)	p
Vị trí tổn thương				
Hang vị (57ca)	76,7		28% (16/57)	
Thân vị (19ca)	112,4	0,05	42,1% (8/19)	0,012
Tâm phình vị (1ca)	270		100% (1/1)	
Kích thước mảnh cắt (mm)				
20 – 29 (40 ca)	67,3		17,5% (7/40)	
30 – 50 (30 ca)	115,7	0,032	36,7% (11/30)	0,35
>50 (7 ca)	182,5	<0,001	100% (7/7)	

Nhận xét: thời gian thực hiện ESD phụ thuộc vào vị trí tổn thương và kích thước tổn thương. Chảy máu trong ESD ở hang vị thấp hơn so với các vị trí khác, và không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước mảnh cắt <30mm và từ 30 – 50mm.

4. Theo dõi sau ESD:

Bảng 5: Theo dõi sau ESD

Thời gian nằm viện (ngày)	4,9 ± 1,7
Triệu chứng lâm sàng sau ESD	
Đau thượng vị	77/77 (100%)
Nôn, buồn nôn	65/77(84,4%)
Đau họng	77/77 (100%)
Chênh lệch Hb trước-sau ESD(g/l)	6,7 ± 4,3
Loét sau ESD (nội soi trong 48h)	
Chảy máu	4/77 (5,2%)

Điểm mạch	2/77 (2,6%)
Giả mạc	77/77 (100%)

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 4,9 ngày, triệu chứng lâm sàng thường gặp sau ESD là đau thượng vị, nôn-buồn nôn và đau họng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi: Tuổi trung bình 58,2 (trẻ nhất 43, cao nhất 75 tuổi), giống với các kết quả nghiên cứu khác ở Việt Nam (tuổi trung bình phát hiện khoảng 60 tuổi) và thấp hơn các nghiên cứu khác trên thế giới, tuổi trung bình phát hiện bệnh khoảng 65- 67 tuổi [4,5]. Điều này có thể do tuổi thọ của người Việt Nam thấp hơn các nước phát triển khác như Nhật Bản, Hàn Quốc, Mỹ, Châu Âu; mà tuổi thọ càng cao nguy cơ bị các bệnh lý ung thư nói chung, UTDD nói riêng càng tăng. Tỷ lệ giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,28:1, thấp hơn hầu hết các nghiên cứu khác trong nước, tỷ lệ mắc UTDD ở nam giới thường gấp 2-4 lần nữ giới[5]; có thể do số liệu nghiên cứu của chúng tôi còn ít, chưa phản ánh đúng thực trạng tại Việt Nam.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau thượng vị (100%), đầy bụng (36%). Đây là các triệu chứng thường gặp của bệnh lý dạ dày, là lý do để người bệnh đi khám, được chỉ định nội soi và phát hiện các tổn thương tân tạo tại dạ dày. LSNMDD độ cao hay UTDD giai đoạn sớm thường không biểu hiện triệu chứng hoặc các triệu chứng xuất hiện nghèo nàn và không đặc hiệu; trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu mạn tính có 14ca (18%), sút cân 5 ca (6%) và không có bệnh nhân nào có tiền sử gia đình UTDD.

Theo phân loại Paris, type hỗn hợp (chỉ gặp type 0-IIac) chiếm tỷ lệ cao nhất 63,6%, không phát hiện 0-III. Lý giải cho điều này, type 0-Ia là type tổn thương lõi dễ phát hiện trên nội soi và có thể loại bỏ bằng các kỹ thuật can thiệp qua nội soi phổ biến khác như cắt hết niêm mạc (EMR). Type 0-IIb là type tổn thương phẳng, đôi khi trên nội soi chỉ phát hiện được bằng sự thay đổi màu sắc, đỏ hơn hoặc nhạt màu hơn vùng niêm mạc xung quanh nên dễ bị bỏ sót khi nội soi chẩn đoán. Type 0-III là type tổn thương có loét thường được gửi đi phẫu thuật trước khi can thiệp chỉ định ESD. Trên thực tế, tỷ lệ phát hiện UTDD sớm ở nước ta còn rất thấp, đa phần các trường hợp UTDD mới phát hiện đều ở giai đoạn tiến triển, đặc điểm tổn thương ung thư rõ ràng trên nội soi. Nghiên cứu của Chung và cs (2009), trên 1000 ca ESD dạ dày, hình ảnh đại thể của tổn thương 40,3% type lõi, 37,7% type phẳng, 22% type lõm. Nghiên cứu của chúng tôi cần có

số lượng lớn hơn để đánh giá chính xác đặc điểm của tổn thương[6].

Kích thước tổn thương trung bình là 26,4mm, nhỏ nhất là 22mm, lớn nhất là 65mm. Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào có tổn thương <20mm được thực hiện ESD; vì với kích thước nhỏ này, bệnh nhân được chỉ định can thiệp bằng kỹ thuật cắt hết niêm mạc (EMR), vốn đã được thực hiện từ lâu với giá thành rẻ hơn nhiều so với ESD.

Về vị trí tổn thương, hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất 73%, 7%, thân vị chiếm 24,7%, tâm vị có 1 ca (1,3%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới như Chung và cs (2009) tỷ lệ tổn thương ở hang vị chiếm 72%, Tanabe và cs (2014) là 70%[6,7]. Trên cơ sở sinh lý bệnh, UTDD type ruột, type phổ biến tại Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng, thường phát triển trên nền bệnh lý viêm teo niêm mạc dạ dày và dị sản ruột, nên các tổn thương UTDD sớm xuất hiện ở hang vị nhiều nhất là hợp lý. Mặt khác, hang vị là vùng dễ quan sát, ít bỏ sót khi nội soi dạ dày cũng góp phần tăng tỷ lệ phát hiện tổn thương tân tạo tại dạ dày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện các tổn thương tiền ung thư như dị sản ruột (48%), viêm teo dạ dày mạn tính (73,7%). Về lý thuyết, mức độ viêm teo càng nặng, nguy cơ hình thành UTDD càng cao[8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi trên bệnh nhân UTDD sớm và LSNMDDLSD độ cao, tỷ lệ viêm teo nặng chỉ chiếm 14,3%, mức độ vừa là 23,2%, chủ yếu là mức độ nhẹ 62,5%. Lý giải cho sự khác biệt này có thể do tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới, trong khi viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính thường tiến triển từ từ qua hàng chục năm. Điều này cũng gợi ý cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu khác để tìm hiểu rõ hơn về mối liên quan giữa viêm teo dạ dày mạn tính và sự hình thành UTDD ở Việt Nam.

Tỷ lệ phát hiện H.pylori là 54,5%, thấp hơn các nghiên cứu khác ở Việt Nam, có tỷ lệ nhiễm H.pylori từ 65 – 80%. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân đã được điều trị diệt H.pylori trước đó. Mặt khác, một vài nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, dù điều trị diệt H.pylori thành công nhưng không làm đảo ngược được các tổn thương tiền ung thư như dị sản ruột, viêm teo dạ dày; nguy cơ hình thành UTDD vẫn cao hơn so với nhóm không nhiễm H.pylori và không có các tổn thương tiền ung thư[4].

2. Nhận xét kết quả ESD: Tỷ lệ thực hiện ESD thành công trong nghiên cứu của chúng tôi

đạt 98,7%, tương đương với các tác giả từ Nhật Bản, Hàn Quốc (97,2 – 99,3%), cao hơn so với các tác giả từ Châu Âu và Mỹ (83,5 – 86,2%) [6,7,9]. Điều này có thể do các nước phương Tây cũng chỉ mới chấp nhận kỹ thuật ESD như một phương pháp chính thức trong điều trị UTDD giai đoạn sớm. Việt Nam được nhận nhiều hỗ trợ phát triển kỹ thuật ESD từ Nhật Bản và Hàn Quốc thông qua các lớp đào tạo ở nước ngoài và các hội thảo với chuyên gia tại Việt Nam. Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình thực hiện một ca ESD là 86,7 phút, dài gần gấp đôi các nghiên cứu của Nhật Bản và Hàn Quốc, thời gian trung bình 45,3 phút [6,7]. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESD kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến cho bệnh nhân gây mê, như viêm phổi do hít sặc, hạ đường huyết, thuyên tắc tĩnh mạch... Tuy vậy, so với năm đầu tiên triển khai kỹ thuật ESD; hiện tại chúng tôi đã giảm được thời gian thực hiện thủ thuật, theo với số lượng ca ESD ngày một tăng lên cũng như nhiều kinh nghiệm hơn. Không chỉ là vấn đề kỹ năng, thời gian thực hiện ESD cũng phụ thuộc vào vị trí và kích thước tổn thương. Hang vị là vùng dễ thực hiện nhất; trong khi thân vị, góc bờ cong nhỏ và tâm vị là những vùng cắt tách dưới niêm mạc khó khăn hơn do dây soi không có điểm tựa để cố định khi cắt hoặc phải tiến hành cắt theo tư thế quặt ngược. Thật vậy, thời gian thực hiện ESD tại hang vị thấp hơn hẳn so với thân vị (76,7 và 112,4 phút), khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,05$. Bên cạnh đó, kích thước cũng ảnh hưởng lớn đến thời gian thực hiện thủ thuật, thời gian thực hiện với mảnh cắt có kích thước dưới 30mm ngắn hơn so với mảnh cắt từ 30–50mm (67,3 và 117 phút) với $p<0,05$. Chúng tôi thực hiện 7 ca ESD với kích thước mảnh cắt >50mm có thời gian trung bình là 182,5 phút, trong đó ca ngắn nhất là 135 phút và ca dài nhất là 320 phút với tổn thương lan qua góc bờ cong nhỏ. Tóm lại, thời gian thực hiện ESD phụ thuộc vào vị trí tổn thương, kích thước tổn thương và kỹ năng của bác sĩ thực hiện.

Nhận xét về biến chứng kỹ thuật ESD, chảy máu trong quá trình thực hiện ESD thường gặp nhất chiếm 32,5%. Nhưng đa số các trường hợp chảy máu là nhẹ, lượng huyết sắc tố mất trung bình là 6,7g/L. Khi so sánh về vị trí tổn thương; số ca có chảy máu ở hang vị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với số ca ở thân vị ($p<0,05$). Tuy nhiên, khi so sánh về kích thước mảnh cắt, tỷ lệ chảy máu trong thủ thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa kích thước 20 – 29mm và 30 – 50mm ($p>0,05$); cho dù diện tích mảnh cắt

lớn hơn có nghĩa là nhiều mạch máu phải cầm hơn trong quá trình thực hiện thủ thuật. Có 1 trường hợp chảy máu nhiều lần trong khi thực hiện thủ thuật, tổng lượng Hb mất là 22g/L nhưng không phải truyền máu cấp cứu. Đây cũng là ca duy nhất thực hiện thất bại kỹ thuật ESD trong nghiên cứu của chúng tôi. Mạch máu bị cắt lớn (khoảng 2mm), tụt sâu vào lớp dưới niêm mạc, máu đông làm hạn chế trường quan sát nên chúng tôi quyết định kẹp clip đóng vùng chảy máu và dùng thủ thuật. Tuy nhiên, khi học tập và trao đổi với các chuyên gia từ Nhật Bản và Hàn Quốc, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về quan niệm về chảy máu trong thủ thuật ESD, một hướng là dùng dao cắt tách nếu chảy máu thì dùng kim đông cầm máu để giảm nguy cơ thủng, một hướng khác là dùng dao cắt đông cầm máu ngay lập tức để tránh chảy máu nhiều. Thêm nữa, tiêu chuẩn về truyền máu cấp cứu ở Việt Nam cũng khác so với Nhật Bản và Hàn Quốc nên chúng tôi không tiếp tục so sánh về vấn đề này. Biến chứng chảy máu muốn được định nghĩa là chảy máu xuất hiện từ 0- 30 ngày sau ESD, khoảng thời gian lành loét dạ dày do ESD. Chúng tôi gặp 4 ca có biến chứng chảy máu muộn (chiếm 5,2%), đều trong thời gian điều trị nội trú, được phát hiện sớm và cầm máu kịp thời qua nội soi, không có ca nào phải truyền máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có 1 trường hợp nào gặp biến chứng thủng, là biến chứng nặng nhất của kỹ thuật trong khi thực hiện ESD (chiếm tỷ lệ 1,3%), chúng tôi thực hiện kẹp clip đóng lỗ thủng ngay lập tức rồi tiếp tục hoàn thành thủ thuật ESD. Theo dõi sau can thiệp ESD, bệnh nhân hoàn toàn không có dấu hiệu của viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng và cuối cùng ra viện mà không có chỉ định phẫu thuật. Theo các nghiên cứu của Nhật Bản và Hàn Quốc, tỷ lệ thủng dạ dày sau ESD cũng rất thấp từ 1,2 – 1,7% [6,9].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp sau ESD là đau họng, đau thượng vị và buồn nôn, các triệu chứng này thường thuyên giảm sau khi bệnh nhân được ăn trở lại (48h sau thủ thuật). Thời gian nằm viện trung bình là 4,9 ngày, thông thường bệnh nhân chỉ nằm viện 3 ngày; nếu có biến chứng thời gian nằm viện kéo dài hơn, có 1 bệnh nhân bị viêm phổi sau ESD có thời gian nằm viện dài nhất là 9 ngày.

Nội soi "lần thứ hai" sau ESD trong 48h được xem là quy trình chính thức đánh giá nguy cơ chảy máu sau ESD. Nghiên cứu của chúng tôi, ngoài 4 trường hợp phát hiện chảy máu bằng triệu chứng lâm sàng phải nội soi sớm, chỉ có 2

trường hợp (chiếm 6%) cần can thiệp khi nội soi ở thời điểm 48h sau ESD. Gần đây, một vài nghiên cứu kết luận nội soi "lần thứ hai" sau ESD, không cần thiết trong việc giảm tỷ lệ chảy máu muộn. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá hiệu quả quy trình này.

V. KẾT LUẬN

Các tổn thương tân tạo tại dạ dày bao gồm loạn sản niêm mạc dạ dày LSDD độ cao và UTDD sớm, thường xuất hiện không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu; phát hiện chủ yếu qua nội soi dạ dày. Tuổi trung bình phát hiện các tổn thương tân tạo ở người Việt Nam thấp hơn ở các nước phát triển. Mức độ viêm teo dạ dày có thể không phản ánh đúng nguy cơ hình thành UTDD ở người Việt Nam.

Kỹ thuật ESD có hiệu quả cao trong việc loại bỏ các tổn thương tân tạo tại dạ dày bao gồm loạn sản niêm mạc dạ dày độ cao và UTDD sớm. Cần tuân thủ chặt chẽ các chỉ định của ESD và thận trọng khi thực hiện kỹ thuật ESD để tránh các biến chứng. Thời gian thực hiện của kỹ thuật ESD phụ thuộc vào vị trí, kích thước tổn thương và kỹ năng của bác sĩ làm thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017;20(1):1-19. doi:10.1007/s10120-016-0622-4.
2. **Banks M, Graham D, Jansen M, et al.** British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of

- gastric adenocarcinoma. *Gut* 2019;68:1545-1575.
3. **ESMO Guidelines Committee, Gastric cancer:** ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, Volume 27, Issue suppl_5, September 2016, Pages v38v49, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw350>
 4. **Yusefi, A.R.,** Risk Factors for Gastric Cancer: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev.*, 2018. 19(3): p. 591-603.
 5. **Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. and Jemal, A. (2018),** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68: 394-424. doi:10.3322/caac.21492
 6. **Chung, II-Kwun et al.** Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 69, Issue 7, 1228 - 1235
 7. **Tanabe, S., et al.,** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a retrospective comparison with conventional endoscopic resection in a single center. *Gastric Cancer*, 2014. 17(1): p. 130-136.
 8. **Quach DT, Hiyama T, Gotoda T.** Identifying high-risk individuals for gastric cancer surveillance from western and eastern perspectives: Lessons to learn and possibility to develop an integrated approach for daily practice. *World J Gastroenterol*. 2019;25(27):3546-3562. doi:10.3748/wjg.v25.i27.3546
 9. **Akintoye E, Obaitan I, Muthusamy A, Akanbi O, Olusunmade M, Levine D.** Endoscopic submucosal dissection of gastric tumors: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Endosc*. 2016;8(15):517-532. doi:10.4253/wjge.v8.i15.517

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Thái Dũng¹, Trần Văn Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi một số chỉ số đông máu, điểm SIC và điểm DIC ở nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn sống và tử vong. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại BM - TT hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y. **Kết quả:** Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong cao nhất ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu ($168 \pm 128,6$ G/l), sau đó có xu hướng giảm dần qua

các thời điểm nghiên cứu và thấp nhất ở ngày thứ 7 ($77 \pm 60,8$ G/l). Số lượng tiểu cầu ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống, với $p < 0,05$. Điểm SIC ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7, và điểm DIC ở ngày thứ 3, thứ 5 của nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, với $p < 0,05$. Điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức khá tốt và tốt ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7 với AUC thứ tự là 0,726; 0,872; 0,827. Điểm DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở mức yếu và khá tốt ở ngày thứ 3, thứ 5 với AUC lần lượt là 0,699 và 0,781. **Kết luận:** Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong có xu hướng giảm dần theo thời gian. So với nhóm sống, nhóm tử vong có số lượng tiểu cầu thấp hơn, điểm SIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7 và điểm DIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5. Điểm SIC và DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: domanhhungpt95@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Từ khóa: Chỉ số đông máu, điểm SIC, điểm DIC, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

THE CHANGE OF SOME COAGULATION INDICES IN SEPTIC SHOCK PATIENTS

Objectives: Evaluation of changes in some coagulation indices, SIC score and DIC score in dead and survivor group of septic shock patients. **Materials and method:** Prospective Descriptive Study on 60 septic shock patients treated in the Center of Emergency, Intensive Care Medicine and Clinical Toxicology - 103 Military Hospital - Vietnam Military Medical University. **Results:** Platelet count in the dead group was the highest value at the beginning of study (168 ± 128.6 G/l), then tended to gradually decrease over time and reached the lowest value on the 7th day (77 ± 60.8 G/l). Platelet count at the 3rd, 5th and 7th day of the dead group was lower than that of the survivor group, $p < 0.05$. The SIC score at the 3rd, 5th, 7th day and the DIC score on the 3rd, 5th day of the dead group higher than that of the survivor group, $p < 0.05$. The SIC score had quite good and good predictive values for mortality on the 3rd, 5th, 7th day with AUC of 0.726, 0.872, 0.827, respectively. The DIC score had weak and quite good predictive values for mortality on the 3rd, 5th day with AUC of 0.699 and 0.781, respectively. **Conclusions:** Platelet count in the dead group tended to decrease over time. Compared with the survivor group, the dead group had a lower platelet count, a higher SIC score on the 3rd, 5th, 7th day and a higher DIC score on the 3rd, 5th day. The SIC score and DIC score had predictive values for mortality in septic shock patients.

Keywords: Coagulation indices, SIC score, DIC score, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng rối loạn về tuần hoàn, tế bào và chuyển hóa ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết, biểu hiện bởi tụt huyết áp dai dẳng phải sử dụng thuốc co mạch để duy trì huyết áp và tình trạng giảm tưới máu mô [6]. SNK hiện đang là một trong số những vấn đề quan trọng trong chăm sóc y tế, ảnh hưởng đến hàng triệu người mỗi năm trên toàn thế giới với tỷ lệ tử vong cao [8].

Rối loạn đông máu là tình trạng rất hay gặp trong bệnh cảnh của các BN SNK. Cho tới nay, ở trong nước cũng như trên thế giới đã có nhiều tác giả nghiên cứu về rối loạn đông máu ở BN SNK [1], [2], [4], [7]. Tuy nhiên, sự biến đổi của một số chỉ số đông máu như số lượng tiểu cầu, tỉ lệ PT% trong khoảng 7 ngày sau khi nhập viện cũng chưa được các nghiên cứu này chỉ ra một cách rõ ràng. Đặc biệt, việc Hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) phát triển tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn đông máu do nhiễm khuẩn huyết (SIC) cùng với tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng đông máu rải rác trong lòng

mạch (DIC) dựa trên các thang điểm tương ứng cũng đã mở ra nhiều hướng đi mới cho việc chẩn đoán và theo dõi tình trạng rối loạn đông máu ở BN SNK [4]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát sự biến đổi một số chỉ số đông máu ở BN SNK nhằm mục tiêu: *Đánh giá sự biến đổi một số chỉ số đông máu, điểm SIC và điểm DIC ở nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn sống và tử vong.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- BN được chẩn đoán SNK theo định nghĩa sepsis 3 năm 2016 [6].
- Gia đình hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia NC.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có rối loạn đông cầm máu trước đó: Bệnh Hemophilia, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, tăng tiểu cầu tiên phát, viêm thành mạch dị ứng...
- BN tử vong trong vòng 24h sau khi được chẩn đoán.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/04/2021 đến 31/03/2022 tại Bộ môn - Trung tâm Hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học Viện Quân Y.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, cỡ mẫu thuận tiện.
- Tiến hành: các BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, sau đó BN được lấy các thông số lâm sàng và xét nghiệm ở 5 thời điểm T0: khi chẩn đoán SNK (thời điểm bắt đầu nghiên cứu), T1, T3, T5, T7 thứ tự là ngày thứ 1, 3, 5, 7 sau khi được chẩn đoán xác định. Các chỉ số xét nghiệm đông máu trong nghiên cứu là số lượng tiểu cầu (SLTC), PT%, INR, D-dimer và Fibrinogen. Sau khi thu thập đầy đủ, số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.2.2. Các nội dung nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, phân loại bệnh lý nền, điểm SOFA, tỉ lệ tử vong.
- Sự biến đổi và so sánh các chỉ số đông máu (SLTC, PT%), điểm SIC, điểm DIC giữa nhóm BN sống và tử vong tại các thời điểm nghiên cứu.
- Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu:
 - + Giới tính: nam hoặc nữ.
 - + Bệnh lý nền: tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, hen phế quản, bệnh mạch vành, suy tim, xơ gan, suy thận mạn tính.

+BN sống: BN khỏi được ra viện hoặc chuyển về các khoa lâm sàng khác hoặc BN còn sống sau 28 ngày chẩn đoán xác định.

+ BN tử vong: BN tử vong trong vòng 28 ngày sau khi chẩn đoán xác định, bao gồm cả các BN nặng xin ra viện

+ Thang điểm SOFA: thang điểm đánh giá suy chức năng đa cơ quan.

+ Thang điểm SIC, DIC: Thang điểm đánh giá tình trạng SIC và hội chứng DIC theo hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) [4].

Chỉ số	Điểm	SIC	DIC
SLTC (G/l)	2	< 100	< 50
	1	100-150	50 – 100
D dimer	3	-	Tăng nhiều
	2	-	Tăng vừa
PT (s)/ INR	2	INR > 1,4	≥ 6s
	1	1,2 < INR ≤ 1,4	3s - 6s
Fibrinogen(g/dl)	1	-	< 1
Điểm SOFA	2	≥ 2	-
	1	1	-
Tổng điểm		≥ 4	≥ 5

Tình trạng SIC được chẩn đoán khi tổng điểm từ 4 điểm trở lên. Hội chứng DIC được chẩn đoán khi tổng điểm từ 5 điểm trở lên.

2.2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu

- Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 với các phương pháp:

+ Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

+ Kiểm định hai giá trị trung bình phân phối chuẩn bằng phép kiểm: independent sample T-test, paired sample T-test.

+ Dùng test X² để kiểm định sự khác biệt các tỷ lệ và mối liên quan của 2 biến định tính.

+ Dùng hồi quy Logistic đơn biến, đa biến để đánh giá yếu tố tiên lượng độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

		Số lượng	Giá trị TB
Giới	Nam	47 (78%)	
	Nữ	13 (22%)	
Tuổi			66,8±15,9
Bệnh nền	Có	45 (75%)	
	Không	15 (25%)	
Điểm SOFA cao nhất	2-9	19 (32%)	11,8±3,5
	10-11	10 (17%)	
	≥12	31 (51%)	
Kết cục	Sống	24 (40%)	
	Tử vong	36 (60%)	

Có 60 BN được chọn vào nghiên cứu trong đó có 47 nam (78%) và 13 nữ (22%), có tuổi trung bình là 66,8±5,9 và có tới 75% tổng số BN có bệnh nền. Điểm SOFA trung bình của các BN SNK là 11,8±3,5 với nhóm có điểm SOFA từ 12 điểm trở lên chiếm 51%. Tỷ lệ tử vong của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 60% (36 BN).

Bảng 2: Biến đổi số lượng tiểu cầu ở nhóm BN sống và tử vong

Chỉ số	Kết cục	Sống	Tử vong	p
TC (G/l)	T0 (n=60)	203 ± 102,7	168 ± 128,6	> 0,05
	T1 (n=60)	185 ± 103,6	134 ± 143,6	> 0,05
	T3 (n=59)	179 ± 109,4	104 ± 99,9	< 0,01
	T5 (n=39)	169 ± 95,8	95 ± 106,5	< 0,05
	T7 (n=25)	215 ± 113,4	77 ± 60,8	< 0,01

Ở nhóm BN tử vong, SLTC cao hơn 150 G/l ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó giảm dần thấp hơn 150 G/l trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 (77 ± 60,8). Có sự thấp hơn có ý nghĩa thống kê của SLTC ở nhóm tử vong so với nhóm sống ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7.

Bảng 2: Biến đổi giá trị PT% ở nhóm BN sống và tử vong

Chỉ số	Kết cục	Sống	Tử vong	p
PT (%)	T0 (n=60)	59 ± 20,4	55 ± 21,0	> 0,05
	T1 (n=60)	60 ± 15,8	53 ± 20,1	> 0,05
	T3 (n=59)	61 ± 17,3	51 ± 20,5	> 0,05
	T5 (n=40)	68 ± 15,4	54 ± 25,2	< 0,05
	T7 (n=25)	71 ± 18,9	64 ± 16,3	> 0,05

Ở nhóm BN tử vong, chỉ số PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu và đi ngang trong 5 ngày đầu tiên, sau đó tăng trở lại ở ngày thứ 7 nhưng vẫn thấp hơn 70%. Chỉ số PT% thấp rõ rệt ở nhóm BN tử vong so với nhóm sống ở ngày thứ 5.

Bảng 3: Biến đổi điểm SIC và DIC ở nhóm BN sống và tử vong

Điểm	Kết cục	p		
		Sống	Tử vong	
SIC	T0 (n = 60)	3,8±1,0	4,1±1,3	> 0,05
	T1 (n = 60)	4,0±1,2	4,6±1,2	> 0,05
	T3 (n = 59)	4,0±1,3	5,0±1,0	< 0,01
	T5 (n = 39)	3,4±1,1	5,1±1,1	< 0,01
	T7 (n = 25)	3,0±1,6	4,7±0,8	< 0,01
DIC	T0 (n = 58)	3,3±1,0	3,9±1,6	> 0,05
	T1 (n = 59)	3,4±1,1	4,1±1,6	> 0,05
	T3 (n = 58)	3,5±1,2	4,5±1,5	< 0,01
	T5 (n = 37)	3,3±0,8	4,5±1,3	< 0,01
	T7 (n = 23)	3,2±0,8	3,8±1,0	> 0,05

Ở nhóm BN tử vong, điểm SIC cao hơn 4 ngay trong thời điểm bắt đầu nghiên cứu sau đó tăng dần trong 5 ngày đầu tiên, cao nhất vào ngày thứ 5 (5,1±1,1), rồi giảm nhẹ ở ngày thứ 7. Điểm DIC của nhóm BN tử vong cũng tăng dần trong 5 ngày đầu tiên và giảm nhẹ vào ngày thứ 7. Ở nhóm BN sống, điểm SIC cao hơn nhóm tử vong tại ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7, điểm DIC cao hơn nhóm sống tại ngày thứ 3, thứ 5.

Bảng 4: Giá trị diện tích dưới đường cong (AUC) và điểm cắt của điểm SIC và điểm DIC trong tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Điểm	AUC	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
SIC T3 (n = 59)	0,726	5,5	40,0	87,5	< 0,01
SIC T5 (n = 39)	0,872	4,5	78,9	85,0	< 0,01
SIC T7 (n = 25)	0,827	4,5	70,0	86,7	< 0,01
DIC T3 (n = 58)	0,699	5,5	23,5	95,8	< 0,01
DIC T5 (n = 37)	0,781	5,5	21,1	100,0	< 0,01

- Giá trị AUC của điểm SIC ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 lần lượt là 0,726; 0,872; 0,827 cho khả năng tiên lượng kết cục tử vong ở mức khá tốt, tốt và tốt tại mức điểm SIC (điểm cut off) thứ tự là 5,5; 4,5 và 4,5, có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là (Se: 40%, Sp: 87,5%), (Se: 78,9%, Sp: 85%) và (Se: 70%, Sp: 86,7%) với p<0,01.

- Giá trị AUC của điểm DIC ở ngày thứ 3 và thứ 5 lần lượt là 0,699; 0,781 cho khả năng tiên lượng kết cục tử vong ở mức yếu và khá tốt tại mức điểm DIC (điểm cut off) thứ tự là 5,5 và 5,5, có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là (Se: 23,5%, Sp: 95,8%) và (Se: 21,1%, Sp: 100%) với p<0,01.

Bảng 5: Giá trị tiên lượng kết cục tử vong của điểm SIC và DIC ở BN SNK

Yếu tố	Odd ratio (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Điểm SIC	2,36	1,3 - 4,2	< 0,01
Điểm DIC	2,22	1,3 - 3,7	< 0,01

Điểm SIC và điểm DIC tăng lên làm tăng tỉ lệ tử vong ở BN SNK với các giá trị OR tương ứng là OR=2,36 với p<0,01 và OR=2,22 với p<0,01.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Nghiên cứu của chúng tôi

được thực hiện trên 60 BN SNK có độ tuổi trung bình là 66,8 ± 15,9. Nhóm BN nam chiếm tỷ lệ 78% cao hơn 3 lần so với ở nhóm BN nữ. Có tới 75% tổng số BN trong nghiên cứu là có bệnh lý nền, với tỷ lệ tử vong khá cao, chiếm 60% tổng số BN. Nhóm BN có điểm SOFA từ 12 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6%, còn thấp nhất là nhóm từ 10 đến 11 điểm chiếm 16,7%, điểm SOFA trung bình là 11,9±3,5. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy và cộng sự năm 2020 trên 47 BN SNK với tuổi trung bình là 61,4±15,2, trong đó có 76,6% BN nam, với tỷ lệ tử vong là 76,6% [1]. Điều này cho thấy, các BN tuổi cao, có bệnh lý nền có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn nặng và SNK. SNK vẫn là một tình trạng rất nặng nề với nguy cơ tử vong rất cao.

Biến đổi số lượng tiểu cầu, PT% ở nhóm BN sống và tử vong qua các thời điểm nghiên cứu: Ở nhóm BN tử vong, chỉ số PT% giảm thấp hơn 70% ở tất cả các thời điểm nghiên cứu. Cụ thể, chỉ số PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu và đi ngang trong 5 ngày đầu tiên, sau đó tăng trở lại ở ngày thứ 7 nhưng vẫn thấp hơn 70%. Đồng thời, chỉ số PT% ở nhóm BN tử vong thấp hơn so với nhóm sống ở ngày thứ 5 của nghiên cứu, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. SLTC ở nhóm BN tử vong cũng ghi nhận sự biến đổi rõ rệt so với nhóm sống. SLTC ở nhóm tử vong cao hơn 150 G/l ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó giảm dần thấp hơn 150 G/l trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 với giá trị trung bình $77 \pm 60,8$ G/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra SLTC ở nhóm BN tử vong thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ling Jiang và cộng sự tiến hành năm 2021 trên 120 BN NKH do nhiễm khuẩn đường tiết niệu cho thấy không có sự khác biệt về số lượng tiểu cầu giữa nhóm BN sống và tử vong lúc nhập viện nhưng số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống ở các thời điểm ngày thứ 2, thứ 3 và thứ 5, với $p < 0,05$ [3].

Biến đổi điểm SIC và điểm DIC ở nhóm BN sống và tử vong qua các thời điểm nghiên cứu: Ở các nhóm BN sống và tử vong, điểm SIC và DIC cũng có những sự biến đổi rõ nét. Cụ thể, ở nhóm BN tử vong, điểm SIC cao hơn 4 ngay tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu sau đó tăng dần trong 5 ngày đầu tiên và đạt giá trị cao nhất vào ngày thứ 5 với giá trị trung bình là $5,1 \pm 1,1$, rồi giảm nhẹ ở ngày thứ 7. Tương tự, điểm DIC của nhóm BN tử vong cũng có xu hướng tăng dần trong 5 ngày đầu tiên và sau đó giảm nhẹ vào ngày thứ 7. Hơn nữa, theo nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN tử vong, điểm SIC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại các thời điểm ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 với $p < 0,01$, đồng thời, điểm DIC cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại các thời điểm ngày thứ 3 và thứ 5, với $p < 0,01$. Từ các kết quả trên, chúng tôi tính được diện tích dưới đường cong (AUC) và điểm cắt của điểm SIC và DIC để tiên lượng kết cục của BN. Đầu tiên, ở ngày thứ 3, điểm SIC có khả năng tiên lượng tử vong ở mức khá tốt với $AUC = 0,726$, điểm cắt là 5,5, độ nhạy 40%, độ đặc hiệu 87,5%, $p < 0,01$, còn điểm DIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức yếu với các con số tương ứng là $AUC = 0,699$, điểm cắt 5,5, độ nhạy 23,5%, độ đặc hiệu 95,8%, $p < 0,01$. Tiếp theo, vào ngày thứ 5, điểm SIC có giá trị dự báo tử vong ở mức tốt với các giá trị $AUC = 0,872$, điểm cắt là 4,5, độ nhạy 78,9, độ đặc hiệu 85%, $p < 0,01$, trong khi điểm DIC cũng có giá trị dự báo tử vong ở mức khá tốt với các giá trị tương ứng $AUC = 0,781$, điểm cắt là 5,5, độ nhạy 21,1%, độ đặc hiệu là 100%, $p < 0,01$. Cuối cùng, tại thời điểm ngày thứ 7,

điểm SIC có giá trị dự báo tử vong ở mức tốt với giá trị $AUC = 0,827$, điểm cắt 4,5, độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 86,7%, $p < 0,01$. Với kết quả này, có thể thấy điểm DIC và SIC đều có giá trị tiên lượng đối với kết cục tử vong của các BN SNK tại thời điểm ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 (đối với điểm SIC).

Chúng tôi nhận thấy rằng, về khả năng tiên lượng kết cục của BN SNK tại cùng 1 thời điểm thì điểm SIC có giá trị tiên lượng tốt hơn điểm DIC, đồng thời điểm SIC có độ nhạy cao hơn nhưng lại có độ đặc hiệu thấp hơn điểm DIC. Kết quả này có thể do trong việc tính điểm SIC có dựa vào điểm SOFA nên ngoài việc đánh giá tình trạng rối loạn đông máu, điểm SIC còn có phần liên quan đến mức độ suy chức năng đa tạng ở các BN SNK do đó có khả năng tiên lượng kết cục tốt hơn. Kết quả nghiên cứu còn chỉ ra điểm SIC là yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập kết cục của BN SNK với $OR = 2,36$ (KTC 95%: 1,3-4,2, $p < 0,01$), điều tương tự với điểm DIC với giá trị $OR = 2,22$ (KTC 95%: 1,3-3,7, $p < 0,01$). Như vậy, cứ mỗi giá trị điểm SIC tăng lên 1 thì tỷ lệ tử vong của BN SNK tăng 2,36 lần; cứ mỗi giá trị của điểm DIC tăng lên 1 thì tỷ lệ tử vong của BN SNK tăng 2,22 lần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của T. Iba và cộng sự tiến hành năm 2017, nghiên cứu của tác giả này cho thấy điểm SIC có giá trị cao trong tiên lượng kết cục ở BN NKH [5]. Nghiên cứu của tác giả Julie Helms và cộng sự năm 2020 thực hiện trên 582 BN SNK cũng chỉ ra rằng trong việc tiên lượng kết cục tử vong của BN SNK, điểm SIC có độ nhạy cao hơn nhưng lại có độ đặc hiệu thấp hơn so với điểm DIC, kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [2]. Nghiên cứu của tác giả Lina Yao và cộng sự tiến hành năm 2022 cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi chỉ ra có hội chứng DIC cũng là yếu tố tiên lượng độc lập kết cục tử vong ở BN NKH nhập ICU [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 BN SNK điều trị tại trung tâm hồi sức cấp cứu và chống độc, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

- Số lượng tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân tử vong có xu hướng giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu.

- So với nhóm sống, nhóm BN tử vong có SLTC thấp hơn và điểm SIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7, trong khi, điểm DIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5.

- Điểm SIC và DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện TW Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021, Tập 498, số 1, Tr 149-152.
2. **Helms J. et al.** Performances of disseminated intravascular coagulation scoring systems in septic shock patients. Annals of Intensive Care. 2020, Vol 10, page 92
3. **Jiang L. et al.** Prognostic values of procalcitonin and platelet in the patient with urosepsis. 2021, Vol 100, page e26555.
4. **Iba T. et al.** Advance in the Management of Sepsis-Induced Coagulopathy and Disseminated

Intravascular Coagulation. Journal of Clinical medicine. 2019, Vol 8, page 728.

5. **Iba T. et al.** New criteria for sepsis-induced coagulopathy (SIC) following the revised sepsis definition: a retrospective analysis of a nationwide survey. BMJ Open. 2017, Vol 7, page e017046-e017046.
6. **Shankar-Hari M. et al.** Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016, Vol 315, page 775-787.
7. **Yao L. et al.** Analysis of Prognostic Risk Factors of Sepsis Patients in Intensive Care Unit Based on Data Analysis. Journal of Healthcare Engineering. 2022, Vol 2022, page 3746640.
8. **World Health Organization.** Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. 2020

MỐI LIÊN QUAN GIỮA DỊCH TỰ DO Ổ BỤNG VÀ VIÊM TỤY CẤP MỨC ĐỘ NẶNG

Phan Trung Nhân^{1,2}, Võ Thị Mỹ Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ dịch tự do ổ bụng (DTDOB) ở bệnh nhân (BN) viêm tụy cấp (VTC). So sánh nồng độ CRP, tỷ lệ biến chứng (hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi), mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục (tử vong, thở máy xâm lấn, thời gian nằm viện) ở BN VTC có và không có biến chứng DTDOB. Xác định vai trò của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu có phân tích tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2021 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Tổng cộng có 122 BN viêm tụy cấp. Tỷ lệ BN có DTDOB là 58,2%. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm có và không có DTDOB. Nồng độ CRP (mg/L) ở nhóm có và không có DTDOB lần lượt là $262,9 \pm 14,7$ và $198,6 \pm 19,4$ ($p=0,008$). Tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi ở nhóm có và không có DTDOB lần lượt là 53,5% và 25,5% ($p=0,002$), 22,5% và 2,0% ($p=0,001$), 59,2% và 17,7% ($p<0,001$). VTC mức độ nặng ở nhóm có DTDOB (46,5%) cao hơn nhóm không có DTDOB (17,7%) ($p=0,002$). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ suy hô hấp, suy hô hấp kéo dài ở nhóm BN có và không có DTDOB ($p<0,001$). Không có sự khác biệt về suy tuần hoàn, suy thận, suy đa cơ quan, thở máy xâm lấn và thời gian nằm viện giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy

logistic đa biến cho thấy DTDOB là yếu tố nguy cơ của VTC nặng với tỷ số chênh (TSC) 10,02, khoảng tin cậy (KTC) 95%: 1,7-59,7, $p=0,011$. **Kết luận:** Có sự khác biệt về nồng độ CRP, tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi, VTC mức độ nặng, suy hô hấp và suy hô hấp kéo dài giữa hai nhóm có và không có DTDOB. DTDOB là yếu tố nguy cơ của VTC nặng.

Từ khóa: viêm tụy cấp, dịch tự do ổ bụng

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN ABDOMINAL FREE FLUID AND SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Objective: To determine the prevalence of abdominal free fluid in patients with AP. To compare CRP levels, rates of complications (pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion), severity, organ failure, and outcomes (death, invasive mechanical ventilation, length of stay) in patients with AP with and without abdominal free fluid. To determine the role of abdominal free fluid as a risk factor for severe AP. **Subjects and methods:** It is a retrospective and prospective cross-sectional study which was carried out at the Department of Gastroenterology of Cho Ray Hospital from August 2021 to March 2022. **Results:** There are a total of 122 patients with acute pancreatitis. The rate of patients with abdominal free fluid is 58.2%. There was no difference in clinical features between the two groups with and without abdominal free fluid. CRP concentrations (mg/L) in the group with and without abdominal free fluid were 262.9 ± 14.7 and 198.6 ± 19.4 , respectively ($p=0.008$). The rates of pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion in the group with and without abdominal free fluid were 53.5% and 25.5% ($p=0.002$), 22.5% and 2.0% ($p=0.001$), 59.2% and 17.7% ($p<0.001$). The rate of severe AP was higher in the group with abdominal free

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Trung Nhân

Email: ptnhan.nt.noi.19@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

fluid (46.5%) than in the group without abdominal free fluid (17.7%) ($p=0.002$). There was a significant difference in the rate of respiratory failure, persistent respiratory failure in the group of patients with and without abdominal free fluid ($p<0.001$). There was no difference in circulatory failure, renal failure, multi-organ failure, invasive mechanical ventilation and length of hospital stay between the two groups. Multivariable logistic regression analysis showed that abdominal free fluid is a risk factor for severe AP with odds ratio (OR) 10.02, 95% CI: 1.7-59.7, $p=0.011$. **Conclusion:** There were differences in CRP levels, the rate of pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion, severe acute pancreatitis, respiratory failure and persistent respiratory failure between the two groups with and without abdominal free fluid. Abdominal free fluid is a risk factor for severe AP.

Keywords: acute pancreatitis, abdominal free fluid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lý tiêu hóa phổ biến, thường cần phải nhập viện. Khoảng 20% bệnh nhân (BN) bị VTC mức độ vừa hoặc nặng và tử vong ở nhóm BN này từ 20 - 40%[1]. Cắt lớp vi tính (CLVT) bụng được sử dụng khá rộng rãi ở những BN VTC nhập cấp cứu với tỷ lệ lên đến 60-70% [2] giúp chẩn đoán và tiên lượng mức độ nặng. Tụ dịch quanh tụy, hoại tử tụy, hoại tử thành hóa hay nang giả tụy được sử dụng trong hệ thống Atlanta cải tiến năm 2012 để phân loại mức độ nặng của VTC[3].

Dịch tự do ổ bụng (DTDOB) thường thấy trên hình ảnh CLVT bụng ở BN VTC với tỷ lệ 38,5%[4] nhưng ít được các thầy thuốc lâm sàng quan tâm. Trong VTC, sự tiết dịch vào ổ bụng ở tuần đầu tiên sau khởi phát là do đáp ứng viêm gây tăng tính thấm thành mạch, trong khi DTDOB xuất hiện ở giai đoạn sau thường do đứt ống tụy gặp trong viêm tụy hoại tử [5]. Nồng độ các chất trung gian tăng gây viêm là một trong những cơ chế gây nên tình trạng suy cơ quan dẫn đến những kết cục nặng nề ở BN VTC[6]. Câu hỏi đặt ra là DTDOB có liên quan đến kết cục của BN VTC hay không? Theo Samanta, BN có DTDOB trên CLVT bụng có thời gian nằm viện, suy cơ quan và tử vong cao hơn so với BN không có[4]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ DTDOB ở BN VTC; (2) So sánh nồng độ CRP, tỷ lệ có biến chứng (hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi), mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục (tử vong, thở máy xâm lấn, thời gian nằm viện) ở BN VTC có và không có biến chứng DTDOB; (3) Xác định vai trò của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán VTC và có chụp CLVT bụng cản quang được đưa vào nghiên cứu, với thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện ≤ 5 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã có DTDOB trước đó hay có bệnh lý tăng nguy cơ xuất hiện DTDOB (xơ gan, suy tim, bệnh thận mạn...), có viêm tụy mạn, mang thai, có tiền căn dị ứng thuốc cản quang.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu có phân tích

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu: Công thức

tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ dựa vào mục tiêu (1)

Trong đó: - n là cỡ mẫu ước đoán tối thiểu.

- α là sai lầm loại I, chọn $\alpha=0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

- d là độ chính xác mong muốn, chọn $d=0,05$.

- p là tỷ lệ biến cố, chọn $p=0,385$ theo Samanta⁽⁴⁾. $\rightarrow n = 91$.

Cách thức tiến hành: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy bằng hai phương pháp hồi cứu (từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021) và tiền cứu (từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022).

Tất cả BN VTC thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được ghi nhận thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng, được làm một số xét nghiệm, được chụp CLVT bụng có cản quang vào thời điểm nhập viện và ghi nhận biến chứng tại chỗ. Bệnh nhân được theo dõi hàng ngày để đánh giá mức độ nặng theo tiêu chuẩn Atlanta cải tiến và ghi nhận các kết cục trong thời gian nằm viện (tử vong, thời gian nằm viện, thở máy xâm lấn, suy cơ quan).

Một số định nghĩa. VTC được chẩn đoán khi có sự hiện diện ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn: (1) đau bụng cấp kiểu tụy, (2) amylase máu hay lipase máu tăng ≥ 3 lần giới hạn bình thường, (3) hình ảnh học phù hợp chẩn đoán VTC (siêu âm bụng, cắt lớp vi tính bụng, MRI)[3].

Độ nặng của VTC được đánh giá theo phân loại Atlanta cải tiến năm 2012 với (1) mức độ nhẹ khi không có suy tạng và không có biến chứng tại chỗ và/hoặc toàn thân, (2) mức độ trung bình-nặng khi có suy tạng thoáng qua dưới 48 giờ và/hoặc có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân, (3) mức độ nặng khi có suy tạng kéo dài trên 48 giờ[3].

Suy tạng theo hệ thống tính điểm Marshall hiệu chỉnh: (1) suy hô hấp khi PaO₂/FIO₂ ≤ 300, (2) suy thận khi creatinine huyết thanh ≥ 1,9 mg/dl, (3) suy tuần hoàn khi huyết áp tâm thu < 90 mmHg và không đáp ứng với bù dịch[3].

DTDOB được chẩn đoán dựa vào sự hiện diện của dịch tự do trong khoang phúc mạc được nhận thấy trên hình ảnh CLVT bụng.

Phương pháp thống kê: Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016, xử lý và phân tích số liệu với phần mềm STATA 14.2. Biến định tính được tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Tính trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), hoặc trung vị, bách phân vị 25% và 75% (nếu phân phối không chuẩn) đối với các biến định lượng. So sánh sự khác biệt về tần số các biến

định tính bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher Exact test. Sự khác biệt giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn được kiểm định bằng phép kiểm t-test, giữa hai biến định lượng không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Wilcoxon Rank Sum. Phân tích hồi quy logistic đa biến được dùng để đánh giá mối liên quan.

Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM, số 526/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 9/11/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 122 bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022, có 71 BN có DTDOB với tỷ lệ 58,2%.

Bảng 1. Đặc điểm dân số học

Đặc điểm	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Tuổi (TB ± ĐLC)	42,4 ± 12,4	41,2 ± 12,2	43,9 ± 12,7	0,237 ^a
Nam, n (%)	87 (71,3)	51 (71,8)	36 (70,6)	0,881 ^b
Nữ, n (%)	35 (28,7)	20 (28,2)	15 (29,4)	

(a) Kiểm định t, (b) Kiểm định Chi bình phương

Đặc điểm nghiên cứu giữa hai nhóm VTC có DTDOB và nhóm VTC không có DTDOB, tương tự nhau. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có DTDOB về tuổi trung bình mắc bệnh và giới tính.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân

Đặc điểm	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Đau bụng n (%)	Có	115 (94,3)	66 (93,0)	0,698 ^c
	Không	7 (5,7)	5 (7,0)	
Buồn nôn n (%)	Có	86 (70,5)	47 (66,2)	0,184 ^b
	Không	35 (28,7)	24 (33,8)	
Sốt n (%)	Có	18 (14,8)	11 (15,5)	0,483 ^b
	Không	103 (84,4)	60 (84,5)	
Nguyên nhân n (%)	Sỏi mật	13 (10,7)	7 (9,9)	0,821 ^b
	Rượu	26 (21,3)	14 (19,7)	
	Tăng TG	43 (35,3)	24 (33,8)	
	Rượu+tăng TG	14 (11,5)	10 (14,1)	
	Không rõ NN	26 (21,3)	16 (22,5)	

(b) Kiểm định Chi bình phương; (c) Kiểm định chính xác Fisher

Không có sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng (đau bụng, buồn nôn, sốt) giữa hai nhóm có và không có DTDOB. Không có sự khác biệt về nguyên nhân giữa hai nhóm.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm xét nghiệm máu	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Bạch cầu (G/L)*	14,3±5,6	14,2±0,7	14,5±0,7	0,741 ^a
Hồng cầu (G/L)*	4,9±0,8	4,9±0,1	4,9±0,1	0,905 ^a
Hct (%)*	43,3±6,9	43,7±0,9	42,8±0,8	0,476 ^a
Tiểu cầu (G/L)*	226,9±81,9	216,4±9,9	241,6±11,0	0,094 ^a
BUN (mg/dl) [#]	14 (10-24)	15 (10-29)	13 (11-19)	0,437 ^d
Creatinine [#] (mg/dl)	0,9 (0,8-1,4)	1 (0,8-1,7)	0,93 (0,8-1,3)	0,646 ^d

Na ⁺ (mmol/l)*	131,7±5,2	131,9±0,6	131,4±0,7	0,617 ^a
K ⁺ (mmol/l)*	3,9±0,7	3,9±0,1	4,0±0,8	0,521 ^a
AST (U/L) [#]	53,5 (37-111)	57 (38-119)	49 (32-111)	0,562 ^d
ALT (U/L) [#]	46,5 (27-102)	46 (26-108)	50 (28-102)	0,607 ^d
Glucose (mg/dl) [#]	166,5 (123-226)	158 (118-200)	196 (128-248)	0,162 ^d
Amylase (U/L) [#]	366 (177-734)	387 (174-698)	361,5 (186-810)	0,862 ^d
Lipase (U/L) [#]	475 (237-1064)	502 (267-1034)	427 (194-1110)	0,329 ^d
CRP (mg/l)*	234,7±133,3	262,87±14,74	198,6±19,4	0,008 ^a
Triglyceride (mg/dl) [#]	629,5 (153-1908)	667 (154-1337)	592 (137-2101)	0,728 ^d

(a) Kiểm định t, (d) Kiểm định Wilcoxon Rank Sum, (*) Trung bình±Độ lệch chuẩn, (#) Trung vị, tứ phân vị

Nồng độ CRP ở nhóm có DTDOB cao hơn nhóm không có DTDOB và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,008.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh CLVT bụng

Đặc điểm	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Hoại tử tụy, n (%)	51 (41,8)	38 (53,5)	13 (25,5)	0,002 ^b
Tụ dịch quanh tụy cấp, n (%)	116 (95,1)	69 (97,2)	47 (92,2)	0,235 ^b
Huyết khối tĩnh mạch tạng, n (%)	17 (13,9)	16 (22,5)	1 (2)	0,001 ^b
Tràn dịch màng phổi, n (%)	51 (41,8)	42 (59,2)	9 (17,7)	<0,001 ^b

(b) Kiểm định Chi bình phương

Về đặc điểm hình ảnh CLVT bụng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng và tràn dịch màng phổi giữa hai nhóm có và không có DTDOB với p=0,002, p=0,001 và p<0,001 tương ứng lần lượt.

Bảng 5. Mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục lâm sàng (tử vong, thở máy, thời gian nằm viện)

Kết cục	Chung (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Mức độ n (%)	Nhẹ	4 (3,3)	2 (2,8)	0,002 ^b
	Trung bình nặng	76 (62,3)	36 (50,7)	
	Nặng	42 (34,4)	33 (46,5)	
Tử vong n (%)	11 (9,0)	6 (8,5)	5 (9,8)	0,797 ^b
Thở máy xâm lấn	16 (13,3)	12 (17,1)	4 (8)	0,146 ^b
Suy hô hấp	39 (32,0)	33 (46,5)	6 (11,8)	<0,001 ^b
Suy hô hấp kéo dài	37 (30,3)	31 (43,7)	6 (11,8)	<0,001 ^b
Suy thận	29 (23,8)	21 (29,6)	8 (15,7)	0,075 ^b
Suy thận kéo dài	22 (18,0)	15 (21,1)	7 (13,7)	0,294 ^b
Suy tuần hoàn	18 (14,8)	12 (16,9)	6 (11,8)	0,430 ^b
Suy tuần hoàn kéo dài	8 (6,6)	6 (8,5)	2 (3,9)	0,319 ^b
Suy đa cơ quan kéo dài	12 (9,8)	9 (12,7)	3 (5,9)	0,214 ^b
Thời gian nằm viện	7 (5 - 10)	7 (5 - 11)	7 (4 - 10)	0,145 ^d

(b) Kiểm định Chi bình phương, (d) Kiểm định Wilcoxon Rank Sum

Có sự khác biệt về mức độ VTC giữa hai nhóm có và không có DTDOB với p=0,002. Về suy cơ quan, chỉ có suy hô hấp và suy hô hấp kéo dài là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 6. Hồi quy đơn biến các yếu tố liên quan đến VTC mức độ nặng

Đặc điểm	TSC (KTC 95%)	p
DTDOB	4,05 (1,72-9,56)	0,001
TDMP	4,2 (1,90-9,27)	<0,001
Tụ dịch quanh tụy cấp	2,73 (0,31-24,19)	0,366
Hoại tử tụy	3,05 (1,41-6,62)	0,005
Huyết khối tĩnh mạch tạng	3,26 (1,14-9,33)	0,028
Tuổi	1,02 (0,99-1,06)	0,085
Hct	1,06 (1,004-1,128)	0,035

BUN	1,13 (1,08-1,19)	<0,001
Creatinine	9,84 (3,56-27,19)	<0,001
CRP	1,006 (1,003-1,009)	0,001
Glucose	1,007 (1,002-1,011)	0,003
Triglyceride	1,000 (0,999-1,000)	0,223

Bảng 7. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến VTC mức độ nặng

Đặc điểm	TSC (KTC 95%)	p
DTDOB	10,02 (1,68-59,68)	0,011
TDMP	9,72 (1,92-49,12)	0,006
Hoại tử tụy	1,68 (0,37-7,58)	0,503
Huyết khối tĩnh mạch tạng	0,96 (0,17-5,49)	0,967
Tuổi	1,06 (1,01-1,12)	0,018
Hct	1,10 (0,98-1,24)	0,118
BUN	0,94 (0,83-1,05)	0,265
Creatinine	16,72 (2,02-138,46)	0,009
CRP	0,99 (0,99-1,00)	0,538
Glucose	1,01 (1,004-1,022)	0,004

Phân tích hồi quy logistic đơn biến, biến phụ thuộc là có hay không có VTC mức độ nặng, biến độc lập gồm các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh CLVT bụng như tuổi, tụ dịch quanh tụy cấp, hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, DTDOB, tràn dịch màng phổi, Hct, BUN, creatinine, CRP, glucose, triglyceride máu. Các phân tích đơn biến có $p < 0,2$ được đưa phân tích hồi quy logistic đa biến (Bảng 7).

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy năm đặc điểm làm tăng nguy cơ xuất hiện VTC mức độ nặng gồm DTDOB, tràn dịch màng phổi, creatinine, glucose và tuổi. Trong đó, DTDOB là yếu tố liên quan và có giá trị tiên đoán VTC nặng với tỷ số chênh 10,02, KTC 95% 1,7-59,7.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ DTDOB. Tỷ lệ xuất hiện DTDOB ở các bệnh nhân VTC trong nghiên cứu này là 58,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Zeng, Samanta và Yang với tỷ lệ lần lượt là 19,7%, 38,5% và 39,2%. Sự khác biệt này có thể do (1) Phương pháp phát hiện DTDOB trong nghiên cứu của chúng tôi là CLVT bụng có cản quang, trong khi của Samanta là siêu âm ổ bụng[4]; (2) Các nghiên cứu trên đều cho thấy có sự liên quan giữa DTDOB và VTC mức độ nặng, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN VTC mức độ nặng là 34,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Zeng, Samanta và Yang với tỷ lệ lần lượt 13,1%, 28,6% và 8,2%[2],[4],[7].

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục giữa hai nhóm VTC có và không có DTDOB. Về đặc điểm dân số, lâm sàng và nguyên nhân VTC, nghiên cứu này không phát hiện sự khác biệt

giữa hai nhóm VTC có và không có DTDOB, tương tự với kết quả nghiên cứu của Zeng, Samanta và Yang[2],[4],[7].

Về cận lâm sàng, có hai nhóm là xét nghiệm máu (sinh hóa, huyết học) và hình ảnh (CLVT bụng). Về xét nghiệm máu, chúng tôi chỉ ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ CRP giữa hai nhóm VTC có và không có DTDOB (nồng độ CRP cao hơn ở nhóm có DTDOB), $p = 0,008$. Do CRP là một chất chỉ thị tình trạng viêm trong cơ thể, nồng độ CRP cao hơn ở nhóm có DTDOB có thể củng cố thêm cho cơ chế xuất hiện DTDOB là do đáp ứng viêm trong VTC. Hiện tại, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu khác đánh giá mối liên quan giữa CRP và DTDOB. Nghiên cứu của Zeng (không có CRP) cũng cho thấy phần lớn không có sự khác biệt về xét nghiệm sinh hóa, huyết học giữa hai nhóm BN, ngoại trừ tỷ lệ hạ canxi máu cao hơn ở nhóm có DTDOB[7]. Về đặc điểm hình ảnh trên CLVT bụng, tỷ lệ hoại tử tụy, tràn dịch màng phổi cao hơn ở nhóm có DTDOB so với nhóm không có DTDOB với giá trị p lần lượt là 0,002 và <0,001. Nghiên cứu của Zeng cũng cho thấy có mối liên quan giữa DTDOB và tràn dịch màng phổi với $p < 0,001$ nhưng không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ hoại tử tụy ở hai nhóm[7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Zeng chỉ có 1 BN hoại tử tụy trong mỗi nhóm có và không có DTDOB, do vậy có thể đây là lý do gây khác biệt. Nghiên cứu của Yang cũng cho kết quả tỷ lệ hoại tử tụy ở nhóm có DTDOB cao hơn nhóm không có DTDOB với p là <0,001[2]. Một điểm mới nữa trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch tạng ở nhóm có DTDOB là 22,5% cao hơn ở nhóm còn lại là 2% với $p = 0,001$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ VTC nặng có DTDOB cao hơn có ý nghĩa thống kê so với VTC nặng không có DTDOB. Chúng tôi không phát hiện thấy DTDOB có liên quan với nhu cầu thở máy xâm lấn hay tử vong, tương tự với nghiên cứu của Zeng[7]. Khác với nghiên cứu của Zeng[7], nghiên cứu của chúng tôi không thấy khác biệt giữa hai nhóm có và không có DTDOB về thời gian nằm viện.

VTC mức độ nặng được đánh giá theo phân loại Atlanta cải tiến năm 2012 dựa vào sự có mặt của suy cơ quan kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi xét riêng từng cơ quan, DTDOB có liên quan với tỷ lệ suy hô hấp kéo dài cao hơn, nhưng không tìm thấy sự liên quan với suy thận kéo dài và suy tuần hoàn kéo dài; khi xét chung cả suy cơ quan thoáng qua và kéo dài thì DTDOB vẫn chỉ có liên quan với suy hô hấp. Theo Yang, có sự liên quan giữa DTDOB với suy hô hấp, suy thận và suy tuần hoàn[2]. Còn theo Zeng và Samanta, chỉ có suy thận và suy hô hấp liên quan với DTDOB[7]. Sự liên quan giữa DTDOB và suy cơ quan có thể giải thích bởi sự tích tụ dịch trong ổ bụng gây nên tình trạng tăng áp lực ổ bụng. Tăng áp lực ổ bụng làm hạn chế hồi lưu tĩnh mạch về tim, dẫn đến giảm cung lượng tim, giảm áp lực tưới máu ngoại biên, dẫn đến suy thận và suy tuần hoàn. Ngoài ra, tăng áp lực ổ bụng còn ảnh hưởng đến hô hấp qua việc giảm dung tích cặn chức năng của phổi, giảm đàn hồi của lồng ngực. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa DTDOB và suy tuần hoàn có thể lý giải tỷ lệ hai loại suy cơ quan này thấp hơn so với suy hô hấp.

Giá trị của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy DTDOB, tràn dịch màng phổi, hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, giá trị BUN, creatinine, CRP và glucose có liên quan với VTC mức độ nặng ($p < 0,05$). Các biến có giá trị $p < 0,2$ tiếp tục được đưa vào mô hình đa biến. Phân tích hồi quy logistic đa biến và khử nhiễu, chúng tôi chỉ ghi nhận có 5 yếu tố liên quan với VTC mức độ nặng gồm DTDOB, tràn dịch màng phổi, tuổi, giá trị creatinine và glucose ($p < 0,05$). Tỷ số chênh của DTDOB là 10,0 (KTC 95%: 1,7-59,7) theo phân tích đa biến chứng tỏ đặc điểm DTDOB có giá trị như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng, bên cạnh các yếu tố nguy cơ đã được đề cập từ lâu như tuổi, giá trị creatinine, glucose, tràn dịch màng phổi. Nghiên cứu của Zeng khi phân tích đa biến với

biến phụ thuộc là VTC mức độ trung bình và nặng cũng cho thấy DTDOB là yếu tố nguy cơ với TSC 60,5 (KTC 95%: 13,8-265,5)[7]. Điều này cho thấy sự hiện diện của DTDOB là một đặc điểm có giá trị trong dự đoán VTC mức độ nặng.

Hạn chế trong nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, chúng tôi chỉ ghi nhận sự có hay không có mặt DTDOB mà không có thông tin về mức độ, đặc điểm tế bào, sinh hóa (albumin, amylase) của dịch. Do đó, chúng tôi chưa thể phân tích được mối liên quan giữa mức độ DTDOB với mức độ nặng, kết cục lâm sàng ở BN VTC. Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ nên cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm củng cố kết quả chúng tôi đã tìm được.

V. KẾT LUẬN

Trong 122 BN tham gia nghiên cứu, có 71 BN có DTDOB chiếm tỷ lệ 58,2%. VTC có DTDOB có liên quan với nồng độ CRP cao hơn, tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi, VTC mức độ nặng, suy hô hấp, suy hô hấp kéo dài cao hơn VTC không có DTDOB. Sự hiện diện của DTDOB làm tăng nguy cơ VTC mức độ nặng lên 10,02 lần (KTC 95%: 1,7-59,7, $p = 0,011$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SA, Bruno M J, Verdonk RC, et al (2020).** "Acute pancreatitis". *Lancet*. 396 (10252), 726-734.
2. **Yang E, Nguyen NH, Kwong WT (2021).** "Abdominal free fluid in acute pancreatitis predicts necrotizing pancreatitis and organ failure". *Annals of gastroenterology*. 34 (6), 872-878.
3. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen H G, Johnson C D, et al (2013).** "Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus". *Gut*. 62 (1), 102-111.
4. **Samanta J, Rana A, Dhaka N, Agarwala R, Gupta P, et al (2019).** "Ascites in acute pancreatitis: not a silent bystander". *Pancreatolgy*. 19 (5), 646-652.
5. **Bush N, Rana SS (2021).** "Ascites in Acute Pancreatitis: Clinical Implications and Management". *Dig Dis Sci*.
6. **Garg PK, Singh VP (2019).** "Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis". *Gastroenterology*. 156 (7), 2008-2023.
7. **Zeng QX, Wu ZH, Huang DL, Huang YS, Zhong HJ (2021).** "Association Between Ascites and Clinical Findings in Patients with Acute Pancreatitis: A Retrospective Study". *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 27, e933196-e933196.

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH SỞI TRÊN PHỤ NỮ MANG THAI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Kim Thu^{1,2}, Trần Thị Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu các biến chứng thường gặp ở phụ nữ có thai mắc sởi tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương từ 1/2018 – 12/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh với nhóm chứng được thực hiện trên 49 nữ bệnh nhân mang thai được chẩn đoán nhiễm sởi điều trị tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương từ 1/2018 đến 12/2019. **Kết quả:** - 73,5% phụ nữ mang thai nhiễm sởi có biến chứng, biến chứng hô hấp chiếm 65,3%. Tỷ lệ biến chứng hô hấp ở phụ nữ mang thai cao hơn phụ nữ không mang thai nhiễm sởi ($p < 0,05$). Giá trị CRP $\geq 94,5$ mg/l có liên quan đến viêm phổi vi khuẩn ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi với $p < 0,05$; OR 31,2 (95% CI: 2,9 – 337,4). - 26,5% phụ nữ mang thai nhiễm sởi có biến chứng sản khoa gồm: sảy thai 8,2%, thai lưu 4,1%, đẻ non 4,1%. Tỷ lệ BC Lympho $\leq 8,4\%$ có liên quan đến biến chứng sản khoa ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi với $p < 0,05$; OR 7,7 (95% CI: 1,5 – 39,9). - Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, tuổi thai, các chỉ số huyết học khác, và các biến chứng khác với biến chứng sản khoa. **Kết luận:** Cần theo dõi sát để phát hiện sớm biến chứng viêm phổi vi khuẩn và biến chứng sản khoa ở phụ nữ mang thai mắc sởi

Từ khóa: sởi, phụ nữ mang thai, biến chứng

SUMMARY

STUDY COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH MEASLES AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES FROM 1/2018 TO 12/2019

Study objective: to study common complications in pregnant women with measles at the National Hospital for Tropical Diseases from 1/2018 to 12/2019. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study including comparison with control group was carried out on 49 pregnant female patients diagnosed with measles infection treated at the National Hospital for Tropical Diseases from 1/2018 to 12/2019. **Results:** -73.5% of pregnant women infected with measles had complications, respiratory complications accounted for 65.3%. The rate of respiratory complications in pregnant women was higher than in non-pregnant women infected with measles ($p < 0.05$). CRP value ≥ 94.5 mg/l is associated with bacterial pneumonia in pregnant women infected with measles with $p < 0.05$; OR 31.2 (95% CI: 2.9 – 337.4). -

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyenkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

26.5% of pregnant women infected with measles had obstetric complications including: miscarriage 8.2%, stillbirth 4.1%, premature birth 4.1%. Lymphocyte count $\leq 8.4\%$ is related to obstetric complications in pregnant women infected with measles with $p < 0.05$; OR 7.7 (95% CI: 1.5 – 39.9). - No statistical relation was found between age, gestational age, other hematological parameters, and other complications with obstetric complications. **Conclusion:** Close monitoring is required for early detection of bacterial pneumonia and obstetric complications in pregnant women with measles

Key words: measles, pregnant women, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính đường hô hấp gây ra bởi vi rút sởi, lưu hành trên toàn thế giới và là nguyên nhân gây bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ. Bệnh có thể diễn biến lành tính và tự khỏi nhưng một số trường hợp biến chứng nặng có thể dẫn tới tử vong. Trên thế giới và tại Việt Nam, nhờ có chương trình tiêm chủng mở rộng vắc xin sởi cho trẻ em dưới 1 tuổi từ nhiều năm nay tỷ lệ mắc sởi đã giảm xuống đáng kể. Tuy nhiên, gần đây dịch sởi đã có xu hướng quay trở lại. Năm 2019, trên thế giới ghi nhận 664.221 trường hợp mắc sởi tại 171/194 quốc gia và vùng lãnh thổ. Tại Việt Nam, tính đến ngày 22/10/2018 có 2.942 trường hợp sốt phát ban tại 51 tỉnh, thành phố, trong đó 1.093 trường hợp mắc sởi dương tính tại 40 tỉnh, thành phố, có 1 trường hợp tử vong¹. Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương năm 2019 điều trị hơn 500 bệnh nhân được xác định mắc sởi. Trong đó, có nhiều bệnh nhân là phụ nữ có thai. Đã có những báo cáo trên thế giới về tình trạng sảy thai, thai lưu, đẻ non ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi. Theo nghiên cứu của Ali năm 2014 ghi nhận 61 phụ nữ mang thai nhiễm sởi, trong đó 11 trường hợp tử vong mẹ, 4 trường hợp sinh non và 3 trường hợp thai lưu². Ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào riêng về đối tượng này, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nghiên cứu các biến chứng thường gặp ở phụ nữ mang thai mắc sởi được điều trị tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương từ 1/2018 đến 12/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 49 bệnh nhân mang thai nhiễm sởi, nhóm chứng là phụ nữ nhiễm sởi không mang thai được lựa chọn trên cơ sở tương đồng với

nhóm nghiên cứu về 3 tiêu chí tuổi, giới, thời gian nhập viện theo tỉ lệ 1:1, điều trị tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương từ 1/2018 – 12/2019.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh** nhân nghiên cứu theo tiêu chuẩn chẩn đoán sởi của bộ Y tế năm 2014³.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Nếu bệnh nhân là sốt phát ban dạng sởi nhưng kết quả xét nghiệm kháng thể kháng vi rút sởi âm tính; bệnh nhân HIV; bệnh nhân được xác định mắc các nhiễm trùng khác như rubella, cúm, thủy đậu, quai bị, sốt xuất huyết dengue, rickettsia, ... tại thời điểm nhập viện

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh với nhóm chứng

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- **Nhóm 1: bệnh nhân mang thai.** Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

- **Nhóm 2: bệnh nhân không mang thai :** chọn mẫu có chủ đích, lựa chọn bệnh nhân trên cơ sở tương đồng với nhóm 1 về 3 tiêu chí: tuổi, giới, thời gian nhập viện với tỉ lệ: 01 bệnh nhân nữ mang thai mắc sởi với 01 bệnh nhân nữ không mang thai mắc sởi.

Nội dung nghiên cứu:

- Tiến hành so sánh 2 nhóm nghiên cứu về các biến chứng: tỉ lệ biến chứng, biến chứng hô hấp: viêm phổi, viêm đường hô hấp trên, biến chứng thần kinh: viêm não, biến chứng tiêu hóa: tiêu chảy, viêm miệng lan tỏa.

- Xác định các yếu tố liên quan biến chứng sản khoa ở phụ nữ mang thai mắc sởi

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê y học sử dụng: Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh tỉ lệ bằng thuật toán khi bình phương. So sánh giá trị trung bình bằng T-test student nếu

biến chuẩn. Mann-Whitney Test nếu biến không chuẩn. Lấy $p < 0,05$ khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ suất chênh OR với 95% khoảng tin cậy 95% CI.

3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Tất cả thông tin về người bệnh được đảm bảo bí mật và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

- Nghiên cứu chỉ với mục đích là chăm sóc sức khỏe nhân dân, không nhằm mục đích nào khác. Đảm bảo quy định về đạo đức trong nghiên cứu Y học của Bộ đã quy định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm phụ nữ mang thai (n=49)

Chỉ tiêu nghiên cứu	n	%	
Tuổi	< 30	24	49,0
	30 - 34	22	44,9
	>34	3	6,1
	$\bar{X} \pm SD$	28,76 \pm 0,59	
	Min - Max	21 - 39	
Tuổi thai	3 tháng đầu	10	20,4
	3 tháng giữa	25	51,0
	3 tháng cuối	14	28,6
	$\bar{X} \pm SD$	21,24 \pm 1,3	
	Min - Max	6 - 39	
Số lần mang thai	1	15	30,6
	2	27	55,1
	3	3	6,1
	4	4	8,2

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân nữ mang thai trong nhóm nghiên cứu ở nhóm tuổi < 30 chiếm 49,0%. Độ tuổi trung bình là 28,76 \pm 0,59. Nhỏ nhất là 21 tuổi, cao nhất là 39 tuổi.

Tuổi thai trung bình là 21,24 \pm 1,3 tuần (6 - 39), tỉ lệ mang thai 3 tháng giữa chiếm tỉ lệ cao nhất 51,0%.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là mang thai lần 2 chiếm 55,1%. Số lần mang thai nhiều nhất là 4, ít nhất là 1.

Bảng 2: So sánh các biến chứng thường gặp giữa 2 nhóm nghiên cứu

Biến chứng	Có thai (n=49)		Không có thai (n=49)		p	
	n	%	n	%		
Biến chứng	36	73,5	22	44,9	< 0,05	
Hô hấp	Viêm phổi vi khuẩn	9	18,4	5	10,2	>0,05
	Suy hô hấp	2	4,1	2	4,1	>0,05 (*)
	Viêm đường hô hấp trên**	23	46,9	16	32,7	>0,05 (*)
	Biến chứng hô hấp	32	65,3	22	44,9	< 0,05
Biến chứng thần kinh	0,0	0,0	0,0	0,0		

** Bao gồm: viêm họng, viêm tai giữa, viêm amygdal cấp, viêm thanh quản

Pearson Chi –Square Fisher's Exact Test (*)

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng của phụ nữ có thai nhiễm sởi là 73,5%. Biến chứng hô hấp là biến chứng phổ biến nhất chiếm 65,3%, trong đó viêm đường hô hấp trên chiếm 46,9%, viêm phổi vi

khuẩn 18,4%. So sánh với phụ nữ không mang thai, tỉ lệ biến chứng thấp hơn chiếm 44,9%, biến chứng hô hấp cũng là biến chứng phổ biến nhất chiếm 44,9%, viêm đường hô hấp trên là 32,7%, viêm phổi vi khuẩn 10,2%. Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ biến chứng hô hấp là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa viêm phổi vi khuẩn và giá trị CRP ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi (n=49)

CRP (mg/l)	Viêm phổi (n=9)	Không viêm phổi (n=40)	p	OR
	n (%)	n (%)		
≥ 94,5	4 (44,4)	1 (2,5)	p < 0,05	31,2 (2,9 – 337,4)
<94,5	5 (55,6)	39 (97,5)		

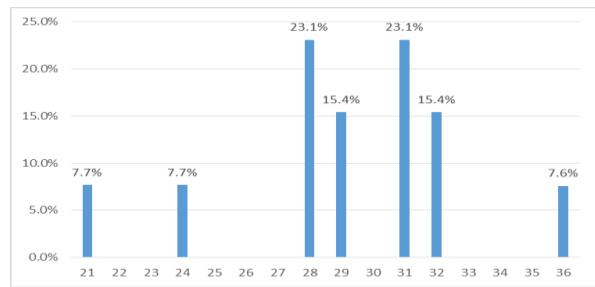
Fisher's exact Test

Nhận xét: Giá trị CRP ≥ 94,5 mg/l có liên quan đến viêm phổi vi khuẩn ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi với $p < 0,05$; OR 31,2 (95% CI: 2,9 – 337,4)

Bảng 4: Tỉ lệ biến chứng sản khoa (n=49)

Biến chứng	n	%
Sảy thai	4	8,2%
Thai lưu	2	4,1%
Đẻ non	2	4,1%
Đọa sảy thai	3	6,0%
Đọa đẻ non	2	4,1%
Tổng	13	26,5%

Nhận xét: Biến chứng sản khoa chiếm 26,5%, trong đó sảy thai chiếm 8,2%, thai lưu 4,1%, đẻ non 4,1%.



Fischer's exact test $p > 0,05$

Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa biến chứng sản khoa và tuổi (n=49)

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sản khoa gặp chủ yếu ở độ tuổi 28 - 32 tuổi, chiếm 77%, tuy nhiên không có mối liên quan giữa biến chứng sản khoa và tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa biến chứng sản khoa và tuổi thai (n=49)

Tuổi thai	Biến chứng (n=13)		Không biến chứng (n=36)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
3 tháng đầu	2	15,4%	5	13,9%	>0,05*
3 tháng giữa	8	61,5%	20	55,6%	>0,05*
3 tháng cuối	3	23,1%	11	30,5%	>0,05*
Tổng	13	100,0%	36	100,0%	

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Biến chứng sản khoa chủ yếu gặp ở 3 tháng giữa của thai kỳ chiếm tỉ lệ 61,5%, không có mối liên quan giữa biến chứng sản khoa và tuổi thai ($p > 0,05$)

Bảng 5: Liên quan giữa biến chứng sản khoa và các chỉ số huyết học

Chỉ số	Biến chứng (n=13)	Không biến chứng (n=36)	p	
	Giá trị	Giá trị		
$\bar{X} \pm SD$	Số lượng BC	7,72 ± 0,56	6,62 ± 0,31	> 0,05
	% BC lympho	7,47 ± 1,58	11,62 ± 1,57	< 0,05
	% BC trung tính	83,66 ± 2,97	81,28 ± 2,14	> 0,05
	Hemoglobin	117,00 ± 2,53	120,14 ± 1,73	> 0,05
	Số lượng tiểu cầu	182,54 ± 10,50	159,03 ± 6,36	> 0,05

Mann-Whitney Test; **Nhận xét:** Có mối liên quan giữa tỉ lệ BC lympho và biến chứng sản khoa. Tỉ lệ BC lympho ở nhóm có biến chứng sản khoa thấp hơn nhóm không có biến chứng sản khoa. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không tìm thấy mối liên quan giữa biến chứng sản khoa và các chỉ số huyết học khác.

Bảng 6: Mối liên quan giữa biến chứng sản khoa theo tỉ lệ BC lympho (n=49)

Tỉ lệ BC lympho	Có biến chứng (n=13)	Không biến chứng (n=36)	p	OR
	n (%)	n (%)		
≤ 8,4%	11 (84,6)	15 (41,7)	< 0,05	7,7 (1,5 - 39,9)
> 8,4%	2 (15,4)	21(58,3)		

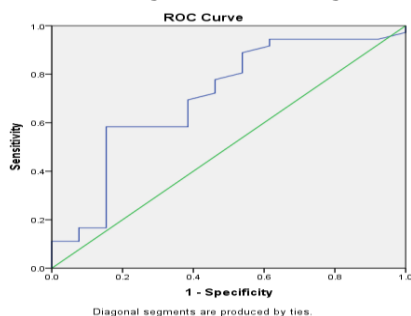
Nhận xét: Tỷ lệ BC lympho $\leq 8,4\%$ có giá trị tiên lượng biến chứng sản khoa ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi với $p < 0,05$; OR 7,7 (95% CI: 1,5 – 39,9)

Bảng 7: Liên quan giữa biến chứng sản khoa và các biến chứng khác (n=49)

Biến chứng	Có biến chứng (n=13)		Không biến chứng (n=36)		p
	n	%	n	%	
Biến chứng hô hấp	9	69,2	23	63,9	$>0,05^*$
Viêm phổi	4	30,8	5	13,9	$>0,05$
Viêm đường hô hấp trên	5	38,5	18	46,2	$>0,05$

Pearson Chi – square * Fisher's Exact Test

Nhận xét: Không có sự liên hệ giữa biến chứng sản khoa và các biến chứng khác.



Biểu đồ 2: Biểu đồ ROC của tỉ lệ BC lympho và biến chứng sản khoa (n=49)

Nhận xét: Diện tích đường cong ROC của tỉ lệ BC lympho và biến chứng sản khoa là 0,71 (khoảng tin cậy 95%: 0,53 – 0,88). Với điểm cắt là 8,4 có độ nhạy là 58,3% độ đặc hiệu là 94,6%

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng của bệnh nhân nữ mang thai nhiễm sởi trong nghiên cứu: Chúng tôi ghi nhận được 36 (73,5%) bệnh nhân sởi có biến chứng. Biến chứng phổ biến nhất là hô hấp chiếm 65,3%, trong đó viêm đường hô hấp trên là 23 (46,9%), viêm phổi gặp ở 9/49 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 18,4%. So với nhóm phụ nữ không có thai nhiễm sởi, tỉ lệ biến chứng thấp hơn 22 bệnh nhân (44,9%), biến chứng hô hấp cũng là biến chứng phổ biến nhất chiếm 44,9%, viêm đường hô hấp trên 32,2%, viêm phổi vi khuẩn 10,2%. Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng hô hấp và tỉ lệ biến chứng là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Theo Hoàng Thị Thư, tỉ lệ biến chứng của bệnh nhân sởi là 45%, viêm đường tiết niệu là 0,5%, viêm đường hô hấp trên 2,6%.⁴ Trịnh Công Điền tỉ lệ biến chứng là 35,7%, viêm họng chiếm 19,1%.⁵

Viêm phổi là biến chứng phổ biến và quan trọng của bệnh sởi, là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân sởi. Đặc biệt ở phụ nữ có thai nhiễm sởi, viêm phổi thường nặng hơn và có thể gây tử vong. Viêm phổi có thể tiên phát do vi rút sởi đơn độc hoặc có thể phối hợp với các vi rút khác như Adenovirus, Herpes Simplex vi rút. Viêm phổi do vi rút sởi thường xảy ra ở cơ địa suy giảm miễn dịch, tiến triển thường nặng nề.

Viêm phổi thứ phát do vi khuẩn được báo cáo chiếm 25 - 30% số trường hợp viêm phổi ở bệnh nhân sởi. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đề cập đến viêm phổi do vi khuẩn. Biến chứng viêm phổi gặp ở 18,4% ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi. Trong đó có 3 trường hợp có tràn dịch màng phổi chiếm 4,1%, các trường hợp tràn dịch màng phổi đều là số lượng ít, không cần can thiệp chọc tháo dịch, 2 trường hợp có suy hô hấp phải thở oxy. Theo Hoàng Thị Thư, tỉ lệ viêm phổi là 31,3%.⁴ Tỉ lệ viêm phổi chiếm 12% trong nghiên cứu của Trịnh Công Điền.⁵ Nghiên cứu của Ragusa trên 24 phụ nữ mang thai nhiễm sởi, viêm phổi gặp ở 6/24 trường hợp, trong đó có 1 trường hợp suy hô hấp.⁶ Nghiên cứu ở Lyon Pháp báo cáo 4/13 trường hợp viêm phổi.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi khi phân tích liên quan giữa giá trị CRP với biến chứng viêm phổi ở phụ nữ có thai nhiễm sởi chúng tôi thấy giá trị CRP trung bình ở phụ nữ có thai nhiễm sởi có viêm phổi cao hơn ở phụ nữ có thai nhiễm sởi không viêm phổi, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi phân tích biểu đồ đường cong ROC của CRP và viêm phổi vi khuẩn ở phụ nữ mang thai nhiễm sởi thì có diện tích đường cong là 0,731 (khoảng tin cậy 95%: 0,53 – 0,93). Với điểm cắt là 94,5 mg/l có độ nhạy là 44,4% độ đặc hiệu là 97,3%. Kết quả phân tích cho thấy tỉ lệ CRP $\geq 94,5$ mg/l có liên quan tới viêm phổi, với $p < 0,05$; khoảng tin cậy 95%: 2,9 – 337,4. Tương tự, khi nghiên cứu liên quan giữa giá trị CRP với biến chứng viêm phổi ở phụ nữ không có thai nhiễm sởi chúng tôi thấy giá trị CRP trung bình ở phụ nữ không mang thai nhiễm sởi có viêm phổi cao hơn ở phụ nữ không mang thai nhiễm sởi không viêm phổi, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi phân tích biểu đồ đường cong ROC của CRP và viêm phổi vi khuẩn ở phụ nữ không có thai nhiễm sởi thì có diện tích đường cong là 0,793 (khoảng tin cậy 95%: 0,57 – 1). Với điểm cắt là 65,8 có độ nhạy là 60% độ đặc hiệu là 97,3%. Kết quả phân tích cho thấy nguy cơ viêm phổi ở nhóm có tỉ lệ CRP $\geq 64,8$ mg/l cao gấp 64 lần so

với nhóm có CRP < 64,8mg/l, với $p < 0,05$; khoảng tin cậy 95%: 4,5 – 931,9. Từ đây chúng tôi nhận thấy mức CRP $\geq 94,5$ mg/l ở phụ nữ có thai nhiễm sởi, kèm theo các triệu chứng hô hấp, có giá trị gợi ý viêm phổi vi khuẩn, cần được sử dụng kháng sinh, khi phụ nữ có thai, việc chụp X quang thường bị hạn chế. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa CRP và các biến chứng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi không khi nhận trường hợp nào ghi nhận biến chứng về thần kinh.

Biến chứng sản khoa: 49 phụ nữ có thai mắc sởi, 13 (26,5%) bệnh nhân có biến chứng sản khoa bao gồm sảy thai (8,2%), đẻ non (4,1%), dọa sảy thai (6,0%), dọa đẻ non (4,1%) và thai lưu (4,1%). 15,4% bệnh nhân ở 3 tháng đầu của thai kỳ, 61,5% bệnh nhân ở 3 tháng giữa; 23,1% bệnh nhân ở 3 tháng cuối. 7 bệnh nhân được chuyển Bệnh viện Phụ sản theo dõi và điều trị tiếp. Chúng tôi không thấy bất kỳ sự liên quan nào giữa tuổi, tuổi thai và biến chứng sản khoa ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi cho thấy, bệnh sởi có ảnh hưởng nhất định lên thai kỳ. Các nghiên cứu trước cũng đã nhấn mạnh ảnh hưởng vi rút sởi góp phần tăng nguy cơ sảy thai và đẻ non ở phụ nữ có thai mắc sởi. Nghiên cứu của Hoàng Thị Thư có 49 phụ nữ mang thai nhiễm sởi, 9 bệnh nhân có biến chứng sản khoa là sảy thai, đẻ non, thai lưu, và dọa sảy thai.⁴ Nghiên cứu của Trịnh Công Điển trên 115 bệnh nhân sởi người lớn, ghi nhận 1 bệnh nhân sảy thai (0,9%) ở thai 22 tuần, 1 bệnh nhân đẻ non (0,9%) ở thai 33 tuần.⁵ Theo Abdelhameed, ghi nhận 11 trường hợp tử vong mẹ (18,0%), 8 bệnh nhân tử vong trước sinh, trong 53 bệnh nhân được theo dõi đến lúc chuyển dạ, ghi nhận 6 (11,3%) trường hợp sảy thai, 3 (5,7%) trường hợp sinh non và 3 (5,7%) thai lưu. Nguyên nhân tử vong được báo cáo là viêm phổi 9 bệnh nhân, 1 viêm não, 1 trường hợp xuất huyết nội sọ.² Theo Rosalia Ragusa, Italia nghiên cứu trên 24 bệnh nhân là phụ nữ mang thai nhiễm sởi, 3 trường hợp sảy thai, 1 chết lưu, 6 trường hợp sinh non.⁶ So sánh với nghiên cứu của U.Ogbuanu tỉ lệ thai lưu 10%, 21% đẻ non, 17% sảy thai, 5 (9%) trường hợp tử vong mẹ ở tuổi thai lần lượt là 21, 22, 32, 33, 36.⁷ Casalegno cũng ghi nhận 1 trường hợp sinh non ở tuần thai thứ 28.⁸ Qua đây chúng ta nhận thấy, phụ nữ mang thai nhiễm sởi có thể gặp biến chứng ở bất kỳ độ tuổi nào, với bất kỳ tuổi thai nào. Vaccin phòng sởi không được khuyến cáo sử dụng cho phụ nữ trong thai kỳ, mặc dù nguy cơ gây dị dạng thai nhi chỉ là trên lý thuyết và chưa có cơ

sở chứng minh. Vaccin sởi được đề xuất trước khi mang thai hoặc trong thời kỳ hậu sản.

Nghiên cứu mối liên quan giữa biến chứng sản khoa và một số các chỉ số huyết học, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bạch cầu lympho trung bình ở nhóm có biến chứng sản khoa cao hơn nhóm không có biến chứng sản khoa ($7,47 \pm 1,58$ so với $11,62 \pm 1,57$, với $p < 0,05$). Khi phân tích biểu đồ đường cong ROC tỉ lệ BC lympho và biến chứng sản khoa diện tích đường cong là 0,71 (khoảng tin cậy 95% : 0,53 – 0,88). Với điểm cắt là 8,4 có độ nhạy là 58,3% độ đặc hiệu là 94,6%. Kết quả phân tích cho thấy mối liên quan giữa biến chứng sản khoa ở nhóm có tỉ lệ BC lympho $\leq 8,4\%$ với $p < 0,05$; khoảng tin cậy 95%: 1,5 – 39,9. Ngoài ra, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa biến chứng sản khoa và các biến chứng khác cũng như các chỉ số hóa sinh. Theo chúng tôi cần có thêm nghiên cứu về vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Cần theo dõi sát để phát hiện sớm biến chứng viêm phổi vi khuẩn và biến chứng sản khoa ở phụ nữ mang thai mắc sởi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế. 137/QĐ-BYT.** Quyết định ban hành kế hoạch phòng chống dịch truyền nhiễm năm 2020.; 2020
- Ali AA, Abdelhameed O, Abdallah TM.** Case-fatality rate associated with measles during pregnancy in Kassala, eastern Sudan. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;124(3):261-262. doi:10.1016/j.ijgo.2013.09.015
- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi. Ban hành kèm theo Quyết định số: 1327/QĐ-BYT ngày 18 tháng 4 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế
- Hoàng Thị Thư.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân sởi tại bệnh viện bệnh Nhiệt đới trung ương vụ dịch sởi năm 2014. Published online 2015.
- Trịnh Công Điển.** Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, cận lâm sàng ở bệnh nhân sởi người lớn điều trị tại bệnh viện Quân Y 103 năm 2014. *Tạp chí Y dược học quân sự.* 2014;8:91-95.
- Ragusa R, Platania A, Cuccia M, et al.** Measles and Pregnancy: Immunity and Immunization-What Can Be Learned from Observing Complications during an Epidemic Year. *J Pregnancy.* 2020;2020:6532868. doi:10.1155/2020/6532868
- Ogbuanu IU, Zeko S, Chu SY, et al.** Maternal, Fetal, and Neonatal Outcomes Associated With Measles During Pregnancy: Namibia, 2009–2010. *Clin Infect Dis.* 2014;58(8):1086-1092. doi:10.1093/cid/ciu037
- Casalegno J-S, Huissoud C, Rudigoz R, Massardier J, Gaucherand P, Mekki Y.** Measles in pregnancy in Lyon France, 2011. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;126(3):248-251. doi:10.1016/j.ijgo.2014.03.021

TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH CỔ CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 196 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2018 đến 6/2020. **Kết quả:** phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 94,9%; tỉ lệ vét hạch cổ là 100%; giai đoạn I (59,1%); Tỉ lệ di căn hạch cổ sau mổ 60,2%, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn 53%; Tỉ lệ di căn hạch nhóm VI là 53,1%, di căn hạch cổ bên là 37,8%. Trong nhóm bệnh nhân di căn hạch cổ bên có 3,1% di căn hạch cổ đối bên. Các BN có số lượng hạch nhóm VI di căn từ 3 hạch trở lên có tỷ lệ di căn hạch nhóm cảnh cao hơn hẳn so với các BN chỉ có 1 hoặc 2 hạch nhóm VI di căn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận:** ung thư tuyến giáp thể nhú hay di căn hạch cổ.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nhú, di căn hạch

SUMMARY

CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS PRESENTATION OF PATIENTS WITH THYROID CARCINOMA

Objective: to evaluate cervical lymph node metastasis in papillary thyroid cancer at Hanoi Medical University hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study on 196 patients diagnosed with papillary thyroid carcinoma operated at Hanoi Medical University Hospital from January 2018 to June 2020. **Results:** total thyroidectomy was 94.9%, the rate of cervical lymphadenectomy was 100%. stage I was 59.1%; The rate of cervical lymph node metastasis after surgery accounted for 60.2%, of which 53% of patients had occult lymph node metastasis; The rate of group VI lymph node metastasis was 53.1%, lateral cervical lymph node metastasis is 37.8%. In the group of lateral cervical lymph node metastasis, contralateral cervical lymph node metastasis was 3.1%. Patients with the number of metastatic group VI nodes from 3 or more have a significantly higher rate of lateral lymph node metastasis than patients with only 1 or 2 metastatic group VI nodes, the difference is statistically significant. $p < 0.001$. **Conclusion:** the rate of cervical lymph node metastasis of papillary thyroid carcinoma is high.

Keywords: papillary thyroid cancer, lymph node metastasis.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%) và chiếm 63% trong tổng số tử vong do ung thư tuyến nội tiết^{1,2}.

Phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thường được áp dụng là cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc cắt thùy và eo giáp có thể kèm theo vét hạch cổ hoặc không. Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ thường được áp dụng khi phát hiện hạch trên lâm sàng. Tuy nhiên với UTTG, một tỷ lệ khá cao có hạch di căn tiềm. Theo các nghiên cứu về nạo vét hạch cổ dự phòng cho các bệnh nhân không phát hiện hạch trên lâm sàng (cN0) thì có đến 29-61% số UTTG thể biệt hoá có di căn hạch tiềm ẩn³. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng, làm tăng nguy cơ tái phát bệnh với ung thư tuyến giáp. Vì vậy, chỉ định vét hạch cổ dự phòng cho những bệnh nhân UTTG cN0 là điều đang cần được nghiên cứu kĩ hơn. Để đánh giá tình trạng di căn hạch cổ, di căn hạch tiềm ẩn của UTBMTG trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu nhưng ở Việt Nam còn chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 196 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG dựa vào khám lâm sàng, siêu âm vùng cổ và/ hoặc xét nghiệm tế bào học khối u tuyến giáp. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tức thì đối với khối u tuyến giáp nếu lâm sàng và tế bào học nghi ngờ.

- Phẫu thuật cắt tuyến giáp theo phác đồ, vét hạch cổ chọn lọc nhóm VI và nhóm hạch cảnh (nhóm II, III, IV) hai bên.

- Có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp và/ hoặc hạch cổ, khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

2.3. Các chỉ số nghiên cứu:

- Khai thác các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm tuyến giáp đánh giá kích thước u, số lượng u, phân loại TIRADS, tình trạng di căn

hạch cổ và chọc hút tế bào trước mổ).

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt thùy + eo tuyến giáp hay cắt tuyến giáp toàn bộ, phương pháp vét hạch cổ: không vét hạch, vét hạch cổ trung tâm, vét hạch cổ 1 hoặc 2 bên.

- Kết quả giải phẫu bệnh hạch sau mổ
- Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ và các yếu tố khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm di căn hạch siêu âm. Đặc điểm hạch trên lâm sàng: đa số bệnh nhân không phát hiện hạch trên lâm sàng chiếm 78.6%.

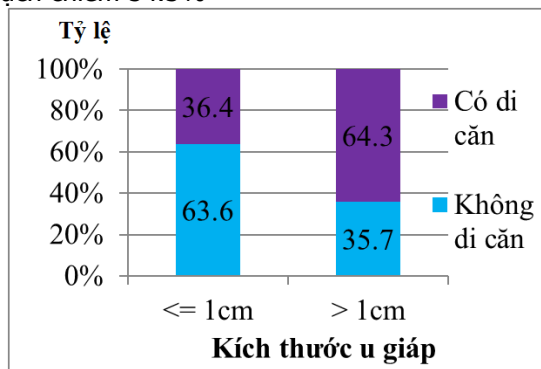
Hạch cổ trên siêu âm: tỷ lệ phát hiện hạch trên siêu âm chiếm 32.7%

3.2. Phương pháp phẫu thuật và giai đoạn bệnh. Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vét hạch cổ: đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ chiếm 91.8% và vét hạch cổ 2 bên chiếm 100%

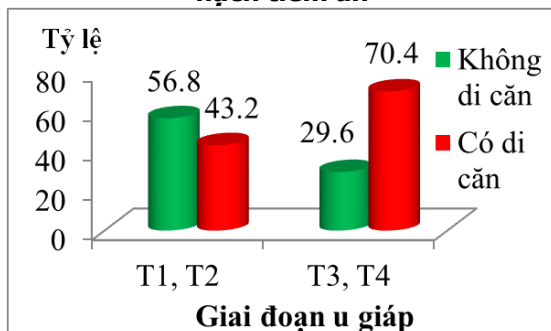
Bảng 1. Tỷ lệ di căn hạch sau mổ

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không di căn hạch	78	39,8
Có di căn hạch	118	60,2
Tổng	196	100

Số lượng hạch di căn tiềm ẩn: tỷ lệ di căn 1-2 hạch chiếm 54.3%



Biểu đồ 1. Kích thước u giáp và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn



Biểu đồ 2. Giai đoạn của u và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, thường là cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc cắt thùy và eo giáp có thể kèm theo vét hạch cổ hoặc không. Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ thường được áp dụng khi phát hiện hạch trên lâm sàng (gồm thăm khám lâm sàng và siêu âm). Tuy nhiên với UTTG, một tỷ lệ khá cao có hạch di căn tiềm ẩn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện hạch bằng thăm khám lâm sàng chiếm 21,4%. Kết quả này tương đương với Nguyễn Xuân Phong (16,67%)⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 180 bệnh nhân có chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ, tỷ lệ di căn hạch là 60,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2013) 41,2%⁵.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân có hạch trên lâm sàng là 75%, cao hơn so với tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân cN0 (53%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,037$). Kết quả này tương đương với Đinh Xuân Cường (93,5% và 61,1%)⁶. Như vậy, xuất hiện hạch trên lâm sàng là yếu tố cho thấy nguy cơ cao có di căn hạch cổ. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 53%. Theo Yan DG và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 77,4%⁷. Số lượng hạch tiềm ẩn di căn trung bình là 3,14 hạch. Như vậy với tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn khá cao và số lượng hạch di căn tiềm ẩn trung bình là trên 3 hạch cho thấy việc vét hạch dự phòng để loại bỏ tối đa các hạch di căn tiềm ẩn là việc cần thiết.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch nhóm VI là 53,1%, nhóm hạch cảnh là 37,8%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yan D.G và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn theo các nhóm lần lượt là VI 62,3%, II 18,9%, III 52,8%, IV 30,2%,⁷. Qua đó chúng ta thấy được nhóm VI có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm hạch cảnh.

Về mối tương quan giữa kích thước u và tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn, theo biểu đồ 1 chúng tôi thấy tỉ lệ di căn hạch của u kích thước $\leq 1\text{cm}$ và $u > 1\text{cm}$ lần lượt là 36,4% và 64,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,033$. Kết quả này giống với nghiên cứu của Sun W (2015) kích thước u lớn hơn 1 cm làm tăng tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn so với nhóm có kích thước $u \leq 1\text{cm}$, với $p < 0,00001$ ⁸. Như vậy kích thước u là yếu tố quan trọng để tiên lượng khả năng di căn hạch tiềm ẩn. Với nhóm bệnh nhân PTC cN0 có kích thước $u \leq 1\text{cm}$, vẫn có đến trên 1/3 các trường hợp có di căn hạch, vậy nên việc vét hạch

cho nhóm bệnh nhân này là điều vẫn cần được lưu tâm.

Về mối liên quan giữa Giai đoạn u và tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn, nghiên cứu của Sun W (2015) cho thấy nhóm BN có giai đoạn T3, T4 có tỷ lệ di căn hạch cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn T1, T2 với $p < 0,00001^8$. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở giai đoạn T3, T4 là 70,4%, giai đoạn T1, T2 là 43,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Điều này cho thấy, việc vét hạch cổ dự phòng là cần thiết đối với mọi giai đoạn u, đặc biệt là giai đoạn T3, T4.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch trong ung thư tuyến giáp: 60,2%. Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn: 53%, số lượng hạch di căn tiềm ẩn trung bình là 3,14. Di căn theo nhóm hạch: nhóm VI hay gặp di căn hạch hơn nhóm cảnh

Số lượng hạch di căn nhóm VI từ 3 hạch trở lên là yếu tố quan trọng làm tăng tỷ lệ di căn hạch cảnh. Tỷ lệ di căn hạch có xu hướng tăng theo kích thước hạch trên siêu âm, hạch có kích thước từ 2 cm trở lên, tỷ lệ di căn hạch là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chân Hùng(2001),

Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000, Tạp chí thông tin Y dược số2, tr. 19 - 20.

2. Phạm Văn Bằng, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp, Nguyễn Thị Hòa(1995), Cẩm nang ung thư bướu học lâm sàng (Dịch từ tài liệu của Hiệp hội quốc tế chống ung thư), xuất bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, tr. 391 - 403
3. Henry JF, Gramatica L, Denizot A et al (1998), Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma, Langenbeck's Arch Surg, 383, tr. 167-169.
4. Nguyễn Xuân Phong (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Hùng (2013), Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
6. Đinh Xuân Cường (2004), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Yan DG, Zhang B, An CM et al (2011), Cervical lymph node metastasis in clinical N0 papillary thyroid carcinoma, Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 46(11), tr. 887-91.
8. Sun W, Lan X, Zhang H et al (2015), Risk Factors for Central Lymph Node Metastasis in CNO Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta. Analysis, PLoS One, 10(10).

ĐẶC ĐIỂM VỀ TỶ LỆ TỬ VONG CỦA CÁC LOẠI NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN THƯỜNG GẶP VÀ CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Đức Quỳnh¹, Bùi Thị Hương Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong của các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và căn nguyên gây bệnh phân lập được. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả cắt ngang 970 bệnh nhân điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2019 đến 07/2020. **Kết quả:** 970 bệnh nhân nghiên cứu có 137 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) với 181 đợt NKBV, tỷ lệ tử vong của 970 bệnh nhân nghiên cứu là 25,1% (243/970), tử vong liên quan đến NKBV là 33,6% (46/137), trong đó

tỷ lệ VAP 15,3/1000 ngày thở máy với tỷ lệ tử vong 35,1%, CAUTI là 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu và tử vong 31,4%, CLABSI là 4,9/1000 ngày lưu catheter và tử vong 60,8%. Căn nguyên gây bệnh phân lập được 53,4% là kháng mở rộng, trong đó VAP hay gặp nhất là A.Baumanii (43,9%), CAUTI là C.albicans (34,3%), E.Coli (8,6%) và K.pneumoniae (8,6%), CLABSI là K.pneumoniae (13,8%), S.aureus (13,8%), C.tropicalis (13,8%), C.albicans (13,8%). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong liên quan đến NKBV cao, VAP có tỷ lệ mắc cao nhất với căn nguyên hay gặp là A.Baumanii.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện, tử vong, vi khuẩn

Từ viết tắt: VAP (Ventilator Associated Pneumonia): Viêm phổi liên quan thở máy. CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infections): Nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông, CLABSI (Central-line associated blood stream infection): Nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter.

SUMMARY

MORTALITY CHARACTERISTICS OF

¹BV đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²BV Bạch Mai- Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Quỳnh

Email: ducquynhnguyen3007@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

COMMON NOSOCOMIAL INFECTIONS AND ISOLATED PATHOGENS AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: Determination of mortality rates of nosocomial infections and isolated pathogens. **Subject and method:** A prospective, cross-sectional descriptive study of 970 patients treated for more than 48 hours at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital from 08/2019 to 07/2020. **Result:** 970 patients, there were 137 patients with nosocomial infections with 181 episodes of nosocomial infections, the overall mortality rate was 25.1% (243/970), the mortality related to nosocomial infections was 33.6% (46/137), in which the ratio of VAP 15.3/1000 days of mechanical ventilation with a mortality rate of 35.1%, CAUTI of 7.0/1000 days of catheterization and 31.4% mortality, CLABSI of 4.9/1000 days of catheterization and death 60.8%. The cause of disease isolated to 53.4% was extensive resistance in which the most common VAP was A.Baumannii (43.9%), CAUTI was C.albicans (34.3%), E.Coli (8, 6%) and K.pneumoniae (8.6%), CLABSI is K.pneumoniae (13.8%), S.aureus (13.8%), C.tropicalis (13.8%), C.albicans (13.8%). **Conclusion:** The mortality rate related to nosocomial infections was high, VAP has the highest ratio with the most common etiology being A. Baumannii.

Keywords: nosocomial infections, mortality, bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện là các nhiễm khuẩn xảy ra sau 48h nhập viện [1]. Trong các đơn vị hồi sức tích cực có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao gấp 5 đến 10 lần so với các đơn vị khác. Theo ước tính của CDC gần 1,7 triệu người nhập viện mắc nhiễm khuẩn bệnh viện, hơn 98000 người tử vong hàng năm, thiệt hại về kinh tế tới 7 tỷ EURO với Châu Âu và 6,5 tỷ USD đối với Mỹ [1]. Ở Việt nam, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ước tính chung là 2%-10% và 19,3% đến 31,3% đối với các đơn vị hồi sức tích cực trong đó nhiễm trùng liên quan đến thở máy từ 30%-80%, nhiễm trùng liên quan đến catheter là 30%, nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông là 10%- 30%, nhiễm trùng vết mổ 10%- 40%, tác nhân gây bệnh phổ biến nhất là vi khuẩn (70%). Nhiễm khuẩn bệnh viện đã làm gia tăng chi phí điều trị hàng năm tới 40 ,4 triệu USD, kéo dài thời gian nằm viện thêm 15 ngày [1]. Ở Bệnh viện Bạch Mai thì nhiễm khuẩn huyết tăng thời gian nằm viện thêm 24,3 ngày và 1400 USD, nhiễm trùng phổi tăng thời gian nằm viện thêm 23,6 ngày và chi phí thêm 1000 USD (phải trích dẫn tài liệu tham khảo) [1]. Do đó để tìm hiểu ảnh hưởng của các loại NKBV chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu Xác định tỷ lệ tử vong liên quan đến các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và căn nguyên gây bệnh phân lập được tại khoa HSTC Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1) Đối tượng:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện Bạch Mai từ 08/2019 đến 07/2020.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** không

2) Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

- Mẫu và chọn mẫu: tất cả bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực > 48 giờ (970 bệnh nhân). Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Chẩn đoán NKBV, VAP (Ventilator Associated Pneumonia): Viêm phổi liên quan thở máy, CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infections): Nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông, CLABSI (Central-line associated blood stream infection): Nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter theo tiêu chuẩn CDC 2019 [2].

Quy trình lấy bệnh phẩm: bệnh phẩm máu, dịch phế quản, nước tiểu, dịch ổ bụng theo quy trình của bệnh viện. Hệ thống cấy máu, hệ thống định danh vi khuẩn: cấy máu 2 chai, hệ thống cấy máu tự động FX của BD, định danh bằng máy Maldi-tof. KSD: khoan giấy khuếch tán, MIC xác định bằng kỹ thuật etest, colistin xác định bằng kỹ thuật etest. Quy trình nuôi cấy và làm KSD: theo thường quy khoa vi sinh.Vi khuẩn đa kháng thuốc (MDR: multidrug resistant): không nhạy với ≥ 1 kháng sinh trong ≥ 3 họ kháng sinh. Đa kháng diện rộng (XDR: Extream/ Extensive Drug Resistance): không nhạy với ≥ 1 kháng sinh trong tất cả họ kháng sinh nhưng còn nhạy ≤ 2 họ kháng sinh. Kháng toàn bộ (PDR: Pandrug Resistance): không nhạy với tất cả kháng sinh [2]

Kết quả điều trị được đánh giá là sống và tử vong tại thời điểm kết thúc điều trị. Bệnh nhân sống nếu hoàn thiện điều trị và có đáp ứng lâm sàng. Bệnh nhân được đánh giá tử vong do mọi nguyên nhân tại thời điểm kết thúc điều trị.

Tỷ lệ mắc NKBV (Số NKBV x 1000/Tổng số ngày nằm viện), Tỷ lệ mắc VAP (Số VAP x 1000/Tổng số ngày thở máy), Tỷ lệ mắc CAUTI (Số CAUTI x 1000/Tổng số ngày lưu sonde tiểu), Tỷ lệ CLABSI (Số CLABSI x 1000/Tổng số ngày lưu sonde tiểu).

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 970 bệnh nhân nằm điều trị tại khoa HSTC trên 48h,

trong đó 137 bệnh nhân NKBV (14%) với 181 đợt NKBV và 833 bệnh nhân không NKBV (86%).

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=970)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm) ($\bar{x} \pm SD$)	55,1 \pm 18,4	
Giới (nam)	603	62
Điểm APACHE II ($\bar{x} \pm SD$)	18 \pm 11	
Thời gian nằm viện (ngày) ($\bar{x} \pm SD$)	12,5 \pm 8,7	

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55,1 \pm 18,4, nam giới (62%), nhập khoa trong tình trạng nặng và thời gian điều trị kéo dài.

Bảng 3: Số nhiễm khuẩn bệnh viện/ 1000 ngày phơi nhiễm

Loại NKBV	Số NK (n)	Số ngày phơi nhiễm	Số NKBV/1000 ngày phơi nhiễm
NKBV chung	181	9264 ^a	19,5
VAP	74	4810 ^b	15,3
CAUTI	35	4979 ^c	7,0
CLABSI	23	4701 ^d	4,9

^a Tổng số ngày nằm viện. ^b Tổng số ngày thở máy. ^c Tổng số ngày lưu ống thông bàng quang. ^d Tổng số ngày lưu ống thông TMTT.

Nhận Xét: Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy là cao nhất.

Bảng 4: Căn nguyên gây bệnh phân lập được trong các loại NKBV thường gặp

Vi khuẩn	VAP (n=98)		CLABI (n=29)		CAUTI (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
A.Baumannii	43/98	43,9	-	-	-	-
K.pneumoniae	25/98	25,5	4/29	13,8	3/35	8,6
P.aeruginosa	11/98	11,2	-	-	-	-
K.aerogenes	5/98	5,1	2/29	6,9	-	-
E.Coli	-	-	-	-	3/35	8,6
S.aureus	4/98	4,1	4/29	13,8	-	-
A.fumigatus	3/98	3,1	-	-	-	-
S.oralis	1/98	1	-	-	-	-
VK gram âm khác	6 ^a /98	6,1	4 ^b /29	13,8	2 ^d /35	5,6
C.tropicalis	-	-	4/29	13,8	7/35	20
C.albica	-	-	4/29	13,8	12/35	34,3
Candida khác	-	-	3 ^c /29	10,3	5 ^e /35	14,3
Enterococcus	-	-	3/29	10,3	3/35	8,6

(a) Gram âm khác: A. xylosoxydan, maltophilia, B.cepacia (b) Gram âm khác: B.cepacia, serratia marcescens.

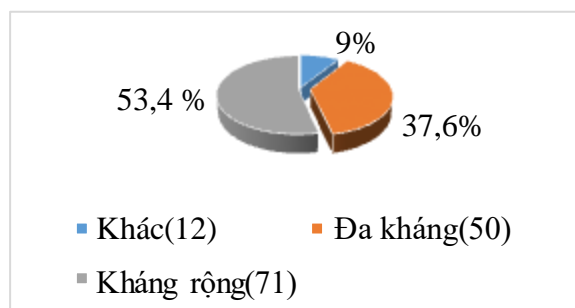
(c) Candida khác: C.glabrata, C. paracilosis (d) Gram âm khác: A.radiosister, O.antropi. (e) Candida khác: C.glabrata, C. paracilosis.

Nhận xét: Các tác nhân gây VAP gặp chủ yếu Gram âm, trong đó A.Baumannii hay gặp nhất (43,9%). Trong các tác nhân gây CLABSI thì K.pneumoniae, S.aureus, C.tropicalis, C.albicans là hay gặp nhất. Trong các tác nhân gây CAUTI phát hiện được thì C.albicans là hay gặp nhất.

Bảng 2. Tỷ lệ tử vong tại khoa HSTC

Tỷ lệ tử vong	n	%
Chung (n=970)	243/970	25,1
Không nhiễm khuẩn bệnh viện (n=833)	197/833	23,6
Có nhiễm khuẩn bệnh viện (n=137)	46/137	33,6
VAP (n=74)	26/74	35,1
NKTN liên quan ống thông (n=35)	11/35	31,4
NKH (n=23)	14/23	60,8

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong chung là 25,1% trong đó bệnh nhân bị NKBV có tỷ lệ tử vong cao hơn bệnh nhân không NKBV (33,6% so với 23,6%, p < 0,05)



Biểu đồ 1: Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây NKBV (n=133)

Nhận xét: Đa số các vi khuẩn là kháng thuốc mở rộng và đa kháng thuốc. Không có chủng vi khuẩn nào toàn kháng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình 55,1 tuổi, nam giới (62%), thời gian nằm viện kéo dài (12,5 ngày). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Małgorzata Kołpa nghiên cứu 10 năm trên 1849 bệnh nhân ICU thì 61,6% là nam giới, tuổi trung bình là 58, thời gian điều trị trung bình là 17 ngày [3]. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Ahmet Yardim ở Thổ Nhĩ Kỳ tuổi trung bình là 66,25 ± 13,66 tuổi (độ tuổi 17-90), chủ yếu là nữ giới (51,7%) [4].

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,1%, tử vong do NKBV là 33,6%, tử vong có liên quan đến VAP (35,1%), CAUTI (31,4%), CLABSI (60,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả của tác giả Ahmet Yardim (tỷ lệ tử vong chung là 26,1%, tử vong do NKBV là 60,6%, trong nhóm bệnh nhân tử vong liên quan đến NKBV thì 70% liên quan đến VAP, 30% liên quan CAUTI) [4]. Nghiên cứu của tác giả Aleksa Despotovic trên 355 bệnh nhân nhiễm khuẩn bệnh viện ở Serbia thì tỷ lệ tử vong chung là 39,4%, tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện là 44,4%, tử vong không do nhiễm khuẩn bệnh viện là 40% (p=0,09) [5]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của tác giả Małgorzata Kołpa ở Ba Lan với nhiễm khuẩn bệnh viện là 42,5%, nhóm không nhiễm khuẩn là 45,3%, tử vong liên quan đến VAP là 48%, tử vong liên quan đến CAUTI là 32%, tử vong liên quan đến CLABSI là 45% và theo ECDC trung bình là 33% (21% đến 40%) [3]. Sự phát triển của nhiễm trùng bệnh viện làm tăng tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi phù hợp với tỷ lệ tử vong chung từ 7% đến 46% [1].

Nhiễm trùng phổ biến trong ICU chúng tôi là nhiễm trùng phổi, kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu về nhiễm khuẩn trên thế giới và Việt Nam trên 15 đơn vị ICU (80,8% nhiễm trùng phổi, 6,1% BSI, 4,7% SSI, 3,4% UTI). Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài thì tỷ lệ trên thế giới và Việt Nam lần lượt là VAP (32% và 30% đến 80%), CLABSI (20% và 10% đến 20%), CAUTI (20% và 10% đến 30%), SSI (6% đến 12% và 20% đến 40%) [1]. Mật độ mắc NKBV trong nghiên cứu chúng tôi là 19,5/1000 ngày nằm viện, 15,3/1000 ngày thở máy, 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu, 4,9/1000 ngày lưu catheter. Nghiên cứu của tác giả

Małgorzata Kołpa là 15,2/ 1000 ngày thở máy (DU 0,65), 3/1000 ngày lưu sonde tiểu, 8/1000 ngày lưu catheter [3].

Về căn nguyên vi sinh gây VAP trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là A.Baumanii (43,9%) và căn nguyên gây CAUTI hay gặp nhất là C.albicans (34,3%), kết quả này tương đồng với tác giả Ahmet Yardim về căn nguyên gây VAP là A.Baumanii(45,4%) và khác với tác giả về căn nguyên gây CAUTI chủ yếu là E.coli (28,1%) C.albicans(14,2%) [4]. Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài thì 70% căn nguyên gây NKBV là vi khuẩn (80% Gram âm, 20% Gram dương), 15% nấm, 5% Virus. Nguồn gốc của các căn nguyên vi sinh có thể là ngoại sinh (bàn tay nhân viên y tế, các thiết bị xâm lấn...) hoặc nội sinh (vi sinh vật quần cư của chính bệnh nhân) [1]. Nghiên cứu của tác giả Tori Sutherland trên 647 bệnh nhân NKBV với 940 mẫu bệnh phẩm thì vi khuẩn hay gặp nhất trong dịch phế quản là A.Baumanii (33,9%), bệnh phẩm máu là E.Coli(27,3%), K.pneumoniae (22,7%), S.aureus (22,7%), bệnh phẩm nước tiểu là E.Coli (70,3%), K.pneumoniae (22,3%) [6]. Nghiên cứu tác giả Małgorzata Kołpa nghiên cứu 10 năm trên 1849 bệnh nhân ICU thì căn nguyên vi sinh phân lập được trong VAP phổ biến nhất là A.Baumanii (41%), CAUTI là C.albical (20,4%), E.Coli (20%), SSI là A.Baumani (25%), đường tiêu hóa là C.difficile (70%), CLABSI là S.aureus (44%) [3].

Mức độ đề kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,4% kháng mở rộng, 37,6% đa kháng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Sundas Abbas nghiên cứu 673 mẫu bệnh phẩm của nhiễm khuẩn bệnh viện thì vi khuẩn phân lập được 64% kháng mở rộng, chủ yếu bệnh phẩm phân lập được trong ICU (69,8%), trong khi nghiên cứu ở Ấn Độ tỷ lệ vi khuẩn kháng diện rộng là 41,3%, ở Parkistan là 56,5%[7]. Tỷ lệ vi khuẩn kháng mở rộng trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao do đơn vị ICU có nhiều yếu tố dễ nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao. Vì lý do đó hiện nay trong đơn vị chúng tôi đang triển khai các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn hàng ngày như vệ sinh tay, kiểm soát việc sử dụng kháng sinh, giáo dục nhân viên về các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, phối hợp với khoa kiểm soát nhiễm khuẩn trong các chiến lược hành động.... Sự ra đời của các kháng sinh mới mỗi ngày, các thiết bị xâm lấn phục vụ cho chẩn đoán và điều trị đòi hỏi phải có các biện pháp để kiểm soát nhiễm khuẩn như thực hiện vệ sinh tay, cố gắng tránh đặt ống

sonde tiểu, cập nhật các kiến thức cho nhân viên y tế... Các đơn vị ICU có nguy cơ nhiễm trùng cao, nơi thường xuyên có sự thay đổi ý thức, tổn thương đa cơ quan và bệnh đi kèm, suy giảm miễn dịch tạo điều kiện để các mầm bệnh gây nhiễm khuẩn bệnh viện phát triển. Do đó việc phát hiện sớm nhiễm khuẩn bệnh viện, căn nguyên vi sinh và tình trạng kháng thuốc quyết định đến tiên lượng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở 970 bệnh nhân là 25,1% (243/970), với bệnh nhân Nhiễm khuẩn bệnh viện tỷ lệ tử vong 33,6% (46/137), tỷ lệ VAP 15,3/1000 ngày thở máy với tỷ lệ tử vong liên quan đến VAP (35,1%), tỷ lệ CAUTI là 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu và tử vong liên quan đến CAUTI (31,4%), tỷ lệ CLABSI là 4,9/1000 ngày lưu catheter và tử vong liên quan đến CLABSI (60,8%).

Căn nguyên gây bệnh phân lập được trong VAP hay gặp nhất là A.Baumannii (43,9%), trong CAUTI là C.albicans (34,3%), E.Coli (8,6%) và K.pneumoniae (8,6%), trong CLABSI là K.pneumoniae (13,8%), S.aureus (13,8%), C.tropicalis (13,8%), C.albicans (13,8%). Mức độ đề kháng kháng sinh của các căn nguyên gây bệnh trong cơ sở chúng tôi rất cao (53,4% kháng mở rộng, 37,6% đa kháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thi Thu Hoai N, Ngọc Thuy Giang N, Van An H (2020). Hospital-acquired infections in ageing Vietnamese population: current situation and solution. *MedPharmRes*;4(2):1-10. doi:10.32895/ump.mpr.4.2.1
2. CDC (2019). HAI Data and Statistics. CDC's National Healthcare Safety Network (NHSN).
3. Kolpa M, Walaszek M, Gniadek A, Wolak Z, Dobro (2018), Microbiological Profile and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A 10 Year Observation in a Provincial Hospital in Southern Poland. *International journal of environmental research and public health*.
4. Ahmet Yardım KY (2021). The Relationship Between Mortality and Hospital-Acquired Infections in Patients Followed-up with Neurological Complaints in the Third Level Intensive Care Unit. *New Trend Med Sci*;2(1):24-30.
5. A.Despotovic, B.Milosevic, I.Milosevic (2020). Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American Journal of Infection Control* 2(1): 1211- 1215.
6. Tori SutherlandI, Christophe Mpirimbanyi, Elie Nziyomaze (2019). Widespread antimicrobial resistance among bacterial infections in a Rwandan referral hospital. *PLOS ONE*: 126- 154. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221121
7. Abbas S, Sabir AU, Khalid N, et al (2020). Frequency of Extensively Drug Resistant Gram-Negative Pathogens in a Tertiary Care Hospital in Pakistan. *Cureus*;12(12):e11914. doi:10.7759/cureus.11914

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH DSA VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP NÚT PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ

Đặng Phúc Đức*, Đỗ Đức Thuần*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh dsa và kết quả can thiệp nút phình động mạch não giữa vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 46 bệnh nhân, có theo dõi dọc các bệnh nhân được can thiệp vỡ phình động mạch não giữa vỡ ở Khoa Đột quỵ, Bệnh viện 103 từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021. **Kết quả:** Phình động mạch cổ rộng 67,39%. Có động mạch nhánh đi ra từ cổ túi phình 63,04%, từ túi phình là 8,69% và 80,43% phình mạch nằm ở đoạn phân chia M1-M2. Nút phình mạch bằng coil đơn thuần 69,56% trong đó tái thông 28,12%. Các kỹ thuật bổ

trợ: dùng hai catheter 4,34%, bóng 4,34%, stent chặn cổ túi phình 10,87%, nút bán phần 15,21%. **Kết luận:** Phình động mạch não giữa vỡ thường cổ rộng có động mạch nhánh. Nút coil đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhưng cũng có tỷ lệ tái thông cao, có thể sử dụng thêm kỹ thuật stent chặn cổ, nút bán phần, 2 catheter hoặc bóng để hỗ trợ.

Từ khóa: phình động mạch não giữa, can thiệp phình động mạch não cổ rộng vỡ

SUMMARY

STUDY ON DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IMAGE AND INTERVENTION RESULTS OF RUPTURED

MIDDLE CEREBRAL ARTERY ANEURYSMS

Objective: Study on imaging characteristics and the results of treatment of ruptured middle cerebral artery aneurysms by intervention. **Subject and method:** prospective, descriptive cross sectional and follow long study of 46 patients. They were

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

treated ruptured middle cerebral artery aneurysms by intervention in the stroke department of Hospital N^o103 from to october 2009 to december 2021. **Result:** wide neck aneurysm 67.39%. Branch artery exiting from the neck of the aneurysm 63.04%, from the aneurysm in 8.69% and 80.43% in the aneurysm located at the M1-M2 bifurcation. Intervention by Coil alone was 69.56%, of which recanalization was 28.12%. Assistanctce techniques: double catheters 4.34%, balloon 4.34%, stent assistantce 10.87%, partial dome 15.21%.

Conclusion: A ruptured middle cerebral artery aneurysm usually has a wide neck with a branch artery. Coiling plug alone was high rate but also has a high rate of recanalization. It is possible to use assistantce techniques: such as stents assistantce, partial dome, double catheters or balloons

Key word: middle cerebral artery aneurysms, intervention wide neck ruptured aneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch (PDM) não là bệnh khá phổ biến chiếm tỷ lệ 0,2% - 9%, trung bình 4,5% dân số ở các nước trên thế giới. Tỷ lệ vỡ hàng năm 1% - 2%, trong đó phình động mạch não giữa chiếm 20% tổng số phình mạch não. Biến chứng nặng hay gặp của vỡ phình mạch (PM) não là vỡ tái phát. Trên 15% số bệnh nhân vỡ tái phát trong 24 giờ đầu, 20% trong hai tuần đầu và 50% trong vòng 6 tháng nếu không được điều trị can thiệp. Khi PM não vỡ tái phát tình trạng lâm sàng rất nặng nề, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao.

Ngăn chặn PDM não vỡ tái phát có hai phương pháp cơ bản: phẫu thuật kẹp cổ túi phình bằng clip (clipping) và can thiệp nội mạch làm đông máu trong lòng túi phình. Can thiệp điều trị phình động mạch não giữa vỡ là một thách thức do đặc điểm túi phình thường cổ rộng, có động mạch nhánh đi ra từ túi phình. Vì vậy chúng tôi xin chia sẻ kinh nghiệm về hình ảnh DSA (mạch số hóa xóa nền) và kết quả can thiệp điều trị phình động mạch não giữa vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: 46 bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa vỡ được điều trị can thiệp nội mạch tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103. Thời gian từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021.

- Đối tượng loại trừ. Các bệnh nhân vỡ phình động mạch não tái các vị trí khác, bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa không đồng ý can thiệp hoặc được thực hiện điều trị bằng các phương pháp khác như phẫu thuật. Tại bệnh viện Quân y 103, những bệnh nhân chảy máu dưới nhện do có phình động mạch não giữa vỡ có ổ máu tụ trên 50 ml chúng tôi chuyển phẫu

thuật, điểm Hunt-Hess trên 4 điểm được hồi sức tích cực, nếu lâm sàng cải thiện sẽ xem xét can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, cắt ngang, không đối chứng.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phình động mạch cổ rộng là phình động mạch có cổ trên 4mm, hoặc tỷ lệ đường kính cổ phình mạch trên đường kính túi phình lớn hơn 0,5

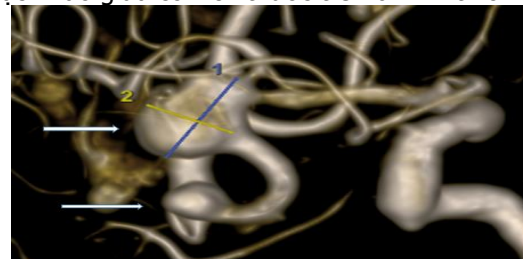
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

- **Tuổi và giới tính:** Tuổi trung bình 54,1 tuổi thấp nhất 27, cao nhất 86, nhiều nhất từ 40 đến 60 chiếm 56,3%, Nữ giới chiếm 52,9%. Trong nghiên cứu thấy các bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa vỡ độ tuổi trung bình tương đương với các nghiên cứu vỡ phình mạch ở các vị trí khác. Giới tính ở những bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa gặp nhiều ở giới nữ.

Bảng 1: Đặc điểm hình ảnh mạch số hóa xóa nền

Đặc điểm hình ảnh DSA	Tỷ lệ % (n)	
Kích thước	2-6mm	73,91 (34)
	6-12mm	17,39 (8)
	12-25mm	8,69 (4)
Cổ	Hẹp	30,34 (14)
	Rộng	67,39 (31)
Động mạch nhánh	Đi ra từ cổ	63,04 (29)
	Đi ra từ túi phình	8,69 (4)
Số lượng túi phình	1 túi phình	82,61 (38)
	2 túi phình	15,21 (7)
	3 túi phình	2,2 (1)
Vị trí phình mạch	M1	4,35 (2)
	M1-M2	80,43 (37)
	M2	15,21 (7)

Kích thước phình mạch 2-6 mm gặp nhiều với tỷ lệ 73,91%, 6-12mm gặp 17,39%, 12-25mm gặp 8,69%. Tương đương với nghiên cứu của Elian M.M.M và cộng sự với tỷ lệ phình động mạch não giữa dưới 6mm là 80% [1]. Với vị trí phình động mạch thông trước vỡ tỷ lệ phình mạch não giữa có kích thước trên 6 mm nhiều hơn. So với phình động mạch cảnh trong vỡ tỷ lệ phình động mạch não giữa có kích thước trên 6 mm ít hơn.



Hình 1: Bệnh nhân có hai túi phình động

mạch não giữa, phình động mạch não giữa M1, M2, cổ rộng, có động mạch nhánh.

Tỷ lệ phình mạch cổ rộng gặp 67,39%, so với nghiên cứu của Elian M.M.M và cộng sự về phình động mạch não giữa [1]. Trong nghiên cứu của Phạm Đình Đài và cộng sự nghiên cứu về phình động mạch não vỡ với tất cả các vị trí gặp túi phình cổ rộng 36,2% [2]. Trong nghiên cứu của Đỗ Đức Thuận và cộng sự về phình động mạch thông trước thấy túi phình cổ rộng chiếm 27% [3]. Động mạch nhánh, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ phình động mạch có động mạch nhánh đi ra từ cổ túi phình là 63,04%, động mạch nhánh đi ra từ túi phình là 8,69%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiện và cộng sự ở bệnh nhân vỡ phình động mạch não nói chung với phình mạch có động mạch nhánh liên quan tới túi phình là 28,9% [4]. Như vậy cũng như những nghiên cứu khác về phình động mạch não giữa [5], trong nghiên cứu phình động mạch não giữa có đặc điểm thường là phình động mạch cổ rộng và có có động mạch nhánh đi ra từ

cổ hoặc đáy túi phình. Đây là đặc điểm làm cho kỹ thuật can thiệp nội mạch khó khăn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phình động mạch não giữa có một túi phình 82,61% và ở đoạn phân chia M1-M2 là 80,43%. Trong nghiên cứu của Elian M.M.M và cộng sự thấy phình động mạch não giữa ở đoạn phân chia động mạch não giữa M1-M2 là 33,3% và gặp nhiều phình động mạch có vị trí ở đoạn M1. Trong nghiên cứu của Elian M.M.M và cộng sự đối tượng nghiên cứu bao gồm cả phình động mạch não giữa vỡ và không vỡ [1]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là phình động mạch não giữa vỡ. Ở những bệnh nhân có hai túi phình chúng tôi phải nhận định túi phình vỡ để thực hiện can thiệp. Với phình động mạch não giữa vỡ chúng tôi dựa vào ổ máu tụ và lượng máu ở khoang dưới nhện thường tập trung nhiều ở thùy thái dương, rãnh Sylvius nơi có phình mạch, phình mạch vỡ còn có đặc điểm đáy nhọn hoặc có nóm, động mạch xung quanh túi phình vỡ co thắt nhiều.

Bảng 2. Phương pháp và kết quả điều trị

Phương pháp	Tỷ lệ % (n)	Tái thông	Biến chứng
Coil đơn thuần	69,56 (32)	28,12% (9)	0,0%
2 catheter	4,34 (2)	0,0%	0,0%
Bóng hỗ trợ	4,34 (2)	0,0%	1 lóc tách và tử vong
Stent hỗ trợ	10,87 (5)	0,0%	0,0%
Stent đảo chiều	4,34 (2)	1 trường hợp	0,0%
Nút bán phần	15,21 (7)	0,0%	0,0%

Trong 46 bệnh nhân can thiệp phình động mạch não giữa vỡ. Nút coil đơn thuần 69,56%, tái thông 28,12% (thời gian theo dõi trung bình $12 \pm 2,7$ tháng). Với phình động mạch não giữa có tỷ lệ phình mạch cổ rộng và có động mạch nhánh cao nên việc nút túi phình đơn thuần bằng coil mà bảo tồn được động mạch nhánh là khó khăn. Vì vậy mật độ coil được nút thường không cao, chính vì vậy nguy cơ dễ tái thông sau nút. Trong nghiên cứu của Mooney M.A và cộng sự khi can thiệp phình động mạch não giữa thấy tỷ lệ nút coil còn một phần túi phình là 30%, tỷ lệ tái thông sau 3 năm theo dõi là 20% [6]. Mortimer và cộng sự nghiên cứu 300 phình động mạch não giữa vỡ được can thiệp nút coil phình mạch, kết quả 76,2% bệnh nhân được nút kín hoàn toàn, 17,2% còn tồn dư một phần cổ và 2,5% còn một phần túi phình [7]. Với phình mạch cổ rộng, có động mạch nhánh sử dụng các phương tiện hỗ trợ cho quá trình can thiệp như dùng bóng, dùng hai microcatheter, stent chặn cổ, stent đảo chiều là cần thiết trong một số trường hợp không thể nút coil đơn thuần. Nhưng

phình động mạch vỡ khi sử dụng các phương tiện hỗ trợ làm tăng nguy cơ biến chứng do tắc mạch [8], tắc stent do thời gian dùng chống kết tập tiểu cầu là không đủ cũng như tăng nguy cơ chảy máu khi được dùng chống kết tập tiểu cầu khi phải sử dụng các phương tiện can thiệp hỗ trợ. Dùng 2 catheter với một catheter 0.021 chặn cổ túi phình và một catheter dùng để nút coil, trong nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng phương pháp này cho 2 bệnh nhân, cả 2 bệnh nhân có phình mạch thuộc động mạch M2, cổ phình mạch không quá rộng, khó áp dụng cho phình động mạch thuộc đoạn phân chia M1-M2. Dùng bóng hỗ trợ cho nút coil phình động mạch não giữa vỡ chúng tôi nhận thấy cũng không thuận lợi do phình mạch ở xa, động mạch M2 thường nhỏ so với các bóng thường có ở các trung tâm can thiệp, phình mạch có tỷ lệ đường kính cổ trên đường kính túi phình $> 0,75$ và phình mạch thuộc đoạn phân chia M1-M2. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng bóng để hỗ trợ nút coil trên 2 bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa, kết quả 1 bệnh nhân có lóc tách

động mạch khi nóng bóng, chúng tôi đặt stent vào động mạch lóc tách, bệnh nhân có ổ máu tụ tương ứng với động mạch đặt stent, chuyển phẫu thuật, bệnh nhân sau đó tử vong.

Dùng stent hỗ trợ hay stent đảo chiều khi thực hiện kỹ thuật nút phình động mạch não giữa vỡ khó khăn do kỹ thuật này cần có thời gian dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu trước can thiệp, điều này làm tăng nguy cơ vỡ phình mạch nên kỹ thuật này chúng tôi chỉ định khi các phương pháp khác không thể áp dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân sau khi chụp DSA có chỉ định đặt stent, chúng tôi cho uống 180 mg ticargrelor và 300 mg aspirin bằng cách bơm qua ống thông dạ dày. Sau khi can thiệp bệnh nhân được tiếp tục dùng chống kết tập tiểu cầu kép 3 tháng, dùng đơn trị liệu aspirin 81 mg ít nhất 1 năm. Trong đó ngày đầu tiên tiêm enoxaparin 40 mg dưới da.

Nút bán phần đây là kỹ thuật chúng tôi áp dụng cho một số phình động mạch não giữa vỡ cỡ rộng, khi phần đáy túi phình có thể triển khai coil khung và coil đồ đầy ổn định. Bởi phần đáy túi phình là nơi thường xuyên gây vỡ phình mạch, những trường hợp này chúng tôi sau can thiệp kiểm soát huyết áp dưới 140/90 mmHg tránh nguy cơ vỡ tái phát sau đó 1 tháng xem xét đặt stent kết hợp nút coil phần còn lại của túi phình. Đây là kỹ thuật được chưa thấy các trung tâm khác báo cáo. Bước đầu thực hiện ở tại cơ sở chúng tôi đem lại cả tính an toàn và hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Phình động mạch não giữa vỡ có 67,39% là cỡ rộng. Có động mạch nhánh đi ra từ cổ túi phình 63,04%, từ túi phình là 8,69% và 80,43% phình mạch nằm ở đoạn phân chia M1-M2. Nút phình mạch bằng coil đơn thuần 69,56% trong đó tái thông 28,12%. Một số kỹ thuật có thể áp

dụng hỗ trợ cho nút phình động mạch não giữa vỡ như dùng hai catheter 4,34%, bóng 4,34 %, kết quả còn hạn chế. Dùng stent chặn cổ túi phình 10,87%. Nút bán phần 15,21% là phương pháp lựa chọn mới cho nút phình mạch não giữa vỡ bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elian M.M.M., Issa A.S.I., Ibrahim M.A. et al. (2021).** Endovascular management of middle cerebral artery aneurysms (single-center case series study), *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 52(1): 160.
2. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuần, Đặng Minh Đức, (2015),** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả can thiệp nội mạch bệnh nhân vỡ phình động mạch não, *tạp chí Y-Dược học quân sự số 3-2014*
3. **Đỗ Đức Thuần, Nguyễn Minh Hiện, Phạm Đình Đài, (2013),** Đặc điểm hình ảnh và kết quả điều trị vỡ phình động mạch thông trước bằng can thiệp nội mạch ở Bệnh viện 103, *Vol 38, N^o2, tháng 2/2013*
4. **Nguyễn Minh Hiện, Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuần và cộng sự (2014),** Nghiên cứu biểu hiện lâm, hình ảnh và kết quả điều trị can thiệp nội mạch phình động mạch não đã vỡ ở bệnh viện Quân y 103, *tạp chí Y-Dược học quân sự số 9-2014*
5. **Doerfler A., Wanke I., Goericke S.L. et al. (2006).** Endovascular Treatment of Middle Cerebral Artery Aneurysms with Electrolytically Detachable Coils, *27(3): 513-520.*
6. **Mooney M.A., Simon E.D., Brigeman S. et al. (2019).** Long-term results of middle cerebral artery aneurysm clipping in the Barrow Ruptured Aneurysm Trial %J *Journal of Neurosurgery JNS*, 130(3): 895-901
7. **Mortimer A.M., Bradley M.D., Mews P. et al. (2014).** Endovascular Treatment of 300 Consecutive Middle Cerebral Artery Aneurysms: Clinical and Radiologic Outcomes, *35(4): 706-714*
8. **Zijlstra I.A., van der Steen W.E., Verbaan D. et al. (2018).** Ruptured middle cerebral artery aneurysms with a concomitant intraparenchymal hematoma: the role of hematoma volume, *Neuroradiology*, 60(3): 335-342

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY BONG SỤN TIẾP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Văn Khoa*

TÓM TẮT

**Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Gãy bong sụn tiếp hợp là tổn thương thường gặp ở trẻ em, tập trung chính ở nhóm tuổi 10-15 tuổi [2]. Điều trị bảo tồn các trường hợp gãy bong sụn tiếp ở trẻ em có nhiều ưu điểm và mang lại hiệu quả cao [3]. Tại khoa khám xương và điều trị ngoại trú Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, từ tháng 01 đến tháng 12/2021 có 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày được điều trị bằng kéo nắn, bó bột theo giai đoạn, kết quả cho thấy, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 10,51 ± 4,23 tuổi, tỉ lệ nam/nữ 24/11, nguyên nhân

chấn thương 100% là do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt, thời gian mang bột trung bình $20,6 \pm 2,3$ ngày, thời gian từ khi nắn bột đến khi tỳ chân một phần $12,7 \pm 2,3$ ngày, thời gian từ khi nắn bột đến khi tỳ hoàn toàn $20,4 \pm 1,1$ ngày, thời gian từ khi chấn thương đến khi được bó bột trung bình là $1,2 \pm 5,5$ ngày, Chủ yếu các bệnh nhân gãy bong sụn tiếp loại II theo Salter- Harris, kết quả nắn chỉnh lần 1 có 91,4 % đạt yêu cầu, 100% sau nắn lần 2 đạt yêu cầu trên XQ, kết quả liền xương sau 3 tháng đạt 100%, thời gian liền xương trung bình $8,2 \pm 2,1$ tuần. Đánh giá lệch trục chi, có 12,4 % lệch trục chi $< 5^\circ$. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm AHS (ankle hindfoot score) sau 3 tháng cho 32 bệnh nhân Tốt và rất tốt đạt 96,9%, điểm trung bình $85,47 \pm 3,34$. Đánh giá kết quả sau 6 tháng cho 25 bệnh nhân kết quả rất tốt chiếm 100%, điểm số trung bình $95,12 \pm 1,94$ điểm.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF LOWER TIBIA FRACTURES WITH DETACHMENT OF CARTILAGE IN CHILDREN BY CAST IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Lower tibia fracture with detachment of cartilage is a common injury in children, mainly in the 10-15 year old age group (accounting for 20% of the injuries) [2]. Poor choice of treatment method will affect cartilage development of bones, easy to leave short sequelae, scoliosis in children. The conservative treatment method for the cases of subsequent cartilage fractures in children has many advantages and is highly effective [3]. At the department of bone examination and outpatient treatment of Viet Duc Hospital, from January 1 to December 2021, 35 patients with broken cartilage at the lower end of the tibia were treated with scissors and casts in stages, the results showed that, mean age in the study group was 10.51 ± 4.23 years old, male/female ratio 24/11, 100% cause of injury was traffic accident and daily life accident, average time wearing powder average 20.6 ± 2.3 days, time from kneading to partial foot rest 12.7 ± 2.3 days, time from kneading to fully resting 20.4 ± 1.1 days, the average time from injury to cast was 1.2 ± 5.5 days. Mainly, patients with type II cartilage fractures according to Salter- Harris, the results of the first manipulation were 91.4. % satisfactory, 100% after the second manipulation was satisfactory on X-ray, the result of bone healing after 3 months was 100%, the average healing time was 8.2 ± 2.1 weeks. Evaluation of limb deviation, 12.4% of limb deviation $< 5^\circ$. Evaluation of overall results according to AHS scale (ankle hindfoot score) after 3 months for 32 patients Good and very good reached 96.9%, average score average 85.47 ± 3.34 . Evaluation of results after 6 months for 25 patients with very good results accounted for 100%, average score 95.12 ± 1.94 points.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày là tổn thương thường gặp. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm khác nhau. Điều trị phẫu thuật rút

ngắn được thời gian điều trị, nhưng cần những điều kiện về nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất đảm bảo cuộc phẫu thuật được tiến hành thuận lợi và có những rủi ro, nguy cơ do phẫu thuật có thể xảy ra. Nắn chỉnh, cố định tối thiểu bằng kim dưới màn tăng sáng đem lại hiệu quả điều trị cao, tuy nhiên cần trang bị máy điện quang tăng sáng, là một khó khăn cho y tế cơ sở, không phải cơ sở y tế nào cũng trang bị được. Nắn xương, bó bột theo giai đoạn là một kỹ thuật đã được sử dụng từ lâu, kể cả các tuyến y tế cơ sở và chuyên sâu, đem lại hiệu quả về mọi mặt, giảm giá thành điều trị, hiệu quả cao, tránh được các nhược điểm do các phương pháp khác, tuy nhiên thời gian bất động dài, gây tâm lý khó chịu cho bệnh nhân. Tại khoa khám xương và điều trị ngoại trú Bệnh viện Việt Đức, việc điều trị các gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ở trẻ em đã có quy trình và là kỹ thuật thường quy. Tuy nhiên, chưa có một báo cáo, tổng kết về vấn đề này làm cơ sở, tài liệu tham khảo và hướng dẫn cho các đồng nghiệp, cơ sở y tế tuyến dưới nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ở trẻ em tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" với 2 mục tiêu:

1- *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày.*

2- *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn cho bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày được điều trị tại Khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 11/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân có gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày và đáp ứng các yêu cầu sau: trẻ ≤ 18 tuổi, có đầy đủ thông tin liên hệ, có đầy đủ phim trước nắn, sau nắn bó bột, tuân thủ quy trình điều trị, không kèm các tổn thương khác cùng chân, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân. Các bệnh nhân không đáp ứng các yêu cầu trên, Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày có phù nề tổ chức nhiều, xuất hiện các nốt phỏng nước, các bệnh nhân không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Bệnh nhân đến khám, chẩn đoán, điều trị theo quy trình và được thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu. Vô cảm bằng mê tĩnh mạch, nắn chỉnh trên bàn chỉnh hình, bó bột đùi cẳng bàn chân rạch dọc, chụp lại phim đánh giá mức độ di lệch của đường gãy sau nắn. Nếu di lệch sau nắn chấp nhận được (di lệch ≤ 2mm) để bột, khám lại theo quy trình. Nếu di lệch ổ gãy chưa đạt sẽ được nắn chỉnh thêm, làm lại bột đến khi di lệch chấp nhận được, khám lại theo quy trình. Với các trường hợp phù nề nhiều, nắn chỉnh 2 lần không kết quả chuyển vào viện điều trị theo quy trình, phương pháp khác. Theo dõi, nếu có chèn ép bột cần cho nới rộng bột, gác chân cao, dùng các thuốc kháng viêm, giảm phù nề. Sau 7-10 ngày bệnh nhân được khám lại, chụp phim XQ kiểm tra. Chỉnh sửa ổ gãy nếu có di lệch thứ phát, thay bột đùi cẳng bàn chân tròn kín và tập tỉ chân có trợ đỡ. Để bột 4-7 tuần, tháo bột cho tập phục hồi chức năng. Khám lại định kỳ sau khi tháo bột 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, đánh giá kết quả điều trị.

Đánh giá kết quả. Bệnh nhân được khám lại, tùy theo mức độ đau, khả năng đi lại và vận động của cổ chân được đánh giá chức năng cổ

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi

Tuổi	0-3	3-6	6-9	9-12	12-15	15-18	Tổng
Bn	4	3	5	11	10	2	35
Tỉ lệ	11,4%	8,5%	14,3%	31,4%	28,8%	5,7%	100

Nhận xét: - Bệnh nhân trong độ tuổi 9-12 chiếm 31,4%, từ 12-15 chiếm 28,8%

- Độ tuổi trung bình 10,51 ± 4,23

3.1.3 Bên chân tổn thương

Bảng 3.3 Phân bố bệnh nhân theo bên chân tổn thương

Bên	Chân phải	Chân trái	Tổng
Bn	16	17	35
Tỉ lệ	45,7%	54,3%	100

Nhận xét: - Tỉ lệ bị chân phải/chân trái là 16/17

3.1.5. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi nắn thực thụ

Bảng 3.5: Thời gian từ lúc chấn thương đến khi điều trị

Thời gian	1 ngày	2-3 ngày	4-5 ngày	6-7 ngày	>7 ngày	Tổng
Bn	20	9	5	1	0	35
Tỉ lệ	57,1%	25,7%	14,3%	2,9%	0	100

Nhận xét: - Tỉ lệ Bn được nắn trong 24 giờ là 57,1%

- Không có Bn nào đến muộn sau 7 ngày.

- Thời gian trung bình từ lúc bị tai nạn đến khi được nắn bột là 1,2 ± 0,5 ngày

3.1.6 Điều trị trước khi đến viện của bệnh nhân đến muộn

Bảng 3.6: Điều trị trước khi đến viện

Điều trị	Chưa điều trị	Bỏ tại địa phương	Y học cổ truyền	Tổng
Bệnh nhân	3	7	5	15
Tỉ lệ	20%	46,7%	33,3%	100%

chân theo thang điểm AHS (ankle hindfoot score). Tổng điểm của thang điểm AHS tối đa là 100 điểm và chia thành 4 mức độ:

90-100 điểm: rất tốt, 80-89 điểm:tốt, 70-79 điểm: khá, <69 điểm: kém

Xử lí số liệu. Xử lí số liệu theo phần mềm SPSS.20

Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được lựa chọn ngẫu nhiên, được giải thích kĩ, tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 11 tháng (từ 1-11/2021), chúng tôi đã điều trị cho 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày, kết quả thu được như sau:

3.1 Đặc điểm lâm sàng

3.1.1 Giới tính

Bảng 3.1 Phân bố theo giới tính

Giới	Nam	Nữ	Tổng
Số bn	24	11	35
Tỉ lệ	68,5%	31,5%	100

Nhận xét: Tỉ lệ nam/nữ là 24/11

3.1.2 Tuổi

- Không có Bn nào bị cả 2 chân.

3.1.4 Nguyên nhân chấn thương

Bảng 3.4: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Tai nạn sinh hoạt	Tai nạn giao thông	Tổng
Bn	16	17	35
Tỉ lệ	45,7%	54,3%	100

Nhận xét: - Tỉ lệ nguyên nhân chấn thương do Tn giao thông/ Tn sinh hoạt là 17/16.

- Không có tai nạn bạo lực hoặc tai nạn lao động.

Nhận xét: - Có 7 bệnh nhân được bó tại địa phương
- 5 bệnh nhân điều trị theo y học cổ truyền (bó lá)

3.1.7 Thời gian bó bột rạch dọc.

Bảng 3.7: Thời gian bó bột rạch dọc

Thời gian	≤ 7 ngày	8- 10 ngày	11- 14 ngày	Tổng
Bệnh nhân	7	16	12	35
Tỉ lệ	20%	45,7%	34,3%	100%

Nhận xét: - 45,7% bệnh nhân bó bột rạch dọc trong 10 ngày

- Thời gian bó bột rạch dọc trung bình $10,7 \pm 2,1$ ngày

3.1.8 Thời gian bó bột tròn kín

Bảng 3.8: Thời gian bó bột tròn kín

Thời gian	≤ 14 ngày	15- 21 ngày	22- 28 ngày	Tổng
Bệnh nhân	4	29	2	35
Tỉ lệ	11,4%	82,9%	5,7%	100

Nhận xét: - 82,9% bệnh nhân mang bột tròn kín trong 21 ngày.

- Thời gian bó bột tròn kín trung bình $20,6 \pm 2,5$ ngày

3.1.9 Thời gian tỳ chân một phần trọng lượng cơ thể, có trợ đỡ

Thời gian	≤ 10 ngày	10- 14 ngày	> 14 ngày	Tổng
Bệnh nhân	5	27	3	35
Tỉ lệ	14,3%	77,1%	8,6%	100

Nhận xét: - Đa số các bệnh nhân đã tỳ chân có trợ đỡ trong thời gian 10-14 ngày

- Thời gian tỳ chân một phần trọng lượng cơ thể trung bình: $12,7 \pm 2,3$ ngày

3.1.10 Thời gian tỳ chân hoàn toàn, không cần trợ đỡ

Thời gian	≤ 14 ngày	15- 21 ngày	22- 28 ngày	Tổng
Bệnh nhân	6	24	5	35
Tỉ lệ	17,1%	68,6%	14,3%	100

Nhận xét: - Đa số các bệnh nhân đã tỳ chân hoàn toàn, không cần trợ đỡ ở thời gian khoảng 15-21 ngày chiếm 68,6%

- Thời gian trung bình bệnh nhân đi lại không cần hỗ trợ: $20,4 \pm 1,1$ ngày

3.2 Chân đoán hình ảnh

3.2.1 Phân loại theo Salter-Harris trên phim chụp trước nắn

Bảng 3.11: Phân loại Salter-Harris trên phim chụp trước nắn

Loại	I	II	III	IV	V	Tổng
Bn	9	24	2	0	0	35
Tỉ lệ	25,7%	68,6%	5,7%	0	0	100

Nhận xét: - Đa số các bệnh nhân gãy Loại II chiếm 68,6% tổng số Bn.

- Không có Bn thuộc nhóm IV và V.

3.2.2 Độ di lệch trên phim chụp sau nắn lần 1

Bảng 3.12: Độ di lệch trên phim chụp sau nắn

Di lệch	<2mm	2-4mm	>4mm	Tổng
Bn	32	3	0	35
Tỉ lệ	91,4%	8,6%	0	100

Nhận xét: sau khi nắn lần 1 kết quả chụp lại phim XQ ta thấy.

- Tỉ lệ di lệch <2mm chiếm 91,4%.

- Chỉ có 3 BN (8,6%) chưa đạt và phải nắn lại lần 2. Sau nắn lần 2 chụp lại thấy di lệch trong giới hạn cho phép (< 2mm)

- Không có Bn nào di lệch > 4mm sau nắn trên phim Xquang.

3.2.3 Đánh giá liền xương sau quá trình điều trị

Bảng 3.13: Đánh giá liền xương sau 3 tháng

Liên xương	Liên tốt	Không liền	Tổng
Bn	35	0	35
Tỉ lệ	100	0	100

Nhận xét: - 100% bệnh nhân đạt liền xương sau quá trình điều trị.

- Không có bệnh nhân nào bị chậm liền hay khớp giả.

- Thời gian liền xương trung bình: 8,2 ± 2,1 tuần

3.2.4 Đánh giá vẹo trục sau quá trình điều trị

Bảng 3.14: Vẹo trục sau điều trị

Trục	Không lệch	Vẹo trong-ngoài	Vẹo trước-sau	Vẹo xoay trục	Ngăn chi	Tổng
Bn	30	3	2	0	0	35
Tỉ lệ	85,7%	8,6%%	5,6%	0	0	100

Nhận xét: - Có 85,7% Bn không bị lệch trục cổ chân.
 - 8,6% Bn bị lệch trục trong ngoài với mức lệch <5^o
 - Không có bệnh nhân nào bị ngăn chi

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1 Đánh giá kết quả tại thời điểm 1 tháng

Bảng 3.15: Đánh giá tại thời điểm 1 tháng (n=35)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Bn	0	2	33	0	35
Tỉ lệ	0	5,7%	94,3%	0	100

Nhận xét: - Có 5,7% Bn đạt kết quả tốt, có 94,3% Bn đạt kết quả khá
 - Không có Bn đạt kết quả kém.
 - Điểm số trung bình đạt 73,17 ± 2,81

3.3.2 Đánh giá kết quả tại thời điểm 3 tháng

Bảng 3.16: Đánh giá tại thời điểm 3 tháng (n=32)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Bn	6	25	1	0	32
Tỉ lệ	18,8%	78,1%	3,1%	0	100

Nhận xét: - Có 78,1% Bn đạt kết quả tốt, 18,8% Bn đạt kết quả rất tốt
 - Điểm số trung bình 85,47 ± 3,34.

3.3.3 Đánh giá kết quả tại thời điểm 6 tháng

Bảng 3.17: Đánh giá tại thời điểm 6 tháng (n=25)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Bn	25	0	0	0	25
Tỉ lệ	100%	0	0	0	100

Nhận xét: - Tại thời điểm 6 tháng sau nghiên cứu 100% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt.
 - Điểm số trung bình 95,12 ± 1,94.

IV. BÀN LUẬN

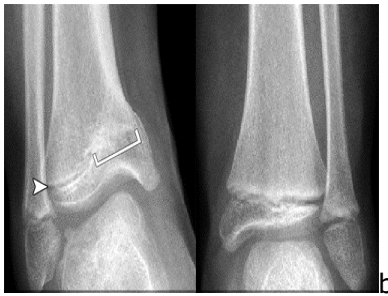
Qua 11 tháng điều trị và theo dõi quá trình tiến triển của 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày, chúng tôi đã thu được những kết quả tốt của phương pháp điều trị bảo tồn với bệnh lý này.

Tỉ lệ nam/nữ là 24/11, tỉ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu khác như trong nghiên cứu của Adam macgalit [1] -2020 tỉ lệ nam/nữ là 32/27 (59 bệnh nhân) còn trong nghiên cứu của Hoonpark [5] -2017 với 95 bệnh nhân, tỉ lệ nam/nữ là 66/29, trong nghiên cứu của Cottalorda [9] – 2008 với 48 bệnh nhân thì tỉ lệ nam/nữ là 31/17. Trong nghiên cứu của Schurz M [5] -2010 với 99 bệnh nhân tỉ lệ nam/nữ là 63/36. Trẻ nam hiếu động và có xu hướng phát triển và dậy thì muộn hơn nữ nên thời gian phát triển của sụn tiếp hợp cũng dài hơn là những yếu tố làm tăng tần suất bị bệnh ở trẻ nam.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là

2 tuổi và lớn nhất là 17 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 12 – 15 tuổi với 28,8% tổng số bệnh nhân. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 10,51 ± 4,23 tuổi, thấp hơn tuổi trung bình trong các nghiên cứu khác, như của Adam Margalit [1] -2020 và Franco Russo [6] -2013 là 12,6; trong nghiên cứu của Schurz M [5] -2010 và Cottalona [9] -2008 là 11,6 tuổi. Tổn thương sụn tiếp hợp có thể làm đóng sụn tiếp hợp toàn phần hoặc bán phần gây ra các biến dạng về hình thái cũng như chức năng của cổ bàn chân.





Hình 4.1 a. Hình ảnh ngừng phát triển dài ra của xương chày với tổn thương sụn tiếp hợp đầu dưới xương chày ở trẻ em; b. Hình ảnh lệch trục cổ chân khi tổn thương sụn phát triển đầu dưới xương chày.

Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày có thể gặp trong nhiều cơ chế chấn thương khác nhau [7]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày gặp chủ yếu trong các tai nạn thể thao như trong nghiên cứu của Adam Margalit [1] tai nạn thể thao chiếm 36/58 trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày liên quan tới 2 nguyên nhân chính là tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông với tỉ lệ 16/17. Các gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ít gặp do nguyên nhân thể thao, cũng là phù hợp vì thời gian này đang giãn cách xã hội do Covid 19.

Đa số Bệnh nhân trong nhóm sau khi tai nạn được đưa đến điều trị ngay trong 24 giờ đầu với 57,1%. Các trường hợp còn lại đến muộn hơn do nhiều nguyên nhân, bệnh nhân ở xa, các trường hợp đa chấn thương.. nên việc phát hiện và xử lí sớm các tổn thương có thể được thực hiện muộn hơn, có 25,7% bệnh nhân được nắn chỉnh thực thụ sau 2-3 ngày kể từ lúc chấn thương. Có một số trường hợp sau chấn thương được đưa đến các cơ sở y tế không chuyên khoa hoặc các thầy lang điều trị không đúng. Có 2 bệnh nhân đến muộn sau 7 ngày từ ngày tai nạn, việc nắn chỉnh ổ gãy rất khó khăn. Bệnh nhân càng nhỏ tuổi liền xương sau gãy càng nhanh, nếu đến muộn khi ổ gãy đã can chắc thường không có chỉ định nắn bột, với các can lệch cần phải mổ đục can sửa chữa thương tổn, ảnh hưởng đến sụn tiếp hợp và quá trình phát triển của xương về sau.

Theo phân loại của Salter – Harris [4] gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày được phân thành 5 loại dựa trên phim Xquang, có ảnh hưởng khác nhau tới quá trình phát triển của xương sau này. Gãy loại V thường khó phát hiện trên phim Xquang, thường được phát hiện bằng chụp MRI hoặc chẩn đoán hồi cứu [8]. Trong số 35 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, loại II

theo phân loại của Salter – Harris chiếm tỉ lệ cao nhất với 24/35 bệnh nhân (68,6%), tiếp theo loại I chiếm 25,7% và loại III chiếm 5,7%. Không thấy loại IV, V trong các bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Adam Margalit [1] năm 2020 với 645 bệnh nhân, gãy loại II chiếm 40%, cũng tương tự như nghiên cứu của Jalkanen [2] năm 2021 là 49%, khi nghiên cứu tổng hợp từ 395 bài báo với 1997 bệnh nhân. Trong nghiên cứu theo dõi dài của Schurz M [5] năm 2010 với 376 bệnh nhân cho thấy có 58% bệnh nhân gãy loại II, 33,8% bệnh nhân gãy loại III. Gãy loại II theo phân loại của Salter – Harris bao gồm gãy phân tách sụn tiếp hợp đồng thời có gãy xương của xương chày phía trên, làm ảnh hưởng đến sự phát triển theo chiều dài xương chày về sau, do có hiện tượng đóng sụn tiếp hợp sớm (premature physeal closure – PPC).

Các bệnh nhân sau khi được nắn chỉnh, bó bột được chụp phim kiểm tra ngay sau nắn và đánh giá mức độ di lệch. Sự di lệch của ổ gãy trên phim được nhiều tác giả chia ra làm 3 nhóm chính: di lệch ít khi mức di lệch <2mm, di lệch vừa khi mức di lệch từ 2-4mm, và di lệch nhiều khi mức di lệch >4mm. Kết quả chụp phim cho thấy có 32/35 bệnh nhân sau nắn chỉnh có mức di lệch <2mm, 3/35 bệnh nhân sau nắn chỉnh có mức di lệch từ 2-4mm phải nắn chỉnh lần 2, đạt kết quả tốt. không có bệnh nhân nào phải nắn lần 3 hay thất bại. Tỉ lệ nắn chỉnh thành công nêu trên cho thấy, các kĩ thuật viên nắn xương bó bột đã thực hiện rất tốt, với nhiều kinh nghiệm.

Chụp phim XQ trong quá trình điều trị và đo trục xương bằng phần mềm kèm theo máy, kết quả cho thấy có 30/35 bệnh nhân không có lệch trục chi, 5/35 bệnh nhân có lệch trục chi trong đó lệch trục trong- ngoài là 3 bệnh nhân với mức lệch trục <5°, lệch trục trước sau là 2 bệnh nhân với mức lệch <5°. Sau khi xương gãy sẽ có quá trình liền xương và dễ tạo thành các cầu can xương, chính các cầu xương này đã ngăn cản sự phát triển của sụn hoặc do tổn thương sụn tiếp hợp sau chấn thương và cơ chế đóng sụn tiếp hợp sớm luôn làm cho xương phát triển dài ra bất thường gây ra các lệch trục khác nhau. Trong nghiên cứu có 5/35 bệnh nhân có lệch trục chi ở mức độ chấp nhận được.

Về thời gian mang bột rạch dọc, đi chạm một phần bàn chân với nạng trợ đỡ khoảng 7 - 10 ngày, trung bình là 10,7 ngày. Sau đó, bệnh nhân được khám lại và thay bột căng bàn chân tròn kín, đi chạm hoàn toàn bàn chân và không cần dụng cụ trợ đỡ. Việc thay bột sẽ giúp kiểm tra tình trạng ổ gãy, phát hiện các biến chứng có

thể gặp khi mang bột. Việc cho tỳ sớm lên ổ gãy giúp ổ gãy liền xương nhanh hơn. Thời gian mang bột tròn kín của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thường từ 14-21 ngày và tối đa là 28 ngày. Tổng kết lại về thời gian mang bột tròn kín thấy có 82,9% bệnh nhân mang bột trong 21 ngày, thời gian mang bột trung bình là 20,6 ngày.

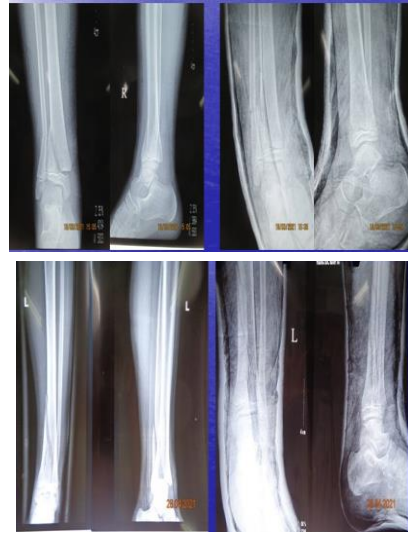
Đánh giá kết quả chung sau điều trị bằng Thang điểm đánh giá chức năng cổ bàn chân (AHS). Tổng điểm của thang điểm là 100 điểm và chia thành 4 mức độ. Điểm AHS đạt 90-100 điểm là rất tốt, từ 80-89 điểm là tốt, từ 70-79 điểm là khá và dưới 70 điểm là kém [8].

Tại thời điểm 1 tháng sau chấn thương với 35 bệnh nhân thấy có 33/35 bệnh nhân đạt kết quả khá, có 2/35 bệnh nhân đạt kết quả tốt, điểm số trung bình của các bệnh nhân tại là $73,17 \pm 2,81$ điểm. Tại thời điểm 3 tháng, theo dõi được 32 bệnh nhân, có 25/32 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 6/32 bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và không có bệnh nhân đạt kết quả kém. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt trở lên chiếm 96,9% tổng số bệnh nhân. Điểm số trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm 3 tháng là $84,47 \pm 3,34$ điểm. Tại thời điểm 6 tháng, theo dõi được 25 bệnh nhân, tất cả đều đạt kết quả rất tốt với điểm số trung bình $95,12 \pm 1,94$ điểm. Điểm số chức năng cổ bàn chân tăng dần từ thời điểm 1 tháng đến 3 tháng và 6 tháng sau điều trị một cách rõ rệt. Tại thời điểm 1 tháng khi bệnh nhân vừa tháo bột, tuy đã giảm đau nhưng vẫn còn đau khi vận động mạnh, hạn chế đi lại trên các bề mặt dốc, cũng như dáng đi chưa được bình thường. Tại thời điểm 3 tháng cho thấy bệnh nhân không còn đau nhưng dáng đi chưa hoàn toàn trở về bình thường, biên độ vận động chân ở mức trung bình cũng như chưa đạt sự ổn định khớp cổ chân. Tại thời điểm 6 tháng, các chức năng cổ bàn chân đã trở về gần như bình thường so với trước chấn thương.

Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ít nhiều có tỷ lệ ảnh hưởng tới sụn phát triển cũng như trực chi [9]. Theo nghiên cứu của Adam Margalit [1] năm 2020 tỷ lệ đóng sớm sụn tiếp hợp của các bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày loại II từ 30-40%. Trong nghiên cứu của Franco Russo [6] năm 2013 với 96 bệnh nhân cho thấy nhóm di lệch <2mm có 29% có cầu xương, nhóm di lệch 2-4mm có 33% có cầu xương, nhóm bệnh nhân di lệch >4mm được điều trị bằng phẫu thuật có 55% có cầu xương. Trong nghiên cứu của Adam Barmada [7] năm 2003 cho thấy tỷ lệ cầu xương sau điều trị gãy

bong sụn tiếp là 36%.

Một số hình ảnh kết quả sau nắn bột



Hình 4.2 một số hình ảnh XQ sau nắn xương, bó bột trong nhóm NC

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam/nữ là 24/11
- Độ tuổi hay gặp nhất là 9-15 tuổi chiếm 60,2%,
Độ tuổi trung bình $10,51 \pm 4,23$
- Tỷ lệ chân phải/trái là 16/17, không có Bn nào bị 2 chân.
- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt và Tn giao thông.
- Hầu hết các bệnh nhân được nắn chỉnh trong 24 giờ đầu chiếm 57,1%
- Phân loại theo Salter –Harris, loại II chiếm phần lớn với 68,6%
- Sau khi nắn hầu hết ổ gãy di lệch <2mm chiếm 91,4%
- Các bệnh nhân đều liền xương tốt sau điều trị
- Chụp phim kiểm tra có 3/35 bệnh nhân vẹo trục trong ngoài, 2/35 vẹo trước-sau
- Tại thời điểm 1 tháng 5,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 94,3% khá
- Tại thời điểm 3 tháng 96,95% đạt kết quả tốt trở lên.
- Tại thời điểm 6 tháng 100% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Adam Margalit, MD, Kranti V. Peddada, MD, Alexandra M. Dunham, MD, Craig M. Remenapp, MS, and R. Jay Lee, MD (2020) Salt."
2. "Jalkanen, Jenni MD, PhD*; Sinikumpu, Juha-Jaakko MD, PhD†; Puhakka, Jani MD‡; Laaksonen, Topi MD‡; Nietosvaara, Yrjänä M."
3. "Hoon Park, 1 Dong Hoon Lee, 2 Seung Hwan

- Han,1 Sungmin Kim,2 Nam Kyu Eom,1 and Hyun Woo Kim2 2018 What is the best treatme."
4. "Salter RB, Harris WR. Injuries involving the epiphyseal plate. J Bone Joint Surg Am. 1963;45:587-622."
 5. "Schurz M, Binder H, Platzner P, Schulz M, Hajdu S, Vecsei V.. Physeal injuries of the distal tibia: Long-term results in."
 6. "Franco Russo 1, Molly A Moor, Scott J Mubarak, Andrew T Pennoc 2013 Salter-Harris II fractures of the distal tibia: does."
 7. "Barmada A, Gaynor T, Mubarak SJ. Premature physeal closure following distal tibia physeal fractures: a new radiographic."
 8. "Melchior B, Badelon P, Peraldi P, Bensahel H. Les fractures decollemetes epiphysaires de l'extremite inferieure du tibi."
 9. "Sanctis N, Della Corte S, Pempinello C. Distal tibial and fibular epiphyseal fractures in children: Prognostic criteria."

TỰ CHĂM SÓC BẢN THÂN CỦA SINH VIÊN Y KHOA NĂM THỨ BA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM HỌC 2021 - 2022

Nguyễn Thị Thu Hương*, Trần Thơ Nhị*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tự chăm sóc bản thân của sinh viên Y khoa năm thứ ba Trường Đại Học Y Hà Nội và một số thuận lợi, khó khăn. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng. **Kết quả:** Trong các hành động tự chăm sóc bản thân, sinh viên thực hành tự chăm sóc thể chất chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%), xã hội (26,2%), cảm xúc (21,1%), tâm lý (8,3%) và tâm linh chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,6%). Những yếu tố thuận lợi trong quá trình tự chăm sóc của sinh viên bao gồm: vận dụng kiến thức vào việc tự chăm sóc (15,3%), được sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè hoặc những người khác với tỷ lệ lần lượt là 56,7%, 55,3%, 12,3%. Bên cạnh những thuận lợi, sinh viên cũng gặp phải một số khó khăn như: thiếu thời gian cho hoạt động tự chăm sóc (93%), căng thẳng, áp lực từ việc học (38,9%), phụ thuộc kinh tế gia đình (28,3%), môi trường sống chưa phù hợp (14,2%). **Kết luận:** Hành động tự chăm sóc thể chất thường được sinh viên quan tâm, thực hiện nhiều nhất so với các hoạt động tự chăm sóc khác.

Từ khóa: Tự chăm sóc bản thân, sinh viên, thuận lợi, khó khăn.

SUMMARY

SELF-CARE OF THIRD YEAR STUDENTS OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN ACADEMIC YEAR 2021 - 2022

Objective: To describe the situation along with the advantages and disadvantages of self-care practices of third-year medical students at Hanoi Medical University. **Method:** A cross-sectional study design was conducted combining qualitative and quantitative. **Results:** Among self-care practices, the percentage of students reporting physical self-care was the highest percentage (83,6%), followed by social (26,2%), emotional (21,1%), psychological

(8,3%), and spiritual accounted for the lowest proportion (7,6%). Advantaging factors of self-care process were applying knowledge to self-care (15,3%), seeking help from family, friends or others (56,7%, 55,3%, 12,3% respectively). Besides the advantages, students also had to face several difficulties such as lacking time for self-care activities (93%), experiencing stress from studying (38,9%), depending on family finance (28,3%), inappropriate living environment (14,2%). 4.4% of the students had no companion during self-care process. **Coclusion:** Physical self-care activities was the most common practice and mostly performed by students, compared to other self-care activities.

Keywords: Self-care, student, disadvantages, advantages.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự chăm sóc bản thân là hành động đáp ứng các nhu cầu tâm sinh lý và xã hội của của một người. Tuy nhiên việc tự chăm sóc vẫn chưa được quan tâm nhiều. Bằng chứng là tỷ lệ các bệnh mãn tính có thể phòng ngừa được ngày càng gia tăng [1]. Ở Việt Nam, bệnh không lây nhiễm chiếm; 75% gánh nặng bệnh tật [2]. Các bệnh lý liên quan lối sống chiếm 75% đến 80% các ca bệnh đều thuộc nhóm bệnh lý có thể phòng ngừa [3]. Tự chăm sóc bản thân được ghi nhận giảm 40% các bệnh lý liên quan đến lối sống [2].

Trường đại học Y Hà Nội là trường y đầu ngành và lâu đời nhất của khu vực phía Bắc, đảm nhiệm việc tuyển chọn và đào tạo đội ngũ cán bộ y tế chủ yếu cho xã hội, nên môi trường học tập tại trường Y Hà Nội rất kỷ luật, nghiêm khắc và nhiều áp lực. Sinh viên Y với khối lượng kiến thức lớn, thời gian học tập dài và các đặc thù của nghề nghiệp như thực hành lâm sàng hay trực tại bệnh viện là một đối tượng cần được đánh giá. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng sinh viên Y có tỷ lệ cao các dấu hiệu của trầm cảm, lo âu và stress trong suốt những năm

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: thuhuonghmu1108@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

đại học [4]. Vì vậy, việc tự chăm sóc sức khỏe ở sinh viên Y cần được quan tâm. Bên cạnh đó, cần nghiên cứu một số thuận lợi và khó khăn trong quá trình tự chăm sóc từ đó đề ra cách giải quyết thích hợp cho sinh viên. Một nghiên cứu tại Hoa Kỳ cũng cho thấy áp lực học tập và cuộc sống gia tăng, hạn chế về thời gian, điều kiện kinh tế thường ngăn cản sinh viên tự chăm sóc cho chính họ một cách đầy đủ [5].

Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng tự chăm sóc bản thân của sinh viên Y khoa năm thứ 3 của Trường Đại học Y Hà Nội. Bên cạnh đó, cũng tìm ra những thuận lợi và khó khăn trong quá trình tự chăm sóc của sinh viên khi đang học tập tại trường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian:

275 sinh viên Y khoa năm 3 đang học tập tại trường trong thời gian tháng 11/2021 – 1/2021 với:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sinh viên Y khoa năm thứ ba đang học tại trường Đại học Y Hà Nội năm học 2021-2022 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sinh viên không có khả năng tự trả lời các câu hỏi nghiên cứu hoặc vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

a) **Nghiên cứu định lượng:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ, sử dụng độ tin cậy là 95% và sai số trong khoảng cho phép là 10%.

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

Tổng số sinh viên Y3 Y khoa trường Đại học Y Hà Nội năm học 2021 – 2022 là 535. Sau khi tiến hành hiệu chỉnh cỡ mẫu dựa vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là $N_h = 235$ sinh viên. Chúng tôi tăng cỡ mẫu lên 10% với lý do loại bỏ một số phiếu không hợp lệ, như vậy cỡ mẫu $N_h = 259$ sinh viên. Thực tế có 275 sinh viên tham gia điều tra.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

b) **Nghiên cứu định tính:** Nghiên cứu đã tiến hành PVS 10 sinh viên Y khoa năm thứ 3, trong đó có 6 nữ và 4 nam từ mẫu định lượng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu chỉ tiêu và có chủ đích.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu. Toàn bộ phiếu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Redcap. Sau khi nhập liệu xong, bộ số liệu được chuyển sang phần mềm SPSS 22 để làm sạch và tiến hành phân tích.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương của Viện Đào tạo YHDP và YTCC trường Đại học Y Hà Nội và các phòng ban liên quan. Việc tham gia nghiên cứu của sinh viên hoàn toàn tự nguyện khi được giải thích rõ về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu Các thông tin thu được từ đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được bảo mật. Sinh viên có thể dừng nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho sinh viên, Ban giám hiệu và các phòng ban liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

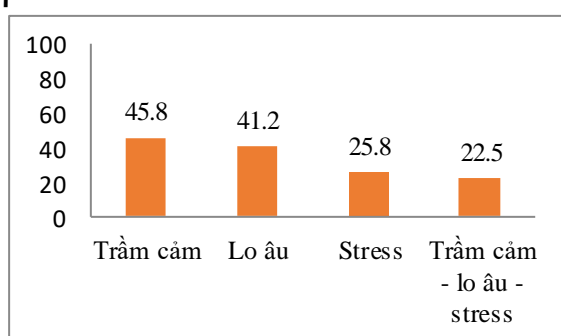
3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	147	53,5
	Nữ	128	46,5
Nơi sinh	Thành thị	78	28,4
	Nông thôn	97	71,6
Nơi ở hiện tại	Sống cùng gia đình	29	10,5
	Ký túc xá	102	37,1
	Ở trọ	123	44,7
	Ở nhà anh em, họ hàng	21	7,6
Khó khăn về tài chính	Có	188	68,4
	Không	87	31,6
Thu nhập bình quân hàng tháng	Trên 3 triệu đồng	60	21,8
	Từ 2 đến 3 triệu đồng	69	34,9
	Từ 1 đến 2 triệu đồng	50	18,2
	Dưới 1 triệu đồng	96	25,1

Giải pháp khi gặp khó khăn trong cuộc sống	Tự mình giải quyết một mình	172	62,5
	Tâm sự/nhờ sự giúp đỡ của gia đình	91	33,1
	Tâm sự/ nhờ sự giúp đỡ của bạn bè	113	41,1
	Tâm sự/ nhờ sự giúp đỡ của người yêu	29	10,5
	Đi chùa/ nhà thờ	9	3,3
	Uống rượu bia/ hút thuốc	8	2,9

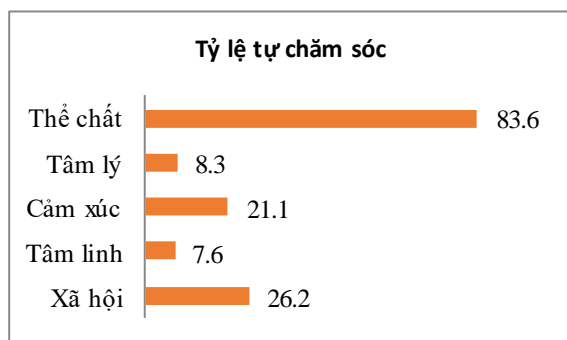
Nhận xét: Trong số 275 sinh viên có 53,5% nam, 46,5% nữ. Nơi sinh đa số ở nông thôn (71,6%). Hiện tại, số sinh viên đang sống tự lập chiếm tỷ lệ cao (37,1% ở ký túc xá, 44,7% ở trọ), sống cùng với gia đình, họ hàng lần lượt là 10,5% và 7,6%. Trong đó, có tới 68,4% cho biết có khó khăn về tài chính với thu nhập bình quân hàng tháng là 2-3 triệu đồng (34,9%), dưới 1 triệu đồng chiếm tỷ lệ lớn (25,1%), trên 3 triệu đồng (21,8%) và từ 1-2 triệu đồng chiếm tỷ lệ thấp nhất (18,2%). Khi gặp khó khăn trong học tập và cuộc sống, sinh viên thường chọn cách tự giải quyết một mình (62,5%), sau đó là nhờ sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè (33,1% và 41,1%), chỉ có một số ít chọn cách khắc phục khác như đi chùa, cầu nguyện hoặc sử dụng chất kích thích.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress trên sinh viên theo thang DASS-21

Nhận xét: Biểu đồ 1 nhằm đánh giá tình trạng sức khỏe tinh thần trên sinh viên, từ đó tiếp cận các hoạt động tự chăm sóc sức khỏe tinh thần, cảm xúc ở nhóm đối tượng này. Từ biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ trầm cảm trong sinh viên chiếm tỷ lệ lớn nhất với 45,8%, các tỷ lệ lo âu và stress thấp hơn, lần lượt là 41,2% và 25,8%. Tỷ lệ sinh viên bị đồng thời lo âu và trầm cảm thấp nhất (22,5%).

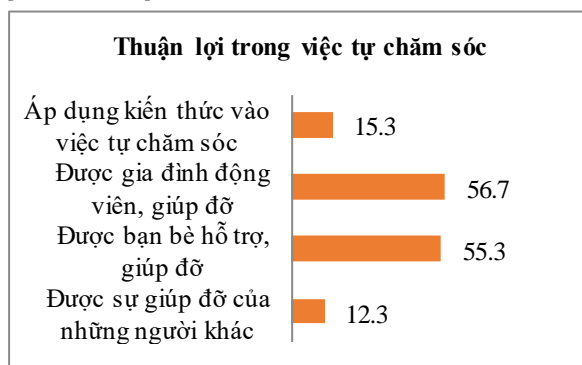
3.2. Tự chăm sóc bản thân của sinh viên Y khoa năm thứ ba



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tự chăm sóc trên sinh viên Y khoa năm thứ ba

Nhận xét: Theo biểu đồ, số sinh viên tự chăm sóc thể chất chiếm tỷ lệ nhiều nhất (83,6%), gồm các hành động như: ăn uống đầy đủ, sử dụng các thực phẩm sạch, ngủ đủ giấc (6-8 tiếng/ngày), tập luyện thể dục thể thao, chăm sóc da... Tự chăm sóc về mặt xã hội cũng được quan tâm (26,2%), gồm các hành động như giữ liên lạc với bạn cũ, tham gia sinh hoạt CLB tổ đội nhóm... Và các hành động tự chăm sóc khác như cảm xúc (21,1%), phần lớn các bạn sinh viên tự chăm sóc cảm xúc bằng việc dành thời gian thư giãn, tự tìm hiểu một lĩnh vực giải trí khác, tâm lý (8,3%) và tâm linh (7,6%) với hoạt động ngồi thiền là chủ yếu.

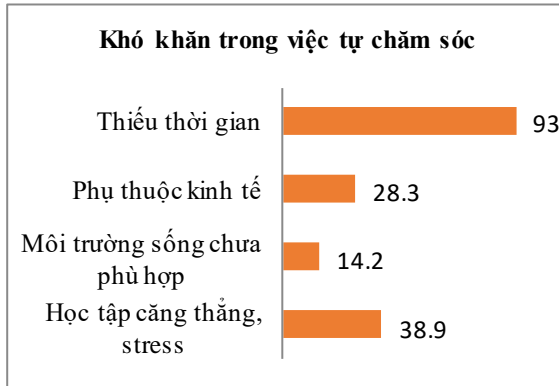
3.3. Một số thuận lợi và khó khăn trong quá trình tự chăm sóc của sinh viên



Biểu đồ 3. Một số thuận lợi trong quá trình tự chăm sóc của sinh viên

Nhận xét: Sinh viên nhận được nhiều sự quan tâm, giúp đỡ trong quá trình tự chăm sóc. Trong đó, thuận lợi do được gia đình và bạn bè giúp đỡ, hỗ trợ chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong việc tự chăm sóc với tỷ lệ lần lượt là 58,5% và 56,7%. Ngoài ra, các thuận lợi khác cũng được ghi nhận như được những người khác giúp đỡ (người yêu, anh chị em họ hàng, bác hàng xóm,

thầy cô giáo, nhà trường, các tổ chức xã hội,...) là 12,3%. Bên cạnh đó, có 15,3% sinh viên cho biết thuận lợi trong việc áp dụng kiến thức đã học vào việc tự chăm sóc bản thân. Ngoài ra, có 9,8% chưa gặp thuận lợi nào tốt cho quá trình tự chăm sóc bản thân của mình.



Biểu đồ 4. Một số khó khăn trong quá trình tự chăm sóc của sinh viên

Nhận xét: Biểu đồ 3.4 cho thấy có đến 93% sinh viên cho biết họ thiếu thời gian để thực hiện tự chăm sóc bản thân, 38,9% thể hiện việc học tập tại trường y nhiều căng thẳng, stress với lịch học và thi nhiều. Bên cạnh đó, cũng có nhiều khó khăn do tài chính cá nhân ít ỏi, sinh viên còn phụ thuộc vào kinh tế gia đình (28,3%) hoặc những khó khăn do môi trường sống không thuận lợi (14,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tự chăm sóc bản thân của sinh viên Y khoa năm thứ ba. Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng, hơn 80% số sinh viên Y khoa thực hiện tự chăm sóc về thể chất bao gồm các hành động như ăn uống đủ bữa, đầy đủ dinh dưỡng, ngủ đủ giấc, tập thể dục thường xuyên. Chiếm tỷ lệ lớn thứ hai là chăm sóc sức khỏe xã hội (26,2%). Các tỷ lệ khác như chăm sóc sức khỏe xã hội, tâm lý, tâm linh lần lượt chiếm tỷ lệ 21,1%, 8,3%, 7,6%.

4.2. Một số thuận lợi và khó khăn trong quá trình tự chăm sóc

• Thuận lợi

a) Kiến thức, kinh nghiệm. Có 17,4% sinh viên cho biết mình có trang bị kiến thức cho quá trình tự chăm sóc. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Richartson trên 628 sinh viên Y khoa tại Hoa Kỳ là 22,4%. Khác biệt này là do cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn hoặc những khác biệt về kinh tế, văn hóa giữa các khu vực.

b) Sự giúp đỡ của những người xung quanh. Các đối tượng cho biết, có rất nhiều người xung

quanh quan tâm và giúp đỡ mình trong quá trình tự chăm sóc. Trong đó, chiếm tỷ lệ lớn nhất là gia đình và những người bạn thân thiết với tỷ lệ lần lượt là 56,7% và 55,3%. Tỷ lệ này lớn hơn so với nghiên cứu của A.Picton trên 145 sinh viên Y khoa năm 3 – 5 trường đại học Birmingham với gia đình (30,5%) và bạn bè (26,3%) [6]. Bên cạnh đó, các câu lạc bộ trong trường, các tổ chức xã hội cũng là nơi sinh viên nhận được nhiều sự quan tâm, giúp đỡ, với tỷ lệ là 13,8% và 6,2%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Picton lần lượt là 11,8% và 5,6%. Ngoài ra, cũng có những cá nhân khác tham gia hỗ trợ, giúp đỡ sinh viên trong quá trình tự chăm sóc như giáo viên, gia sư, người yêu, hàng xóm nhưng chiếm tỷ lệ thấp.

• Khó khăn

a) Kinh tế. Các bạn sinh viên còn đang ngồi trên ghế nhà trường nên việc khó khăn về kinh tế là điều không tránh khỏi, trong đó có 28,3% cho biết gặp khó khăn do còn phụ thuộc vào kinh tế gia đình. Những khó khăn này có thể gồm việc không có tiền để mua dụng cụ tập thể dục yêu thích, các loại mỹ phẩm dưỡng da, những cuốn sách yêu thích hoặc là đi chơi với bạn bè.

b) Thời gian, áp lực học tập. Trường ĐHYHN là ngôi trường giáo dục nghiêm khắc, đòi hỏi các bạn sinh viên phải học tập và thi liên tục. Điều đó vừa làm gia tăng căng thẳng, stress, vừa khiến các bạn sinh viên không có thời gian cho việc tự chăm sóc. Tỷ lệ sinh viên báo cáo thiếu thời gian tự chăm sóc bản thân lên tới 93%. Bên cạnh đó, những khó khăn gặp phải trong quá trình học tập cũng chiếm tới 38,9%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Crossman trên 145 sinh viên trường đại học Y năm 2015 khi 90% sinh viên báo cáo họ gặp khó khăn nhiều nhất do thời gian học tập và thi cử nhiều khiến họ không thể tập thể dục hoặc giải trí [7].

c) Môi trường sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14,2% sinh viên cho biết môi trường sống chưa phù hợp cho nhu cầu tự chăm sóc của đối tượng, trong đó chủ yếu là sống trong ký túc xá.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tự chăm sóc sức khỏe thể chất chiếm tỷ lệ cao nhất 83,6%. Tỷ lệ này cũng lớn nhất trên từng giới, trong đó ở nam là 86,5%, nữ giới là 89,4%. Tiếp đến là tự chăm sóc xã hội, cảm xúc, tâm lý lần lượt là 26,2%, 21,1%, 8,3%.

Các yếu tố thuận lợi của sinh viên Y khoa năm thứ 3 bao gồm: kiến thức, sự giúp đỡ của mọi người xung quanh. Trong đó, sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè chiếm tỷ lệ lớn nhất (56,7% và

55,3%). Bên cạnh những thuận lợi, cũng có nhiều khó khăn gây cản trở cho sinh viên trong việc tự chăm sóc bản thân. Bao gồm: Kinh tế, thời gian, áp lực học tập và môi trường sống. Trong đó, tỷ lệ gặp khó khăn do thiếu thời gian lớn nhất (93%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jackson J. Self-Care Practices Among Undergraduate University Students. 71.
2. Choo T. (SG/Advisory). Sức Mạnh Của Việc Tu Chăm Sóc Sức Khỏe - Chính Phục Mục Tiêu Chăm Sóc Sức Khỏe Y Tế, 2020, 33.
3. Taking Charge of Your Health & Wellbeing. Taking Charge of Your Health & Wellbeing,

- <<https://www.takingcharge.csh.umn.edu/system/404>>, accessed: 15/11/2021.
4. Brazeau C.M.L.R., Shanafelt T., Durning S.J. và cộng sự, Distress among matriculating medical students relative to the general population. Acad Med, 2014, **89(11)**, 1520–1525.
 5. Guthrie E.A., Black D., Shaw C.M. và cộng sự, Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. Med Educ, 1995, **29(5)**, 337–341.
 6. Picton A. Work-life balance in medical students: self-care in a culture of self-sacrifice. BMC Med Educ, 2021, **21**, 8.
 7. Kushner R.F., Kessler S., và McGaghie W.C. Using Behavior Change Plans to Improve Medical Student Self-Care. Acad Med, 2011, **86(7)**, 901–906.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TIỀN PHẪU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 GIỮA, DƯỚI GIAI ĐOẠN II, III.

Nguyễn Thị Như An¹, Dương Thùy Linh¹,
Nguyễn Văn Hùng², Nguyễn Ngọc Sáng¹, Nguyễn Văn Ba¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III và đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 32 bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III được hóa xạ trị tiền phẫu với phác đồ hóa chất Paclitaxel/Carboplatin hàng tuần (liều Paclitaxel 50mg/m², Carboplatin AUC 2) kết hợp xạ trị (liều 41,4Gy/23Fr) và phẫu thuật sau kết thúc hóa xạ trị 4-6 tuần. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,22± 8,8 tuổi, 100% là nam giới. Triệu chứng chủ yếu là nuốt nghẹn 87,5%, chiều dài trung bình khối u là 5,09+1,51cm. 100% bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy, và đa số ở giai đoạn III (87,5%). Sau hóa xạ trị, 87,5% bệnh nhân có cải thiện triệu chứng chủ quan trên lâm sàng; 87,5% bệnh nhân có đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 trong đó đáp ứng hoàn toàn là 37,5%. Sau hóa xạ trị, 68,8% bệnh nhân được phẫu thuật. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR) là 45,5% với diện cắt R0 đạt 100%. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu phác đồ hóa chất PC (Paclitaxel+ Carboplatin) kết hợp với xạ trị liều 41,4Gy/23Fr là phương pháp có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu.

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT OUTCOMES OF PREOPERATIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY FOR PATIENTS WITH STAGE II, III MIDDLE-LOWER THIRD ESOPHAGEAL CANCER

Objectives: To describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of preoperative concurrent chemoradiotherapy for patients with stage II, III middle- lower third esophageal cancer. **Subjects and methods:** A descriptive retrospective combined prospective study on 32 patients with stage II, III middle- lower third esophageal cancer receiving preoperative concurrent chemoradiotherapy with weekly Paclitaxel/Carboplatin regimen (the dose of Paclitaxel was 50mg/m² in combination with Carboplatin administered the dose at AUC 2) and radiation with a dose of 41.4Gy/23Fr followed by surgery. **Results:** The means age was 55.22 ± 8.8 years old, the percentage of male was 100%. The rate of dysphagia was 87.5%, the mean length of tumor was 5.09+1.51cm. The pathology of patients was squamous cell carcinoma (100%) and most of them staged III (87.5%). After chemoradiotherapy, the overall clinical response rate reached 87.5%, the response rate according to RECIST 1.1 criteria was 87.5% with 37.5% of the patients achieving complete response. After chemoradiotherapy, 68.8% of patients underwent surgery. The pathologic complete response (pCR) rate was 45.5% and the rate of R0 resection was 100%. **Conclusion:** Preoperative concurrent chemoradiotherapy with weekly PC regimen and radiotherapy (41.4 Gy/23Fr) is an effective treatment for patients with stage II, III middle- lower third esophageal cancer. **Keyword:** Esophageal cancer, preoperative concurrent chemoradiotherapy.

¹Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như An

Email: nguyenthinhuan158@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư phổ biến đứng thứ 8 trong tổng số các loại ung thư và đứng thứ 3 trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư đại trực tràng và ung thư dạ dày. Theo Globocan 2020, Tại Việt Nam, UTTQ đứng thứ 14 trong những bệnh ung thư thường gặp nhất với 3281 chẩn đoán mới, chiếm 1,8% và 3080 ca tử vong mỗi năm chiếm 2,5% trong tổng số bệnh nhân tử vong do ung thư [1]. Điều trị UTTQ là điều trị đa mô thức, phối hợp các phương pháp điều trị khác nhau. Hiện nay, với những bệnh nhân UTTQ còn khả năng phẫu thuật, hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu trở thành xu thế mới trong điều trị nhằm mục đích: giúp thu gọn tổn thương tạo thuận lợi cho quá trình phẫu thuật và tiêu diệt các tế bào ung thư vi di căn nhằm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ do đó cải thiện khả năng sống sót [2]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy, để đóng góp vào dữ liệu nghiên cứu về hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu UTTQ giai đoạn còn khả năng phẫu thuật nhằm mong muốn cải thiện thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và không ngừng cải thiện kết quả trong điều trị UTTQ, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu trong điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III" với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III và đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ở nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân với chẩn đoán UTTQ 1/3 giữa, dưới giai đoạn II,

III được điều trị hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu phác đồ Paclitaxel- Carboplatin tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Tuổi từ 18-75 tuổi, PS 0-1.
+ Các BN UTTQ 1/3 giữa, dưới được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, giai đoạn II, III có thể phẫu thuật được theo phân loại của AJCC lần 8, năm 2017.

+ Các bệnh nhân điều trị lần đầu với hóa xạ trị, không có chống chỉ định với phẫu thuật, hóa xạ trị: không mắc các bệnh lý kết hợp nặng như: tim mạch, bệnh lý gan, thận....

+ Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có tuổi >75 hoặc <18 tuổi, chỉ số toàn trạng PS \geq 2.

+ UTTQ đoạn cổ, UTTQ 1/3 trên.

+ Bệnh nhân có hạch ở vị trí không thể phẫu thuật hoặc bệnh nhân UTTQ giai đoạn di căn xa.

+ Bệnh nhân đã hóa xạ trị trước đó hoặc có bệnh kết hợp nặng (tim mạch, gan, thận)

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ.

- Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, tiền sử, triệu chứng cơ năng, vị trí khối u, kích thước khối u, giai đoạn bệnh.

+ Đánh giá đáp ứng điều trị:

Sau hóa xạ trị 4-6 tuần: Đánh giá đáp ứng trên lâm sàng, trên CLVT theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

Sau phẫu thuật: Đánh giá trên số lượng bệnh nhân được phẫu thuật, xác định diện cắt, đáp ứng chung của u và hạch trên giải phẫu bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Thông tin	n=32	Thông tin	n=32
Tuổi: $\bar{x} \pm SD$	55,22 \pm 8,8	GPB: SCC	32 (100%)
<60	24 (75%)	Chiều dài trung bình u: $\bar{x} \pm SD$	5,09 \pm 1,51 cm
\geq 60	8 (25,1%)	Vị trí u:	
Giới: Nam	32 (100%)	1/3 giữa	14 (43,8%)
Nữ	0 (0%)	1/3 dưới	18 (56,2%)
Tiền sử: Không	2 (6,3%)	Giai đoạn u:	
Thuốc lá	4 (12,5%)	T2	5 (15,6%)
Rượu	2 (6,3%)		
Thuốc lá+ rượu	24 (75%)		
Nuốt nghẹn: Độ 0	4 (12,5%)		
Độ 1	8 (25%)		
Độ 2	15 (46,9%)		

Độ 3	5 (15,6%)	T3	27 (84,4%)
Độ 4	0 (0%)		
Sút cân: Không	13 (40,6%)	Giai đoạn bệnh:	
<10%	18 (56,3%)	II	4 (12,5%)
>10%	1 (3,1%)	III	28 (87,5%)

Nhận xét: - Tuổi trung bình là $55,22 \pm 8,8$ tuổi, trong đó chủ yếu bệnh nhân trong nhóm tuổi <60 (75%); nam giới chiếm 100%; yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá, uống rượu chiếm 93,7%.

- Nuốt nghẹn chiếm tỷ lệ 87,5%, trong đó chủ yếu là độ 1, 2 và không có bệnh nhân nào nuốt nghẹn độ 4. Đa số bệnh nhân giảm <10% trọng lượng cơ thể chiếm 56,3%.

- 100% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. Khối u ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 43,7% và 56,3%. Chiều dài trung bình của khối u là $5,09 \pm 1,51$ cm.

- 87,5% bệnh nhân ở giai đoạn III với tỷ lệ T3 là 84,4%.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị:

2.1. Kết quả điều trị sau hóa xạ đồng thời

Bảng 2. Đáp ứng triệu chứng lâm sàng chủ quan trước và sau điều trị

Đáp ứng chủ quan	n=32	%
Không còn triệu chứng	15	46,9
Thuyên giảm	13	40,6
Không thay đổi	4	12,5
Nặng hơn	0	0

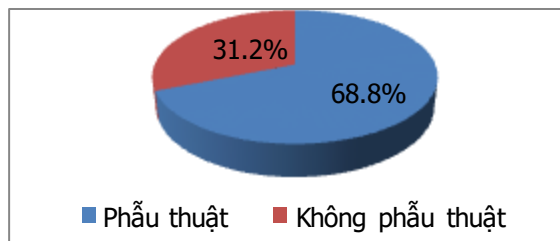
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng chủ quan trên lâm sàng sau điều trị là 87,5% trong đó 46,9% bệnh nhân không còn triệu chứng và không có bệnh nhân nào tiến triển về mặt lâm sàng.

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng theo RECIST 1.1

	n=32	%
Đáp ứng hoàn toàn	12	37,5
Đáp ứng một phần	16	50
Bệnh giữ nguyên	4	12,5
Tiến triển	0	0

Nhận xét: 87,5% bệnh nhân có đáp ứng với điều trị, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và 1 phần lần lượt là 34,4% và 53,1%.

2.2. Kết quả điều trị sau phẫu thuật:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật

Nhận xét. Sau hóa xạ trị, có 22 bệnh nhân phẫu thuật cắt đoạn thực quản (chiếm tỷ lệ 68,8%), 10 bệnh nhân còn lại không phẫu thuật

(chiếm 31,2%).

Bảng 4. Đánh giá diện cắt

Diện cắt	n=22	%
Rx	0	0
R0	22	100
R1	0	0
R2	0	0

Nhận xét: 100% số bệnh nhân được phẫu thuật sau hóa xạ trị đều có diện cắt âm tính (R0).

Bảng 5. Đáp ứng giải phẫu bệnh cả u và hạch sau phẫu thuật

Đáp ứng giải phẫu bệnh	n=22	%
Hoàn toàn (pCR)	10	45,5
Một phần	9	40,9
Không đáp ứng	3	13,6

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cả u và hạch trên giải phẫu bệnh (pCR): 45,5%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân UTTQ được hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật cho thấy: Tuổi trung bình là $55,22 \pm 8,8$ tuổi, trong đó chủ yếu là <60 tuổi (75%). Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hà với độ tuổi mắc bệnh trung bình là 55 ± 8 tuổi và hay gặp từ 40-59 tuổi [3], tác giả Hong Yang với tuổi trung bình là 60 tuổi và chủ yếu hay gặp ở bệnh nhân <60 tuổi chiếm 73,7% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều là nam giới. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa là 99,2% [5], Phạm Quang Anh là 97,1% [6]... Các yếu tố nguy cơ là rượu, thuốc lá gặp ở 30/32 bệnh nhân (93,7%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới chứng minh thuốc lá và rượu là hai yếu tố nguy cơ chính của UTTQ. Đây chính là nguyên nhân giải thích vì sao tỷ lệ mắc UTTQ ở nam giới cao gấp nhiều lần so với nữ giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng chủ yếu của bệnh nhân là nuốt nghẹn chiếm 87,5%, trong đó đa số đều nuốt nghẹn độ 1,2, gây sút cân là 59,4% với chủ yếu giảm <10% trọng lượng cơ thể (56,3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà với tỷ lệ nuốt nghẹn và sút cân lần lượt là 81,8% và 61,4% [3], Trần Văn Tiến là 88,6% và 82,9% [7].

Về vị trí giải phẫu, tỷ lệ u thực quản 1/3 giữa và dưới lần lượt là 43,7% và 56,3%, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa với tỷ lệ

là 44% và 56% [5]. 100% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. Kết quả này cao hơn so với tác giả P. van Hagen với chỉ 23% bệnh nhân ung thư biểu mô vảy [8]. Bởi lẽ, theo các nghiên cứu trên thế giới, UTBM tuyến có liên quan với tình trạng béo phì và các hội chứng rối loạn chuyển hoá. Trong khi đó, thuốc lá và rượu là yếu tố của UTBM vảy hơn là UTBM tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân đều có tiền sử hút thuốc, uống rượu và không có bệnh nhân nào béo phì, thừa cân. Điều này lý giải tại sao tỷ lệ UTBM vảy trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%.

Đánh giá về giai đoạn bệnh, đa số bệnh nhân ở giai đoạn III với tỷ lệ 87,5%, trong đó T3 chiếm 84,4%. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Trần Văn Tiến với tỷ lệ giai đoạn III, II lần lượt là 84,1 và 15,9% [3], hay theo tác giả tác giả Hong Yang là 83,9% và 16,1% [4]. Chiều dài trung bình khối u là $5,09 \pm 1,51$ cm, cao hơn so với nghiên cứu của P. van Hagen là 4cm [8].

2. Đánh giá hiệu quả điều trị:

- Lâm sàng: Sau khi kết thúc hoá xạ trị đủ liều, bệnh nhân được nghỉ 4-6 tuần sau đó đánh giá lại, hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có đáp ứng về mặt triệu chứng cơ năng với 87,5%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân không còn triệu chứng là 46,9%, bệnh nhân hết nuốt nghẹn, ăn uống tốt, tăng cân so với trước điều trị; 40,6% bệnh nhân thuyên giảm triệu chứng sau điều trị và không có bệnh nhân nào tiến triển nặng hơn về mặt lâm sàng.

- Cận lâm sàng: Trên hình ảnh chụp CLVT, tỷ lệ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 cũng tương đồng với tỷ lệ đáp ứng cơ năng với 87,5% bệnh nhân đáp ứng với điều trị, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần lần lượt là 37,5% và 50%, không có bệnh nhân nào tiến triển sau hóa xạ trị. So sánh với một số nghiên cứu về hóa xạ trị tiên phẫu sử dụng phác đồ tương tự, hóa chất PC (Paclitaxel+ Carboplatin) hàng tuần+ xạ trị liều 41,4Gy/23Fr, tỷ lệ đáp ứng trên CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt. Cụ thể, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà, Trần Văn Tiến với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lần lượt là 22,7% và 25,7% [3], [7]. Kết quả này khá dao động ở các nghiên cứu khác nhau, điều này được giải thích sau hóa xạ trị, các tổn thương xơ hóa, viêm sau xạ khiến việc đánh giá chính xác gặp nhiều khó khăn, phụ thuộc vào kinh nghiệm chủ quan của các bác sỹ chẩn đoán hình ảnh. Hơn nữa, thực quản là khối u đặc nhưng lại là một ống tiêu hóa nên đánh giá khối u đôi khi khó dựa

vào CLVT trong mọi trường hợp. Tuy nhiên với các kết quả ban đầu đã cho thấy kết quả đáp ứng tốt của hóa xạ trị tiên phẫu trong UTTQ, giúp đạt tỷ lệ đáp ứng cao.

Sau hóa xạ trị đồng thời, có 22/32 bệnh nhân được phẫu thuật (chiếm 68,8%). So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Như nghiên cứu của tác giả P. van Hagen, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật là 168/178 (94%), trong đó 2 bệnh nhân từ chối phẫu thuật, 7 bệnh nhân do tiến triển sau hóa xạ trị [8]. Nghiên cứu của tác giả Hong Yang, 185/224 bệnh nhân được phẫu thuật (82,6%), trong đó 29 bệnh nhân từ chối phẫu thuật, 2 bệnh nhân do tiến triển sau điều trị và còn lại 7 bệnh nhân không thể phẫu thuật do thể trạng kém hoặc do tác dụng không mong muốn sau hóa xạ trị [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10 bệnh nhân không phẫu thuật đều do nguyện vọng của bệnh nhân và gia đình từ chối điều trị, không có bệnh nhân nào không được phẫu thuật do tiến triển sau hóa xạ trị hay do tác dụng không mong muốn của phác đồ tân bổ trợ gây ảnh hưởng đến quyết định phẫu thuật.

Trong số 22 bệnh nhân được phẫu thuật, kết quả thu được, tỷ lệ diện cắt R0 đạt 100%. Kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như: nghiên cứu của Phạm Quang Anh với tỷ lệ R0 là 100% [6] Nguyễn Thị Hà là 93,2%[3]. Đánh giá tỷ lệ đáp ứng của u và hạch trên giải phẫu bệnh cho kết quả đáp ứng hoàn toàn (pCR) là 45,5%, đáp ứng 1 phần là 40,9% và có 13,6% bệnh nhân không có đáp ứng sau điều trị. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của u và hạch trên giải phẫu bệnh (pCR) là 43,2% [3], nghiên cứu của Phạm Quang Anh là 54,3% [6], hay tác giả Hong Yang trong thử nghiệm NEOCRTEC5010 là 43,2%. Theo tác giả P.van Hagen trong thử nghiệm CROSS tiến hành so sánh giữa 2 nhóm hóa xạ trị tiên phẫu với phác đồ tương tự (hóa chất phác đồ PC+ xạ trị liều 41,4Gy/23Fr) sau đó phẫu thuật cho kết quả tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR) là 29%, trong đó tỷ lệ này ở nhóm ung thư biểu mô tuyến là 23% và nhóm ung thư biểu mô vảy là 49% ($p=0.008$)[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy; vì vậy kết quả của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của

nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Tuổi trung bình là 55,22+ 8,8 tuổi.
- 100% bệnh nhân là nam giới
- 93,7% bệnh nhân có tiền sử uống rượu và/hoặc hút thuốc lá.
- Triệu chứng nuốt nghẹn ở 87,5% trường hợp, chủ yếu nuốt nghẹn độ 1,2.
- Chiều dài trung bình của u là 5,09±1,51cm.
- 100% mô bệnh học là UTBM tế bào vảy.
- Chủ yếu là giai đoạn III, chiếm 87,5%, trong đó u T3 chiếm 84,4%.

2. Hiệu quả điều trị của phương pháp hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu. Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu phác đồ hóa chất PC (Paclitaxel+ Carboplatin) kết hợp với xạ trị liều 41,4Gy/23Fr có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân UTTQ 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III. Phương pháp này giúp 87,5% bệnh nhân cải thiện triệu chứng cơ năng, tỷ lệ đáp ứng theo RECIST là 87,5%, với 37,5% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Sau hóa xạ trị, 100% bệnh nhân được phẫu thuật có diện cắt R0 và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của u và hạch trên mô bệnh học (pCR) là 45,5%.

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): p. 209-249.

2. **Kumar T., Pai E., Singh R., et al.** (2020), Neoadjuvant strategies in resectable carcinoma esophagus: a meta-analysis of randomized trials, World Journal of Surgical Oncology. **18**(1): p. 59.

3. **Nguyễn Thị Hà** (2021), Kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới giai đoạn II, III tại bệnh viện TWQĐ 108, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội

4. **Yang H., Liu H., Chen Y., et al.** (2018), Neoadjuvant Chemoradiotherapy Followed by Surgery Versus Surgery Alone for Locally Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus (NEOCRTEC5010): A Phase III Multicenter, Randomized, Open-Label Clinical Trial, J Clin Oncol. **36**(27): p. 2796-2803.

5. **Nguyễn Xuân Hòa**(2018), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản và nạo vét hạch rỗng hai vùng (ngực- bụng) trong điều trị ung thư thực quản, Luận án tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội

6. **Phạm Quan Anh**(2021), Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ung thư biểu mô thực quản 1/3 giữa dưới, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội

7. **Trần Văn Tiên**(2021), Kết quả và tác dụng không mong muốn của điều trị hóa xạ trị tiền phẫu ở bệnh nhân ung thư thực quản, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội

8. **van Hagen P., Hulshof M.C., van Lanschot J.J., et al.** (2012), Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer, N Engl J Med. **366**(22): p. 2074-84.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM 10 NĂM HOÁ - XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Ngọc Tấn¹, Trần Thắng¹, Vũ Hồng Thăng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm lâu dài của hóa xạ trị đồng thời bổ trợ trong ung thư trực tràng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 75 người bệnh ung thư trực tràng giai đoạn (pT₃₋₄, N₀M₀ và pT_{bất kỳ} N₁₋₂ M₀) được điều trị tại Bệnh viện K từ 2012 đến 2017. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 10 năm là 52,0%. Thời gian sống thêm toàn bộ (STTB) theo nồng độ CEA trước phẫu thuật CEA ≤5 ng/ml là 96,2±6,2 tháng cao hơn nhóm có CEA > 5ng/ml là 54,6±5,8 tháng với p=0,01% và sau phẫu

thuật tại thời điểm 10 năm với CEA ≤5 ng/ml sau phẫu thuật ng/ml là 85,4±5,6 tháng cao hơn nhóm có CEA > 5ng/ml là 59,1±10,9 tháng với p=0,2%. Thời gian STTB trung bình cho giai đoạn II và III tương ứng là 96±6,3 tháng và 59,2±6,0 tháng (p=0,006). STTB trung bình theo vị trí ung thư trực tràng cao, trung bình, thấp tương ứng là 86,2±15,5 tháng, 66,3±5,2 tháng và 75,2±5,9 tháng (p=0,820). STTB trung bình theo cách thức phẫu thuật LAR, Miles và Hartmann tương ứng là 87,4±6,8 tháng; 74,92±6,9 tháng và 41,9±8,1 tháng (p=0,035). STTB trung bình theo độ biệt hoá của tế bào cao, vừa và thấp tương ứng là 67,8±10,6 tháng; 83,7±6,3 tháng và 67,7±9,0 tháng (p=0,98). STTB trung bình theo giới tính nam và nữ tương ứng là 89,0±6,7 tháng và 63±6,6 tháng (p=0,118). **Kết luận:** Hóa xạ trị sau mổ kéo dài thời gian sống thêm đối với các trường hợp ung thư trực tràng giai đoạn II-III, có sự khác biệt thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm theo nồng độ CEA trước và sau mổ, theo giai đoạn.

Từ khóa: Ung thư trực tràng; điều trị bổ trợ; hóa xạ trị sau phẫu thuật; thời gian sống thêm toàn bộ.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Tấn

Email: tan.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

SUMMARY**EVALUATING OVERALL SURVIVAL AT 10 YEARS OF POSTOPERATIVE CHEMORADIATION THERAPY ON PATIENTS WITH STAGE II, III RECTAL CANCER WAS TREATED AT K HOSPITAL**

Purpose: The aim was to evaluate the effectiveness of survival in patients with stage II-III rectal cancer adjuvant given in chemoradiotherapy. **Material/methods:** From 2012 to 2017, a total of 75 patients with stage II-III rectal cancer at K hospital were evaluated retrospectively for the efficacy of postoperative chemoradiation. Survival data and factors affecting survival were analyzed. **Results:** Seventy-five patients received postoperative chemoradiotherapy, OS at 10 years was 52.0%. There was a statistically significant difference in overall survival (OS) according to preoperative CEA concentration ≤ 5 ng/ml was $96,2 \pm 6,2$ months higher than the group with CEA > 5 ng/ml was $54,6 \pm 5,8$ months, with $p=0.01\%$ and median OS after surgery with CEA ≤ 5 ng/ml after surgery was $85,4 \pm 5,6$ month higher than the group with CEA > 5 ng/ml was $59,1 \pm 10,9$ months with $p=0.2\%$. OS for stages II and III was $96 \pm 6,3$ months vs. $59,2 \pm 6,0$ months. The median OS based on the location of rectal cancer was $86,2 \pm 15,5$ months, $66,3 \pm 5,2$ months, and $75,2 \pm 5,9$ months, respectively ($p=0.820$). According to the LAR, Miles, and Hartmann procedures, the median OS was $87,4 \pm 6,8$ months, $74,9 \pm 26,9$ months, and $41,9 \pm 8,1$ months, respectively ($p=0.035$). The median OS for well differentiated (low grade), moderately differentiated (intermediate grade), and poorly differentiated (high grade) cancers was $67,8 \pm 10,6$ months, $83,76,3$ months, and $67,7 \pm 9,0$ months, respectively ($p=0.98$). Men had a median OS mean number of $89,0 \pm 6,7$ months and women had a median OS mean number of $63 \pm 6,6$ months ($p=0.118$). **Conclusion:** Postoperative chemoradiotherapy prolongs survival for patients with stage II-III rectal, there were significant differences in overall survival at 10 years according to CEA concentration before and after surgery, by stage.

Keywords: Rectal cancer; Adjuvant therapy; Chemotherapy; Postoperative chemoradiation; Survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ghi nhận của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC năm 2018 có khoảng 1,8 triệu ca mới mắc và khoảng 694.000 ca tử vong. Tại Hoa Kỳ, năm 2018 có 140.250 ung thư đại trực tràng bao gồm 97.220 trường hợp ung thư đại trực tràng và trường hợp UTTT mới mắc 43,030 ung thư trực tràng và ước tính 50.630 người chết do UTĐTT [1]. Ở nước ta, ghi nhận ung thư ở Hà Nội, UTĐTT đứng hàng thứ 5 ở cả 2, theo thống kê năm 2000, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng chuẩn hóa theo tuổi ở nam và nữ tương ứng là 11,4/100.000 và 8,3/100.000 [2].

Điều trị UTTT phối hợp đa mô thức: trong đó

phẫu thuật có vai trò chính trong điều trị triệt căn, tia xạ có vai trò kiểm soát tại vùng, hóa chất có thể kiểm soát vi di căn. Hóa xạ trị tiền phẫu là phác đồ chuẩn điều trị cho BN UTTT giai đoạn II, III cải thiện thời gian sống thêm, làm tăng tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, giảm tác dụng phụ [3]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh, hóa xạ trị đồng thời hỗ trợ sau phẫu thuật cho các BN ung thư trực tràng giai đoạn II, III cho kết quả thời gian sống thêm và thời gian sống thêm không bệnh tương đương với hóa xạ trị tiền phẫu. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của hóa xạ trị hỗ trợ sau mổ sau 10 năm trong UTTT tại Bệnh viện K. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả thời gian sống thêm lâu dài của hóa xạ trị đồng thời hỗ trợ trợ ung thư trực tràng giai đoạn II, III sau phẫu thuật, đồng thời phân tích một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 75 người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng giai đoạn II, III (pT_{3-4}, N_0M_0 và $pT_{bất\ kị}N_{1-2}M_0$) được phẫu thuật sau đó được hóa xạ trị đồng thời từ Tháng 01/2012 đến Tháng 12/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định ung thư trực tràng, giai đoạn II,III. Người bệnh tham gia đầy đủ liệu trình điều trị. Chỉ số toàn trạng PS 0-1. Được theo dõi đầy đủ thời gian sống thêm sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư trực tràng giai đoạn I, IV; người bệnh mắc các bệnh ung thư khác; không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Mắc các bệnh khác: như suy thận, suy tim, suy gan.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

Phương pháp tiến hành: Người bệnh ung thư trực tràng sau mổ giai đoạn II-III lấy vào nghiên cứu. Đánh giá người bệnh trước điều trị hóa xạ đồng thời: thăm khám lâm sàng, ghi nhận các thông tin về tuổi giới, giai đoạn bệnh, vị trí u, loại GPB, nồng độ CEA huyết thanh. Điều trị hóa xạ đồng thời sau mổ: xạ trị: 45-50,4 Gy, phân liều 1,8 Gy/ngày x 5 ngày/tuần kết hợp Capecitabin 825 mg/m² x 2 lần/ngày, uống liên tục trong các ngày xạ trị. Kết hợp phác đồ hóa chất Xelox x 6 chu kỳ.

Đánh giá kết quả: BN được tiến hành đánh giá lại qua thăm khám lâm sàng, chụp CT-Scan / MRI tiểu khung, định lượng nồng độ CEA huyết thanh. Đánh giá theo dõi thời gian sống thêm

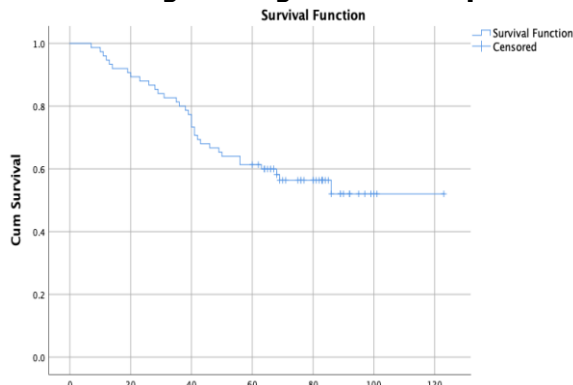
toàn bộ (gọi điện, gửi thư), thời gian sống thêm liên quan đến một số yếu tố tiên lượng.

Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt của các biến định tính giữa hai nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$. Thời gian sống thêm được tính bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier, so sánh sự khác biệt bằng log-rank test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 75 người bệnh nghiên cứu với chẩn đoán UTTT giai đoạn II, III được phẫu thuật sau đó được hóa xạ trị đồng thời từ Tháng 01/2012 đến Tháng 12/2017 cho một số kết quả như sau:

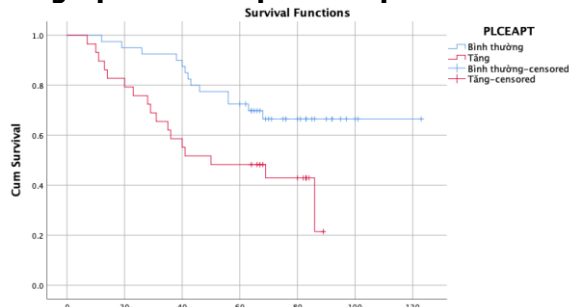
3.1. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo thời gian (n=75)

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm là 52,0%, Thời gian sống thêm trung bình 83,5±2,0 tháng với 95% CI (76,20-93,8).

3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ theo nồng độ CEA trước phẫu thuật

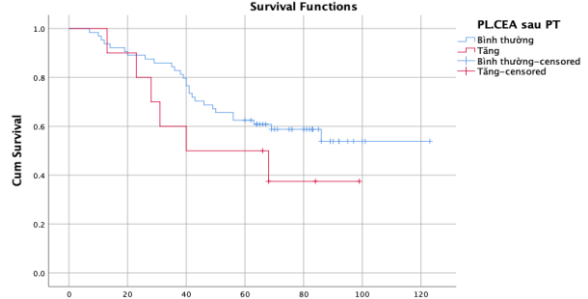


Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm theo nồng độ CEA trước phẫu thuật (n=75)

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm toàn bộ (STTB) theo nồng độ CEA trước phẫu thuật. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm CEA ≤5 ng/ml là 96,2±6,2

(95%CI: 84,0– 108,4) tháng và nhóm CEA >5 là 54,6±5,8 (95%CI: 43,1 – 66,4) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$.

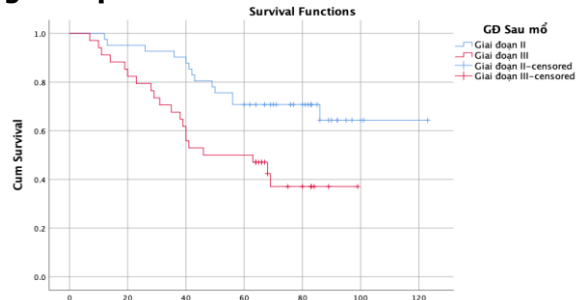
3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo nồng độ CEA sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.3: Thời gian sống thêm theo nồng độ CEA sau phẫu thuật (n=75)

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình với CEA ≤5 ng/ml sau phẫu thuật ng/ml là 85,4±5,6 tháng cao hơn nhóm có CEA > 5ng/ml là 59,1±10,9 tháng với $p=0,20$.

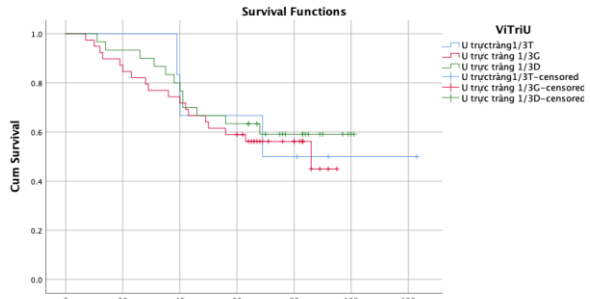
3.4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn



Biểu đồ 3.4: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn (n=75)

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của giai đoạn II là 96,0±6,3 (95% CI: 93,5 – 108,3) tháng, và giai đoạn III là 59,2±6,0 (95%CI: 47,5 – 71,0) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,0060$.

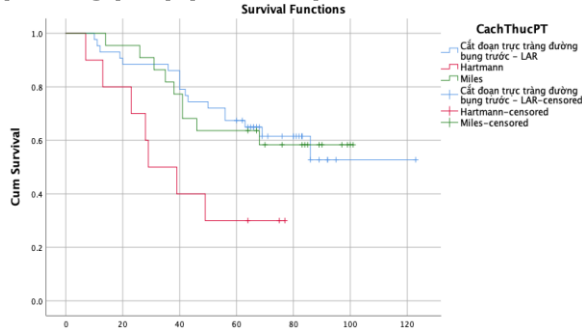
3.5. Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí u



Biểu đồ 3.5: Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí u (n=75)

Nhận xét: STTB trung bình theo vị trí ung thư trực tràng cao, trung bình, thấp tương ứng là 86,2±15,5 tháng, 66,3±5,2 tháng và 75,2±5,9 tháng (p=0.820).

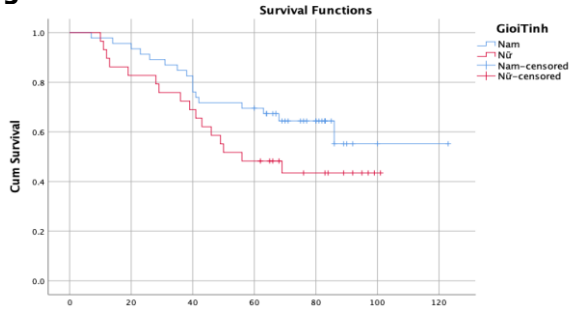
3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp phẫu thuật:



Biểu đồ 3.6: Thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp phẫu thuật (n=75)

Nhận xét: STTB trung bình theo cách thức phẫu thuật LAR, Miles và Hartmann tương ứng là 87,4±6,8 tháng; 74,92±6,9 tháng và 41,9±8,1 tháng (p=0.035).

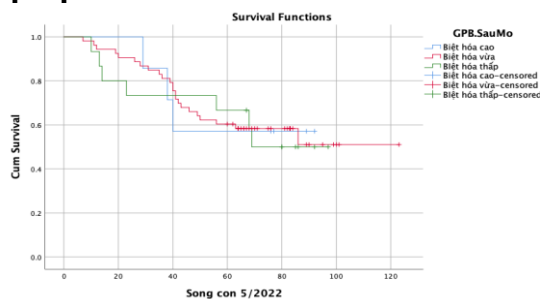
3.7. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính:



Biểu đồ 3.7: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính (n=75)

Nhận xét: STTB theo giới tính nam và nữ tương ứng là 89,0±6,7 tháng và 63±6,6 tháng (p=0.118).

3.8. Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hoá của tế bào



Biểu đồ 3.8: Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hoá của tế bào (n=75)

Nhận xét: STTB trung bình theo độ biệt hoá của tế bào cao, vừa và thấp tương ứng là 67,8±10,6 tháng; 83,7±6,3 tháng và 67,7±9,0 tháng (p=0,98).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm là 56,0%, Thời gian sống thêm trung bình 83.5±2,0 tháng với 95% CI (76,20-93.8). Theo dõi sau 24-60 tháng, BN thường tái phát tại thời điểm này. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số nghiên cứu của một số tác giả khác như nghiên cứu của các tác giả Rolf Sauer và cộng sự (2012) báo cáo tỷ lệ sống thêm toàn bộ của nhóm hóa xạ trị sau mổ là 59.9% [4]. Cũng theo tác giả Yu Jin Lim và cộng sự (2018) nghiên cứu trên 28.320 người bệnh ung thư cho thấy người bệnh ung thư trực tràng được hoá xạ trị hậu phẫu thời gian sống thêm toàn bộ là 49,8%, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn vì người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn II, III lần lượt là: 54.7% và 45.3%, trong khi nghiên cứu này là 41% và 69% [5].

4.2. Thời gian sống thêm liên quan đến một số yếu tố tiên lượng:

Sống thêm theo nồng độ CEA trước phẫu thuật. Kháng nguyên ung thư bào thai: CEA (Carcinoembryonic Antigen) là một trong những chất chỉ điểm khối u chính của UTĐTT. Những nghiên cứu xét nghiệm CEA trong huyết thanh người cho thấy giới hạn cao nhất ở người bình thường là 5ng/ml. Hiện nay, xét nghiệm CEA đã mang lại nhiều ích lợi trong chẩn đoán và điều trị UTĐTT. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm toàn bộ (STTB) theo nồng độ CEA trước phẫu thuật. Thời gian sống thêm trung bình 10 năm của nhóm CEA ≤5 ng/ml là 96,2±6,2 (95%CI: 84,0– 108,4) tháng và nhóm CEA >5 ng/ml là 45,6±5,8 tháng (95%CI: 43.1 – 66,4) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,01. Các nghiên cứu đều chỉ ra, thời gian giống thêm liên quan đến nồng độ CEA

Theo nghiên cứu của Trần Hoàng Điệp tỷ lệ sống 5 năm của nhóm có CEA ≤ 5ng/ml (77,4%) cao hơn so với nhóm có CEA>5ng/ml (69,8%). Tác giả Hoàng Mạnh Thắng (2009) cũng có nhận định tương tự với tỉ lệ sống thể 3 năm của nhóm CEA ≤ 5ng/ml (67,6%); CEA>5 ng/ml (47,8%) và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê [6].

Sống thêm theo nồng độ CEA sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm 10 năm với giai đoạn II, III tương ứng 68,3% và 41,3%). Thời

gian sống thêm trung bình với CEA ≤ 5 ng/ml sau phẫu thuật ng/ml là $85,4 \pm 5,6$ tháng cao hơn nhóm có CEA > 5 ng/ml là $59,1 \pm 10,9$ tháng với $p=0,2\%$.

Nồng độ CEA tăng sau phẫu cũng là một yếu tố tiên lượng xấu trên BN UTTT. Các nghiên cứu cũng chỉ ra, nồng độ CEA trước phẫu thuật tăng cao và trở về bình thường sau phẫu thuật làm giảm nguy cơ tái phát 7,4% tại thời điểm 3 năm. Theo tác giả Jeong Yeon Kim và cộng sự (2009) nghiên cứu trên 122 bệnh nhân UTTT cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm của BN UTTT giai đoạn III có nồng độ CEA tăng trước mổ, 7 ngày sau mổ và 30 ngày sau mổ lần lượt là 58,6%, 52,7% và 25,0% với $p = 0,027$ và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm lần lượt là 62,8%, 48,1% và 25,0% với $p = 0,014$ [8]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ.

Thời gian sống thêm theo giai đoạn. Giai đoạn bệnh có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh, quyết định thời gian sống thêm của BN. Thời gian sống thêm trung bình của giai đoạn II là $96,0 \pm 6,3$ (95%CI: 93,5 – 108,3) tháng, và giai đoạn III là $59,2 \pm 6,0$ (95%CI: 47,5 – 71,0) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,0060$. Theo J.E. Tepper và cộng sự (2002) nghiên cứu trên 1.695 bệnh nhân UTTTT với thời gian theo dõi trung bình 7,4 tháng cho kết quả thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm và 7 năm đối với nhóm nguy cơ cao và nguy cơ thấp ([T1 to N2+]) lần lượt là 70 và 45% đối với nhóm có nguy cơ cao ([T3N+, T4N])[9].

Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí u. STTB theo vị trí ung thư trực tràng cao, trung bình, thấp tương ứng là $86,2 \pm 15,5$ tháng, $66,3 \pm 5,2$ tháng và $75,2 \pm 5,9$ tháng ($p=0,820$);

Trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư trực tràng cao tiên lượng về thời gian sống thêm tốt nhất, ung thư trực tràng trung bình có tiên lượng về thời gian sống thêm toàn bộ tốt hơn trực tràng thấp. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp phẫu thuật. STTB theo cách thức phẫu thuật LAR, Miles và Hartmann tương ứng là $87,4 \pm 6,8$ tháng; $74,92 \pm 6,9$ tháng và $41,9 \pm 8,1$ tháng ($p=0,035$). Tỷ lệ sống thêm ở nhóm Phẫu thuật Hartmann có thể được giải thích là do phẫu thuật Hartmann thường áp dụng cho người bệnh ung thư có thể trạng yếu, mắc các bệnh kèm theo, phẫu thuật cấp cứu...

Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính. Giới tính là một trong những yếu tố tiên

lượng của một số bệnh ung thư. Trong UTĐTT tỷ lệ mắc ở nam cao hơn và yếu tố giới tính ảnh hưởng đến thời gian sống thêm chưa rõ ràng.

STTB theo giới tính nam và nữ tương ứng là $89,0 \pm 6,7$ tháng và $63 \pm 6,6$ tháng. Theo J.E. Tepper và cộng sự (2002) nghiên cứu trên 1,695 bệnh nhân UTTTT với thời gian theo dõi trung bình 7,4 tháng cho thấy nam giới cho thời gian sống thêm toàn bộ 7 năm kém hơn so với nữ giới [8]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế so với tác giả.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hoá của tế bào. STTB độ biệt hoá của tế bào cao, vừa và thấp tương ứng là $67,8 \pm 10,6$ tháng; $83,7 \pm 6,3$ tháng và $67,7 \pm 9,0$ tháng ($p=0,98$).

Trong ung thư nói chung và UTTT nói riêng, mức độ biệt hóa của tế bào ung thư là một yếu tố tiên lượng, ung thư biệt hóa càng cao, tiên lượng càng tốt. Theo nghiên cứu McDermott (1984) thì tỷ lệ tái phát tại chỗ của nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hoá thấp gấp 2 lần nhóm biệt hoá vừa và biệt hoá cao và tỷ lệ sống 5 năm sau mổ của nhóm biệt hoá thấp, vừa, cao tương ứng là 51%, 71%, 75%, còn tỷ lệ tái phát tại chỗ theo nhóm biệt hoá tương ứng là 31%, 17% và 14%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khác với tác giả có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn hạn chế và đối tượng nghiên cứu khác nhau, và như đã phân tích độ biệt hóa tế bào còn phụ thuộc vào yếu tố chủ quan bác sỹ giải phẫu bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 75 người bệnh ung thư trực tràng giai đoạn pT₃,T₄N₀M₀ và pT bất kỳ N₁,N₂M₀ được điều trị xạ trị gia tốc liều 46-54Gy kết hợp Capecitabine sau mổ tại Bệnh viện K cho thấy: Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm là 56,0%, Thời gian sống thêm trung bình $83,5 \pm 2,0$ tháng với 95% CI (76,20-93,8). Theo dõi sau 24-60 tháng, BN thường tái phát tại thời điểm này. Hóa xạ trị đồng thời sau mổ cải thiện sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh ở những người bệnh ung thư trực tràng sau mổ giai đoạn II, III. Giai đoạn III, nồng độ CEA tăng trước, sau mổ là các yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến kết quả sống thêm toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R.L., Miller K.D., and Jemal A. (2018). Cancer statistics, 2018. CA: A Cancer Journal for Clinicians, **68**(1), 7–30.
2. Nguyễn Văn Hiếu (2010). Ung thư đại trực tràng. Ung thư học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 198-213.

3. **Sauer R., Liersch T., Merkel S., et al. (2012).** Preoperative Versus Postoperative Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 Randomized Phase III Trial After a Median Follow-up of 11 Years. *JCO*, **30(16)**, 1926–1933.
4. **Sauer R., Liersch T., Merkel S., et al. (2012).** Preoperative Versus Postoperative Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 Randomized Phase III Trial After a Median Follow-up of 11 Years. *JCO*, **30(16)**, 1926–1933.
5. **Lim Y.J., Kim Y., and Kong M. (2018).** Comparative survival analysis of preoperative and postoperative radiotherapy in stage II-III rectal cancer on the basis of long-term population data. *Scientific Reports*, **8(1)**, 17153.
6. **Hoàng Mạnh Thắng, (2009),** 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 án tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Arnaud J.P., Koehl C., and Adloff M. (1980).** Carcinoembryonic antigen (CEA) in diagnosis and prognosis of colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*, **23(3)**, 141–144.
8. **Kim J.Y., Kim N.K., Sohn S.K., et al. (2009).** Prognostic Value of Postoperative CEA Clearance in Rectal Cancer Patients with High Preoperative CEA Levels. *Ann Surg Oncol*, **16(10)**, 2771–2778.
9. **Adjuvant Therapy in Rectal Cancer: Analysis of Stage, Sex, and Local Control—Final Report of Intergroup 0114 | Journal of Clinical Oncology.** <<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2002.07.132>>, accessed: 12/20/2020.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ HỖN HỢP TẾ BÀO GAN ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019

Nguyễn Văn Dinh¹, Trịnh Hồng Sơn², Hoàng Ngọc Hà³, Vũ Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu NC: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019. **Đối tượng và phương pháp NC:** NC hồi cứu mô tả trên 30 BN được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật giai đoạn từ 2014 – 2019. **Kết quả:** Kết quả sớm sau mổ: Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, biến chứng sau mổ là 53,3% (ổ đọng dịch 36,7%, tràn dịch màng phổi 33,3%, suy gan sau mổ 3,3% và chảy máu sau mổ 10%). Thời gian nằm viện trung bình là 9,9 ngày. Kết quả dài hạn cho thấy: Thời gian sống thêm trung bình sau mổ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 37,14±6,35 tháng, tỉ lệ sống thêm 13 tháng là 50%. **Kết luận:** điều trị phẫu thuật biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật mang lại kết quả khả quan cho BN bị ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật.

Từ khóa: ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật, phẫu thuật.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED HEPATOCELLULAR CHOLANGIOCARCINOMA AT VIET DUC HOSPITAL PERIOD OF 2014 - 2019

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dinh

Email: dinhcacytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

Objectives of the study: To evaluate the results of surgical treatment of Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma (CHC) at Viet Duc Hospital in the period 2014-2019. **Subjects and methods of study:** A retrospective study described more than 30 patients undergoing liver resection at Viet Duc hospital with CHC period from 2014 - 2019. **Results:** Early postoperative results: There were no cases of postoperative mortality, postoperative complications 53,3% (fluid accumulation was 36,7%, pleural effusion was 33,3%, liver failure after surgery was 3,3% and bleeding after surgery was 10%). Median hospital stay was 9,9 days. Long-term results showed that: The mean survival time after surgery up to the end of the study was 37,14±6,35 months, the survival rate of 13 months was 50%. **Conclusion:** Surgical treatment of mixed hepatobiliary tract hepatobiliary system brings positive results for patients with hepatocellular carcinoma.

Keywords: Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật (CHC: Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma) là một loại ung thư gan nguyên phát (UTGNP) hiếm gặp với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của cả ung thư biểu mô tế bào gan (HCC: Hepatocellular carcinoma) và ung thư đường mật (CCA: Cholangio-carcinoma)[7].

Có nhiều phương pháp điều trị cho bệnh nhân CHC: hóa chất, xạ trị, đốt sóng cao tần, nút mạch chọn lọc khối u, tuy nhiên phẫu thuật vẫn là lựa chọn điều trị hàng đầu cho những trường hợp giai đoạn sớm: cắt bỏ phần gan có u kèm nạo vét hạch, thay ghép gan. Tính khả thi của

phẫu thuật được quyết định bởi một số yếu tố bao gồm thể trạng của bệnh nhân (BMI), mức độ xơ gan (Child-pugh) và kích thước khối u. Một số các nghiên cứu sau đó cho thấy thời gian sống sau phẫu thuật của bệnh nhân mắc CHC tốt hơn CCA nhưng kém hơn so với HCC[8]. Thời gian sống của bệnh nhân sau phẫu thuật có liên quan trực tiếp đến tính triệt để của phẫu thuật, hạch di căn, loại phẫu thuật cắt gan, thể tích gan còn lại [8]. Để đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân CHC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan, đường mật giai đoạn từ 2014 – 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả

2.2.2 Phương pháp chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện. Chọn tất cả những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đường mỡ: đường Mercedes, đường mỡ trên dưới rốn, đường mỡ dưới sườn phải (đường mỡ chữ J), đường dưới sườn hai bên.

Xử trí mô:

- + Sinh thiết, mỡ thăm dò.
- + Cắt gan + đốt sóng cao tần, tiêm cồn tuyệt đối trong mô.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố tuổi và giới của bệnh nhân

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
≤40	5	16,7	4	13,3	9	30
41-50	1	3,3	2	6,7	3	10
51-60	11	36,7	1	3,3	12	40
>60	5	16,7	1	3,3	6	20
Tổng	22	73,3	8	26,7	30	100

Nhận xét: 73,3% nam và 26,7% nữ, BN trẻ nhất là 31 tuổi, già nhất là 67 tuổi. Nhóm tuổi trung niên 51- 60 chiếm tỉ lệ cao với 40%.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.2. Tỷ lệ các đường mỡ

Đường mỡ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Mercedes	2	6,7
Dưới sườn hai bên	1	3,3

+ Cắt gan: Cắt theo giải phẫu và không theo giải phẫu.

+ Cắt gan + các tạng xâm lấn. Cắt gan + mở tĩnh mạch lấy huyết khối

+ Các mức độ cắt gan: Cắt gan lớn (cắt thùy gan phải, cắt nửa gan phải, cắt nửa gan trái, cắt từ 2 phân thùy trở lên), cắt gan nhỏ (cắt phân thùy, cắt hạ phân thùy gan).

Một số các danh pháp cắt gan:

+ Cắt thùy trái: Cắt hạ phân thùy (HPT) 2,3

+ Cắt gan trái: Cắt HPT 2,3 và phân thùy 4

+ Cắt gan phải: Cắt HPT 5,6,7,8

+ Cắt thùy phải: Cắt phân thùy 4, HPT 5,6,7,8

+ Cắt gan trung tâm: cắt phân thùy 4, HPT 5,8

2.4.3. Biến chứng sau mổ theo phân loại Dindo và kết quả phẫu thuật

- Các biến chứng trong mổ và sau mổ trong 30 ngày (biến chứng sớm), chỉ ghi nhận các biến chứng liên quan đến điều trị u gan mà không quan tâm tới biến chứng nhiễm trùng vết mổ.

- Thời gian nằm viện tính theo ngày.

- Tỷ lệ tử vong.

2.2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu.

- Thu thập danh sách bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là CHC tại khoa Giải phẫu bệnh của BV Việt Đức từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2019.

- Lập danh sách BN, sau đó nhập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất đã soạn sẵn.

- Liên hệ người thân, hoặc bệnh nhân qua số điện thoại trên hồ sơ bệnh án để điều tra thông tin về thời gian sống sau mổ, thời gian sống không bệnh sau mổ (tái phát).

- **Số liệu được phân tích** bằng phần mềm SPSS 22.0.

Trắng giữa trên rốn	5	16,7
Trắng giữa trên dưới rốn	2	6,7
Chữ J	17	56,7
Nội soi	3	10
Tổng số	30	100

Nhận xét: đường mổ chữ J chiếm tỷ lệ cao với 56,7%; tiếp theo là đường trắng giữa với 23,3%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ các loại PT

Loại phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Thăm dò, sinh thiết	1	3,3
Cắt gan trái	1	3,3
Cắt thùy trái	4	10,3
Cắt phân thùy sau	7	23,3
Cắt phân thùy sau mở rộng	2	6,7
Cắt gan trung tâm	2	6,7
Cắt gan phải	4	13,3
Cắt 2 hạ phân thùy 5,6	2	6,7
Cắt hạ phân thùy 5	1	3,3
Cắt phân thùy trước	1	3,3
Cắt hạ phân thùy 8	2	6,7
Cắt hạ phân thùy 4	2	6,7
Cắt hạ phân thùy 6, RFA hạ phân thùy 8	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: BN cắt phân thùy sau chiếm 23,3% và cắt phân thùy sau mở rộng là 6,7%, Tỷ lệ cắt gan phải 13,3%. Có 1 bệnh nhân mở bụng sau đó không cắt được gan, chỉ sinh thiết khối u (3,3%). Có 1 bệnh nhân mổ cắt u kèm đốt sóng cao tần trong mổ (3,3%).

3.3. Kết quả phẫu thuật gan

Bảng 3.4. Tỷ lệ các biến chứng

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Suy gan sau mổ	1	3,3
Ổ đọng dịch	11	36,7
Tràn dịch màng phổi	10	33,3
Rò mật	1	3,3
Cổ chướng	1	3,3
Chảy máu	3	10
Áp xe tồn dư	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét: 16 BN có biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 53,3%, trong đó biến chứng hay gặp nhất là ổ đọng dịch tại diện cắt gan gặp trong 11 BN (36,7%), tràn dịch màng phổi gặp trong 10/30 BN (33,3%).

Có 1 BN (3,3%) bị suy gan sau mổ, 3 BN chảy máu sau mổ (10%), 1 BN rò mật (3,3%), không ghi nhận BN nào áp xe tồn dư sau mổ.

Bảng 3.5. Phân độ biến chứng theo Dindo

Phân độ biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	10	30
Độ I	16	53,3
Độ II	3	10
Độ IVa	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Có tới 70% số BN có biến chứng sau mổ theo phân độ Dindo, trong đó chủ yếu là mức độ I (53,3%), có 1 BN biến chứng nặng mức độ IVa, và tử vong 2 tháng sau đó.

Bảng 3.6. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân theo biến chứng

Ngày nằm viện	Tiêu chí	Trung bình	Số BN	Min	Max	p
Biến chứng sau mổ	Có	9,76 ± 3,77	21	6	23	0,757
	Không	10,22 ± 3,49	9	5	15	
Tổng số		9,90 ± 3,63	30	5	23	

Nhận xét: Ngày nằm viện trung bình của BN sau mổ là 9,90±3,63. BN nằm ít nhất là 5 ngày, dài nhất là 23 ngày, không có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có biến chứng và không biến chứng (P= 0,757 > 0,05).

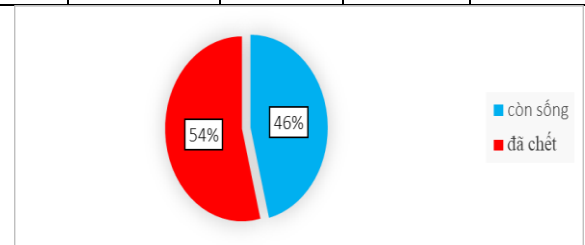
BN nằm viện lâu nhất là 23 ngày ở nhóm có biến chứng sau mổ.

Bảng 3.7. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân theo loại cắt gan

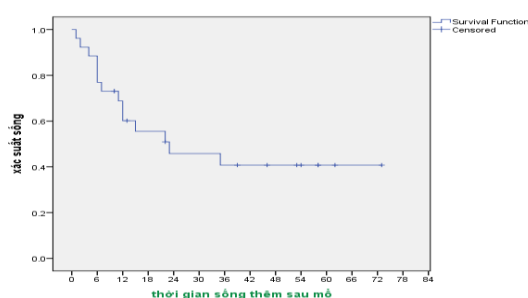
Ngày nằm viện	Tiêu chí	Trung bình	Số BN	Min	Max	p
Loại cắt gan	Lớn	12,00 ± 5,77	7	6	23	0,249
	Nhỏ	9,26 ± 2,66	23	5	15	
Tổng số		9,90 ± 3,63	30	5	23	

Nhận xét: Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân cắt gan lớn là 12 ngày, cắt gan nhỏ là 9,26 ngày. Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân cắt gan lớn và cắt gan nhỏ (P= 0,249 > 0,05).

3.4. Kết quả xa. Sau khi hồi cứu hồ sơ bệnh án 30 BN, tiến hành liên lạc với người nhà theo số điện thoại ghi trên hồ sơ bệnh án, có 01 trường hợp đến tận nơi để liên hệ (BN tại Nam Định), chỉ nhận được thông tin của 26/30 BN, kết quả thể hiện như sau:



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong
Nhận xét: Có 12/26 (46%) BN còn sống tính đến thời điểm nghiên cứu thực hiện.



Biểu đồ 3.3. Ước tính thời gian sống thêm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian sống thêm ước tính theo phương pháp Kaplan – Meier là $37,14 \pm 6,35$ tháng. Xác suất sống sót sau 13 tháng là 50%. Tháng thứ 35 có thêm ca cuối cùng tử vong, xác suất sống sót tích lũy là 40,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đường mổ. Đường mở bụng là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của PT. Tiêu chuẩn của đường mổ cắt gan tốt là phải bộc lộ được toàn bộ gan và cuống mạch gan, cụ thể là bộc lộ được hai điểm tận cùng của gan về phía phải và trái, phía trên phải bộc lộ được hợp lưu của các tĩnh mạch gan vào tĩnh mạch chủ dưới. Bên cạnh đó, đường mổ bụng tốt cũng phải làm giảm tối đa nguy cơ xuất hiện biến chứng sau mổ.

Đường dưới sườn hai bên: là đường mổ kinh điển trong PT cắt gan, với ưu điểm là bộc lộ gan tối đa giúp dễ dàng phẫu tích dây chằng tam giác phải và trái, trường mổ rộng rãi giúp kiểm soát cuống gan dễ dàng. Tuy nhiên do cắt nhiều cơ nên sau mổ BN đau nhiều làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp. Đường mổ này được sử dụng ở 1/30 BN trong nghiên cứu.

Đường trắng giữa: Đường mổ được thực hiện bằng cách rạch thẳng theo đường trắng giữa trên rốn có thể kéo dài qua rốn nếu phẫu trường còn chật hẹp, đường mổ này chỉ sử dụng cho các trường hợp khối u nhỏ, nằm gọn trong thùy trái, không gặp khó khăn khi giải phóng và cắt thùy này. Trong NC của chúng tôi có tới 23,3% phẫu thuật viên sử dụng đường mổ này.

Đường dưới sườn phải hay đường chữ J: là một trong những đường mổ bụng phổ biến nhất [4]. Ưu điểm của đường mổ là có thể bộc lộ toàn bộ gan phải và tĩnh mạch gan phải. Về lý thuyết nhược điểm của đường mổ là gây hạn chế trường mổ do đó gây khó khăn trong phẫu tích các thành phần của cuống gan. Thực tế trong NC của chúng tôi, đây lại là đường mổ bụng được sử dụng nhiều nhất với 17/30 BN, chiếm tỉ lệ 56,7%.

Đường mổ Mercedes: NC của chúng tôi có 2 BN được thực hiện mổ cắt gan bằng đường mổ này chiếm 6,7%, đây là đường mổ rộng rãi nhất, với đường mổ này có thể bộc lộ toàn bộ cả 2 gan và thực hiện được các loại PT cắt gan qua đường mổ này. Tuy nhiên đường mổ này có các nhược điểm: gây đau và ảnh hưởng đến hô hấp ngoài ra tồn tại điểm yếu ở chỗ giao 2 đường (5% có thoát vị).

Cắt gan nội soi: khắc phục được nhược điểm của các phương pháp mổ mở truyền thống, làm giảm đau cho BN sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 10% số BN được mổ nội soi.

4.2. Các loại phẫu thuật. Trong NC, có 7 BN được cắt gan lớn, 22 BN cắt gan nhỏ và 1 BN không cắt được gan. Đặc điểm của phẫu thuật cắt gan điều trị CHC là phải cắt gan theo giải phẫu, thể tích gan bị cắt bỏ không chỉ bao gồm thể tích u mà còn kèm theo một phần nhu mô gan lành xung quanh u. Trong trường hợp nhu mô gan bình thường, có thể cho phép cắt bỏ 75-80% thể tích gan, tuy nhiên trong trường hợp nhu mô gan bệnh lý, thể tích gan còn lại phải đạt ít nhất 40% để đảm bảo chức năng gan sau phẫu thuật.

Như vậy, chỉ đánh giá chức năng gan trước mổ sẽ không đủ để dự phòng suy gan mà còn phải tính toán thể tích gan dự kiến còn lại sau cắt gan lớn để có thái độ xử trí đúng đắn. Vấn đề thể tích gan còn lại đã được các tác giả trên thế giới quan tâm tới từ lâu, thể tích gan còn lại không đủ đã được xác định là nguyên nhân chính gây suy gan sau mổ. Thuật ngữ hội chứng gan nhỏ được sử dụng rộng rãi trong ghép gan và cắt gan điều trị UBTG. Hội chứng gan nhỏ xảy ra khi tỉ lệ thể tích gan còn lại/ trọng lượng cơ thể <1% hoặc tỉ lệ thể tích gan còn lại/thể tích gan chuẩn <30%. Hội chứng này gây suy gan sau mổ và có tỉ lệ tử vong lên tới 50% [6]. Theo Ferrero (2007), các BN có thể tích gan còn lại không đủ có tỉ lệ biến chứng chung là 46,2%, tỉ lệ suy gan sau mổ là 23,1% cao hơn hẳn nhóm còn lại là 30,6% và 4,2% [5]. Mất máu trong mổ trên 1000 ml làm tăng nguy cơ suy gan sau mổ [6].

4.3. Kết quả phẫu thuật. Không có BN nào tử vong, 16 BN có biến chứng sau mổ (chiếm 53,3%). Trong đó biến chứng hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi (33,3%). Có 1 BN bị suy gan sau mổ, các biến chứng liên quan tới PT khác bao gồm: rò mật (1BN), chảy máu sau mổ (3 BN) và tồn tại ổ đọng dịch sau mổ (11 BN).

Phẫu thuật cắt gan luôn có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao so với các phẫu thuật của đường tiêu hóa. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tử vong

sau mổ, theo Ferrero tỷ lệ tử vong sau mổ cắt gan là 13%, sau cắt gan lớn là 20%, trong đó nguyên nhân tử vong do chảy máu là 20% [5]. NC của Trịnh Hồng Sơn (2001) tổng kết 124 trường hợp UBTG được điều trị cắt gan giai đoạn 1992-1996 cho thấy tỉ lệ tử vong sau mổ cắt gan là 11,3% trong đó nguyên nhân chính của tử vong là suy gan sau mổ [2].

Trong NC của chúng tôi có 1 BN bị rò mật sau mổ, BN được cho ra viện và không phải mổ lại, nhưng BN này mất 4 tháng sau khi ra viện.

Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp sau cắt gan. Biến chứng này gặp nhiều hơn trong cắt gan phải là do để di động gan phải, PTV phải phẫu tích rộng hơn so với giải phóng gan trái. Một cơ chế nữa là thời gian kẹp mạch máu kéo dài gây ra rối loạn chức năng gan sau mổ, phù tế bào gan, do đó ảnh hưởng tới tuần hoàn bạch huyết và gây ra tràn dịch màng phổi. Rút ngắn thời gian kẹp mạch máu có thể làm giảm tỉ lệ biến chứng này. Trong NC, một tỷ lệ cao là 33,3% số BN có tràn dịch màng phổi, tuy nhiên số lượng dịch màng phổi khá ít và chỉ 1 BN cần can thiệp hút dịch màng phổi. BN này cũng là người có suy gan sau mổ.

4.4. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu này là $9,90 \pm 3,63$ ngày, BN nằm ít nhất là 5 ngày, dài nhất là 23 ngày, không có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có biến chứng và không biến chứng ($p = 0,757 > 0,05$). Trong nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) thời gian nằm viện trung bình là 11,2 ngày, ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 40 ngày [3].

Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân cắt gan lớn là 12 ngày, cắt gan nhỏ là 9,26 ngày. Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân cắt gan lớn và cắt gan nhỏ ($p = 0,249 > 0,05$).

Thời gian nằm viện của NB phụ thuộc vào loại PT cắt gan, các biến chứng trong và sau mổ, kế hoạch điều trị tiếp theo. Trong NC, có 1 BN không cắt được gan mà chỉ mổ sinh thiết làm giải phẫu bệnh, tuy nhiên có chỉ định đốt sóng cao tần khối u sau mổ nên BN này nằm viện sau mổ tới 14 ngày dù tính chất cuộc mổ không nghiêm trọng.

4.5. Kết quả xa. Tính đến thời điểm nghiên cứu, có 12 BN còn sống, tỉ lệ BN tử vong tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 54,6%. Thời gian sống thêm ước tính theo phương pháp Kaplan – Meier là $37,14 \pm 6,35$ tháng. Xác suất sống sót sau 13 tháng là 50%. tháng thứ 35 có

thêm ca cuối cùng tử vong, xác suất sống sót tích lũy là 40,7%. Kết quả này tương đương với NC của Nguyễn Quang Nghĩa (2012) cho thấy kết quả khả quan hơn nhiều so với các tác giả nói trên với thời gian sống thêm trung bình là 28,67 tháng, tỉ lệ sống thêm sau 36 tháng là 61,06% [1].

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ khối u vẫn là biện pháp điều trị quan trọng và hiệu quả nhất trong điều trị ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật.

KIẾN NGHỊ

Sinh thiết gan trước mổ làm hóa mô miễn dịch dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong trường hợp các khối u gan không điển hình trên lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nguyễn Quang Nghĩa (2012).** Nghiên cứu áp dụng đo thể tích gan bằng chụp cắt lớp vi tính trong chỉ định, điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2012.
- 2. Trịnh Hồng Sơn, Lê Tư Hoàng (2001).** Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1992-1996. Tạp chí y học thực hành, 07: 42-46.
- 3. Lê Văn Thành (2013).** Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacop điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2013.
- 4. D'Angelica M., Maddineni S., Fong Y., et al (2006).** Optimal abdominal incision for partial hepatectomy: increased late complications with Mercedes-type incisions compared to extended right subcostal incisions. *World J Surg*, 2006, 30(3): 410-418.
- 5. Ferrero A., Vigano L., Polastri R., et al (2007).** Postoperative liver dysfunction and future remnant liver: where is the limit? Results of a prospective study. *World J Surg*, 2007, 31(8): 1643-1651.
- 6. Jarnagin WR, Weber S, Tickoo SK, et al (2002).** Combined hepatocellular and cholangiocarcinoma: demographic, clinical, and prognostic factors. *Cancer* 2002;94:2040-2046.
- 7. Kim K.H, Lee S.G, Park E.H. et al (2009).** Surgical treatments and prognoses of patients with combined hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma. *Annals of surgical oncology*. 2009;16:623-632.
- 8. Stavrika C, Rush H, Ross P (2018).** Combined hepatocellular cholangiocarcinoma (cHCC-CC): an update of genetics, molecular biology, and therapeutic interventions. *Journal of Hepatocellular Carcinoma*, 2018,11-21.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA KHÁNG SINH NHÓM CARBAPENEM TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KLEBSIELLA PNEUMONIAE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Dương Trương Phú¹ Lâm Vĩnh Niên²
Mai Thị Thanh Thường¹ Nguyễn Tuấn Kiệt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* là một trong các vi khuẩn gây các bệnh nhiễm trùng bệnh viện nghiêm trọng. Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của kháng sinh (KS) Carbapenem trên bệnh nhân nhiễm vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 256 hồ sơ bệnh án tại Khoa Hồi sức tích cực (HSTC) và Hô hấp trong giai đoạn năm 2018 – 2020. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị thành công 38,7% và thất bại 60,3%. Nhóm tuổi càng cao nguy cơ không đáp ứng với carbapenem gấp 2,98 lần (KTC95%: 1,4 – 6,6). Người bệnh có thời gian nằm viện kéo dài ≥ 14 ngày nguy cơ không đáp ứng carbapenem tăng gấp 5,4 lần (KTC 95%: 2,3 – 12,7). Người bệnh thở máy nguy cơ không đáp ứng với carbapenem gấp 15,9 lần (KTC 95%: 1,2 – 193,04). Người bệnh có thời gian sử dụng KS kéo dài không đáp ứng với carbapenem gấp 2,5 lần (KTC 95%: 1,03 – 6,1). Người bệnh sử dụng liều dùng carbapenem thấp nguy cơ không đáp ứng gấp 1,9 lần (KTC95%: 1,0 – 3,7). Người bệnh chuyển phác đồ trong điều trị không đáp ứng carbapenem gấp 3,5 lần (KTC 95%: 1,6 – 7,7). **Kết luận:** Sử dụng KS carbapenem phải dựa trên bằng chứng vi sinh học và tình trạng của người bệnh nhằm nâng cao hiệu quả giảm đề kháng KS.

Từ khóa: Phác đồ điều trị, *Klebsiella pneumoniae*, carbapenem

SUMMARY

EFFICACY OF CARBAPENEM ANTIBIOTICS ON PATIENTS INFECTED WITH KLEBSIELLA PNEUMONIAE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: *Klebsiella pneumoniae* is one of the bacteria that cause serious nosocomial infections. The study was conducted to evaluate the effectiveness of the antibiotic (KS) Carbapenem on patients infected with *Klebsiella pneumoniae* at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A cross-sectional study surveying 256 medical records at the Intensive Care Unit (ICU) and Respiratory Department in the period of 2018 - 2020. **Results:** Treatment success rate 38.7% and failure rate 60.3%. The older the age group, the risk

of not responding to carbapenem was 2.98 times (95% CI: 1.4 – 6.6). Patients with a hospital stay lasting ≥ 14 days had a 5.4-fold increased risk of non-response to carbapenem (95% CI: 2.3 – 12.7). Patients with mechanical ventilation had a 15.9 times higher risk of not responding to carbapenem (95% CI: 1.2 – 193.04). Patients with prolonged antibiotic use did not respond to carbapenem 2.5 times (95% CI: 1.03 – 6.1). Patients using low doses of carbapenem had a 1.9-fold increased risk of non-response (95% CI: 1.0 - 3.7). Patients switching regimens in treatment did not respond to carbapenem 3.5 times (95% CI: 1.6 - 7.7). **Conclusion:** The use of carbapenem antibiotics must be based on microbiological evidence and the patient's condition in order to improve the effectiveness of reducing antibiotic resistance.

Key words: Protocol, *Klebsiella pneumoniae*, carbapenem.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ gần đây, đề kháng kháng sinh (ĐKKS) của vi khuẩn gây bệnh đã trở thành mối lo ngại hàng đầu trong lĩnh vực y tế của nhiều quốc gia. Tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng là mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe con người và là gánh nặng về chi phí điều trị, đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho bệnh nhân. Theo báo cáo toàn cầu về kháng thuốc năm 2014 của WHO được tổng hợp từ 114 quốc gia trên khắp các khu vực cho thấy: người bệnh phải nằm viện lâu hơn và tỷ lệ tử vong tăng lên ở tất cả các nhóm tuổi. Tại châu Âu, số ngày nằm viện tăng 2,5 triệu ngày, tỷ lệ tử vong 25.000 người/năm. Tại Thái Lan, tăng hơn 3,2 triệu ngày nằm viện và tử vong 38.000 người/năm, ở Mỹ khoảng 2 triệu người mắc bệnh nhiễm khuẩn và tử vong 23.000 người/năm⁽¹⁾.

Trên Thế giới, kháng kháng sinh đang tăng lên mức cao nguy hiểm ở tất cả các nơi trên thế giới. Các cơ chế kháng thuốc mới đang xuất hiện và lan rộng trên toàn cầu, đe dọa khả năng điều trị các bệnh truyền nhiễm thông thường⁽²⁾. Trong đó, tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* (KP) là một trong các vi khuẩn gây các bệnh nhiễm trùng bệnh viện nghiêm trọng⁽³⁾. Nhiễm trùng do KP rất khó điều trị vì KP kháng nhiều loại kháng sinh, bao gồm carbapenem và colistin là thuốc điều trị cuối

¹Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

²Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

cùng được sử dụng trong thực hành lâm sàng⁽⁴⁾.

Kháng kháng sinh ngày càng tăng nhanh theo từng chủng loại vi khuẩn, trong đó KP là mối nguy hiểm cho nhân loại vì bản thân loại vi khuẩn này đồng thời sinh được 2 loại enzym β lactamase phổ rộng và carbapenemase. Đặc biệt là enzym carbapenemase phân giải carbapenem như imipenem và mepropenem...⁽⁴⁾, trong khi đó carbapenem được xem như kháng sinh cuối cùng trong lựa chọn điều trị nhiễm khuẩn. Do đó, nhằm để đánh giá tình trạng đề kháng kháng sinh của KP và hiệu quả điều trị của carbapenem trên bệnh nhiễm khuẩn KP tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, là BVĐK hạng I, tuyến điều trị cao nhất tại Thành phố Cần Thơ có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân Thành phố Cần Thơ và nhân dân các tỉnh lân cận, là bệnh viện tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh nặng và phức tạp. Trong đó tại bệnh viện chưa có nghiên cứu thực hiện đánh giá tình trạng kháng kháng sinh KP và tác dụng điều trị của nhóm kháng sinh carbapenem là KS mạnh nhất của bệnh viện tính đến hiện tại. Câu hỏi đặt ra: Hiệu quả điều trị của carbapenem như thế nào? Yếu tố nào liên quan đến hiệu quả điều trị của nhóm kháng sinh Carbapenem? Chính lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài Hiệu quả điều trị của kháng sinh nhóm carbapenem trên bệnh nhân nhiễm Klebsiella pneumoniae tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. với mục tiêu nhằm:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị của nhóm kháng sinh carbapenem trên bệnh nhân nhiễm Klebsiella pneumoniae tại khoa Hồi sức tích cực và Hồi hấp tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong giai đoạn năm 2018 – 2020.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của nhóm KS carbapenem trên bệnh nhân nhiễm Klebsiella pneumoniae tại khoa Hồi sức tích cực và Hồi hấp tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong giai đoạn năm 2018 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân nội trú tại khoa Hồi sức tích cực và Hồi hấp có thực hiện kháng sinh đồ trong giai đoạn 2018 – 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán nhiễm vi khuẩn Klebsiella pneumoniae bằng phương pháp nuôi cấy hoặc PCR.

- Thời gian sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem ≥ 3 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ

- HSBA không đầy đủ
- Không có kết quả kháng sinh đồ

Cỡ mẫu. Trong nghiên cứu cỡ mẫu được tính theo công thức trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

n là cỡ mẫu tối thiểu

α là xác suất sai lầm loại I

Z là trị số từ phân phối chuẩn, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d là độ chính xác mong muốn $d=0,05$

p là tỷ lệ cần ước lượng, dựa trên tỷ lệ kháng kháng sinh carbapenem 21 – 28% trong nghiên cứu của tác giả Trần Minh Giang và Trần Văn Ngọc. Trong nghiên cứu chọn $p=0,21$ ⁽⁵⁾.

Cỡ mẫu $n \geq 256$. Thực tế thu thập $n=256$

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình thực hiện nghiên cứu:

- Bước 1: Tổng hợp HSBA: Dữ liệu vi sinh của Klebsiella pneumoniae từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 04 năm 2020 của Khoa HSTC và Khoa nội Hô hấp từ phần mềm lưu trữ dữ liệu tại Khoa vi sinh.

- Bước 2: Lựa chọn và sàng lọc HSBA

+ Từ danh sách HSBA, lựa chọn Danh sách bệnh nhân có kết quả phân lập vi khuẩn Klebsiella pneumoniae dương tính.

+ Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có sử dụng phát đồ điều trị chứa kháng sinh nhóm carbapenem.

+ Tác giả nghiên cứu là người trực tiếp kiểm tra giám sát các cộng sự trong quá trình thu nhận thông tin thu thập.

- Bước 3: Làm sạch số liệu

+ Sau khi kết thúc ngày thu thập, tất cả phiếu thu thập sẽ được tổng hợp kiểm tra tất cả phiếu thu thập đã được điền đầy đủ thông tin chưa.

+ Đối với phiếu thu thập còn thiếu thông tin loại bỏ phiếu có nhiều phần còn thiếu, đối với phiếu có một vài chi tiết còn thiếu liên hệ với đối tượng để lấy đầy đủ thông tin

- Bước 4: Nhập và xử lý số liệu

Các biến số trong nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, địa chỉ, giới tính, đặc điểm bệnh lý, tình trạng sử dụng các biện pháp can thiệp.

- Phân loại mức độ đề kháng kháng sinh: kháng (S), trung gian (R), kháng (I) dựa trên tiêu chuẩn CLSI tiêu chuẩn lâm sàng và xét

nghiệm Hoa Kỳ.

- Kết quả điều trị:

+ Thành công: người bệnh hồi phục xuất viện

+ Thất bại: Chuyển tuyến, bệnh nặng xin về, tử vong tại viện

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 phân tích số liệu trong đó, đối với mục tiêu 1 tiến hành thống kê mô tả và phân tích đơn biến dựa trên tỷ lệ %. Đối với mục tiêu 2 sử dụng phép thống kê chi bình phương (Chi Square Test) xác định mục đó liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xác yếu tố nguy cơ OR với khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dân số xã hội

Bảng 1: Đặc điểm dân số - xã hội

Đặc điểm		N=256	%
Tuổi	< 60 tuổi	54	21,1
	≥ 60 tuổi	202	78,9
Giới tính	Nam	162	63,3
	Nữ	94	36,7
Nghề nghiệp	LD toàn thời gian	165	64,5
	Bán thời gian	91	35,5
Trình độ	< THPT	62	24,2
	≥ THPT	194	75,8
Địa chỉ	Nông thôn	79	30,9
	Thành thị	177	69,1

3. Xác định một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của nhóm KS carbapenem trên bệnh nhân nhiễm Klebsiella pneumoniae

Bảng 4. Mô hình hồi quy đa biến

Thông tin	Không đáp ứng n=157		Đáp ứng n=99		OR KTC95%	OR Hiệu chỉnh	P*
	n	%	n	%			
Tuổi							
< 60 tuổi	26	16,6	28	28,3	1,99	2,98	0,007
≥ 60 tuổi	131	83,4	71	71,7	1,1 – 3,6	1,4 – 6,6	
Thời gian nằm viện							
< 14 ngày	71	45,2	18	18,2	3,7	5,4	0,000
≥ 14 ngày	86	54,8	81	81,8	2,04 – 6,8	2,3 – 12,7	
Thở máy							
Có	125	79,6	32	32,3	8,2	15,9	0,03
Không	32	20,4	67	67,7	4,6 – 14,5	1,2 – 193,04	
Thời gian sử dụng							
≤ 7 ngày	61	38,9	16	16,2	3,3	2,5	0,042
> 7 ngày	96	61,1	83	83,8	1,8 – 6,2	1,03 – 6,1	
Liều dùng							
1 mg/ngày	91	58,0	35	35,4	2,5	1,9	0,049
> 1 mg/ngày	66	42,0	64	64,6	1,5 – 4,2	1,0 – 3,7	
Chuyển phác đồ điều trị							
Có	48	30,6	19	19,2	1,85	3,5	0,002
Không	109	69,4	80	80,8	1,01 – 3,4	1,6 – 7,7	

Nhận xét: Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với: nhóm tuổi càng cao. Người bệnh có thời gian nằm viện điều trị kéo dài ≥ 14 ngày. Người bệnh phải sử dụng thở máy trong điều trị. Người

Nhận xét: Độ tuổi trung bình từ $70,6 \pm 14,3$. Nhỏ nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 96 tuổi. Giới nam chiếm tỉ lệ cao nhất là 63,3%. Trình độ cấp 1,2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,8%. Nơi cư trú trong đó thành thị chiếm tỉ lệ cao nhất là 69,1%.

2. Hiệu quả điều trị của kháng sinh carbapenem

Bảng 2: Kháng sinh đồ kháng sinh nhóm carbapenem

KS nhóm carbapenem	n	Tỷ lệ	
Imipenem (n=255)	Kháng	139	54,5
	Trung gian/ Nhạy	116	45,5
Meropenem (n=18)	Kháng	7	38,9
	Trung gian/ Nhạy	11	61,1
Ertapenem (n=122)	Kháng	29	23,8
	Trung gian/ Nhạy	93	76,2

Nhận xét: Tỷ lệ đề kháng Imipenem chiếm 54,5%. Tỷ lệ đề kháng Meropenem 38,9% và Ertapenem 23,8%

Bảng 3: Hiệu quả điều trị của kháng sinh carbapenem

Kết quả điều trị	n=256	Tỷ lệ (%)
Bình phục xuất viện	99	38,7
Bệnh nặng xin về	139	54,3
Chuyển tuyến	18	7,0

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh nhân có bệnh nặng xin về chiếm 54,3%. Thấp nhất là bệnh nhân có trường hợp chuyển tuyến 7,0%.

bệnh có thời gian sử dụng KS kéo dài. Người bệnh sử dụng liều dùng KS nhóm carbapenem thấp. Người bệnh phải chuyển phác đồ trong điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả điều trị của kháng sinh carbapenem. Hiệu quả điều trị của kháng sinh carbapenem trong đó bệnh nhân bình phục xuất viện chiếm tỷ lệ 38,7%. Chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh nhân có bệnh nặng xin về chiếm 54,3%. Thấp nhất là bệnh nhân có trường hợp chuyển tuyến 7,0% trong tổng số các ca được điều trị bằng kháng sinh carbapenem. Kết quả nghiên cứu Lê Thị Kim Nhung cho thấy K.pneumoniae đề kháng hầu hết kháng sinh. Imipenem và Meronem cũng bị đề kháng mạnh ⁽⁶⁾. So sánh với kết quả của Nguyễn Thị Tuyền tỷ lệ đáp ứng là 69% ⁽⁷⁾. Kết quả trong nghiên cứu của Zarkotou và cộng sự năm 2011 chỉ ra tỷ lệ tử vong là 52,5%. Kết quả cho thấy việc đề kháng mạnh với carbapenem dẫn đến tình trạng đáp ứng điều trị thấp kết quả cho thấy chỉ 38,7% bệnh nhân hồi phục sau điều trị tại Bệnh viện.

Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của nhóm KS carbapenem trên bệnh nhân nhiễm Klebsiella pneumoniae tại khoa Hồi sức tích cực và Hô hấp tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Để tìm hiểu kỹ hơn mối liên quan đa biến giữa mối liên quan đến các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của kháng sinh carbapenem, chúng tôi đưa các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) vào mô hình hồi quy đa biến nhằm khử nhiễu và đánh giá các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của KS nhóm carbapenem. Sau khi đưa các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) bao gồm: nhóm tuổi, thời gian nằm viện, đặt nội khí quản, thở máy, thông tiểu, thời gian sử dụng carbapenem, liều dùng, chuyển phác đồ điều trị và đề kháng Meropenem vào phân tích tổng hợp hồi quy đa biến logistic sử dụng phương pháp Enter để phân tích đa biến, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

Qua mô hình hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của kháng sinh carbapenem trong nhóm tuổi càng cao nguy cơ không đáp ứng với kháng sinh carbapenem tăng gấp 2,98 lần so với bệnh nhân trẻ tuổi ($p = 0,007$; OR=2,98; CI95%: 1,4 – 6,6).

Người bệnh có thời gian nằm viện điều trị kéo dài ≥ 14 ngày tăng nguy cơ không đáp ứng điều trị với KS nhóm carbapenem tăng gấp 5,4 lần ($p = 0,000$; OR=5,4; CI95%: 2,3 – 12,7). Nguyên nhân chủ yếu đối tượng nằm viện càng dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện đặt biệt là

KP mặc khác các đối tượng có thời gian nằm viện kéo dài có nhiều bệnh nền kết hợp cần điều trị và cao tuổi nguy cơ không đáp ứng dẫn đến tử vong cao.

Tỉ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy đặc biệt cao trong nhóm người bệnh nằm tại khoa sản sóc tích cực (43- 63,55/ 1000 ngày thở máy) và là nguyên nhân chính gây tăng nguy cơ bệnh tật, tử vong, tăng thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị ⁽⁸⁾. Theo các nghiên cứu y học trên thế giới, người bệnh (NB) phải thở máy có nguy cơ mắc viêm phổi bệnh viện cao hơn 6 - 21 lần so với những người bệnh thông thường. Người bệnh phải sử dụng thở máy trong điều trị tăng nguy cơ không đáp ứng điều trị với KS nhóm carbapenem gấp 15,9 lần không thở máy ($p = 0,03$; OR=15,9; CI95%: 1,2–193,04). Đối tượng sử dụng máy thở làm tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện với vào cơ thể theo đường ống thở

Người bệnh có thời gian sử dụng KS kéo dài làm có nguy cơ không đáp ứng với KS nhóm carbapenem gấp 2,5 lần ($p = 0,042$; OR=2,5; CI95%: 1,03 – 6,1). Người bệnh sử dụng liều dùng KS nhóm carbapenem thấp làm tăng nguy cơ không đáp ứng điều trị gấp 1,9 lần ($p = 0,049$; OR=1,9; CI95%: 1,0 – 3,7). Người bệnh phải chuyển phác đồ trong điều trị có nguy cơ không đáp ứng với KS carbapenem gấp 3,5 lần ($p = 0,002$; OR=3,5; CI95%: 1,6 – 7,7).

Nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu theo dõi dọc dựa trên HSBA. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi thu được đầy đủ các thông của bệnh nhân trong quá trình điều trị tại Khoa HSTC và hô hấp của bệnh viện Trung Ương Cần Thơ, do đó dữ liệu thu được mang tính khách quan, có giá trị cao trong thực tiễn lâm sàng và điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại hạn chế. Nghiên cứu chỉ dựa trên HSBA do đó việc thu thập số liệu có thể không đầy đủ và hoàn chỉnh dựa trên chất lượng HSBA. Mặc khác, do hạn chế về thời gian và kinh phí nghiên cứu chỉ thực hiện tại 2 khoa chứ không khảo sát trên quy mô lớn vì vậy kết quả nghiên cứu khó đại diện cho toàn bệnh viện hoặc trên khu vực.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị thành công 38,7% và thất bại 60,3%. Nhóm tuổi cao có thời gian nằm viện kéo dài ≥ 14 ngày có can thiệp thở máy tăng nguy cơ không đáp ứng với carbapenem. Người bệnh có thời gian sử dụng KS kéo dài và sử dụng liều

dùng carbapenem thấp chuyển phác đồ trong điều trị không đáp ứng carbapenem. Việc sử dụng KS carbapenem phải dựa trên bằng chứng vi sinh học và tình trạng của người bệnh nhằm nâng cao hiệu quả giảm đề kháng KS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **chống kháng thuốc Bộ Y tế - Phòng (2016)**, Việt Nam có tỷ lệ kháng thuốc cao trên thế giới, Hà Nội.
2. **WHO (2018)**, Antibiotic resistance, 31/09-2019, web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
3. **Esra Deniz Candan and Nilüfer Aksöz (2015)**, "Klebsiella pneumoniae: characteristics of carbapenem resistance and virulence factors", Acta Biochim Pol. 62(4), pp 867-74.
4. **Chen Chen Sheng-Lei Yu Yi Zhang, Yang Zhou, Si-Yu Yang, Jia-Lin Jin, Shu Chen, Peng Cui, Jing Wu, Ning Jiang and Wen-Hong Zhang, (2019)**, "Intensive Care Unit by Whole Genome Sequencing", Cell. Infect. Microbiol. 9, pp 281.
5. **Trần Minh Giang Trần Văn Ngọc (2016)**, "Đề kháng của Klebsiella Pneumoniae gây viêm phổi thở máy tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định", 20(1).", Y Học thành phố Hồ Chí Minh. Hội nghị KHKT ĐHYD TP.HCM lần thứ 33 - 01/03/2016 chuyên đề Nội khoa I. 20(1).
6. **Lê Thị Kim Nhung, Viên Vinh Phú Đỗ Thanh Hương (2015)**, "Tính kháng kháng sinh của tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện trên người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất (2013-2014)", tạp chí Y học TP HCM. 19(6), Tr: 242 - 247.
7. **Nguyễn Thị Tuyên (2018)**, Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh carbapenem tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ, Đại học Dược Hà Nội.
8. **Trịnh Anh Thư (2018)**, "Chăm sóc răng miệng để giảm nguy cơ viêm phổi liên quan đến thở máy", Tạp chí Y học TP HCM. 22(2), tr. 504 - 512.

TÌNH TRẠNG CĂNG THẰNG, LO ÂU, TRẦM CẢM CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU 2 NĂM ĐẠI DỊCH COVID-19 TẠI ĐẮK LẮK, NĂM 2022

Nay Phi La¹, Nguyễn Anh Khoa², Nguyễn Ngọc Như Khuê³
Vũ Thị Quỳnh Hậu⁴, Hoàng Hải Phúc⁵

TÓM TẮT

Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi đã khảo sát 2.582 nhân viên y tế (NVYT) sau 2 năm đại dịch COVID-19, chúng tôi có 1 số kết luận sau. NVYT là nữ (70,8%). Độ tuổi trung bình là 36,8 ± 8,3 tuổi với số năm công tác trung bình là 11,9 ± 7,8. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%), trong đó y tế công lập (91,3%) và y tế tư nhân (8,7%). Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%. 57,8% NVYT làm việc ở tuyến đầu. Tỷ lệ NVYT căng thẳng là 23,6%, lo âu là 44,0% và trầm cảm là 30,3%. Mô hình hồi quy đa biến cho thấy đặc điểm tuổi, tuyến đầu phòng chống dịch và nguyên nhân: do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống, do áp lực công việc quá nhiều, bị hội chứng "Burnout", cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế, gặp biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19 và gặp biến cố vì người thân mất việc làm có liên quan với tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm

($p < 0,01$). Giới tính nữ có liên quan đến tình trạng lo âu, số năm công tác có liên quan đến tình trạng lo âu và trầm cảm ($p < 0,01$). Nơi làm việc liên quan với các tình trạng căng thẳng ($p < 0,05$), lo âu ($p < 0,01$); trình độ chuyên môn không có liên quan tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm; mắc bệnh COVID-19 liên quan với tình trạng lo âu ($p < 0,01$) và không có liên quan với căng thẳng, trầm cảm; độ tuổi liên quan với tình trạng lo âu ($p < 0,01$) và trầm cảm ($p < 0,05$). Nguyên vọng của NVYT để khắc phục tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm: tăng thu nhập hàng tháng (96,0%), cải thiện môi trường làm việc (85,3), được chia sẻ/hỗ trợ công việc (83,5%) và không còn bị kỳ thị (57,0%).

Từ khóa: Căng thẳng, Lo âu, Trầm cảm, DASS21, Nhân viên y tế, COVID-19, Đắk Lắk

SUMMARY

STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION OF HEALTH CARE WORKERS AND RELATED FACTORS AFTER 2 YEARS OF COVID-19 PANDEMIC AT DAK LAK, IN 2022

By using the cross-sectional descriptive study method, we surveyed 2,582 health care workers (HCW) after 2 years of the COVID-19 pandemic. We have some following conclusions: 70,8% of HCW are female. The mean age is 36.8 ± 8.3 years old and the average years of working is 11.9 ± 7.8 years. Professional qualifications: doctor (19.9%), pharmacist (10.8%), technician (8.4%), nurse/midwife (37.2%) and other medical specialties (23.7%). 91,3% of HCW is working in state public health facilities and 8,7% is

¹Sở Y tế tỉnh Đắk Lắk;

²Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên;

³Bệnh viện Đại học Buôn Ma Thuột;

⁴Trung Tâm Y tế Thành phố Buôn Ma Thuột;

⁵Trung tâm Kiểm soát bệnh tật.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Khoa

Email: nguyennanhkhoa1202@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

working in private health facilities. The prevalence of COVID-19 among HCW is 47.8%. 57.8% of HCW worked on the front lines. The rate of HCW having stress is 23.6%, having anxiety is 44.0% and having depression is 30.3%. The multivariable regression model shows age characteristics, working on the front line and causes: due to insufficient income to pay for life, too much working pressure, having "Burnout" syndrome, feeling stigmatized for working in a medical environment, having some accidents because of seeing relatives and friends dying from COVID-19 and having some accidents because the relatives loses their job are related to stress, anxiety and depression ($p < 0.01$). Female gender relates to anxiety, working experience in years relates with anxiety and depression ($p < 0.01$). The workplace associate with stressful situations ($p < 0.05$), anxiety ($p < 0.01$); qualifications do not relate to stress, anxiety and depression; COVID-19 disease associate with anxiety ($p < 0.01$) and not with stress, depression; Age associate with anxiety ($p < 0.01$) and depression ($p < 0.05$). HCW wishes to overcome stress, anxiety and depression by increasing monthly income (96.0%), improving working environment (85.3), having job support (83.5%) and no longer being discriminated against (57.0%).

Keywords: Stress, Anxiety, Depression, DASS21, Health care workers, COVID-19, Dak Lak

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 30/01/2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tuyên bố coronavirus mới năm 2019 là tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng cần quan tâm của quốc tế và ngày 11/03/2020, WHO đã tuyên bố về một đại dịch toàn cầu vì sự lây lan mạnh của coronavirus trên khắp thế giới [1]. Sau 2 năm đại dịch, tính đến ngày 11/03/2022, Thế giới đã có 453.834.274 ca nhiễm và 6.052.201 ca tử vong; Việt Nam có 5.448.935 ca nhiễm và 41.228 ca tử vong; tại tỉnh Đắk Lắk ghi nhận 68.040 ca nhiễm và 143 ca tử vong [2]. Đại dịch COVID-19 đã làm ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe và mọi mặt của đời sống kinh tế xã hội của người dân nói chung và nhân viên y tế (NVYT) nói riêng. Tác động của dịch bệnh đã gây ra rất nhiều áp lực tâm lý, sức khỏe tâm thần đối với cộng đồng, người dân, đặc biệt là NVYT, những người trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia vào công tác phòng, chống dịch COVID-19.

Sức khỏe tâm thần là một tình trạng sức khỏe mà mỗi cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và thành công và có thể đóng góp cho cộng đồng [3]. Các rối loạn tâm thần thường gặp trong sức khỏe tâm thần là căng thẳng, lo âu và trầm cảm. Trong đại dịch COVID-19, tình trạng rối loạn sức khỏe tâm thần gia tăng, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ căng

thẳng là 45,0% (95% CI 24,3–67,5%), lo âu là 25,8% (95% CI 20,5–31,9%) và trầm cảm là 24,3% (18% CI 18,2–31,6%) của NVYT [4]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam trong đại dịch COVID-19 cho thấy NVYT chịu tác động nặng nề về sức khỏe tâm thần và có các dấu hiệu rối loạn về căng thẳng, lo âu và trầm cảm, trong đó có báo cáo về tình trạng căng thẳng của NVYT ở một số bệnh viện điều trị COVID-19 ở thành phố Hồ Chí Minh lên tới 80,3% [5,6]. Tại Đắk Lắk, chưa có nghiên cứu nào về tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm của NVYT trong suốt 2 năm đại dịch COVID-19 vừa qua, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm của NVYT và các yếu tố liên quan sau 2 năm đại dịch COVID-19 tại Đắk Lắk, năm 2022" với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ căng thẳng, lo âu và trầm cảm của NVYT sau 2 năm đại dịch COVID-19; (2) Mô tả một số yếu tố liên quan với các tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm của NVYT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. NVYT tại các cơ sở y tế (bao gồm cả y tế công lập: tỉnh, huyện, xã và y tế tư nhân) trong toàn tỉnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Tất cả các cơ sở y tế (bao gồm cả y tế công lập: tỉnh, huyện, xã và y tế tư nhân) trong toàn tỉnh.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 15/03/2022-05/4/2022.

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

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- α : xác suất sai lầm loại I ($\alpha = 0,05$).

- Z: trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{0,95} = 1,96$ với khoảng tin cậy 95%).

- p: Tỷ lệ căng thẳng của NVYT. Ở đây, chúng tôi lấy giá trị $p = 0,803$ [6].

- d: Sai số cho phép ($d = 0,03$).

- DE: Hệ số hiệu ứng thiết kế (Chọn DE = 3).

Việc chọn hệ số hiệu ứng thiết kế sẽ làm cỡ mẫu tăng lên, nhưng bù lại làm giảm sai lệch do lấy cỡ mẫu theo tất cả các cơ sở y tế trong toàn tỉnh.

Cỡ mẫu ước tính cần cho nghiên cứu là $n = 2.025$ mẫu. Thực tế đã chúng tôi đã thu thập được 2.582 NVYT tham gia vào nghiên cứu này.

2.4.2. Kỹ thuật thu thập dữ liệu: Điều tra khảo sát dựa trên biểu mẫu khảo sát ở Google

đã được tạo theo bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn.

Bộ câu hỏi bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học - xã hội; mắc bệnh COVID-19; bộ công cụ DASS-21 và thang điểm xác định tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm; nguyên nhân và mong muốn điều chỉnh tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20 và Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định tỷ lệ căng thẳng, lo âu và trầm cảm của NVYT sau 2 năm đại dịch COVID-19

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=2.582)

Đặc điểm	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	754	29,2
Nữ	1.828	70,8
Độ tuổi		
18 - 29 tuổi	515	19,9
30 - 39 tuổi	1.316	51,0
40 - 49 tuổi	469	18,2
Trên 50 tuổi	282	10,9
Độ tuổi trung bình là 36,8 ± 8,3 (nhỏ nhất là 22 và lớn nhất là 60 tuổi)		
Dân tộc		
Kinh	2.051	79,4
Ê Đê	304	11,8
Dân tộc khác	227	8,8
Trình độ chuyên môn		
Bác sỹ	514	19,9
Dược sỹ	279	10,8
Kỹ thuật viên	218	8,4
Điều dưỡng/hộ sinh	960	37,2
Chuyên ngành y tế khác	611	23,7
Nơi làm việc		
Đơn vị y tế tuyến tỉnh	441	17,1
Đơn vị y tế tuyến huyện	992	38,4
Trạm Y tế xã	1.053	40,8
Khác	96	3,7
Năm công tác		
1 - 10 năm	1.219	47,2
11 - 20 năm	1.044	40,4
21 - 30 năm	246	9,5
Trên 30 năm	73	2,8
Năm công tác trung bình là 11,9 ± 7,8 (nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 35 năm)		
Loại hình hoạt động		
Công lập	2.357	91,3
Tư nhân	225	8,7

Theo bảng 1 cho thấy giới tính chủ yếu là nữ (70,8%). Độ tuổi trung bình là 36,8 ± 8,3 tuổi (nhỏ nhất là 22 và lớn nhất là 60 tuổi), nhóm tuổi từ 30 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,0%. Dân tộc Kinh chiếm 79,4%, Ê Đê chiếm 11,8% và dân tộc khác là 8,8%. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%). Nơi làm việc: tuyến tỉnh (17,1%), tuyến huyện (38,4%), trạm Y tế xã (40,8%) và nơi khác (3,7%). Năm công tác trung bình là 11,9 ± 7,8 (nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 35 năm), số năm công tác từ 1 – 10 năm chiếm cao nhất với 47,2%. Loại hình hoạt động nơi cán bộ y tế làm việc: công lập (91,3%) và tư nhân (8,7%).

Bảng 2. Tỷ lệ NVYT mắc bệnh COVID-19 (N=2.582)

Mắc bệnh COVID-19	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
Mắc bệnh	1.234	47,8
Không mắc bệnh	1.348	52,2
Cộng	2.582	100

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%.

Bảng 3. Tỷ lệ NVYT làm việc ở tuyến đầu phòng, chống dịch COVID-19 (N=2.582)

Phòng, chống dịch COVID-19	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
Tuyến đầu	1.493	57,8
Tuyến sau	1.089	42,2
Cộng	2.582	100

Bảng 3 cho thấy có 57,8% NVYT tế làm việc ở tuyến đầu phòng, chống dịch COVID-19.

Bảng 4. Tỷ lệ NVYT căng thẳng, lo âu và trầm cảm sau 2 năm đại dịch COVID-19 (N=2.582)

Nội dung	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
Căng thẳng		
Bình thường	1.973	76,4
Căng thẳng	609	23,6
Lo âu		
Bình thường	1.446	56,0
Lo âu	1.136	44,0
Trầm cảm		
Bình thường	1.799	69,7
Trầm cảm	783	30,3

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ NVYT căng thẳng là 23,6%, lo âu là 44,0% và trầm cảm là 30,3% sau 2 năm đại dịch COVID-19.

Bảng 5. Mức độ NVYT căng thẳng, lo âu và trầm cảm sau 2 năm đại dịch COVID-19 (N=2.582)

Mức độ	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
Căng thẳng		
Bình thường	1.973	76,4
Nhẹ	251	9,7
Vừa	193	7,5
Nặng	106	4,1
Rất nặng	59	2,3
Lo âu		
Bình thường	1.446	56,0
Nhẹ	207	8,0
Vừa	544	21,1
Nặng	167	6,5
Rất nặng	218	8,4

Trầm cảm		
Bình thường	1.799	69,7
Nhẹ	339	13,1
Vừa	315	12,2
Nặng	59	2,3
Rất nặng	70	2,7

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ NVYT có căng thẳng mức độ rất nặng (2,3%), nặng (4,2%), vừa (7,5%) và nhẹ (9,7%); có lo âu mức độ rất nặng (8,4%), nặng (6,5%), vừa (21,1%) và nhẹ (8,0%) và có trầm cảm mức độ rất nặng (2,7%), nặng (2,3%), vừa (12,2%) và nhẹ (13,1%).

Bảng 6. Nguyên nhân gây ra cho NVYT căng thẳng, lo âu và trầm cảm sau 2 năm đại dịch COVID-19 (N=2.582)

Nguyên nhân	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
- Do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống	1.581	61,2
- Do áp lực công việc quá nhiều	1.537	59,5
- Bị suy sụp về thể chất, tinh thần do quá tải công việc và bị căng thẳng (Hội chứng "Burnout")	989	38,3
- Cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế	804	31,1
- Biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19	576	22,3
- Biến cố vì người thân mất việc làm	388	15,0
- Y kiến khác	359	13,9
- Không có ý kiến	460	17,8

Bảng 6 cho thấy nguyên nhân gây ra cho NVYT căng thẳng, lo âu và trầm cảm là 61,2% do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống, 59,5% do áp lực công việc quá nhiều, 38,3% bị hội chứng "Burnout", 31,1% cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế, 22,3% gặp biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19 và 15,0% gặp biến cố vì người thân mất việc làm và 17,8% không có ý kiến.

3.2. Mô tả một số yếu tố liên quan với các tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm của NVYT sau 2 năm đại dịch COVID-19

Bảng 7. Một số đặc điểm và nguyên nhân liên quan với các tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm (N=2.582)

Biến số	Căng thẳng			Lo âu			Trầm cảm		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Đặc điểm									
Tuổi	0,98	0,97-0,99	<0,01	0,97	0,97-0,99	<0,01	0,97	0,97-0,99	<0,01
Giới tính nữ	1,07	0,88-1,31	0,48	1,33	1,12-1,59	<0,01	1,12	0,93-1,35	0,23
Số năm công tác	0,98	0,98-1,00	0,04	0,98	0,97-0,99	<0,01	0,98	0,98-1,00	<0,01
Tuyển đầu phòng, chống dịch	0,67	0,56-0,81	<0,01	0,69	0,59-0,81	<0,01	0,64	0,54-0,77	<0,01
Loại hình hoạt động	0,90	0,66-1,24	0,51	1,12	0,85-1,49	0,40	0,87	0,66-1,18	0,38
Nguyên nhân									
Do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống	4,66	3,68-5,91	<0,01	4,24	3,56-5,07	<0,01	4,40	3,58-5,42	<0,01
Do áp lực công việc quá nhiều	4,08	3,26-5,12	<0,01	3,11	2,64-3,69	<0,01	3,96	3,25-4,84	<0,01
Bị Hội chứng "Burnout"	6,2	5,13-7,66	<0,01	4,60	3,88-5,46	<0,01	5,95	4,96-7,15	<0,01
Cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế	3,81	3,15-4,61	<0,01	3,80	3,19-4,53	<0,01	4,19	3,50-5,02	<0,01
Biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19	2,31	1,89-2,83	<0,01	2,66	2,20-3,23	<0,01	2,64	2,18-3,20	<0,01
Biến cố người thân mất việc làm	2,80	2,23-3,52	<0,01	2,71	2,16-3,39	<0,01	2,65	2,13-3,31	<0,01

Bảng 7 sử dụng mô hình hồi quy đa biến cho thấy đặc điểm tuổi, tuyển đầu phòng chống dịch và nguyên nhân: do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống, bị hội chứng "Burnout", cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế, gặp biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19 và gặp biến cố vì người thân mất việc làm có liên quan với tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm ($p<0,01$). Giới tính nữ có liên quan đến tình trạng lo âu, số năm công tác có liên quan đến tình trạng lo âu và trầm cảm ($p<0,01$).

Bảng 8. Một số đặc điểm liên quan với các tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm (N=2.582)

Biến số	Căng thẳng		Lo âu		Trầm cảm	
	Có (%)	p*	Có (%)	p*	Có (%)	p*
Nơi làm việc						
Tuyển tỉnh	123 (27,9)	<0,05	221 (50,1)	<0,01	151 (34,2)	0,051
Tuyển huyện	204 (20,6)		405 (40,8)		272 (27,4)	
Trạm Y tế xã	254 (23,6)		472 (44,8)		329 (31,2)	
Khác	28 (29,2)		38 (39,6)		31 (32,3)	
Trình độ chuyên môn						
Bác sỹ	130 (25,3)	0,822	208 (40,5)	0,090	161 (31,3)	0,107
Dược sỹ	66 (23,7)		117 (41,9)		74 (26,5)	
Kỹ thuật viên	53 (24,3)		98 (45,0)		64 (29,4)	
Điều dưỡng/hộ sinh	224 (23,3)		454 (47,3)		316 (32,9)	
Chuyên ngành y tế khác	136 (22,3)		259 (42,4)		168 (27,5)	
Bệnh COVID-19						
Mắc bệnh COVID-19	291 (23,6)	0,996	622 (50,4)	<0,01	382 (31,0)	0,505
Độ tuổi						
18 - 29 tuổi	134 (26,0)	0,950	236 (45,8)	<0,01	170 (33,0)	<0,05
30 - 39 tuổi	321 (24,4)		609 (46,3)		412 (31,3)	
40 - 49 tuổi	99 (21,1)		203 (43,3)		134 (28,6)	
Trên 50 tuổi	55 (19,5)		88 (31,2)		67 (23,8)	

(*) Chi-Square Test

Bảng 8 cho thấy đặc điểm: nơi làm việc liên quan với các tình trạng căng thẳng ($p<0,05$), lo âu ($p<0,01$) và không có liên quan với trầm cảm; trình độ chuyên môn không có liên quan tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm; mắc bệnh COVID-19 liên quan với tình trạng lo âu ($p<0,01$) và không có liên quan với căng thẳng, trầm cảm; độ tuổi liên quan với tình trạng lo âu ($p<0,01$) và trầm cảm ($p<0,05$).

Bảng 9. Nguyên vọng của NVYT để khắc phục tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm (N=2.582)

Nguyên vọng	Tần số (N=2.582)	Tỷ lệ (%)
Tăng thu nhập hàng tháng	2.480	96,0
Cải thiện môi trường làm việc	2.202	85,3
Được chia sẻ/hỗ trợ công việc	2.157	83,5
Không còn bị kỳ thị	1.472	57,0
Khác	610	23,6

Bảng 9 cho thấy nguyên vọng của NVYT để khắc phục tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm: tăng thu nhập hàng tháng (96,0%), cải

thiện môi trường làm việc (85,3), được chia sẻ/hỗ trợ công việc (83,5%) và không còn bị kỳ thị (57,0%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã khảo sát 2.582 NVYT tỉnh Đắk Lắk đã trải qua 2 năm đại dịch COVID-19. Giới tính chủ yếu là nữ (70,8%), tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Lenzo V, Quattropani MC, Sardella A et al là 60,7% [7]. Độ tuổi trung bình là $36,8 \pm 8,3$ tuổi thấp so với Lenzo V, Quattropani MC, Sardella A et al là $39,8 \pm 11,3$ [7] nhưng có số năm công tác trung bình là $11,9 \pm 7,8$ năm tương đương với Lenzo V, Quattropani MC, Sardella A et al là $11,9 \pm 10,3$ [7]. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%) ở cả 3 tuyến công tác: tuyển tỉnh (17,1%), tuyển huyện (38,4%), trạm Y tế xã (40,8%), trong đó y tế công lập (91,3%) và y tế tư nhân (8,7%). Có 57,8% NVYT làm việc ở tuyến đầu tương đương với Vũ Thị Cúc, Nguyễn Phúc Thành Nhân, Nguyễn Xuân Chi và cộng sự là 60,7% [6]. Sau 2 năm đại dịch đã có 47,8% NVYT mắc bệnh

COVID-19, tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn rất nhiều lần so với tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của tỉnh Đắk Lắk và của Việt Nam do Bộ Y tế công bố [2]. NVYT đã phải đối mặt với những thách thức và căng thẳng với các mối đe dọa về sức khỏe thể chất và tinh thần của chính họ [6].

Tỷ lệ NVYT căng thẳng là 23,6%, lo âu là 44,0% và trầm cảm là 30,3% sau 2 năm đại dịch COVID-19 và tỷ lệ căng thẳng thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trên thế giới là 45,0% (95% CI 24,3–67,5%) của NVYT [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh là tỷ lệ NVYT có biểu hiện căng thẳng là 17,6%, lo âu là 42,9% và trầm cảm là 23,6% [8]. Tỷ lệ căng thẳng (23,6%) của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nhiều nghiên cứu về tình trạng căng thẳng của NVYT ở một số bệnh viện điều trị COVID-19 ở thành phố Hồ Chí Minh lên tới 80,3% [6]. Chỉ có tỷ lệ lo âu và trầm cảm của chúng tôi là cao hơn so với tỷ lệ lo âu là 25,8% (95% CI 20,5–31,9%) và trầm cảm là 24,3% (18% CI 18,2–31,6%) với nhiều nghiên cứu trên thế giới [4].

Tỷ lệ NVYT có căng thẳng mức độ rất nặng (2,3%), nặng (4,2%) và mức độ nặng, rất nặng về căng thẳng của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tại Đà Nẵng của Nhan, N., Dinh, L.D., Colebunders, R. et al đã báo cáo gần 20% [5]. Còn tỷ lệ NVYT lo âu mức độ rất nặng (8,4%), nặng (6,5%) và có trầm cảm mức độ rất nặng (2,7%), nặng (2,3%) tương đương với Inga Marijanović, Marija Kraljević, Teo Buhovac et al [9].

Nguyên nhân gây ra cho NVYT căng thẳng, lo âu và trầm cảm là 61,2% do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống, 59,5% do áp lực công việc quá nhiều, 38,3% bị hội chứng "Burnout", 31,1% cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế, 22,3% gặp biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19 và 15,0% gặp biến cố vì người thân mất việc làm. Tác động của dịch bệnh đã gây ra rất nhiều áp lực tâm lý, sức khỏe tâm thần đối với NVYT, những người trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia vào công tác phòng, chống dịch COVID-19. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 57,8% NVYT làm việc ở tuyến đầu trong phòng, chống dịch COVID-19 và tuyến đầu có liên quan đến tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm của NVYT có thấy rằng làm việc trong bệnh viện và tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân COVID-19 có liên quan đến nguy cơ cao bị căng thẳng ở NVYT.

Nguyên vọng của NVYT để khắc phục tình

trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm: tăng thu nhập hàng tháng (96,0%), cải thiện môi trường làm việc (85,3), được chia sẻ/hỗ trợ công việc (83,5%) và không còn bị kỳ thị (57,0%). Với các nguyện vọng này, NVYT mong muốn có được một tình trạng sức khỏe tâm thần tốt hơn và thực tế hơn với chính sách đã ban hành của Bộ Y tế về "Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe tâm thần trong dịch COVID-19" và sự chung tay của xã hội, cộng đồng để làm giảm nhẹ sang chấn tâm lý của NVYT.

V. KẾT LUẬN

NVYT là nữ (70,8%). Độ tuổi trung bình là 36,8 ± 8,3 tuổi. Trình độ chuyên môn: bác sỹ (19,9%), dược sỹ (10,8%), kỹ thuật viên (8,4%), điều dưỡng/hộ sinh (37,2%) và chuyên ngành y tế khác (23,7%). Năm công tác trung bình là 11,9 ± 7,8 Loại hình hoạt động nơi cán bộ y tế làm việc: công lập (91,3%) và tư nhân (8,7%).

Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của NVYT là 47,8%. 57,8% NVYT làm việc ở tuyến đầu. Nguyên nhân là do đại dịch COVID-19 gây ra tình trạng trên.

Tỷ lệ NVYT căng thẳng là 23,6%, lo âu là 44,0% và trầm cảm là 30,3%. Mô hình hồi quy đa biến cho thấy đặc điểm tuổi, tuyến đầu phòng chống dịch và nguyên nhân: do thu nhập không đủ trang trải cuộc sống, do áp lực công việc quá nhiều, bị hội chứng "Burnout", cảm thấy bản thân bị kỳ thị vì làm việc trong môi trường y tế, gặp biến cố vì phải chứng kiến người thân, bạn bè mất vì COVID-19 và gặp biến cố vì người thân mất việc làm có liên quan với tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm ($p < 0,01$). Giới tính nữ có liên quan đến tình trạng lo âu, số năm công tác có liên quan đến tình trạng lo âu và trầm cảm ($p < 0,01$). Nơi làm việc liên quan với các tình trạng căng thẳng ($p < 0,05$), lo âu ($p < 0,01$); trình độ chuyên môn không có liên quan tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm; mắc bệnh COVID-19 liên quan với tình trạng lo âu ($p < 0,01$) và không có liên quan với căng thẳng, trầm cảm; độ tuổi liên quan với tình trạng lo âu ($p < 0,01$) và trầm cảm ($p < 0,05$).

Nguyên vọng của NVYT để khắc phục tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm: tăng thu nhập hàng tháng (96,0%), cải thiện môi trường làm việc (85,3), được chia sẻ/hỗ trợ công việc (83,5%) và không còn bị kỳ thị (57,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the

- epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 105924. Accessed on 6 4 2022.
- Bộ Y tế. Ngày 11/3:** Số mắc COVID-19 mới tăng lên 169.114 ca; Vĩnh Phúc bổ sung hơn 19.300 F0. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/ngay-11-3-so-mac-covid-19-moi-tang-len-169-114-ca-vinh-phuc-bo-sung-hon-19-300-f0. Truy cập ngày 6/4/2022.
 - WHO.** Mental health: Strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Accessed on 6 4 2022.
 - Nader Salari, Habibolah Khazaie, Amin Hosseinian-Far et al.** The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *PMCID: PMC7745176*. DOI: 10.1186/s12960-020-00544-1. Accessed on 6 4 2022.
 - Nhan, N., Dinh, L.D., Colebunders, R. et al.** "Stress and associated factors among frontline healthcare workers in the COVID-19 epicenter of Da Nang city, Vietnam", *Research Square*(Version 1), tr. 1-12.
 - Vũ Thị Cúc, Nguyễn Phúc Thành Nhân, Nguyễn Xuân Chí và cộng sự.** Tình trạng căng thẳng của nhân viên y tế tại một số bệnh viện điều trị bệnh nhân COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 508 Số 2 (2021). DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i2.1629>. Truy cập ngày 7 4 2022.
 - Lenzo V, Quattropiani MC, Sardella A et al.** Depression, Anxiety, and Stress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak and Relationships With Expressive Flexibility and Context Sensitivity. *Front. Psychol.* 12:623033. doi: 10.3389/fpsyg.2021.623033. Accessed on 10 4 2022.
 - Báo Sức khỏe và Đời sống.** Cân bằng cảm xúc cho nhân viên y tế sau đại dịch COVID-19. <https://suckhoedoisong.vn/can-bang-cam-xuc-cho-nhan-vien-y-te-sau-dai-dich-covid-19-169220411104429041.htm>. Truy cập ngày 10/4/2022.
 - Inga Marijanović, Marija Kraljević, Teo Buhovac et al.** Use of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) Questionnaire to Assess Levels of Depression, Anxiety, and Stress in Healthcare and Administrative Staff in 5 Oncology Institutions in Bosnia and Herzegovina During the 2020 COVID-19 Pandemic. Published online 2021 Apr 19. doi: 10.12659/MSM.930812. Accessed on 11 4 2022.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH NÃO

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phạm Thị Ngọc Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 38 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,4 \pm 14,8$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Triệu chứng thường gặp nhất là nhức đầu (94,7%), tiếp theo là liệt nửa người (34,2%) và co giật (28,9%). Trên phim cộng hưởng từ não mạch não, tổn thương hay gặp nhất là nhồi máu não (31,6%), chảy máu não (21,1%) và nhồi máu não chuyển dạng chảy máu (18,4%). Vị trí huyết khối thường gặp nhất là xoang dọc trên (73,7%), xoang ngang (63,2%) và xoang sigma (47,4%). Triệu chứng co giật có liên quan đến tổn thương nhu mô não ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với nhóm có huyết khối ở một hay

hiều xoang. **Kết luận:** Các triệu chứng nhức đầu, liệt nửa người, liệt dây thần kinh sọ, nôn- buồn nôn, nhìn mờ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn ý thức và dấu hiệu màng não không có sự liên quan đến tổn thương nhu mô não trên hình ảnh cộng hưởng từ. Triệu chứng co giật có liên quan đến tổn thương nhu mô não. Không có mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng khi vào viện và số xoang huyết khối.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch não, lâm sàng, hình ảnh học.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL FEATURES AND MAGNETIC RESONANCE OF CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS

Objective: Analyse the relationship between clinical features and magnetic resonance imaging of cerebral venous thrombosis. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study of 38 patients with cerebral venous thrombosis treated at the Department of Neurology, Bach Mai Hospital from March 2020 to June 2021. **Results:** The mean age was 42.4 ± 14.8 , the male/female ratio was 1.2:1. The acute onset was seen in 6 patients (15.8%), subacute in 31 (81.6%) and chronic in 1 (2.6%). The symptom onset of most cases was headache (94.7%), hemiparesis (34.2%) and seizure (28.9%). 25 patients (65.8%) had parenchymal brain lesions in MRI, including venous infarct (31.6%), hemorrhage (21.1%), hemorrhagic transformation (18.4%). The most common sites of

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

thrombosis were superior sagittal sinus (73.7%), transverse sinus (63.2%), and sigmoid sinus (47.4%). Seizure symptoms were related to brain parenchymal damage ($p < 0.05$). There was no relationship between the clinical symptoms and the site of thrombosis.

Conclusion: Headache, hemiplegia, cranial nerve palsies, vomiting-nausea, blurred vision, language disorders, impaired consciousness and meningeal signs were not related to brain parenchymal lesions. Seizure symptoms were related to brain parenchymal damage ($p < 0.05$). There was no relationship between the clinical symptoms and the site of thrombosis.

Keywords: Cerebral venous thrombosis, clinical features, magnetic resonance imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN) là thuật ngữ chung mô tả bệnh lý huyết khối của hệ thống tĩnh mạch não bao gồm huyết khối xoang tĩnh mạch màng cứng và hệ thống tĩnh mạch não sâu cũng như tĩnh mạch vùng vỏ não. Đây là một thể ít gặp trong số các bệnh lý đột quỵ (chiếm 0,5-1% số bệnh nhân đột quỵ não) với tỷ lệ mới mắc bệnh 5/1000000 dân mỗi năm.¹ Bệnh thường gặp ở người trẻ tuổi, 78% số bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não gặp ở độ tuổi dưới 50 tuổi.²

Huyết khối tĩnh mạch não được ghi nhận đầu tiên vào đầu thế kỷ 19, trong giai đoạn này việc chẩn đoán bệnh huyết khối tĩnh mạch não chủ yếu dựa vào khám nghiệm tử thi. Hiện tại, với sự phát triển của ngành chẩn đoán hình ảnh học nên việc chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não không còn gặp nhiều khó khăn như trước. Tuy nhiên, việc chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não thường bị bỏ sót, muộn hoặc sai do triệu chứng lâm sàng, đặc điểm khởi phát và hình ảnh học của huyết khối tĩnh mạch não rất đa dạng, không điển hình và dễ nhầm lẫn với các bệnh khác.^{3,4}

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi- giới tính		Nam n = 21 (53,3%)	Nữ n = 17 (44,7%)	Chung n = 38 (100%)
Tuổi trung bình (khoảng tuổi)		47,1 ± 16,1 (19 – 77 tuổi)	36,0 ± 10,1 (23-57 tuổi)	42,4 ± 14,8 (19-77 tuổi)
Phân bố theo nhóm tuổi	≤ 20	2 (9,5)	0 (0)	2 (5,3)
	21- 30	1 (4,8)	6 (35,3)	7 (18,4)
	31- 40	4 (19,0)	4 (23,5)	8 (21,1)
	41- 50	2 (9,5)	6 (35,3)	8 (21,1)
	51- 60	7 (33,3)	1 (5,9)	8 (21,1)
	61-70	4 (19,0)	0 (0)	4 (10,5)
≥ 71		1 (4,8)	0 (0)	1 (2,6)

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 38 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 42,4 ± 14,8, tuổi trẻ nhất là 19 và lớn nhất là 77. Tuổi trung bình ở nam là 47,1 ± 16,1 cao hơn tuổi trung bình mắc ở nữ 36,0 ± 10,1. Tỷ lệ mắc ở nam và nữ tương đương nhau với tỷ lệ nam/nữ là 1,2.

Vì vậy bệnh thường được chẩn đoán muộn, trung bình là 7 ngày sau khởi phát mới được chẩn đoán^{4,5}.

Ở Việt Nam chưa có nhiều số liệu thống kê chính thức nào công bố về mối liên quan hình ảnh học với một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán xác định huyết khối tĩnh mạch não điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 03/2020 đến tháng 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

- + Tuổi ≥ 18 tuổi.
- + Chẩn đoán xác định huyết khối tĩnh mạch não bằng chụp cộng hưởng từ não mạch não 1,5 Tesla tại Bệnh viện Bạch Mai.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- + Huyết khối tĩnh mạch não liên quan với nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương, chấn thương đầu.

- + Bệnh nhân đang có tình trạng nguy cơ chảy máu cao.

- + Suy gan nặng, suy thận nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.

3.2. Môi liên quan giữa hình ảnh học với một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 38)	Tỷ lệ (%)
Nhức đầu	37	97,4
Nôn- buồn nôn	27	71,1
Liệt nửa người	15	39,5
Co giật	12	31,6
Rối loạn ý thức	11	28,9
Rối loạn ngôn ngữ	6	15,8
Liệt dây thần kinh sọ	4	10,5
Dấu hiệu màng não	4	10,5
Nhìn mờ	2	5,3

Nhận xét: Nhức đầu là triệu chứng thường gặp nhất 97,4%, tiếp theo là nôn – buồn nôn 71,1%. Nhìn mờ chỉ gặp ở 5,3% số bệnh nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các triệu chứng lâm sàng.

Bảng 3: Hình ảnh chụp cộng hưởng từ não

Hình ảnh CHT não	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu não	12	31,6
Chảy máu não	8	21,1
Nhồi máu chảy máu não	8	21,1
Nhu mô não bình thường	10	26,3

Bảng 5: Liên quan triệu chứng khi vào viện với tổn thương nhu mô

Triệu chứng		Tổn thương		p	OR (95% CI)
		Có n = 28 (100%)	Không n = 10 (100%)		
Nhức đầu	Có	28 (100)	9 (90,0)	0,263	4,111 (2,33 - 7,23)
	Không	0 (0)	1 (10,0)		
Liệt nửa người	Có	13 (46,4)	2 (20,0)	0,259	0,288 (0,05 - 1,61)
	Không	15 (53,6)	8 (80,0)		
Liệt dây sọ	Có	3 (10,7)	1 (10,0)	1	0,92 (0,85 - 10,09)
	Không	25 (89,3)	9 (90,0)		
Co giật	Có	11 (39,3)	0 (0)	0,037	0,63 (0,47 - 0,84)
	Không	17 (60,7)	10 (100,0)		
Rối loạn ý thức	Có	10 (35,7)	1 (10,0)	0,225	0,20 (0,02 - 1,82)
	Không	18 (64,3)	9 (90,0)		
Nôn buồn nôn	Có	18 (64,3)	9 (90,0)	0,225	5,00 (0,56 - 45,39)
	Không	10 (35,7)	1 (10,0)		
Nhìn mờ	Có	2 (7,1)	0 (0)	1	0,72 (0,59 - 0,88)
	Không	26 (92,9)	10 (100)		
Rối loạn ngôn ngữ	Có	6 (21,4)	0 (0)	0,168	0,688 (0,54 - 0,87)
	Không	22 (78,6)	10 (100)		
Dấu hiệu màng não	Có	3 (10,7)	1 (10,0)	1	0,926 (0,09 - 10,06)
	Không	25 (89,3)	9 (90,0)		

Nhận xét: Triệu chứng nhức đầu, liệt nửa người, liệt dây sọ, rối loạn ý thức, nôn buồn nôn, nhìn mờ, rối loạn ngôn ngữ, dấu hiệu màng não không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân với giá trị kiểm định $p > 0,05$ độ tin cậy 95%.

Bảng 6: Liên quan triệu chứng khi vào viện với xoang có huyết khối

Chảy máu dưới nhện	3	7,9
--------------------	---	-----

Nhận xét: Nhồi máu não là tổn thương thường gặp nhất trên phim CHT (31,6%), ít nhất là chảy máu dưới nhện (7,9%). Các tổn thương chảy máu não, nhồi máu não chuyển dạng chảy máu gặp với tỷ lệ ít hơn lần lượt là 21,1% và 18,4%.

Bảng 4: Kết quả chụp cộng hưởng từ xoang tĩnh mạch não

Xoang có huyết khối	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Xoang dọc trên	28	73,7
Xoang ngang	24	63,2
Xoang sigma	18	47,4
Tĩnh mạch vỏ não	9	23,7
Tĩnh mạch cảnh trong	6	15,8
Xoang thẳng	3	7,9
Xoang dọc dưới	3	7,9
Tĩnh mạch não sâu	1	2,6
Tắc một xoang	11	28,9
Tắc nhiều xoang	27	71,1

Nhận xét: Vị trí huyết khối tĩnh mạch não thường gặp ở các xoang lớn, trong đó thường gặp nhất huyết khối xoang dọc trên chiếm tỷ lệ 73,7%. Đa số bệnh nhân tắc nhiều xoang tĩnh mạch đồng thời chiếm tỷ lệ 71,1%.

Triệu chứng \ Xoang tắc		Số xoang có huyết khối		P	OR (95% CI)
		Nhiều xoang n = 27 (100%)	Một xoang n = 11 (100%)		
Nhức đầu	Có	99 (96,1)	49 (98,0)	1	0,505 (0,01 - 5,3)
	Không	4 (3,9)	1 (2,0)		
Liệt nửa người	Có	39 (37,9)	12 (24,0)	0,088	1,92 (0,85 - 4,54)
	Không	64 (62,1)	38 (76,0)		
Liệt dây sọ	Có	4 (3,9)	1 (2,0)	1	1,97 (0,19 - 99,4)
	Không	99 (96,1)	49 (98,0)		
Co giật	Có	17 (16,5)	15 (30,0)	0,054	0,46 (0,19 - 1,11)
	Không	86 (83,5)	35 (70,0)		
Rối loạn ý thức	Có	11 (10,8)	9 (18,0)	0,207	0,54 (0,189 - 1,61)
	Không	92 (89,2)	41 (82,0)		
Nôn buồn nôn	Có	36 (34,9)	10 (20,0)	0,058	2,14 (0,91 - 5,37)
	Không	67 (65,1)	40 (80,0)		
Nhìn mờ	Có	11 (10,8)	5 (10,0)	0,897	1,07 (0,32 - 4,19)
	Không	92 (89,2)	45 (90,0)		
Rối loạn ngôn ngữ	Có	10 (9,7)	5 (10,0)	0,954	0,967 (0,28 - 3,82)
	Không	93 (90,3)	45 (90,0)		
Dấu hiệu màng não	Có	5 (4,8)	4 (8,0)	0,475	0,58 (0,12 - 3,11)
	Không	98 (95,2)	46 (92,0)		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng khi vào viện với nhóm có huyết khối ở một xoang hay có huyết khối ở nhiều xoang. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 38 bệnh nhân có chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021. Nhóm tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,4 \pm 14,8$ tuổi (dao động từ 19-77 tuổi). So với nam giới, nữ giới có độ tuổi mắc trẻ hơn (tuổi trung bình ở nhóm nữ là $36,0 \pm 10,1$ tuổi so với trung bình ở nhóm nam là $47,1 \pm 16,1$ tuổi). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Coutinho JM và cộng sự³. Tỷ lệ mắc ở nam và nữ tương đương nhau với tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trong và ngoài nước³⁻⁵. Tỷ lệ bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não gặp nhiều nhất ở lứa tuổi trẻ, thường liên quan đến sinh đẻ và thai sản cũng như có các bất thường về di truyền gây tác động lên các yếu tố đông máu, dẫn đến nguy cơ hình thành huyết khối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng, trong đó nhức đầu, nôn buồn nôn là những triệu chứng thường gặp nhất gặp của bệnh chiếm lần lượt 97,4% và 71,1% do đa số các bệnh nhân đều tới với bệnh cảnh tăng áp lực trong sọ có thể đơn độc hay phối hợp cùng các triệu chứng khác. Tổn thương nhu mô não thường gặp nhất trên chụp cộng

hưởng từ là nhồi máu não chiếm tỷ lệ 31,6%, tiếp theo đó là chảy máu não và nhồi máu não chuyển dạng chảy máu chiếm tỷ lệ 21,1% và 18,4%. Tỷ lệ không gặp tổn thương nhu mô não chiếm 26,3% và chảy máu dưới nhện ít gặp nhất chiếm 7,9. Trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ, vị trí huyết khối thường gặp ở những xoang lớn, trong đó hay gặp nhất là xoang dọc trên chiếm 73,7%, tiếp đến là xoang ngang chiếm 63,2% và xoang sigma chiếm 47,4%. Các trường hợp huyết khối tĩnh mạch não xảy ra ở nhiều xoang đồng thời chiếm tới 71,1%, ít khi gặp đơn độc 1 xoang. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trịnh Tiến Lực⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi giống với các tác giả Zimny A, Zubkov AY, Goyal G và cộng sự đều thấy triệu chứng co giật có liên quan đến tổn thương nhu mô não, các triệu chứng nhức đầu, nôn buồn nôn, rối loạn ngôn ngữ, nhìn mờ, liệt dây thần kinh sọ, dấu hiệu màng não có thể gặp ở cả hai nhóm có hoặc không có tổn thương nhu mô não. Điều này được giải thích cơ chế hình thành các triệu chứng thần kinh trong huyết khối xoang tĩnh mạch não do tăng áp lực nội sọ và tổn thương nhu mô não. Tuy nhiên so với các nghiên cứu trên thế giới nghiên cứu của chúng tôi thấy các triệu chứng liệt vận động và rối loạn ý thức có cả ở cả hai nhóm có và không có tổn

thương nhu mô não, chưa có giá trị gợi ý đến tổn thương nhu mô như các nghiên cứu của các tác giả, điều này có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ và tỷ lệ gặp của các triệu chứng liệt vận động và rối loạn ý thức trong nhóm nghiên cứu thấp.

Khi đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng khi vào viện và số xoang có huyết khối, chúng tôi thấy thấy không có mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng khi vào viện với nhóm có huyết khối ở một xoang hay có huyết khối ở nhiều xoang kết quả này cũng giống trong nghiên cứu của Trịnh Tiến Lực năm 2020.⁵

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não chúng tôi nhận thấy: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,4 \pm 14,8$ tuổi, nữ có độ tuổi mắc trẻ hơn nam và tỷ lệ nam/ nữ là 1,2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng và không đặc hiệu, nhiều nhất là nhức đầu chiếm 94,7%. Tổn thương nhồi máu não chiếm 31,6%, chảy máu não 21,1% và nhồi máu não chuyển dạng chảy máu 18,4%. Vị trí huyết khối thường gặp ở những xoang lớn, trong đó hay gặp nhất là xoang dọc trên 73,7%, xoang ngang 63,2% và xoang sigma 47,4.

Các triệu chứng nhức đầu, liệt nửa người, liệt dây thần kinh sọ, nôn- buồn nôn, nhìn mờ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn ý thức và dấu hiệu màng não không có sự liên quan đến tổn thương nhu mô não. Sự khác biệt về số bệnh nhân có các triệu chứng này trên hai nhóm bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng co giật có liên quan đến tổn thương nhu mô não. Không có mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng khi vào viện với nhóm có huyết khối ở một hay nhiều xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. S, F. B, D. BR, et al.** Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:1158-1192.
2. **P. C, Ferro J. M., Lindgren A. G., et al.** Causes and Predictors of Death in Cerebral Venous Thrombosis. *Stroke*. 2005;36:1720-1725.
3. **Coutinho JM, Ferro JM, Canhao P, et al.** Cerebral venous and sinus thrombosis in women. *Stroke*. 2009;40(7):2356-2361.
4. **Lê Văn Thịnh**, Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị huyết khối tĩnh mạch não. *Tạp san Hội Thần kinh học Việt Nam*, 2, 10. 2010;
5. **Trịnh Tiến Lực**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não Luận án Tiến sĩ y học, Đại học y hà nội. 2020;

HOÀN THIỆN KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM DIHYDRORHODAMINE (DHR) TRONG ĐÁNH GIÁ GIẢM CHỨC NĂNG OXY HÓA CỦA BẠCH CẦU TRUNG TÍNH

Nguyễn Thanh Bình^{1,2}, Trần Thị Thúy Hạnh¹,
Tạ Thị Thoa², Lê Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hoàn thiện quy trình xét nghiệm DHR đánh giá chức năng oxy hóa của bạch cầu trung tính và xác định giá trị tham chiếu phòng xét nghiệm của kỹ thuật này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên mẫu máu ngoại vi của 30 trẻ bình thường (không mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chức năng BCTT) và 02 trẻ đã được chẩn đoán xác định bệnh u hạt mạn tính tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 2 năm 2021 đến tháng 6 năm 2021. **Kết quả:** Nồng độ hóa chất tối ưu cho quy trình xét nghiệm DHR là PMA: 228 nM; DHR:

1000ng/mL. Giá trị tham chiếu phòng xét nghiệm của chỉ số kích thích (SI) xét nghiệm DHR là $SI = 87,5 - 404,7$. **Kết luận:** Đã hoàn thiện quy trình và nồng độ hóa chất tối ưu của xét nghiệm DHR và xác định được giá trị tham chiếu phòng xét nghiệm chỉ số SI của xét nghiệm này tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Từ khóa: xét nghiệm DHR, bệnh u hạt mạn tính, chức năng oxy hóa của bạch cầu trung tính, Bệnh viện Nhi Trung ương.

SUMMARY

VERIFICATION OF DHR TEST FOR EVALUATING OF NEUTROPHIL OXIDATIVE BURST FUNCTION

Objective: To verify Dihydrorhodamine (DHR) testing process to evaluate neutrophil oxidative bursts function and determine the laboratory reference value of Stimulate Index of this test. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on peripheral blood samples of 30 healthy children and 02

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenthanhbinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

CGD patients who were diagnosed by whole genome sequencing to detect the gene mutation at the National Children's Hospital from February, 2021 to June, 2021. **Result:** The optimal chemical concentration for DHR test is PMA: 228 nM; DHR: 1000 ng/mL. The laboratory reference value of Stimulate Index (SI) is = 87.5 – 404.7. **Conclusion:** The DHR test technical uses an optimal chemical concentration suitable to evaluate neutrophil oxidative bursts function.

Keyword: DHR test, Chronic Granulomatous Disease; Neutrophil Oxidative Bursts Function; Vietnam National Children's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu trung tính (BCTT) là tế bào thực bào có vai trò quan trọng trong hệ thống miễn dịch của cơ thể. Chức năng tiêu diệt kháng nguyên được thực hiện thông qua 2 cơ chế là (1) cơ chế phụ thuộc enzym và (2) cơ chế oxy hóa thông qua gốc tự do của các thể oxy hoạt động [1]. Các thể oxy hoạt động được tạo ra bên trong các phagolysosom bởi hệ thống enzym oxidase NADPH (Nicotinamide Adenine Dinucleotide Phosphate). Phức hợp enzym này được cấu tạo từ 5 cấu phần là các protein mã hóa bởi các gen nằm trên các nhiễm sắc thể khác nhau [6]. Khi một cấu phần nào đó của enzym oxidase NADPH bị biến đổi do đột biến gen có thể dẫn tới giảm chức năng oxy hóa của BCTT, ảnh hưởng đến khả năng tiêu diệt vi khuẩn, xuất hiện bệnh cảnh lâm sàng là bệnh u hạt mạn tính (UHMT). Bệnh UHMT là một bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh hiếm gặp, tỷ lệ mắc ước tính khoảng 1/200000 trẻ sinh sống [7]. Bệnh nhân thường xuất hiện các triệu chứng nhiễm trùng nặng, tái diễn, biểu hiện ở nhiều cơ quan trong những năm đầu đời như viêm hạch bạch huyết, viêm phổi, áp xe phổi, áp xe gan, nhiễm trùng huyết, các u hạt do tăng tình trạng đáp ứng viêm ở da, đường tiêu hóa, dẫn đến tỷ lệ tử vong cao [2]. Gần đây, xét nghiệm này đã được chấp nhận trên toàn thế giới trong sàng lọc và hỗ trợ chẩn đoán bệnh u hạt mạn tính. Phương pháp này có độ nhạy cao, dễ thực hiện và chi phí hợp lý [6].

Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến cuối của chuyên ngành Nhi khoa. Đã có nhiều bệnh nhân nghi ngờ bệnh UHMT được điều trị tại bệnh viện. Tuy nhiên cho tới nay chưa có xét nghiệm nào dùng để sàng lọc bệnh lý này tại Bệnh viện Nhi Trung ương nói riêng và ở Việt Nam nói chung. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Hoàn thiện kỹ thuật xét nghiệm DHR đánh giá chức năng oxy hóa của BCTT và xác định giá trị tham chiếu phòng xét nghiệm của xét nghiệm này tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Mẫu máu ngoại vi của 30 trẻ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 4/2021 – 10/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: 2ml máu lấy đúng quy trình, chống đông bằng EDTA của các bệnh nhân không có các bệnh lý về huyết học, miễn dịch, nhiễm khuẩn:

- Số lượng và công thức bạch cầu bình thường
- CRP ≤ 5

- Các chỉ số huyết học, sinh hóa cơ bản khác nằm trong giới hạn bình thường (theo sổ tay khoảng tham chiếu giá trị các xét nghiệm, Bệnh viện Nhi Trung ương).

- Thời gian từ khi lấy máu đến khi tiến hành xét nghiệm dưới 2 tiếng

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có kèm thiếu hụt enzyme G6PD, MPO nặng.
- Tiền sử dùng thuốc acetaminophen trong vòng 24 giờ.

* Mẫu máu ngoại vi của 02 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định bệnh UHMT bằng kỹ thuật giải trình tự toàn bộ gen xác định đột biến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Nguyên lý kỹ thuật xét nghiệm DHR đánh giá chức năng oxy hóa của BCTT: Bạch cầu trung tính được kích thích bởi Phorbol-12-Myristate-13 Acetate (PMA) để sản xuất ROS (O²⁻, H₂O₂). Dihydrorhodamine (DHR) là hóa chất không màu thẩm qua màng vào trong tế bào và bị oxy hóa bởi hydrogen peroxide trở thành Rhodamine-123 có màu huỳnh quang xanh lá cây. BCTT bị nhuộm bởi Rhodamine-123 được xác định bằng phương pháp đếm tế bào dòng chảy ở flow bước sóng 488nm (màu FITC).

Vì cường độ huỳnh quang trung bình của Rhodamine-123 đã được chứng minh là tương quan tuyến tính với mức sản xuất các thể oxy hoạt động của BCTT [7], nên kết quả xét nghiệm DHR được đánh giá thông qua chỉ số kích thích (Stimulated index – SI) của quần thể BCTT:

Thiết kế nghiên cứu và các nồng độ hóa chất thử nghiệm. Chúng tôi tiến hành thử nghiệm với 3 nồng độ hóa chất PMA và 3 nồng độ hóa chất DHR khác nhau. Mỗi một nồng độ PMA sẽ kết hợp tương ứng với 3 mức nồng độ DHR-123 tổ hợp thành 9 điều kiện thử nghiệm (từ C1 – C9). C0 là ống Blank, không có hóa chất, chỉ có mẫu máu. Thử nghiệm được thực hiện trên 3 mẫu máu khác nhau.

Bảng 1: Các điều kiện và nồng độ hóa chất thử nghiệm

	PMA	0	114	228	342
DHR-123	0 nM	0 nM	114 nM	228 nM	342 nM
0 ng/mL		C0			
500 ng/mL			C1	C2	C3
1000 ng/mL			C4	C5	C6
1500 ng/mL			C7	C8	C9

Các chỉ số nghiên cứu:

- Tỷ lệ chết của BCTT (%)
- Hình dạng biểu đồ histogram
- + Dạng chuông
- + Dạng lệch về một phía
- + Dạng 2 đỉnh
- Giá trị trung bình chỉ số SI của 30 mẫu máu.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 10.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu Y học và đã được thông qua Hội đồng Y đức – Bệnh viện Nhi Trung ương số 273/BVNTW-VNCSKTE ngày 4/2/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lựa chọn điều kiện xét nghiệm tối ưu

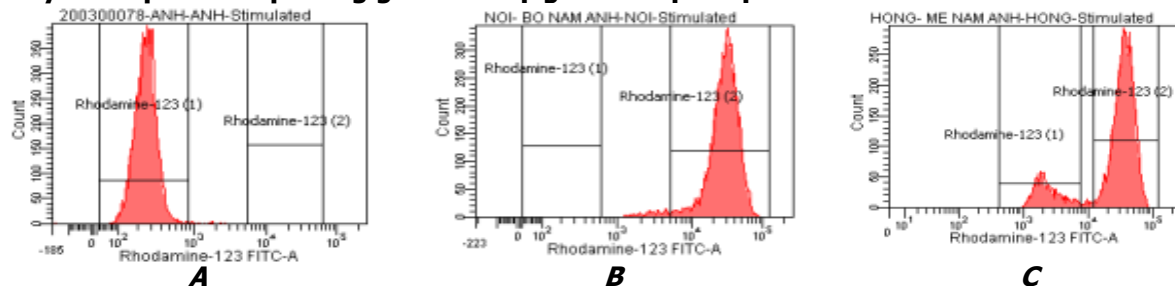
Chỉ số SI cao xuất hiện ở các điều kiện nồng độ hóa chất C5, C6, C7, C8, C9. Ở các điều kiện hóa nồng độ hóa chất thấp hơn có chỉ số SI của mẫu thấp.

Bảng 2: Hình dạng đồ thị histogram của cường độ huỳnh quang

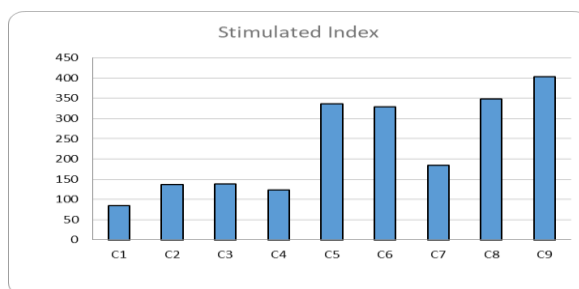
Điều kiện xét nghiệm	Mẫu 1	Mẫu 2	Mẫu 3
C1	Dạng chuông	Dốc về bên trái	Dạng răng lược
C2	Dốc về bên phải	Dạng chuông	Dạng chuông
C3	Dạng chuông	Dạng chuông	Dạng chuông
C4	Hai đỉnh	Hai đỉnh	Dạng chuông
C5	Dạng chuông	Dạng chuông	Dạng chuông
C6	Dạng chuông	Dạng chuông	Dạng chuông
C7	Hai đỉnh	Hai đỉnh	Dạng chuông
C8	Dạng chuông	Dạng chuông	Dạng chuông
C9	Dạng chuông	Dạng chuông	Dạng chuông

Đồ thị dạng chuông điển hình của các mẫu nghiên cứu xuất hiện ổn định ở điều kiện xét nghiệm C3, C5, C6, C8, C9. Các điều kiện nồng độ hóa chất khác đều không có đồ thị cường độ huỳnh quang điển hình khi đếm trên máy đếm tế bào dòng chảy.

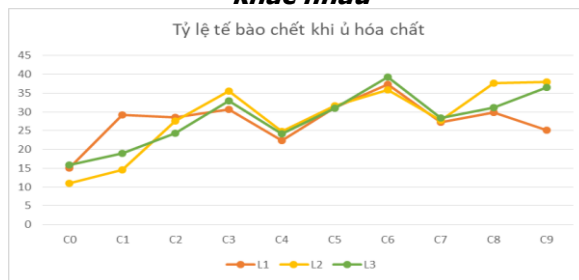
3.2. Kết quả xét nghiệm DHR trên một số bệnh nhân được chẩn đoán giảm chức năng oxy hóa bạch cầu hạt bằng giải trình tự gen xác định đột biến.



Hình 1. Kết quả xét nghiệm DHR ở bệnh nhân giảm chức năng BCTT do đột biến trên NST giới tính X.



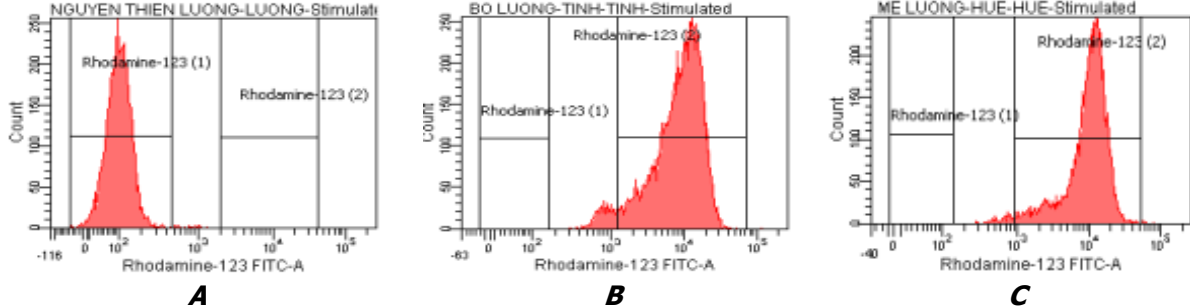
Biểu đồ 1: Chỉ số SI ở các nồng độ hóa chất khác nhau



Biểu đồ 2: Tỷ lệ chết của BCTT

Trong cả ba mẫu nghiên cứu, tỷ lệ BCTT chết trong ống C0 (Blank) là khoảng 10-15%. Tỷ lệ chết của BCTT thấp và tương tự nhau ở cả 3 mẫu nghiên cứu xuất hiện ở điều kiện thử nghiệm C4, C5, C7.

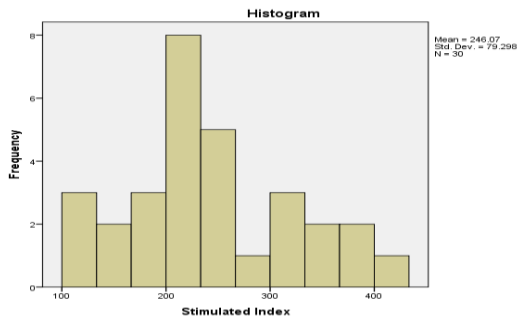
- (A) Bệnh nhân mang đột biến gen CYBB liên kết NST X vị trí c.867G>A có chỉ số SI = 1,4.
- (B) Bố bệnh nhân có chức năng oxy hóa BCTT bình thường
- (C) Mẹ bệnh nhân có 2 quần thể BCTT, một quần thể bình thường và 1 quần thể giảm chức năng oxy hóa.



Hình 2. Kết quả xét nghiệm DHR ở bệnh nhân giảm chức năng BCTT do đột biến trên NST thường.

- (A) Bệnh nhân mang đột biến gen NCF2 vị trí c.187dupA, kiểu di truyền đồng hợp tử lặn có chỉ số SI = 1,6
- (B) (C) Bố và mẹ bệnh nhân có chức năng oxy hóa BCTT bình thường.

3.3. Khảo sát chức năng oxy hóa BCTT ở trẻ bình thường (n=30)



Biểu đồ 3: Chỉ số SI của xét nghiệm DHR trên trẻ bình thường

Giá trị SI trung bình $\bar{X} \pm SD = 246,07 \pm 79,30$, phân bố chuẩn với kiểm định Kolmogorov-Smirnova, Sig > 0,05. Khoảng giá trị tham chiếu chỉ số SI là 87,47 – 404,67.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay ở Việt Nam chưa có đơn vị hay cơ sở y tế nào triển khai xét nghiệm DHR đánh giá chức năng oxy hóa BCTT để chẩn đoán bệnh UHMT. Các xét nghiệm đã được ứng dụng như Nitroblue Tetrazolium có độ nhạy không cao, phụ thuộc chủ quan của người đọc hoặc xét nghiệm xác định đột biến gene tốn kém và mất nhiều thời gian [5]. Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam phát triển kỹ thuật xét nghiệm DHR trong sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh UHMT, giúp quá trình điều trị và dự phòng hiệu quả hơn. Xét nghiệm DHR đã được phát

triển từ lâu có kỹ thuật đơn và hóa chất đơn giản. Tuy nhiên nó đã được công nhận là một kỹ thuật được áp dụng trên toàn thế giới trong chẩn đoán bệnh UHMT nhờ có độ chính xác cao [5],[8].

Dựa trên nguyên lý và quy trình kỹ thuật đã được công bố trước đây, chúng tôi tiến hành lựa chọn nồng độ hóa chất và điều kiện tối ưu của xét nghiệm để áp dụng tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả cho thấy, càng tăng nồng độ hóa chất PMA và DHR thì cường độ huỳnh quang từ quần thể BCTT càng mạnh, chỉ số SI tăng theo (Biểu đồ 1). Sự thay đổi cường độ huỳnh quang này phù hợp với đồ thị biểu diễn của Neutrophil/Monocyte Respiratory Burst Assay Kit của Cayman chemical [3], đó là cường độ huỳnh quang thu được tăng mạnh khi tăng nồng độ hóa chất PMA tới ngưỡng 300 nM, sau đó đi ngang. Trong thử nghiệm của chúng tôi, chỉ số SI cao ở các điều kiện nồng độ C5, C6, C7, C8 và C9.

Các nồng độ hóa chất PMA thấp hoặc chừa phù hợp có thể không đủ để kích thích toàn bộ và BCTT sản xuất tối đa các thể oxy hoạt động dẫn tới mức độ oxy hóa DHR khác nhau nên cường độ huỳnh quang của quần thể BCTT không tập trung (dạng chuông có đỉnh hẹp) mà xuất hiện hình ảnh đồ thị histogram dạng hai đỉnh hoặc không cân đối (Bảng 2). Chỉ có các điều kiện hóa chất C3, C5, C6, C8, C9 cho đồ thị cường độ huỳnh quang điển hình. Tuy nhiên, khi nồng độ PMA càng cao thì tỷ lệ BCTT chết có xu hướng càng tăng (Biểu đồ 2). Các điều kiện hóa chất C4, C5 và C7 có tỷ lệ BCTT chết thấp tương tự nhau ở các mẫu thử nghiệm (Biểu đồ 2). Chúng tôi chưa tìm được báo cáo nào đánh giá tỷ lệ tế bào chết trong quá trình ủ hóa, tiến hành xét nghiệm nhưng đã có nghiên cứu đưa ra bằng chứng các gốc oxy hóa do BCTT sản xuất ra sau

khi bị hoạt hóa bởi PMA, có thể gây chết tế bào theo chương trình. Điều này ảnh hưởng tới số lượng thu thập và độ tập trung của BCTT khi phân tích kết quả. Qua các điều kiện thử nghiệm, chúng tôi chọn được điều kiện xét nghiệm C5 đảm bảo được cường độ huỳnh quang của quần thể BCTT cao, đồ thị cường độ huỳnh quang điển hình và tỷ lệ BCTT chết thấp. Cụ thể nồng độ các hóa chất ở điều kiện C5 là PMA: 228 nM; DHR: 1000ng/mL. Nồng độ DHR tối ưu trong nghiên cứu của chúng tôi ở khoảng giữa nồng độ sử dụng trong protocol Cayman và nghiên cứu của Dimitrova, 2013 [3],[5], đồng thời gần tương đương với nồng độ được sử dụng trong nghiên cứu của Wang, 2019. Trong khi đó, nồng độ PMA được lựa chọn khá tương đồng với các nghiên cứu của Dimitrova, 2013 và nằm trong khoảng phù hợp được biểu diễn trên protocol kit của Cayman chemical [3],[5].

Sau khi xác định được nồng độ hóa chất tối ưu, chúng tôi thực hiện xét nghiệm DHR trên 02 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định bệnh UHMT bằng đột biến gen và bố mẹ của bệnh nhân để khẳng định tính xác của xét nghiệm. Kết quả cho thấy chỉ số SI của hai bệnh nhân lần lượt là 1,4 và 1,6 giảm rõ rệt so với mẫu chứng. Kết quả SI giảm thấp được báo cáo ở bệnh nhân UHMT trong nghiên cứu trước đây của tác giả Wang và cộng sự, 2019 đã phát hiện được 113/114 trường hợp mắc bệnh u hạt mạn tính, với SI trung bình là 1,62. Với bệnh nhân thứ nhất (Hình 1), bệnh nhân có đột biến lặn trên nhiễm sắc thể (NST) giới tính X, mẹ bệnh nhân mang gene đột biến trên một NST X nên có hai quần thể BCTT, một quần thể bình thường và một quần thể giảm chức năng oxy hóa trong khi bố bệnh nhân bình thường. Tương tự như trong nghiên cứu của Dimitrova, 2013 và Delmonte OM, 2019 [4], [5]. Đối với bệnh nhân UHMT thứ 2 (Hình 2), bệnh nhân mang đột biến đồng hợp lặn trên NST thường, do đó bố mẹ là người mang gen lặn trên NST thường biểu hiện chức năng oxy hóa của BCTT bình thường. Như vậy, kết quả xét nghiệm DHR phù hợp với tình trạng chức năng oxy hóa BCTT trong các trường hợp đột biến trên NST thường và trên NST giới tính X.

Chúng tôi đã thực hiện xét nghiệm trên 30 trẻ em đến khám tại Bệnh viện Nhi với các bệnh lý không liên quan đến chức năng BCTT nhằm xác định sơ bộ khoảng tham chiếu phòng xét nghiệm chỉ số SI của xét nghiệm DHR. Giá trị thu được

khoảng tham chiếu SI là 87,47 - 404,67. Kết quả này có giá trị trên cao hơn so với nghiên cứu của Vowells và cộng sự (1995) với SI từ 85,2 - 264,4. Vì số lượng mẫu thực hiện còn hạn chế, trẻ lấy mẫu không hoàn toàn là trẻ bình thường khỏe mạnh nên chỉ số SI của chúng tôi chỉ có giá trị tham khảo tại phòng xét nghiệm Bệnh viện Nhi Trung ương. Chúng tôi sẽ tiếp tục thực hiện với cỡ mẫu lớn trên trẻ bình thường để có giá trị tham chiếu chỉ số SI của xét nghiệm ở trẻ em Việt Nam khỏe mạnh.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã hoàn thiện được kỹ thuật xét nghiệm DHR tại Bệnh viện Nhi Trung ương với nồng độ quá chất tối ưu là PMA: 228nM; DHR: 1000 ng/mL. Xét nghiệm phù hợp để sàng lọc và hỗ trợ chẩn đoán bệnh UHMT. Ngưỡng giá trị tham khảo chỉ số SI của xét nghiệm là 87,47 - 404,67.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Lanh (2006)**. Miễn dịch học. Miễn dịch chống nhiễm vi sinh vật. Nhà xuất bản Y học, 154–173.
2. **Bortoletto P., Lyman K., Camacho A., et al. (2015)**. Chronic Granulomatous Disease: A Large, Single-center US Experience. *Pediatr Infect Dis J*, 34(10), 1110–1114.
3. **Cayman chemical (2016)**. Neutrophil/Monocyte Respiratory Burst Assay Kit. Item No. 601130.
4. **Delmonte O.M. and Fleisher T.A. (2019)**. Flow cytometry: Surface markers and beyond. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 143(2), 528–537.
5. **Dimitrova G., Bunkall C., Lim D., et al. (2013)**. Comparison of two methods for the diagnosis of chronic granulomatous disease - neutrophil oxidative burst measured by the nitroblue tetrazolium slide test versus the dihydrorhodamine 123 flow cytometric assay. *N Z J Med Lab Sci*, (67), 45–51.
6. **Drink Roos, Steven M.Holland, and Taco W.Kuijpes (2013)**. Chronic granulomatous disease. Primary immunodeficiency diseases: A molecular and genetic approach. 3rd, Oxford University Press, 689.
7. **Kuhns D.B., Alvord W.G., Heller T., et al. (2010)**. Residual NADPH oxidase and survival in chronic granulomatous disease. *N Engl J Med*, 363(27), 2600–2610.
8. **Kutukculer N., Aykut A., Karaca N.E., et al. (2019)**. Chronic granulomatous disease: Two decades of experience from a paediatric immunology unit in a country with high rate of consanguineous marriages. *Scand J Immunol*, 89(2), e12737.
9. **O’Gorman M.R. and Corrochano V. (1995)**. Rapid whole-blood flow cytometry assay for diagnosis of chronic granulomatous disease. *Clin Diagn Lab Immunol*, 2(2), 227–232.

KHẢO SÁT BIẾN CỐ BẤT LỢI TRÊN BỆNH NHÂN SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID ĐƯỜNG UỐNG NGOẠI TRÚ TRÊN 3 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Đào Thị Diệu Ngân¹, Huỳnh Thanh Sang²,
Nguyễn Ngọc Khôi³, Nguyễn Như Hồ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các biến cố bất lợi của thuốc (Adverse drug event - ADE) trên bệnh nhân sử dụng glucocorticoid (GC) đường uống ≥ 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân điều trị GC đường uống ngoại trú từ 18 đến 80 tuổi, đến khám tại các khoa ngoại trú Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021. **Kết quả:** Có 157 bệnh nhân được phỏng vấn khảo sát về ADE trong quá trình điều trị với GC. Tuổi trung vị là 60 tuổi, đa số là bệnh nhân nữ (64,1%). Hơn một nửa số bệnh nhân đã dùng GC trên 12 tháng (59,9%). Chỉ định chính sử dụng GC là suy thượng thận (38,2%). Hội chứng Cushing là triệu chứng ADE thường gặp phải nhất (55,4%). Giới tính là yếu tố liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ mắc phải hội chứng Cushing ở bệnh nhân sử dụng GC đường uống dài hạn (OR = 2,72; 95% CI, 1,32 - 5,58). **Kết luận:** Cần giám sát chặt chẽ quá trình sử dụng thuốc GC ở bệnh nhân điều trị ngoại trú để hạn chế ADE do GC gây ra

Từ khóa: glucocorticoid, ngoại trú, biến cố bất lợi, điều trị dài hạn.

SUMMARY

INVESTIGATION ON GLUCOCORTICOID THERAPY FOR OUTPATIENTS USING GLUCOCORTICOID ORAL FOR 3 MONTHS OR MORE AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To report on adverse drug events (ADEs) in adults using glucocorticosteroids (GCs) for 3 months or more. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on outpatients with people from 18 – 80 years old at Gia Dinh People's Hospital between October 2020 and March 2021. Collected data for analysis included patient characteristics, pattern of systemic GCs uses, ADEs and associated factors. **Results:** We interviewed 157 patients about ADEs during their course of GC therapy. The median age of this group was 60 and most of them were female (64,1%). More than half of the patients (59,9%) reported using GCs for more than 12 months. Many patients with adrenal insufficiency were indicated GCs as replacement therapies (38,2%).

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Công Nghệ TP HCM (HUTECH University)

³Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

Cushing's syndrome was the most frequent adverse event (55,4%). Gender was associated with Cushing's syndrome (OR = 2,72; 95% CI, 1,32 - 5,58) in patients with long-term use of GC. **Conclusions:** It is necessary to monitor closely outpatients prescribed with GCs in order to limit adverse events

Key words: glucocorticoid, outpatient, adverse events, long-term.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glucocorticoid (GC) là một nhóm các hormon do vỏ thượng thận tiết ra có cấu trúc steroid. GC với tác dụng chống viêm, chống dị ứng, ức chế miễn dịch, được sử dụng rộng rãi để điều trị các bệnh lý như hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease - COPD), viêm ruột mạn tính, các bệnh tự miễn như viêm khớp dạng thấp, vảy nến, lupus ban đỏ và các trường hợp chống thải ghép [1]. Bên cạnh tác dụng có lợi, GC có liên quan đến việc tăng nguy cơ xảy ra các biến cố có hại của thuốc (adverse drug event - ADE) như suy thượng thận, hội chứng Cushing, bệnh tim mạch, tăng đường huyết, rối loạn lipid máu, loãng xương, rối loạn tâm thần kinh, đục thủy tinh thể [1]. Trên cơ sở đó, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm khảo sát các biến cố bất lợi trên bệnh nhân sử dụng glucocorticoid đường uống ngoại trú trên 3 tháng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân điều trị ngoại trú được kê GC đường uống trên 3 tháng tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021.

Tiêu chí chọn vào: Bệnh nhân từ 18 đến 80 tuổi, được chỉ định GC liên tục từ 3 tháng trở lên với thời gian kê đơn GC mỗi tháng ≥ 28 ngày.

Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân bị ung thư, ghép nội tạng, nhiễm HIV, suy giảm miễn dịch, suy thận mạn giai đoạn 3 trở lên hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng tháng 10/2020 đến tháng 03/2021.

Nội dung khảo sát:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân
- Đặc điểm sử dụng GC đường uống dài hạn trong điều trị ngoại trú
- Đặc điểm các ADE trong quá trình điều trị GC đường uống dài hạn
- Mối liên quan giữa các yếu tố và hội chứng Cushing trong điều trị GC đường uống dài hạn

Phương pháp xử lý số liệu. Tất cả các thống kê được thực hiện với phần mềm SPSS 20 và Excel 2016. Nghiên cứu sử dụng thống kê mô tả để trình bày đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Các biến liên tục được trình bày bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn; trung vị và khoảng tứ phân vị nếu có phân phối không chuẩn. Các biến phân loại được mô tả theo tỷ lệ phần trăm. Các giá trị được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

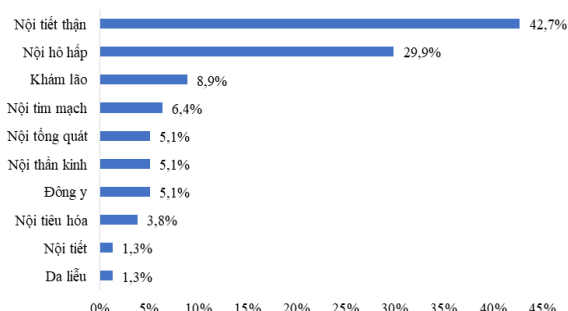
Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Có 157 bệnh nhân được phỏng vấn khảo sát về các ADE trong quá trình điều trị với GC với các đặc điểm chung được trình bày trong bảng 1. Tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 60 tuổi (50 - 66). Đa số là bệnh nhân nữ (63,1%), không có tiền sử dị ứng thuốc (83,4%), có bảo hiểm y tế (BHYT) (96,8%) và sinh sống ở Thành phố Hồ Chí Minh (89,8%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu (n = 157)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi	18 - 30 tuổi	6	3,8
	31 - 50 tuổi	37	23,6
	51 - 65 tuổi	67	42,7
	> 65 tuổi	47	29,9

Giới tính	Nữ	99	63,1
	Nam	58	36,9
Tiền sử dị ứng thuốc	Có	26	16,6
	Không	131	83,4
Diện Bảo hiểm y tế	Không	5	3,2
	Có	152	96,8
Nơi sinh sống	TP. Hồ Chí Minh	141	89,8
	Các tỉnh thành khác	16	10,2

Các khoa chỉ định GC đường uống dài hạn được liệt kê trong Hình 1. Khoa Nội tiết thận và Nội hô hấp thường kê đơn GC nhất (tỷ lệ lần lượt là 42,7% và 29,9%).



Hình 1. Phân bố các khoa kê đơn GC đường uống dài hạn (≥ 3 tháng).

Đặc điểm sử dụng GC đường uống dài hạn. Có 107 (68,2%) bệnh nhân được chỉ định GC cho 1 chẩn đoán bệnh, 47 (29,9%) dùng GC cho hai chỉ định và 3 (1,9%) trường hợp dùng thuốc cho 3 chỉ định. Các chỉ định sử dụng GC đường uống dài hạn được trình bày trong Bảng 2. Trong đó, chỉ định bệnh thường dùng GC nhất là suy thượng thận (38,2%), viêm khớp dạng thấp (27,4%) và Lupus ban đỏ (16,6%).

Bảng 2. Chỉ định cần dùng GC trong đơn (n = 157)

Chuyên khoa	Chỉ định	Tổng	Nữ	Nam
		Tần số (Tỷ lệ %)		
Thấp khớp - miễn dịch	Viêm khớp dạng thấp	43 (27,4)	33 (29,2)	10 (22,7)
	Lupus ban đỏ	26 (16,6)	25 (22,1)	1 (2,3)
	Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn	5 (3,2)	4 (3,5)	1 (2,3)
	Viêm gan tự miễn	2 (1,3)	1 (0,9)	1 (2,3)
	Viêm mạch tự miễn	1 (0,6)	1 (0,9)	-
Nội tiết - thận	Suy thượng thận	60 (38,2)	37 (32,7)	23 (52,3)
	Cushing do thuốc	12 (7,6)	9 (8,0)	3 (6,8)
	Hội chứng thận hư	10 (6,4)	3 (2,7)	7 (15,9)
	Suy thượng thận do thuốc	4 (2,5)	3 (2,7)	1 (2,3)
	Hội chứng Cushing	2 (1,3)	2 (1,8)	-
Dị ứng - hô hấp	Hen phế quản	5 (3,2)	5 (4,4)	-
	COPD	5 (3,2)	2 (1,8)	3 (6,8)
Cơ - xương khớp	Nhược cơ	8 (5,1)	7 (6,2)	1 (2,3)
	Bệnh Still	1 (0,6)	1 (0,9)	-
Tiêu hóa	Bệnh Crohn	1 (0,6)	-	1 (2,3)
Thần kinh	Viêm dây thần kinh ngoại biên	25 (15,9)	19 (16,8)	6 (13,6)

Một số đặc điểm liên quan đến việc sử dụng GC được trình bày trong Bảng 3. Phần lớn bệnh nhân (59,9%) dùng GC liên tục trên 12 tháng. Loại GC được kê đơn gồm prednison và methylprednisolon với thời điểm thường dùng thuốc là 1 lần vào buổi sáng (65,6% trường hợp) hoặc 2 lần vào buổi sáng và chiều (30,6%).

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng GC dài hạn của mẫu nghiên cứu (n = 157)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Thời gian sử dụng GC	3 - 6 tháng	24	15,3
	6 - 12 tháng	39	24,8
	≥ 12 tháng	94	59,9
Loại GC sử dụng	Prednison	38	24,2
	Methylprednisolon	25	15,9
	Methylprednisolon hoặc prednison	94	59,9
Thời điểm dùng thuốc	Sáng	103	65,6
	Sáng - trưa	4	2,5
	Sáng - chiều	48	30,6
	Sáng - tối	2	1,3

Đặc điểm biến cố bất lợi (ADE) trong thời gian dùng GC. Hơn một nửa bệnh nhân (59,2%) mô tả 4 - 7 ADE đã xảy ra trong quá trình điều trị với GC (Bảng 4).

Bảng 4. Phân bố số lượng ADE xảy ra trên bệnh nhân sử dụng GC đường uống dài hạn (n = 157)

Số lượng ADE gặp phải	Tần số	Tỷ lệ %
Không có ADE	3	1,9
1 - 3 ADE	39	24,8
4 - 7 ADE	93	59,2
8 - 10 ADE	22	14

Loại ADE theo thời gian sử dụng GC được trình bày chi tiết trong Bảng 5. Một số ADE thường gặp gồm hội chứng Cushing do GC (55,4%), viêm loét dạ dày tá tràng (51,6%), mắt mờ - ứ dịch (51%).

Bảng 5. Các ADE ghi nhận được khi sử dụng GC dài hạn trên 157 bệnh nhân

Đặc điểm	Chung	Thời gian sử dụng thuốc			
		3-6tháng	6-12tháng	> 12tháng	
Tần số (Tỷ lệ %)					
Mắt	Mắt mờ - ứ dịch	80 (51,0)	15 (18,8)	16 (20,0)	49 (61,3)
	Đục thủy tinh thể - glaucom	46 (29,3)	7 (15,2)	9 (19,6)	30 (65,2)
Da	Bầm tím - Vết thương lâu lành	74 (47,1)	8 (10,8)	21 (28,4)	45 (60,8)
	Bỏng da	22 (14,0)	1 (4,5)	6 (27,3)	15 (68,2)
Thần kinh	Mất ngủ	79 (50,3)	6 (7,6)	20 (25,3)	53 (67,1)
	Nhức đầu	46 (29,3)	5 (10,9)	10 (21,7)	31 (67,4)
Tiêu hóa	Rối loạn tiêu hóa	56 (35,7)	11 (19,6)	15 (26,8)	30 (53,6)
	Viêm loét dạ dày tá tràng	81 (51,6)	12 (14,8)	22 (27,2)	47 (58,0)
Cơ xương khớp	Loãng xương - thiếu xương	72 (45,9)	9 (12,5)	19 (26,4)	44 (61,1)
	Nhược cơ	4 (2,5)	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)
	Đau khớp	72 (45,9)	11 (15,3)	19 (26,4)	42 (58,3)
Nội tiết	Cushing do GC	87 (55,4)	9 (10,3)	23 (26,4)	55 (63,2)
	Suy thượng thận do GC	9 (5,7)	0	4 (44,4)	5 (55,6)
	Rụng tóc	13 (8,3)	3 (23,1)	3 (23,1)	7 (53,8)
	Rối loạn kinh nguyệt	9 (5,7)	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (66,7)
	Mụn trứng cá - Rậm lông	6 (3,8)	0	3 (50,0)	3 (50,0)
Thay đổi cân nặng	Tăng cân	53 (33,8)	5 (9,4)	15 (28,3)	33 (62,3)
	Sụt cân	13 (8,3)	4 (30,8)	3 (23,1)	6 (46,1)
	Khác (*)	21 (13,4)	1 (4,8)	4 (19,0)	16 (76,2)

Chú thích: (*) Bao gồm viêm âm đạo, phù chân, rát hậu môn, tăng huyết áp, tăng đường huyết, đau lưng, bốc hỏa, khó đi tiêu.

Mối liên quan giữa các yếu tố và hội chứng Cushing trong quá trình điều trị GC dài hạn

Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và khả năng xảy ra hội chứng Cushing, loại ADE thường gặp nhất trong khảo sát (Bảng 6).

Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố và khả năng xảy ra hội chứng Cushing ($n = 87$)

Yếu tố khảo sát	P	OR	Khoảng tin cậy 95%	
			Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Giới tính (vs. nam) Nữ	0,01	2,72	1,32	5,58
Tuổi	0,25	0,98	0,95	1,01
Số lượng bệnh kèm	0,50	1,08	0,87	1,34
Loại GC sử dụng (vs. prednison)				
Methylprednisolon	0,40	0,62	0,20	1,90
Prednison hoặc methylprednison	0,97	0,98	0,44	2,19

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 60 tuổi (50 - 66), nữ giới chiếm đa số (63,1%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả L. Fardet tại Anh, với bệnh nhân nữ chiếm đa số (59,3%) và tuổi trung bình của bệnh nhân là 67,4% [2]. Điểm chung giữa hai nghiên cứu là đều khảo sát trên bệnh nhân ≥ 18 tuổi, sử dụng GC đường uống ≥ 3 tháng. Khoảng 16,6% bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc. Việc ghi nhận tiền sử dị ứng thuốc trong thực hành lâm sàng giúp tránh khỏi các tác dụng không mong muốn của thuốc trên bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 khoa kê đơn GC đường uống dài hạn. Trong đó, số lượng bệnh nhân sử dụng GC tại khoa Nội tiết thận chiếm tỷ lệ cao nhất (42,7%). Đây là khoa thường chỉ định GC dài hạn cho các bệnh lý như suy thượng thận, hội chứng Cushing, hội chứng thận hư. Tại khoa Nội hô hấp, tỷ lệ kê đơn GC là 29,9%. Mặc dù các bệnh lý như hen phế quản và COPD sẽ ưu tiên sử dụng GC đường hít trong điều trị hơn nhưng vẫn có các trường hợp GC đường uống dài hạn được chỉ định, kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Anh [2]. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có các bệnh đồng mắc khác như viêm khớp dạng thấp, suy thượng thận mạn đòi hỏi phải sử dụng GC trong thời gian dài.

Khoa Nội tiết và khoa Da liễu có tỷ lệ kê đơn GC đường uống dài hạn thấp nhất, đều chiếm 1,3%. Điều này có thể là do khoa Nội tiết tại bệnh viện chủ yếu điều trị các bệnh lý như đái tháo đường, rối loạn tuyến nội tiết (tuyến giáp). Khoa Da liễu chủ yếu sử dụng GC đường bôi da và điều trị ngắn hạn (< 3 tháng) thay vì GC đường toàn thân và điều trị dài hạn (≥ 3 tháng).

Đặc điểm sử dụng GC đường uống dài hạn. Phần lớn bệnh nhân được chỉ định GC đường uống dài hạn cho bệnh suy thượng thận (38,2%), viêm khớp dạng thấp (27,4%) và Lupus ban đỏ (16,6%). Kết quả có chênh lệch với hai nghiên cứu của Curtis J.R (Hoa Kỳ) và Fardet (Anh) ghi nhận viêm khớp dạng thấp

(38%) hoặc hen phế quản ($> 18\%$) chiếm tỷ lệ cao nhất [2], [3]. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu có thể do sự khác biệt về tổng thời gian khảo sát nghiên cứu, thời gian bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp GC.

Đa số bệnh nhân đều có thời gian sử dụng GC ≥ 12 tháng (59,9%). Điều này có thể làm gia tăng nguy cơ gặp phải các ADE đặc trưng của GC ở bệnh nhân như gãy xương – loãng xương, suy thượng thận, đái tháo đường, ức chế miễn dịch và rối loạn tâm thần [1]. Phần lớn bệnh nhân điều trị GC đường uống dài hạn được chỉ định luân phiên hai thuốc GC là methylprednisolon và prednison xuyên suốt quá trình điều trị (59,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Overman R.A tại Hoa Kỳ, với prednisolon chiếm tỷ lệ cao nhất (76,6%), tiếp theo là methylprednisolon (9,1%) và hydrocortison (6,7%) [4]. Thời điểm sử dụng GC chủ yếu vào buổi sáng (65,6%) và sáng – chiều (30,6%) và buổi tối (1,3%). Việc kê đơn này cho thấy bác sĩ đã tuân thủ tốt trong việc chỉ định đúng thời điểm sử dụng và phù hợp với nhịp sinh lý cơ thể nhằm hạn chế ADE gây ra bởi GC [1].

Đặc điểm ADE trong quá trình điều trị GC dài hạn. Kết quả cho thấy hội chứng Cushing do GC là ADE thường gặp nhất ở bệnh nhân sử dụng GC dài hạn (55,4%), tiếp theo là các triệu chứng trên đường tiêu hóa (51,6%), mất ngủ (50,3%) và mắt mờ (51,0%). Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các ADE ít gặp là nhược cơ, mụn trứng cá - rậm lông, viêm âm đạo, phù chân, đau lưng, tăng đường huyết, tăng huyết áp ($< 4\%$). Kết quả có khác biệt so với một nghiên cứu tại Pháp, theo đó loạn dưỡng mỡ và rối loạn tâm thần kinh là các ADE phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 63,0% và 52,5%. Đa số các triệu chứng này đều có tần suất diễn ra thỉnh thoảng hoặc thường xuyên [5].

Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và hội chứng Cushing. Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy giới tính là yếu tố liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ mắc phải hội chứng Cushing ở bệnh nhân sử dụng GC đường uống dài hạn (OR

= 2,72; 95% CI, 1,32 - 5,58). Các yếu tố còn lại không thể hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Một số yếu tố đã được chứng minh trong y văn có liên quan đến hội chứng Cushing bao gồm loại GC, dược động học của GC, đường sử dụng GC, liều GC sử dụng... [6].

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh sử dụng GC dài hạn, hơn một nửa số trường hợp dùng thuốc liên tục trên 12 tháng. Có nhiều loại ADE đã được ghi nhận trong quá trình dùng thuốc của bệnh nhân trong đó thường gặp nhất là hội chứng Cushing. Cần giám sát chặt chẽ quá trình sử dụng GC ở bệnh nhân ngoại trú để kịp thời phát hiện, xử trí cũng như phòng ngừa ADE cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu D., Ahmet A., Ward L. et al. (2013), "A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid

therapy", Allergy Asthma Clin Immunol, **9** (30), doi:10.1186/1710-1492-9-30.

- Fardet L., Petersen I., Nazareth I. J. R. (2011), "Prevalence of long-term oral glucocorticoid prescriptions in the UK over the past 20 years", Rheumatology **50** (11), p. 1982-1990.
- Curtis J. R., Westfall A. O., Allison J. J. et al. (2005), "Longitudinal patterns in the prevention of osteoporosis in glucocorticoid-treated patients", Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, **52** (8), p. 2485-2494.
- Overman R. A., Yeh J.-Y., Deal C. L. (2013), "Prevalence of oral glucocorticoid usage in the United States: A general population perspective", Arthritis care & Research **65** (2), p. 294-298.
- Fardet L., Flahault A., Kettaneh A. et al. (2007), "Corticosteroid-induced clinical adverse events: frequency, risk factors and patient's opinion", British Journal of Dermatology **157** (1), p. 142-148.
- Pivonello R., De Martino M. C., De Leo M. et al. (2008), "Cushing's Syndrome", Endocrinology and metabolism clinics of North America, **37** (1), p. 135-149.

NGHIÊN CỨU CÁC SỐ ĐO NHÂN TRẮC CỦA NGƯỜI KHMER TRONG ĐỘ TUỔI 11-17 TUỔI TẠI TỈNH TRÀ VINH

Võ Khánh Phương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong lĩnh vực y học, các chỉ số nhân trắc là một bộ phận quan trọng trong các chỉ số sinh học của người bình thường. Việc thu thập các chỉ số nhân trắc thường được tiến hành định kỳ và thường xuyên nhằm theo dõi, đánh giá tình trạng sức khỏe chung và tình trạng dinh dưỡng của cộng đồng để tìm ra những biến đổi hình thái thể lực của cơ thể con người qua từng giai đoạn, từng nhóm tuổi, từng chủng tộc,... Để từ đó có những giải pháp tích cực, chủ động khắc phục những yếu tố tồn tại có ảnh hưởng đến sức khỏe, nòi giống. **Mục tiêu:** Xác định các số đo nhân trắc: chiều cao đứng, cân nặng, các chỉ số vòng ngực và chỉ số nhân trắc Pignet của học sinh dân tộc Khmer từ 11 đến 17 tuổi ở tỉnh Trà Vinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 734 học sinh Khmer (348 nam và 386 nữ) tuổi từ 11 đến 17 tại tỉnh Trà Vinh, có ông bà nội và ông bà ngoại là người dân tộc Khmer từ 11/2018 đến 06/2019, xác định các số đo bằng các quan sát và đo đạc trực tiếp. **Kết quả:** Số đo cân nặng và chiều cao đứng của học sinh nam và nữ dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa

tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi dậy thì tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác. Số đo vòng ngực 1, vòng ngực 2 và vòng ngực 3 của học sinh nam dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Trong đó, số đo vòng ngực 1 lớn nhất và nhỏ nhất là số đo vòng ngực 3. Số đo vòng ngực 1, vòng ngực 2 và vòng ngực 3 của học sinh nữ dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Trong đó, số đo vòng ngực 2 lớn nhất và nhỏ nhất là số đo vòng ngực 3. Chỉ số Pignet của học sinh nam và nữ Khmer hầu hết lớn hơn 35 ở các lứa tuổi. **Kết luận:** Các số đo cân nặng, chiều cao đứng, vòng ngực 1, vòng ngực 2, vòng ngực 3 đều tăng dần theo lứa tuổi, ở nam cao hơn nữ. Chỉ số Pignet trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức rất yếu là nhiều như vậy chiều cao đứng của trẻ ngày càng được cải thiện.

Từ khóa: Nhân trắc, dân tộc Khmer, học sinh, Trà Vinh

SUMMARY

RESEARCH ON ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS OF KHMER PEOPLE AGED 11-17 YEARS OLD IN TRA VINH PROVINCE

Background: In the field of medicine, anthropometric indicators are an important part of the biological parameters of normal people. The collection of anthropometric indicators is usually carried out periodically and regularly in order to monitor and evaluate the general health status and nutritional status of the community to find out changes in the body's physical morphology. people through each

*Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Khánh Phương

Email: vkphuong@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

stage, each age group, each race, etc. In order to have positive solutions, proactively overcome existing factors that affect health and race. **Objective:** Determination of anthropometric measurements: height, weight, chest circumference and Pignet anthropometric index of Khmer students aged 11 to 17 years old in Tra Vinh province. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out on 734 Khmer students (348 boys and 386 girls) aged 11 to 17 years old in Tra Vinh province, whose paternal grandparents and maternal grandparents were Khmer from 11/2018 to 06/2019, determine the measurements by direct observations and measurements. **Results:** Measurements of weight and standing height of Khmer male and female students increased gradually over the ages. In particular, the transition from puberty increases more than other transitional periods. The measurements of bust 1, bust 2 and bust 3 of male Khmer students increased gradually over the ages. In which, the largest and smallest bust measurements are those of bust 3. The measurements of bust 1, bust 2 and bust 3 of Khmer female students increase gradually over the ages. In which, the largest and smallest measurement of bust 2 is the measurement of bust 3. Pignet index of Khmer male and female students is mostly greater than 35 at all ages. **Conclusion:** The measurements of weight, standing height, bust 1, bust 2, bust 3 all increased with age, higher in men than women. The Pignet index in our study was at a very weak level, so the children's standing height was increasingly improved.

Keywords: Anthropology, ethnicity, students, Tra Vinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thể lực phản ánh sự phát triển của cơ thể con người. Nghiên cứu các chỉ số thể lực nói riêng và đánh giá các chỉ số nhân trắc nói chung có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá quá trình sinh trưởng, phát triển của con người trong tổng thể các mối quan hệ về di truyền, môi trường sống, chủng tộc, giới tính... Từ đó làm tiền đề cho việc xây dựng các tiêu chuẩn về số đo, kích thước nhằm chế tạo, sản xuất các công cụ, phương tiện sinh hoạt hàng ngày [2].

Hiện nay, một số nghiên cứu đã được thực hiện ở các nhóm tuổi trên thế giới và Việt Nam nhằm đưa ra những kết luận mới nhất về đặc điểm hình thái thể lực và cũng như các quy luật phát triển của cơ thể. Nhưng tập trung chủ yếu ở các tỉnh phía Bắc và Thành phố Hồ Chí Minh [4], [5], [6], [7].

Tra Vinh là một tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long ở Việt Nam, với đặc thù là tỉnh có đông đồng bào dân tộc người Khmer. Tính đến 2013 tỉnh Trà Vinh có tổng số dân trên một triệu dân, trong đó người dân tộc Khmer chiếm 31,6% dân số cả tỉnh và chiếm 25,5% tổng số người dân tộc Khmer tại Việt Nam. Ngay

từ trước thế kỷ XVII người Khmer và văn hóa của họ giữ vai trò chủ thể ở Vùng Đồng bằng sông Cửu Long, với những nét đặc thù riêng về văn hóa, xã hội, kinh tế và những đặc thù nhân chủng học riêng so với các dân tộc khác ở Việt Nam [1]. Tuy nhiên đến thời điểm hiện tại chưa có nghiên cứu nào về nhân trắc học của người dân tộc Khmer ở Trà Vinh. Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định các số đo nhân trắc: chiều cao đứng, cân nặng, các chỉ số vòng ngực và chỉ số nhân trắc Pignet của học sinh dân tộc Khmer từ 11 đến 17 tuổi ở tỉnh Trà Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 734 học sinh dân tộc Khmer (348 nam và 386 nữ) có độ tuổi từ 11 đến 17 tuổi tại tỉnh Trà Vinh.

Địa điểm nghiên cứu: Các Trường Dân tộc nội trú thuộc địa bàn tỉnh Trà Vinh.

Thời gian nghiên cứu: 11/2018 đến 06/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chí chọn mẫu:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Tuổi từ 11 – 17.
- Những người đồng ý tham gia.
- Khi đo đang khỏe mạnh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

• Tất cả những em có những dị dạng, dị tật bẩm sinh hay mắc phải mà ảnh hưởng đến các kích thước nhân trắc như: gù, vẹo, thọt, teo cơ,...

• Có bệnh cấp hay mạn tính hoặc ở trong tình trạng làm ảnh hưởng tới sự phát triển như: hen, lao, phù, thiếu máu, ...

Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 18.0

Biến số nghiên cứu:

- Chiều cao đứng là chiều cao đo từ mặt đất đến đỉnh đầu bằng thước đo nhân trắc học và đối tượng được đo ở tư thế đứng nghiêm.

- Cân nặng: là trọng lượng toàn bộ cơ thể.

- Vòng ngực 1: là chu vi ngực ngay dưới nách khi hô hấp bình thường.

- Vòng ngực 2: là chu vi ngực qua núm vú khi hô hấp bình thường.

- Vòng ngực 3: là chu vi ngực qua mũi ức khi hô hấp bình thường. Ngoài ra, còn đo khi hít vào gắng sức và thở ra gắng sức.

- Vòng ngực trung bình:

- Chỉ số Pignet = Chiều cao đứng – (Cân nặng + Vòng ngực trung bình). Trong đó: Vòng ngực trung bình là trung bình cộng vòng ngực 3 hít vào gắng sức và thở ra gắng sức. Được đánh giá như sau:

Cực khỏe	Pignet < 10
Rất khỏe	Pignet 10 đến 25
Khỏe	Pignet 16 đến 20
Trung bình	Pignet 20 đến 25
Yếu	Pignet 25 đến 30
Rất yếu	Pignet 30 đến 35
Cực yếu	Pignet > 35

Chỉ số càng bé thì thể lực càng tốt. Ở Việt Nam cho tới nay, chúng ta vẫn hay dùng chỉ số này để đánh giá thể lực học sinh. [8]

Trang thiết bị:
 - Cân đồng hồ đã được chuẩn hóa với độ chính xác 0,1 Kg.
 - Bộ thước đo nhân trắc học của Martin, sản xuất tại Nhật gồm:
 + Thước đo chiều cao Martin độ chính xác đến 1mm.
 + Thước dây Martin không dẫn độ chính xác đến 1mm.
 + Compa trượt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Các số đo nhân trắc

Bảng 1.1 Số đo cân nặng, chiều cao đứng ở nam 11-17 tuổi

Tuổi	N	Cân nặng (kg)	Chiều cao đứng (cm)
11	48	37,34 ± 8,11	146,03 ± 6,73
12	50	40,41 ± 5,72	150 ± 5,59
13	51	40,91 ± 3,96	155,23 ± 4,2
14	53	51,9 ± 5,48	162,4 ± 3,65
15	52	52,44 ± 9,57	161,93 ± 5,94
16	49	53,68 ± 9,21	167,3 ± 4,93
17	45	54,96 ± 5,07	167,96 ± 4,59

Nhận xét: Số đo cân nặng của học sinh nam dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 12,13 lên 14 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Số đo chiều cao đứng của học sinh nam dân tộc Khmer cũng tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 13 lên 14 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Bảng 1. Số đo cân nặng, chiều cao đứng ở nữ 11-17 tuổi

Tuổi	N	Cân nặng (kg)	Chiều cao đứng (cm)
11	52	37,82 ± 6,66	147,36 ± 7,32
12	52	42,07 ± 5,85	152,91 ± 5,88
13	54	44,08 ± 4,39	155,97 ± 5,12
14	58	45,4 ± 5,26	156,63 ± 4,28
15	60	50,21 ± 8,38	156,51 ± 4,42
16	53	50,35 ± 7,47	158,23 ± 5,16
17	57	49,96 ± 7,33	158,4 ± 6,66

Nhận xét: Số đo cân nặng của học sinh nữ dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 11 lên 12 và lứa tuổi 14 lên 15 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Số đo chiều cao đứng của học sinh nữ dân tộc Khmer cũng tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 11 lên 12 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Kết quả chiều cao đứng song hành cùng kết quả cân nặng của các dân tộc. Hai số đo này cho chúng ta nhận định rõ về tầm quan trọng của yếu tố dinh dưỡng đối với tình trạng thể lực của trẻ.

Bảng 2. Số đo vòng ngực 1, vòng ngực 2, vòng ngực 3 ở nam 11-17 tuổi

Tuổi	N	Vòng ngực 1 (cm)	Vòng ngực 2 (cm)	Vòng ngực 3 (cm)
11	48	65,12 ± 4,59	63,96 ± 4,47	62,01 ± 4,21
12	50	69,83 ± 4,83	68,56 ± 4,76	66,49 ± 4,55
13	51	70,29 ± 3,03	70,4 ± 2,94	67,77 ± 2,71
14	53	76,65 ± 2,80	74,26 ± 2,64	71,83 ± 2,57
15	52	76,32 ± 5,58	73,29 ± 5,47	70,82 ± 5,03
16	49	79,97 ± 5,92	76,98 ± 5,79	74,43 ± 5,79
17	45	78,49 ± 3,53	75,14 ± 3,5	72,68 ± 3,59

Nhận xét: Số đo vòng ngực 1, vòng ngực 2 và vòng ngực 3 của học sinh nam dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Trong đó, số đo vòng ngực 1 lớn nhất và nhỏ nhất là số đo vòng ngực 3.

Bảng 3. Số đo vòng ngực 1, vòng ngực 2, vòng ngực 3 ở nữ 11-17 tuổi

Tuổi	N	Vòng ngực 1 (cm)	Vòng ngực 2 (cm)	Vòng ngực 3 (cm)
11	52	64,28 ± 2,99	66,11 ± 3,03	62,12 ± 3,05
12	52	70,72 ± 4,66	72,45 ± 4,70	68,05 ± 4,33
13	54	70,44 ± 2,59	71,72 ± 2,64	68,46 ± 2,37
14	58	70,95 ± 3,79	73,45 ± 3,78	68,23 ± 3,90
15	60	76,47 ± 5,12	78,70 ± 5,43	71,02 ± 5,29
16	53	76,90 ± 4,94	79,52 ± 5,14	72,38 ± 4,69
17	57	77,26 ± 4,63	80,47 ± 5,11	70,31 ± 5,02

Nhận xét: Số đo vòng ngực 1, vòng ngực 2 và vòng ngực 3 của học sinh nữ dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Trong đó, số đo vòng ngực 2 lớn nhất và nhỏ nhất là số đo vòng ngực 3.

3.2 Chỉ số nhân trắc Pignet

Bảng 4. Chỉ số đo nhân trắc Pignet ở nam 11-17 tuổi

Tuổi	N	Chỉ số Pignet
11	48	45,00 ± 9,31
12	50	42,15 ± 9,50
13	51	44,84 ± 3,94
14	53	36,25 ± 6,14
15	52	36,02 ± 11,48
16	49	36,49 ± 13,42
17	45	37,56 ± 7,67

Nhận xét: Chỉ số Pignet của học sinh nam Khmer luôn lớn hơn 35 ở các lứa tuổi.

Bảng 5. Chỉ số đo nhân trắc Pignet ở nữ 11-17 tuổi

Tuổi	N	Chỉ số Pignet
11	52	45,38 ± 6,79
12	52	40,43 ± 6,67
13	54	41,68 ± 3,94
14	58	40,36 ± 6,61
15	60	30,9 ± 12,18
16	53	31,61 ± 10,41
17	57	32,42 ± 11,46

Nhận xét: Chỉ số Pignet của học sinh nữ Khmer luôn lớn hơn 35 ở các lứa tuổi. Ngoại trừ, lứa tuổi 15,16 và 17.

IV. BÀN LUẬN

Cân nặng là chỉ số quan trọng trong việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của học sinh. Ở nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng cân nặng tăng dần theo từng năm. Đặc biệt, tăng nhiều ở lứa tuổi dậy thì ở cả nam và nữ. Chỉ số cân nặng của nữ ở lứa tuổi dậy thì cao hơn so với nam cùng tuổi. Tuổi càng lớn thì chỉ số cân nặng của học sinh nam cao hơn nữ phù hợp với các nghiên cứu khác của các tác giả khác.

Ở cùng 1 lứa tuổi và cùng giới chúng tôi ghi nhận cân nặng của học sinh người dân tộc Khmer cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Giao Hạ [3] cũng trên đối tượng học sinh người dân tộc Khmer từ 1-7 Kg. Còn so sánh với nghiên cứu của Lê Đình Văn [9] trên trẻ 6-17 tuổi ở Thừa Thiên Huế năm 2002 chỉ số cân nặng của chúng

tôi cũng vượt trội hơn. Điều này chứng tỏ tình trạng dinh dưỡng của người dân tộc Khmer có sự cải thiện hơn.

Chiều cao đứng cũng là một chỉ số nhân trắc quan trọng để đánh giá tình trạng thể lực của trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chiều cao đứng tăng dần theo từng năm. Đặc biệt, tăng nhiều ở lứa tuổi dậy thì ở cả nam và nữ. Chỉ số chiều cao đứng của nữ ở lứa tuổi dậy thì cao hơn so với nam cùng tuổi. Tuổi càng lớn thì chỉ số chiều cao của học sinh nam vượt trội hơn nữ phù hợp với các nghiên cứu khác của các tác giả khác.

Ở cùng 1 lứa tuổi và cùng giới chúng tôi ghi nhận chiều cao đứng của học sinh người dân tộc Khmer cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Giao Hạ [3] cũng trên đối tượng học sinh người dân tộc Khmer từ 1-3cm. Còn so sánh với nghiên cứu của Lê Đình Văn [9] trên trẻ 6-17 tuổi ở Thừa Thiên Huế năm 2002 chỉ số chiều cao đứng của chúng tôi cũng vượt trội hơn. Điều này một lần nữa chứng tỏ tình trạng dinh dưỡng của người dân tộc Khmer có sự cải thiện hơn.

Các vòng ngực của nam tăng dần qua từng năm và theo thứ tự vòng ngực 1 > vòng ngực 2 > vòng ngực 3; Đối với nữ quy luật này tương tự nam nhưng vòng 2 tăng rõ rệt và trở thành vòng ngực lớn nhất. Điều này phù hợp với quy luật dậy thì của các trẻ gái. Ta có thể nhận thấy ở nam vòng ngực 2 tương đương với trung bình cộng của vòng ngực 1 và 3; Quy luật này không phù hợp với nữ. Hầu hết các nghiên cứu lấy vòng ngực 3 làm chuẩn để đo. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với cao hơn các nghiên cứu Lê Đình Văn [9] và Nguyễn Thị Giao Hạ [3].

Chỉ số Pignet trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức rất yếu là nhiều, thậm chí một số ít là cực yếu có thể do chiều cao đứng của trẻ ngày càng được cải thiện nên dẫn đến kết quả sức khỏe ở mức độ yếu chiếm nhiều. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Giao Hạ [3] trên đối tượng dân tộc Khmer thì tương đồng.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu đúng với

phương pháp: tuân thủ tiêu chuẩn chọn mẫu, đo đạc, thu thập số liệu theo đúng phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0. Chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

- Các số đo cân nặng, chiều cao đứng, vòng ngực 1, vòng ngực 2, vòng ngực 3 đều tăng dần theo lứa tuổi, ở nam cao hơn nữ.

- Chỉ số Pignet trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức rất yếu là nhiều như vậy chiều cao đứng của trẻ ngày càng được cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vi Văn An, et al. (2010)**, "Cộng đồng các dân tộc Việt Nam". NXB Giáo Dục, Hà Nội: Tr. 89-91.
2. **Phan Văn Duyệt, Lê Nam Trà (1996)**, "Một số vấn đề chung về phương pháp luận trong nghiên cứu các chỉ tiêu sinh học", Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam, NXB Y Học, tr.13-16.
3. **Nguyễn Thị Giao Hạ (2015)**, Nghiên cứu một số số đo và chỉ số nhân trắc của học sinh từ 6-17 tuổi ở thành phố Cần Thơ, Luận văn thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
4. **Hoàng Thị Mai Hoa (2012)**, Nghiên cứu một số chỉ số sinh học hình thể của học sinh Trường THCS xã Lam Hạ, thành phố Phú Lý, Hà Nam, Luận văn thạc sĩ sinh học thực nghiệm, Trường Đại học khoa học tự nhiên Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thúy Hiệp (2015)**, "Nghiên cứu một số chỉ số thể lực của học sinh trung học cơ sở ở tỉnh Bình Dương", Tạp chí Đại học Thủ Dầu Một, 6 (25).
6. **Mai Văn Hưng, Trần Long Giang (2013)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm nhân trắc cơ bản của học sinh trung học phổ thông tại Hà Nội", Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội, 29 (1), tr.39-47.
7. **Trần Thị Loan, Lê Thị Tám (2012)**, "Nghiên cứu một số chỉ số thể lực của học sinh 12-18 tuổi ở huyện Hàm Yên, tỉnh Tuyên Quang, Báo cáo khoa học nghiên cứu và giảng dạy sinh học ở Việt Nam, tr.147
8. **Nguyễn Quang Quyền (1974)**, Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.
9. **Lê Đình Văn và cộng sự (2009)**, "Các yếu tố ảnh hưởng đến chiều cao, cân nặng, BMI thanh thiếu niên Việt Nam", Tạp chí Y Dược học quân sự, 34 (1), tr. 42-47.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG ĐÔNG Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Mai Văn Toàn¹, Vũ Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc kháng đông ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 51 BN rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** có 23 BN tuổi dưới 65 chiếm 45%, số BN nam 39%, nữ chiếm 61%. 90,2% số BN rung nhĩ mạn tính với các nguy cơ thường gặp là rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp. Có 54,9% số BN được sử dụng Sintrom phòng huyết khối với tỷ lệ đạt ngưỡng INR là 32,1%, số còn lại dùng Aspirin hoặc NOAC. Xuất huyết xảy ra ở 6/51 BN chủ yếu ở nhóm dùng Sintrom quá liều, tuy nhiên hầu hết xuất huyết nhẹ dưới da, niêm mạc, không xảy ra xuất huyết với nhóm BN dùng NOAC. **Kết luận:** các BN rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã được chỉ định dự phòng huyết khối với các thuốc thích hợp. Cần theo dõi INR thường xuyên với BN dùng

Sintrom để đề phòng biến chứng xuất huyết.

Từ khóa: rung nhĩ, chống đông, không do bệnh van tim, Sintrom

SUMMARY

STATUS OF USING ANTICOAGULANTS IN PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the status of anticoagulation in atrial fibrillation (AF) patients with non-valvular lesion treated at Thaibinh Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study in 51 non-valvular AF patients treated at Thaibinh Medical University Hospital. **Results:** there were 23 patients under 65 yrs, accounting for 45%, male patients 39%, female patients accounted for 61%. 90.2% of chronic AF patients have common risks of dyslipidemia and hypertension. There were 54.9% of patients using Sintrom to prevent thrombosis with the rate of reaching the INR threshold of 32.1%, the rest using Aspirin or NOAC. Minor bleeding under the skin and mucous membranes occurred in 6/51 patients, mainly in the Sintrom overdose group, and did not occur with the group of patients receiving NOAC. **Conclusions:** non-valvular AF patients treated in Thai Binh Medical University were prescribed appropriate drugs to

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: thanhbinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

prevent thrombosis. Regular INR monitoring was required in patients receiving Sintrom to prevent bleeding complications.

Keywords: atrial fibrillation, anticoagulation, non-valvular heart disease, Sintrom

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là một kiểu rối loạn nhịp tim thường gặp trên lâm sàng. Rung nhĩ làm tăng nguy cơ tắc mạch hệ thống do đó làm tăng tỉ lệ tử vong do. Những nghiên cứu gần đây cho thấy 20-30% bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não có mắc rung nhĩ và rung nhĩ tăng tỉ lệ đột quỵ thiếu máu não gấp 5 lần so với nhóm không có rung nhĩ [1]. Tồn thương nhồi máu não, giảm khả năng nhận thức, thay đổi tính cách, giảm chất lượng cuộc sống rất thường gặp ở bệnh nhân rung nhĩ, khoảng 10-40% bệnh nhân rung nhĩ nhập viện mỗi năm [1].

Việc dùng thuốc kháng đông ở những bệnh nhân bệnh nhân rung nhĩ do bệnh van tim là chỉ định bắt buộc, với những bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim thì thuốc kháng đông được chỉ định ở những bệnh nhân có nguy cơ đột quỵ cao. Phân tầng nguy cơ này dựa vào thang điểm CHA2DS2 – VASc. Tùy thuộc vào phân tầng nguy cơ, bệnh nhân được dùng kháng đông đường uống, chống ngưng tập tiểu cầu hay không cần dùng kháng đông. Trên thực tế lâm sàng, thuốc kháng đông đường uống loại kháng vitamin K hay được sử dụng, ngoài ra có nhóm thuốc kháng đông đường uống thế hệ mới (NOAC).

Để nắm bắt thực trạng dùng thuốc và tiên lượng nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch: chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc kháng đông ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ. Cỡ mẫu này được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả.

*Tiêu chuẩn chọn BN:

- + Rung nhĩ không do bệnh van tim
- + Thuộc mọi lứa tuổi và giới tính
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Rung nhĩ do bệnh van tim: hẹp hai lá, van nhân tạo, vòng van nhân tạo.
- + Có chống chỉ định với các thuốc chống

đông: các bệnh về máu, xơ gan mất bù, suy thận mạn có rối loạn đông cầm máu...

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Nội dung nghiên cứu và các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán rung nhĩ dựa vào điện tâm đồ bề mặt theo Trần Đỗ Chinh 2007 [2].

+ Đánh giá nguy cơ huyết khối theo thang điểm CHA2DS2 – VASc [3].

+ Chỉ số INR với van tự nhiên: chưa đạt khi < 2, đạt là từ 2-3, quá liều: > 3.

+ Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm: tuổi từ 65 trở lên, tình trạng thừa cân, béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp, tăng mỡ máu, hút thuốc lá, suy tim.

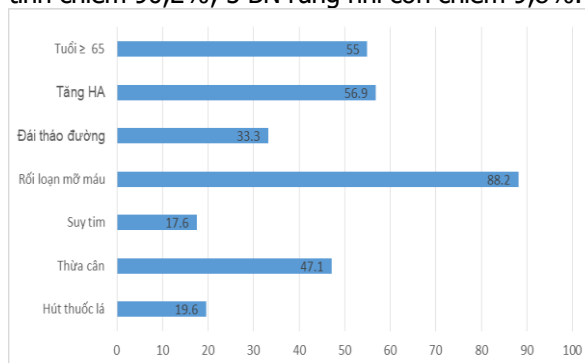
+ Biến chứng xuất huyết khi điều trị dự phòng huyết khối gồm: xuất huyết dưới da, niêm mạc, xuất huyết phủ tạng, xuất huyết não.

- **Thời gian nghiên cứu:** tháng 7/2019 – 6/2020

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm Epi.info 3.3.2, EPICALC 2000.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

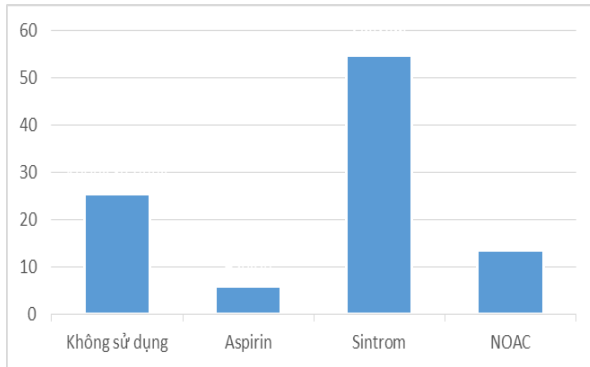
1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 51 BN nghiên cứu có 23 BN tuổi dưới 65 chiếm 45%; 19 BN tuổi từ 65-75 chiếm 37%; có 9 BN tuổi trên 75 chiếm 18%. Số BN nam là 20 người chiếm 39%; số BN nữ 31 người chiếm 61%. Tỷ lệ BN nữ lớn hơn BN nam có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 46 BN rung nhĩ mạn tính chiếm 90,2%; 5 BN rung nhĩ cơn chiếm 9,8%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)

Rối loạn mỡ máu chiếm tỷ lệ cao nhất, 88%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp là tăng huyết áp (56,9%) và tuổi ≥ 65 (55%).

2. Thực trạng sử dụng thuốc chống đông của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. Loại thuốc sử dụng phòng huyết khối ở đối tượng nghiên cứu

Có 54,9% được điều trị bằng thuốc kháng đông kháng vitamin K (Sintrom); 5,9% BN được sử dụng Aspirin; 13,7% được sử dụng thuốc chống đông đường uống thế hệ mới (NOAC). Có 25,5% số BN không sử dụng kháng đông.

Bảng 1. Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng đông theo CHA2DS2 -VASc

Điều trị	Chung n (%)	CHA2DS2 -VASc	
		< 2	≥ 2
Không điều trị	13 (25,5)	11 (84,6)	2 (5,3)
Aspirin	03 (5,9)	02 (15,4)	1 (2,6)
Sintrom	28 (54,9)	0	28 (73,7)
NOAC	07 (13,7)	0	7 (18,4)
Tổng	51 (100)	13 (100)	38 (100)

Trong số 51 BN rung nhĩ, có 38 BN CHA2DS2 -VASc ≥ 2, trong đó được điều trị chủ yếu bằng Sintrom là 28 BN (chiếm 73,7%); ở nhóm BN CHA2DS2 -VASc < 2 chủ yếu không điều trị, số BN còn lại được sử dụng Aspirin.

Bảng 2. Liều thuốc Sintrom sử dụng và tỷ lệ đạt ngưỡng INR (n = 28)

Liều Sintrom (mg)	Min	Max	X ± SD
	0,25	3	1,42 ± 0,61
INR	Chưa đạt (< 2)	Đạt (2 - 3)	Quá liều (> 3)
Số lượng (tỷ lệ %)	13 (46,4)	9 (32,1)	6 (21,4)

Trong số 28 BN rung nhĩ được điều trị bằng Sintrom, liều Sintrom thấp nhất là 0,25mg; liều cao nhất là 3mg. Có 13 BN (chiếm 46,4%) chưa đạt liều, có 9 BN (chiếm 32,1%) đạt liều INR trong ngưỡng, có 6 BN (chiếm 21,4%) quá liều.

Bảng 3. Biến chứng xuất huyết ở những bệnh nhân dùng thuốc phòng huyết khối (n = 38)

Vị trí xuất huyết	Số lượng (tỷ lệ %)
Xuất huyết dưới da, niêm mạc	04 (10,5)
Xuất huyết tiêu hoá	02 (5,3)

Không xuất huyết	32 (84,2)
Tổng	38 (100)

Có 84,2% số BN không có biến chứng chảy máu khi điều trị dự phòng huyết khối; số còn lại bao gồm 04 BN (chiếm 10,5%) bị xuất huyết dưới da, niêm mạc; 02 BN (chiếm 5,3%) xuất huyết tiêu hóa. Không có BN nào bị xuất huyết xuất huyết não.

Bảng 4. Mối liên hệ giữa các loại thuốc với biến chứng xuất huyết

Thuốc	Xuất huyết SL (%)	Không xuất huyết SL (%)	Tổng SL (%)
Aspirin (n = 13)	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)
Sintrom (n = 28)	5 (17,9)	23 (82,1)	28 (100)
NOAC (n = 7)	0 (0)	7 (100)	7 (100)

Tỷ lệ xuất huyết gặp nhiều nhất ở nhóm BN dùng Sintrom. Nhóm dùng NOAC không BN nào bị xuất huyết.

Bảng 5. So sánh mối liên hệ giữa INR với tình trạng chảy máu (n = 28)

	Xuất huyết SL (%)	Không xuất huyết SL (%)	Tổng	p
INR đạt hoặc chưa đạt	1 (3,6)	21 (75,0)	22 (78,6)	p < 0,05
INR quá ngưỡng	4 (14,3)	2 (7,1)	6 (21,4)	
Tổng	5 (17,9)	23 (82,1)	28 (100)	

Có sự khác biệt về INR với mức biến chứng xuất huyết. Cụ thể ở nhóm INR chưa hoặc đạt liều thì có 1 BN xuất huyết và 21 BN không xuất huyết. Tuy nhiên có 4 BN bị xuất huyết trong tổng số 6 BN quá ngưỡng INR.

IV. BÀN LUẬN

Qua phân tích 51 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình, chúng tôi có những bàn luận sau:

- **Loại thuốc sử dụng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 3/4 số bệnh nhân được sử dụng thuốc để dự phòng biến cố tắc mạch. Có thể là thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (Aspirin); thuốc chống đông kháng vitamin K (Sintrom); hay thuốc chống đông đường uống thế hệ mới (NOAC). Việc sử dụng Aspirin hay thuốc kháng đông phụ thuộc chủ yếu vào thang điểm CHA2DS2 - VASc của bệnh nhân. Khi điểm CHA2DS2- VASc ≥ 2 điểm, việc sử dụng kháng đông để ngăn ngừa biến cố tắc mạch là cần

thiết. Tuy nhiên việc sử dụng kháng đông kháng vitamin K là chủ yếu chiếm 54,9%, chỉ có 7 BN (tương ứng 13,7%) được sử dụng chống đông đường uống thế hệ mới (NOAC). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sử dụng NOAC thấp hơn hẳn các nghiên cứu khác. Nguyên nhân chủ yếu là do giá thành thuốc khá đắt với điều kiện của người dân nên việc sử dụng Sintrom được ưu tiên hàng đầu. Theo nghiên cứu của tác giả Grond và cs, tỉ lệ rung nhĩ cơn được phát hiện khi đeo Holter điện tim 48 giờ tăng lên, đồng thời với đó bệnh nhân rung nhĩ có điểm CHA2DS2 – VASc trên 2 điểm cũng tăng lên đáng kể. Và tỉ lệ sử dụng kháng đông kháng vitamin K (Sintrom, Warfarin) là 24,6%. NOAC được sử dụng chiếm 39,8% [1].

- Liều Sintrom. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều Sintrom thấp nhất là 0,25mg (tương ứng 1/8 viên Sintrom 4mg), liều cao nhất là 3mg (tương đương ¾ viên Sintrom 4mg). Liều Sintrom trung bình là $1,42 \pm 0,61$ mg. Nghiên cứu của chúng tôi liều Sintrom thấp hơn nghiên cứu của tác giả Menke và cs, liều Sintrom là $2,05 \pm 0,95$ [4]. Liều Sintrom trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả nguyên nhân chủ yếu do thể trạng của người Việt Nam nhỏ hơn so với người châu Âu. Việc sử dụng Sintrom dựa vào các khuyến cáo của ACC/AHA, Hội tim mạch học Việt Nam.

- Ngưỡng điều trị. Trong số 28 bệnh nhân sử dụng Sintrom để dự phòng tắc mạch, có tới một nửa số BN chưa đạt liều (INR < 2); tỉ lệ bệnh nhân đạt liều và quá liều tương ứng là 32,1% và 21,4%. Trên thực tế, hiệu quả điều trị của Sintrom phụ thuộc rất nhiều vào khả năng chỉnh liều của thầy thuốc, cách sử dụng thuốc của BN, và đặc biệt là chế độ ăn uống của BN. Các thực phẩm giàu vitamin K như trái bơ, sữa đậu nành, nhân sâm, các loại rau xanh, củ quả có nhiều màu xanh (rau dền, cải lá xoăn, rau bó xôi, rau xà lách xanh, ngô tay, rau diếp, rau muống, rau lang, măng tây, cải thảo, súp lơ xanh, đậu bắp, đậu Hà Lan, hành), gia vị, rau thơm như kinh giới, bạc hà, rau húng, cần tây, rau mùi... làm giảm tác dụng của Sintrom, tức làm giảm INR. Ngược lại, các loại rau cải làm giảm khả năng chống đông (tăng INR). Đây cũng là một trong những nhược điểm lớn nhất của kháng đông kháng Vitamin K. Trong nghiên cứu của tác giả Gladstone và cs, tỉ lệ đạt liều Sintrom trong ngưỡng INR từ 2-3 cũng chỉ đạt được 50% số BN nghiên cứu [5]. Do nhược điểm của Sintrom khó chỉnh liều nên xu hướng sử dụng NOAC trong điều trị dự phòng tắc mạch do rung

nhĩ không do van tim được ưu tiên trong các khuyến cáo 2016.

- Biến chứng khi dùng Sintrom. Trong số 28 BN được sử dụng Sintrom, phần lớn BN không có biến chứng khi dùng, 23 BN (chiếm 82,1%), chỉ có 1 BN bị xuất huyết tiêu hoá, 4 BN xuất huyết dưới da. Và đặc biệt không có bệnh nhân nào bị xuất huyết nghiêm trọng như xuất huyết não, màng não.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN bị biến chứng khi dùng Sintrom thấp có lẽ là do chưa tối ưu liều Sintrom, lượng BN quá liều chống đông gặp không nhiều nên tỉ lệ biến chứng cũng được giảm đi đáng kể. Nghiên cứu của tác giả Gladstone và cs thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân bị xuất huyết não và xuất huyết trong ổ nhồi máu tương đối nhiều (15,2%), biến cố xuất huyết nhẹ cũng tương ứng như nghiên cứu của chúng tôi (18,4%) [5].

- Mối liên hệ giữa INR và mức độ biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, INR lên quan chặt chẽ đến mức độ biến cố chảy máu của BN. Cụ thể ở nhóm INR đạt liều chỉ có 1 BN (tương ứng 11,1%) bị biến chứng chảy máu còn 8 BN (tương ứng 88,9%) không có biến cố chảy máu, trong khi đó ở nhóm INR quá liều (INR >3) thì có tới 4 BN chảy máu (tương ứng 66,7%).

Nghiên cứu của tác giả Watson và cs thấy rằng nếu quá liều chống đông thì tăng nguy cơ chảy máu với OR = 2,8 – 4,7 so với nhóm không quá liều INR [6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này của chúng tôi, do cỡ mẫu còn nhỏ, biến cố chưa nhiều nên tỉ lệ các biến cố chảy máu có khác các nghiên cứu khác.

- Mối liên hệ giữa loại thuốc với mức độ biến chứng. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, bệnh nhân được sử dụng 3 loại thuốc để dự phòng tắc mạch gồm Aspirin, Sintrom và NOAC. Tuy nhiên chúng tôi không thấy được sự khác biệt giữa biến chứng xuất huyết với loại thuốc được sử dụng. Riêng nhóm NOAC không có bệnh nhân nào bị biến cố chảy máu, trong khi đó Aspirin có 1 BN (16,7%); Xuất huyết do dùng Sintrom tỉ lệ cao nhất là 5 BN (83,3%). Theo tác giả Hsu.HC và cs biến chứng chảy máu do NOAC cũng thấp hơn hẳn so với Sintrom (3,5% so với 26,1%) [7].

V. KẾT LUẬN

Các BN rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã được chỉ định dự phòng huyết khối với các thuốc thích hợp. Cần theo dõi INR thường xuyên với BN dùng Sintrom để đề phòng biến chứng xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grund, M., et al (2013)**, Improved Detection of Silent Atrial Fibrillation Using 72-Hour Holter ECG in Patients With Ischemic Stroke, A Prospective Multicenter Cohort Study, 2013. 44 (12): p. 3357-3364.
2. **Trần Đỗ Chinh, Trần Văn Đông (2007)**, Hướng dẫn đọc điện tim, Nhà xuất bản Y học.
3. **Olesen, J. B., Torp-Pedersen, C., Hansen, M. L. et al (2012)**, The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: a nationwide cohort study, Thrombosis and haemostasis, 107(06), 1172-1179.
4. **Menke, J. et al (2012)**, Thromboembolism in Atrial Fibrillation, American Journal of Cardiology, 105 (4): p. 502-510.
5. **Gladstone D.J, Bui E., Fang J. et al (2009)**, Potentially preventable strokes in high-risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated, Stroke, 2009 Jan;40(1):235-40. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.516344.
6. **Keeling D., Baglin T, Watson H. et al (2011)**, Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition, BJHaem, Volume154, Issue3, August 2011, Pages 311-324
7. **Chien KL, S.T., Hsu HC, et al (2010)**, Atrial fibrillation prevalence, incidence and risk of stroke and all-cause death among Chinese, Int J. Cardiol, 2010. 139 (2): p. 173-180.

PHÂN LOẠI TNM TRONG UNG THƯ PHỔI PHIÊN BẢN 8 – NHỮNG ĐIỂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CẦN LƯU Ý

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Hệ thống phân loại ung thư TNM (T: viết tắt của từ Tumor có nghĩa là U; N: viết tắt của Node có nghĩa là hạch; và M: viết tắt của từ Metastasis, có nghĩa là di căn) được IUAC (Union International Against Cancer) giới thiệu lần đầu tiên từ những năm 1944 của thế kỷ trước, và được chính thức xuất bản dưới dạng sách giấy vào năm 1968. Hệ thống phân loại này từ khi đặt ra gồm 5 mục tiêu, cho đến nay vẫn không thay đổi: (1) Hỗ trợ trong lập kế hoạch điều trị; (2) Tiên lượng tình trạng bệnh; (3) Đánh giá kết quả điều trị; (4) Giúp việc trao đổi, so sánh thông tin giữa các cơ sở điều trị thuận tiện hơn (do sử dụng chung một hệ thống thống nhất); (5) Làm cơ sở để góp phần nghiên cứu các bệnh lý ác tính. Từ năm 1987, UIAC kết hợp với AJCC (American Joint Committee on Cancer) để tiếp tục nghiên cứu, cải tiến hệ thống phân loại TNM, biến nó thành một hệ thống phân loại tiêu chuẩn thế giới trong ung thư, trong đó có ung thư phổi. Các phiên bản TNM chính thức đã được công bố bao gồm: 5; 6; 7; 8. Phiên bản 8 được công bố 2017 và vẫn đang được sử dụng từ đó cho đến nay. Bài viết này sẽ phân giải cụ thể các tình huống hình ảnh nhằm mục tiêu thống nhất cách sử dụng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Phân loại TNM, phân loại giai đoạn ung thư phổi, ung thư phổi.

SUMMARY

TNM CLASSIFICATION IN LUNG CANCER 8TH VERSION – DIAGNOSTIC IMAGING TO NOTE

The TNM cancer classification system (T: stands for Tumor, meaning U; N: stands for Node, means

lymph nodes; and M: stands for Metastasis, meaning metastasis) is UIAC (Union International Against Cancer) was first introduced in 1944 of the last century, and was officially published as a paper book in 1968. This classification system since its inception includes 5 goals, so far still unchanged: (1) Assistance in treatment planning; (2) Prognosis of disease condition; (3) Evaluation of treatment results; (4) Make it easier to exchange and compare information between treatment facilities (due to the common use of a unified system); (5) As a basis to contribute to the study of malignancies. Since 1987, UIAC has cooperated with AJCC (American Joint Committee on Cancer) to continue to research and improve the TNM classification system, turning it into a world standard classification system in cancer, including lung cancer. The official TNM versions that have been announced include: 5; 6; 7; 8. Version 8 was announced in 2017 and has been in use ever since. This article will specifically interpret imaging situations in order to unify their use in clinical practice.

Keyword: TNM classification, lung cancer staging, lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với ung thư phổi, từ 1997 trở lại đây, đã có 4 hệ thống phân loại giai đoạn TNM được sử dụng gồm các phiên bản 5, 6, 7 và 8. Phiên bản 5 sử dụng các dữ liệu nghiên cứu thuần tập trên 5319 BN trong giai đoạn 1975-1988, và được xuất bản chính thức năm 1997. Phiên bản 6 được xuất bản chính thức năm 2002 nhưng không có thay đổi so với phiên bản 5. Phiên bản 7 được giới thiệu lần đầu năm 2007 bởi UICC và AJCC, sau đó được xuất bản chính thức năm 2010. Phiên bản 8 được giới thiệu vào ngày 1 tháng 1 năm 2017.¹

Phiên bản 5 và 6: (1) Dữ liệu sử dụng tập

*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2022

Ngày duyệt bài: 24.5.2022

trung chủ yếu ở hai cơ sở Anderson Cancer Center and National Cancer Institute Cooperative Lung Cancer Study Group, dẫn tới các BN này không có nhiều khác biệt về địa dư, giới và liệu pháp điều trị, do đó khó đảm bảo tính đại diện khi áp dụng cho toàn thế giới; (2) Số lượng BN nghiên cứu chưa nhiều do đó khó đánh giá khi chia nhỏ thành các dưới nhóm để phân tích.¹

Phiên bản 7 ra đời với lý do trong khoảng thời gian đó có nhiều tiến bộ vượt bậc trong các lĩnh vực chẩn đoán, đặc biệt là chẩn đoán hình ảnh như: CLVT, CHT, PET hay siêu âm nội soi dẫn tới cần thiết phải có một bảng phân loại cập nhật hơn. Phiên bản 7 được IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer), một ủy ban của UJCC, bắt đầu thực hiện từ năm 1998 và công bố vào 2010. So với các phiên bản trước đó, phiên bản 7 có nhiều điểm vượt trội: (1) Dữ liệu gồm 100.869 BN được lấy từ trên 90 quốc gia trong thời gian kéo dài 20 năm (1990- 2010), trong đó 81.015 BN được định type tế bào (67.725 ung thư không tế bào nhỏ và 13.290 ung thư tế bào nhỏ); (2) Gồm rất nhiều phương pháp điều trị khác nhau được sử dụng để đánh giá (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị hoặc kết hợp), đây là điểm khác biệt lớn so với các phiên bản trước đó; (3) Có thể áp dụng cho cả ung thư phổi tế bào nhỏ.¹

Phiên bản thứ 8 của TNM được AJCC xuất bản vào tháng 1 năm 2017. Bản sửa đổi này được lấy từ cơ sở dữ liệu kỹ với 94.708 BN UTP trên khắp thế giới từ năm 1999–2010. Các ca BN thu thập từ 46 trung tâm ở hơn 19 quốc gia, với phần lớn bệnh nhân đến từ châu Âu và châu Á. Việc phân

tích cơ sở dữ liệu này được thực hiện bởi tổ chức phi lợi nhuận, nghiên cứu ung thư và thuốc kìm hãm sinh học (Cancer Research and Biostatistics-CRAB), và đã có vài thay đổi quan trọng so với phiên bản TNM trước đó dựa trên việc xác thực của phiên bản TNM 7 và mở rộng dữ liệu được thu thập từ các trung tâm y tế toàn cầu. Trong các thành phần sửa đổi, phiên bản 8 đã xem xét các nghiên cứu hình ảnh lâm sàng, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính.²⁻⁵

Phiên bản 8 được công bố với một số thay đổi quan trọng so với phiên bản trước đó, bao gồm: (1) Sửa đổi phân loại T; (2) Bổ sung khái niệm phân loại mới của UTBMT tại chỗ (Adenocarcinoma In Situ - AIS) và UTBMT xâm lấn tối thiểu (Minimally Invasive Adenocarcinoma - MIA) cho các nốt kính mờ đơn thuần (Ground Glass Opacity - GGO) và nốt bán đặc/đặc một phần (Part Solid - PS); (4) Phân chia thêm di căn ngoài lồng ngực thành M1b và M1c dựa trên số lượng và vị trí của di căn ngoài lồng ngực; (5) Sự đồng thuận đạt được đối với các tình huống tranh luận không được đề cập trong phiên bản trước, chẳng hạn như phân loại khối u Pancoast dựa trên độ sâu xâm lấn của nó và khối u lan rộng trực tiếp qua rãnh liên thùy; (6) Phân loại các vị trí u liên quan đến phổi, bao gồm nhiều khối ung thư phổi nguyên phát, các nốt ung thư phổi riêng biệt, nhiều nốt GGO dạng Lepidic, đồng đặc. Mặc dù phiên bản 8 cung cấp sự phân loại chính xác hơn dựa trên phân tích từng bộ mô tả TNM song vẫn còn một số hạn chế tiềm ẩn và các tình huống lâm sàng chưa được làm rõ, đặc biệt về phân loại bằng hình ảnh.²

II. NỘI DUNG

2.1 Phân loại TNM phiên bản 8

Bảng 1. Định nghĩa TNM 8th

T (U nguyên phát)	
Tx	Thấy tế bào u trong đờm/dịch rửa phế quản; không thấy tổn thương trên CT và nội soi phế quản
To	Không có bằng chứng về u
Tis	Carcinoma In Situ
T1: U < 3 cm, bao quanh bởi nhu mô/lá tạng màng phổi; không liên quan đến phế quản gốc	
T1a(mi)	Xâm lấn tối thiểu tại chỗ (MIA)
T1a	U ≤ 1cm
T1b	>1 đến ≤ 2 cm
T1c	>2 đến ≤ 3 cm
T2: U >3 đến ≤ 5 cm; hoặc có liên quan đến phế quản gốc nhưng còn cách Carina; hoặc xâm lấn lá tạng màng phổi; hoặc xẹp phổi/viêm phổi do tắc nghẽn có thể lan đến rốn phổi nhưng không gây xẹp toàn bộ phổi.	
T2a	>3 đến ≤ 4 cm
T2b	>4 đến ≤ 5 cm
T3: >5 đến ≤ 7 cm theo đường kính lớn nhất; hoặc kích thước u bất kỳ nhưng đã xâm lấn thành	

ngực, màng tim, thần kinh hoành; hoặc nốt khác u song cùng thủy	
T4: U > 7 cm theo đường kính lớn nhất; hoặc kích thước bất kỳ song đã xâm lấn trung thất, cơ hoành, tim, các mạch máu lớn, thần kinh quặt ngực, Carina, khí quản, thực quản, thân đốt sống, hoặc nốt khác thủy phổi cùng bên.	
N (Hạch)	
N1	Hạch cạnh phế quản cùng bên và/hoặc hạch cạnh rốn phổi, bao gồm cả xâm lấn trực tiếp vào hạch.
N2	Di căn hạch trung thất cùng bên và/hoặc hạch dưới carina
N3	Di căn hạch trung thất đối bên, hạch rốn phổi đối bên, di căn hạch cơ bậc thang cùng bên hoặc đối bên, hoặc hạch thượng đòn.
M (Di căn)	
M1a	Có u di căn ở phổi đối diện hoặc màng phổi/ màng tim/ tràn dịch màng phổi ác tính
M1b	Di căn 1 vị trí ngoài lồng ngực, bao gồm cả hạch bạch huyết đơn lẻ không cùng vùng với u
M1c	Di căn nhiều vị trí ngoài lồng ngực, ở 1 hoặc nhiều cơ 1 quan

2.2. Sự thay đổi so với phiên bản 7

Bảng 2. Các nét thay đổi chủ yếu từ phiên bản 7 sang phiên bản 8

Phiên bản 7	Phiên bản 8
T (U nguyên phát)	
- - - T1a (≤ 2 cm) T1b (> 2 – 3 cm) T2a (> 3 – 5 cm) T2b (> 5 nhưng ≤ 7cm) T3 (>7 cm) T3- Xẹp hoặc viêm liên quan cả 1 bên phổi T3 – Có liên quan đến phế quản gốc nhưng còn cách Carina < 2cm T3- Xâm lấn cơ hoành	Tis Tmi Tss T1a (≤ 1 cm) T1b (> 1 – 2 cm) T1c (> 2 – 3 cm) T2a (> 3 nhưng ≤ 4cm) T2b (> 5 nhưng ≤ 5cm) T4 T2 - Xẹp phổi /viêm phổi không thể phân biệt được → có liên quan đến thủy phổi hoặc toàn phổi T2- U có liên quan đến phế quản gốc song không → phân biệt được khoảng cách với Carina → T4- Xâm lấn cơ hoành (không có thay đổi)
N (hạch)	
M: M1b (di căn xa)	→ M1b: di căn 1 tạng ngoài lồng ngực M1c: Di căn nhiều vị trí ngoài lồng ngực, ở 1 hoặc nhiều cơ 1 quan

2.3. Phân giai đoạn ung thư phổi theo phiên bản 8

Bảng 3. Chuẩn đoán các giai đoạn UTP theo phiên bản 8

	No	N1	N2	N3
T1	IA	IIB	IIIA	IIIB
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
M1a	IVA	IVA	IVA	IVA
M1b	IVA	IVA	IVA	IVA
M1c	IVB	IVB	IVB	IVB

3. Phân tích một số thay đổi.²⁻⁹

3.1.Yếu tố T. Yếu tố T trong phiên bản 8 bao gồm kích thước khối u, sự xâm lấn của khối u và vị trí của khối u nguyên phát. Kích thước

khối u được phân loại chính xác hơn, theo gia số 1 cm, dựa trên sự tiên lượng được xác nhận của 33.115 bệnh nhân có khối u phổi không phải tế bào nhỏ chưa có di căn. Phương pháp thống kê thứ hạng nhật ký được sử dụng để đánh giá điểm cắt kích thước khối u, với kết quả xác nhận điểm giới hạn của phiên bản 7 được duy trì ở mức 3 cm đối với khối u T1 và T2. Phân tích hồi quy đa biến, được điều chỉnh theo tuổi, giới tính, loại mô học và khu vực địa lý được sử dụng để đánh giá yếu tố T và tìm thấy tiên lượng rõ ràng cho mỗi cm gia tăng kích thước khối u từ 1 đến 5 cm. Điểm cắt 5 cm tiếp tục tách T3 khỏi T2 vì thời gian sống thêm 5 năm của bệnh nhân giảm đáng kể, từ 60% –65% xuống 52% –57% khi khối u > 5 cm. Ngoài ra, T3 và T4 được phân biệt bởi khoảng cắt 7 cm, vì tỷ lệ sống sót sau 5 năm

tiếp tục tăng từ 38% lên 47% đối với bệnh nhân mắc bệnh T4.

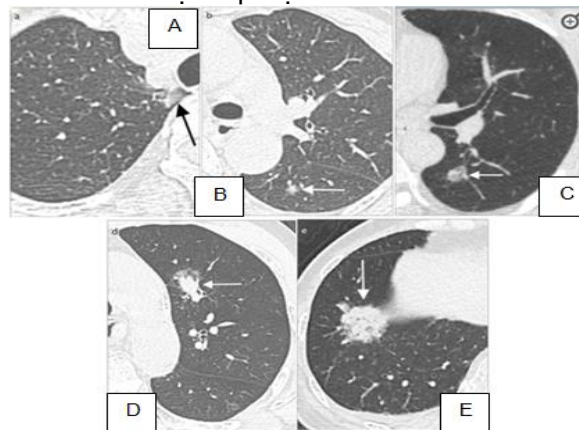
Yếu tố T mới là Tis và T1mi được giới thiệu trong phiên bản 8 của AJCC đối với UTBMT. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng các thành phần thể mi của UTBMT phổi có tương quan với sự xuất hiện GGO trên CT, trong khi thành phần UTBMT xâm lấn có tương quan với các phần đặc của các nốt bán đặc (PS). Trong phiên bản 7, thuật ngữ Tis chỉ được sử dụng cho UTBM tế bào vảy tại chỗ, nhưng trong phiên bản 8, Tis cũng có thể được áp dụng cho UTBMT tại chỗ. Đối với khối u của UTBMT thể mi đơn thuần xuất hiện dưới dạng nốt GGO có tổng kích thước ≤ 3 cm, phiên bản 8 phân loại lại chúng là Tis, khối u tại chỗ. Nó chỉ được coi là T1a nếu nốt GGO thuần nhất có kích thước > 3 cm. T1mi (xâm lấn tối thiểu) là một thuật ngữ được sử dụng để phân loại ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế thể Lepidic, xuất hiện dưới dạng các nốt dạng bán đặc có tổng kích thước ≤ 3 cm, với phần đặc có kích thước $\leq 0,5$ cm. Nếu loại u này có phần đặc lớn hơn 0,5 cm, được phân loại là T1a nếu phần đặc của nó là 0,6–1,0 cm, T1b nếu phần đặc từ 1,1–2,0 cm và T1c nếu phần đặc 2,1–3,0 cm.

Ngoài ra, yếu tố T còn được xếp loại bởi sự xâm lấn của khối u đến các cấu trúc lân cận. Sự liên quan của khối u đến phế quản gốc nằm ở khoảng từ T2 đến T3 với bất kể khoảng cách từ u đến carina. Tương tự, xếp phổi toàn bộ hoặc viêm phổi liên quan đến toàn bộ phổi cũng giảm từ T3 xuống T2. Tuy nhiên, đối với xâm lấn cơ hoành, phiên bản 8 nâng cấp từ T3 lên T4 vì tiên lượng tương tự như các T4 khác. Sự liên quan của u với màng phổi trung thất được xóa khi mô tả yếu tố T. Xâm lấn màng phổi tạng được coi là T2. Nghiên cứu đã phát hiện ra rằng xâm lấn màng phổi liên quan đến bề mặt màng phổi có tiên lượng xấu hơn so với xâm lấn ngoài lớp đàn hồi nhưng vẫn trong màng phổi nội tạng. Vì vậy, khuyến cáo sử dụng thêm lớp đàn hồi để đảm bảo mức độ xâm lấn màng phổi tạng cho những bệnh nhân nghi ngờ có xâm lấn màng phổi nhiều.



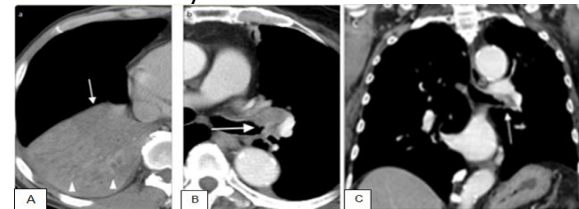
Hình 1. CT ngực cho thấy một nốt GGO đơn thuần có đường kính 0,8 cm (mũi tên) ở một phụ nữ 45 tuổi. Cắt lạnh bệnh phẩm làm GPB tức thì

trong mổ cho kết quả UTBMT tuyến tại chỗ thùy trên bên phải của phổi mà không có sự xâm lấn mô đệm hoặc mạch bạch huyết. Theo phiên bản 8 của TNM được xếp loại Tis.



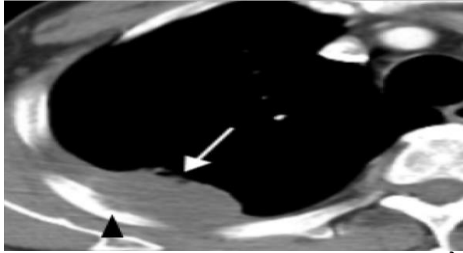
Hình 2. Các nốt dạng bán đặc có nhiều kích thước khác nhau tương ứng với các giai đoạn T khác nhau theo TNM phiên bản 8

A,B: CT ngực của một phụ nữ 55 tuổi có hai nốt dạng bán đặc: một ở thùy trên bên phải, ĐK 1,0 cm và một phần đặc là 0,3 cm (A, mũi tên); nốt thứ 2 ở PT VI phổi trái với đường kính 0,7 cm và thành phần đặc là 0,4 cm (B, mũi tên). BN đã được chứng minh UTBMT của phổi. Phân loại hình ảnh là cT1mi (m: nhiều nốt). C: Nốt bán đặc ĐK tổng 1,8 cm, phần lõi đặc 0,8 cm (mũi tên), phân đoạn hình ảnh T1a ở một người đàn ông 53 tuổi được chứng minh UTBM tế bào nhỏ. D: BN nam 62 tuổi, ung thư thực quản, pT2N0M0, phẫu thuật cắt thực quản nội soi lồng ngực và tái tạo ống thông dạ dày. CT ngực phát hiện nốt bán đặc 1,8 cm với phần đặc 1,2 cm (mũi tên) ở thùy trên bên trái, không có hạch lớn trung thất và không có di căn xa, phân giai đoạn T1a (≤ 2 cm) theo phiên bản thứ 7 và T1b theo phiên bản thứ 8. BN đã được chứng minh UTBMT. E: BN nữ, 76 tuổi, tình cờ phát hiện thấy một khối u 2,8 cm với một phần đặc có kích thước 2,7 cm (mũi tên) ở thùy dưới phổi trái được xếp T1c theo phiên bản 8. Sinh thiết hướng dẫn CT cho thấy UTBMT.

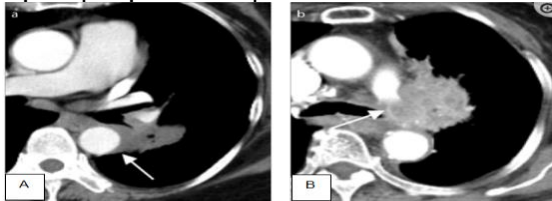


Hình 3. Hình ảnh lâm sàng minh họa ung thư phổi có đặc điểm T2. Ung thư biểu mô tế bào vảy ở thùy dưới bên phải của phổi

A: BN nam 57 tuổi, hút thuốc lá nhiều. CT ngực có cản quang cho thấy khối u trung tâm ngấm cản quang kém (mũi tên), kích thước 4,4 cm với xẹp phổi / viêm phổi một phần ở xa (đầu mũi tên) của thùy dưới phổi phải, được xếp loại T2b theo phiên bản 8. B,C: Trường hợp u trong lòng phế quản gốc trái và phế quản thùy trên bên trái với đường kính tối đa là 2,7 cm (mũi tên). Sự tham gia của phế quản gốc mà không chạm vào carina chẩn đoán giai đoạn iT2a theo phiên bản 8 TNM.



Hình 4. Một trường hợp ung thư phổi (mũi tên) xâm lấn thành ngực ở bệnh nhân nam 65 tuổi. CT ngực cho thấy các đặc điểm của xâm lấn thành ngực: phá hủy xương sườn 4 bên phải (đầu mũi tên), chiều dài u tiếp xúc màng phổi trên 3 cm, góc tù giữa khối u và thành ngực được xếp loại T3 theo phiên bản 8.



Hình 5. Ung thư phổi xâm lấn mạch máu lớn. BN nữ, 71 tuổi, U thùy dưới trái (A, mũi tên), với ĐK lớn nhất 4 cm, sinh thiết qua siêu âm nội phế quản chứng minh UTBMT. CT ngực cho thấy sự xâm lấn của khối u vào động mạch chủ ngực với chiều dài tiếp xúc hơn một phần tư chu vi của ĐMC ngực và do đó tăng phân loại từ T3 ở phiên bản 7 lên T4 phiên bản 8. B: cho thấy ung thư phổi (mũi tên), đường kính tối đa 4,9 cm, ở một phụ nữ 83 tuổi với khối u xâm lấn động mạch phổi trái, xếp loại T4.

3.2. Yếu tố N (hạch): Không có gì thay đổi so với phiên bản 7. Bản đồ hạch 14 nhóm của AJCC còn nguyên giá trị.

3.3. Yếu tố M: So với phiên bản 7 không có sự khác biệt đáng kể nào được tìm thấy khi mô tả di căn trong lồng ngực M1a. Di căn trong lồng ngực gồm các nốt/ khối phổi cùng bên, các di căn màng phổi và màng ngoài tim, được giữ nguyên là M1a.

Tuy nhiên, đối với di căn ngoài lồng ngực,

phân loại là M1b trong phiên bản 7 dường như có tiên lượng tốt hơn đáng kể đối với những người có một di căn ở một cơ quan đơn lẻ so với những người có nhiều tổn thương di căn ở một cơ quan hoặc nhiều di căn ở nhiều cơ quan. Do vậy phiên bản 8 tiếp tục tách di căn ngoài lồng ngực thành M1b và M1c dựa trên hai tiêu chí trên.

4. Các vấn đề còn tồn tại. Mặc dù p bản thứ 8 của hệ thống phân giai đoạn phổi TNM cung cấp cho chúng ta sự phân loại chính xác hơn dựa trên phân tích tiên lượng của từng tổ hợp TNM, song vẫn còn một số diễn giải hình ảnh nhất định chưa được làm rõ về phân giai đoạn lâm sàng.

4.1. Ung thư biểu mô tế bào bạch huyết. Một phát hiện phổ biến khi đánh giá ung thư phổi trên chụp CT là bệnh ung thư biểu mô bạch huyết, không có trong hệ thống phân đoạn TNM phiên bản 7 và 8. Các đặc điểm chính của bệnh ung thư biểu mô bạch huyết trên CT bao gồm các nốt nhỏ, đường bạch mạch dày mịn, kích thước khác nhau của vách liên tiểu thùy hoặc dày bạch mạch quanh bó mạch - phế quản. Một số nhà nghiên cứu đã đề xuất phân loại bệnh ung thư biểu mô bạch huyết như một ký hiệu mô tả độc lập từ 2015 song vấn đề này vẫn chưa được giải quyết trong phiên bản 8.

4.2. Xâm lấn màng phổi. Xâm lấn màng phổi phụ thuộc vào độ sâu xâm lấn; PL1, PL2, PL3 là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong phiên bản thứ 8 của phân đoạn TNM, nhưng sự xâm lấn này chỉ được xác nhận bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh. PL1 chỉ ra sự xâm lấn của khối u vào lớp đàn hồi của màng phổi tạng mà không chạm đến bề mặt màng phổi tạng; PL2 xác định sự xâm lấn của khối u vào bề mặt màng phổi tạng; và PL3 chỉ định sự xâm lấn của khối u vào màng phổi vùng đỉnh hoặc thành ngực. Trong khi PL1 và PL2, chỉ giới hạn ở sự tham gia của màng phổi tạng, được phân loại là T2 thì sự hiện diện sự xâm lấn của khối u vào màng phổi thành hoặc thành ngực được phân loại PL3, sẽ nâng phân loại T lên T3.

Vẫn chưa có tiêu chuẩn tuyệt đối để xác định xâm lấn màng phổi hoặc phân biệt sâu hơn xâm lấn màng phổi tạng hay thành ở giai đoạn lâm sàng, đặc biệt là trên hình ảnh CT. Phát hiện CT chính xác nhất cho sự xâm lấn thành ngực là sự phá hủy xương. Tiêu chuẩn X quang thông thường cho xâm lấn thành ngực hoặc lá thành màng phổi trên CT bao gồm khối u và chiều dài tiếp xúc màng phổi > 3 cm, góc tù giữa khối u và thành ngực, và dày màng phổi kèm theo. Sự kết hợp của hai hoặc ba tiêu chí CT thông thường có

độ nhạy 46% –87% và độ đặc hiệu là 59% –91% tùy thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ X quang.

CT scan vẫn là một công cụ hạn chế trong việc phân biệt PL1 và PL2 với PL3. Một số nhà nghiên cứu đã đề xuất tiếp giáp nốt hoặc đuôi màng phổi là dấu hiệu của sự xâm lấn màng phổi tạng. Dấu hiệu "đuôi màng phổi" được chia thành ba loại khác nhau: loại 1 là chỉ có một hoặc nhiều đuôi màng phổi đơn thuần; loại 2 là một hoặc nhiều đuôi màng phổi tiếp nối với thành phần mô mềm ở màng phổi và loại 3 là một hoặc nhiều đuôi màng phổi nối với thành phần mô mềm màng phổi thấy rõ trên cửa sổ trung thất. Các tác giả đề xuất rằng sự hiện diện của loại 2 trong ung thư phổi không tiếp giáp với màng phổi có thể dự đoán sự xâm lấn màng phổi tạng với độ chính xác là 71%, độ nhạy là 36,4% và độ đặc hiệu là 92,8%. Tuy nhiên, đối với u GGO <3 cm, hình "đuôi màng phổi" không đáng tin cậy để dự đoán xâm lấn màng phổi nội tạng. Các khối u lớn hơn được cho là có nguy cơ xâm lấn màng phổi nội tạng cao hơn. Tuy nhiên, đối với UTBMT dưới dạng GGO, xâm lấn màng phổi tạng không tương quan với tiên lượng xấu của bệnh. Đối với u bán đặc có kích thước T1, CT thấy dày màng phổi, tiếp xúc màng phổi dài > 2 cm hoặc tỷ lệ phần đặc lớn hơn 50% được coi là dấu hiệu quan trọng của xâm lấn màng phổi tạng.

4.3. Các đề nghị khác. Các khối u có đặc điểm của T2: bao gồm sự xâm nhập vào phế quản gốc mà không chạm vào carina; xâm lấn vào màng phổi tạng (PL1 hoặc PL2); và liên quan đến xẹp phổi hoặc viêm phổi tắc nghẽn, được phân loại là T2 nếu ≤ 5 cm. Các khối u này được chia thành T2a và T2b dựa trên kích thước. T2a khi các khối u có các đặc điểm này nếu ≤ 4 cm.

Khối u Pancoast được phân loại là T3, nhưng sẽ tăng lên T4 nếu khối u xâm lấn thân đốt sống hoặc ống sống, mạch dưới đòn, đám rối thần kinh cánh tay. Khối u vượt qua rãnh liên thùy vào một thùy lân cận được phân loại là T2a. Các nốt/khối độc lập liên quan đến phổi đối bên hoặc màng phổi tạng được xếp loại M1a. Tuy nhiên, nếu nốt/ khối u đơn lẻ không liên tục sẽ vượt lên trên M1b nếu vị trí của nó nằm ngoài màng phổi thành, chẳng hạn như tạo khối trong thành ngực hoặc trong cơ hoành, và M1c nếu nhiều khối.

Ung thư phổi được biểu hiện dưới dạng nốt bán đặc (PS) hoặc nốt kính mờ (GGO) đơn thuần trên CT có liên quan đến UTBMT. Những tổn thương dạng này có tiên lượng tốt hơn so với các khối u đặc ở phổi. Một phân loại T cụ thể được khuyến nghị cho dạng nhiều nốt GGO (tổn

thương thể mi) khi không có nốt hoặc di căn. Muốn vậy, bộ mô tả T phải đưa ra được đặc điểm của tổn thương ưu thế, đường kính lớn nhất của thành phần đặc, tổng số tổn thương GGO ở bất kể vị trí còn lại. Ví dụ, một bệnh nhân có bốn nốt GGO, với ba ở cùng một thùy, một ở nơi khác và tổn thương lớn nhất có kích thước 1,2cm, sẽ được phân loại là T1b hoặc T1b (m).

Loại cuối cùng của UTP là loại ung thư biểu mô tuyến phổi, dùng để chỉ các khối u có đặc điểm hình ảnh là thâm nhiễm thể nén khí (pneumonic infiltrates): xuất hiện các khu vực hỗn hợp của GGO và đông đặc mà không có tắc nghẽn phế quản. Hình thái u này thường cho thấy đường bờ không rõ ràng, có thể liên quan đến một khu vực cụ thể hoặc lan tỏa khắp phổi. Về mặt mô học, hầu hết các UTBMT dạng này được sinh ra bởi UTBMT niêm mạc xâm lấn. Nếu khối u được giới hạn trong một vùng với 1 ổ duy nhất, quy tắc chung để phân loại TNM được sử dụng. Tuy nhiên, nếu tìm thấy nhiều ổ, thì việc phân loại dựa trên vị trí của các vùng liên quan: T3 nếu liên quan đến một thùy đơn lẻ, T4 nếu liên quan đến các thùy bên khác và M1a nếu liên quan đến cả hai phổi. Khi cả hai phổi có liên quan, phân loại T dựa trên kích thước khối u to nhất. Tuy nhiên, nếu khó đo kích thước khối u, nên xếp loại T4 nếu khối u có liên quan đến một thùy lân cận. Phân loại N và M nên được áp dụng chung cho tất cả các vị trí của phổi.

4.4. Đánh giá di căn hạch. Mặc dù phân loại N không thay đổi so với lần xuất bản thứ 7, nhưng có một hạn chế quan trọng của cơ sở dữ liệu khi xây dựng phiên bản 8. Hơn một nửa dữ liệu được phân tích để tạo phiên bản thứ 8 cho yếu tố N được thu thập từ Nhật Bản bằng cách sử dụng bản đồ hạch Naruke, trong khi phần lớn số còn lại được đánh giá với sửa đổi Mountain-Dresler của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (MDATS). Hai bản đồ hạch này có định nghĩa khác nhau về vị trí nhóm hạch: Bản đồ Naruke xác định là nhóm 10 (N1) trong khi bản đồ MDATS coi là nhóm 7 (N2). Hiện việc thống nhất phân loại 2 loại bản đồ hạch đang được tiến hành.

Ngoài sự khác biệt về bản đồ hạch, cũng có một số vấn đề không được giải quyết trong hệ thống TNM 8. Ví dụ, các đặc điểm liên quan đến tiên lượng xấu như bờ hạch bạch huyết không đều hoặc sự tham gia hiếm gặp của các nhóm hạch bạch huyết ở vùng nách, vú trong, cơ hoành và vùng bụng, không được đưa vào phân loại N của hệ thống TNM thứ 8. Mặc dù có một số tranh luận song phiên bản 8 coi các hạch bạch huyết không có trong bộ mô tả N là di căn M1.

III. KẾT LUẬN

Phiên bản 8 hệ thống phân giai đoạn TNM của IASLC được sửa đổi từ phiên bản 7 dựa trên những khác biệt đáng kể về tiên lượng bệnh được điều tra từ năm 1999 đến năm 2010 trong cơ sở dữ liệu UTP. Các sửa đổi chính đối với phân loại T bao gồm phân loại kích thước T dựa trên gia số 1 cm; sự xâm lấn cơ hoành và kết hợp các yếu tố mô tả T cụ thể, chẳng hạn như khối u nội phế quản và xẹp phổi/viêm phổi vào cùng một loại. Khái niệm phân loại mới của UTBMT tại chỗ và UTBMT xâm lấn tối thiểu cho các nốt GGO đơn thuần và PS đã được giới thiệu. Phân loại M được tách ra nhiều hơn dựa trên số lượng và vị trí của di căn ngoài lồng ngực. Phân loại khối u Pancoast dựa trên độ sâu xâm lấn của nó và việc khối u mở rộng trực tiếp qua rãnh liên thùy cũng được đề cập. Mặc dù vậy, vẫn còn một số chạm bẫy tiềm ẩn cần diễn giải và các tình huống lâm sàng chưa được làm rõ về phân loại hình ảnh. Các vấn đề như UTBM bạch huyết, đánh giá xâm lấn màng phổi, UTP với kèm nhiều bệnh lý phổi, đánh giá vị trí hạch bạch huyết có thể đặt ra câu hỏi cho bác sĩ X quang trong quá trình xử lý hình ảnh. Điều quan trọng là các bác sĩ X quang phải hiểu những thay đổi lớn được giới thiệu trong ấn bản lần thứ 8 của TNM và phân loại UTP bằng cách sử dụng các tiêu chuẩn nhất quán để phân tích hệ thống TNM mới trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Edge SB, Compton CC.** The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol.* 2010 Jun;17(6):1471-4. doi: 10.1245/s10434-010-0985-4. PMID:20180029
2. **Feng SH, Yang ST.** The new 8th TNM staging system of lung cancer and its

- potential imaging interpretation pitfalls and limitations with CT image demonstrations. *Diagn Interv Radiol.* 2019 Jul;25(4):270-279. doi: 10.5152/dir.2019.18458.PMID: 31295144
3. **Lim W, Ridge CA, Nicholson AG, Mirsadraee S.** The 8th lung cancer TNM classification and clinical staging system: review of the changes and clinical implications. *Quant Imaging Med Surg.* 2018 Aug; 8(7):709-718. doi: 10.21037/qims.2018.08.02.PMID: 30211037
 4. **Taber S, Pfannschmidt J.** Validation of the 8th lung cancer TNM classification and clinical staging system in a German cohort of surgically resected patients. *Innov Surg Sci.* 2020 Aug 12; 5(1-2):1-9. doi: 10.1515/iss-2020-0010. eCollection 2020 Mar.PMID: 33506088
 5. **Kutob L, Schneider F.** Lung Cancer Staging. *Surg Pathol Clin.* 2020 Mar;13(1):57-71. doi: 10.1016/j.path.2019.10.003. Epub 2019 Dec 18.PMID: 32005435
 6. **Wankhede D.** Evaluation of Eighth AJCC TNM Sage for Lung Cancer NSCLC: A Meta-analysis. *Ann Surg Oncol.* 2021 Jan;28(1):142-147. doi: 10.1245/s10434-020-09151-9. Epub 2020 Sep 20.PMID: 32951092
 7. **Li S, Yan S, Lu F, et al.** Validation of the 8th Edition Nodal Staging and Proposal of New Nodal Categories for Future Editions of the TNM Classification of Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2021 Aug; 28(8):4510-4516. doi: 10.1245/s10434-020-09461-y. Epub 2021 Jan 2.PMID: 33389296
 8. **Hattori A, Suzuki K, Takamochi K, et al.** Japan Clinical Oncology Group Lung Cancer Surgical Study Group.Prognostic impact of a ground-glass opacity component in clinical stage IA non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2021 Apr;161(4):1469-1480. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.01.107. Epub 2020 Apr 6.PMID: 32451073
 9. **Matilla JM, Zabaleta M, Martínez-Téllez et al.** New TNM staging in lung cancer (8th edition) and future perspectives. *J Clin Transl Res.* 2020 Sep 29;6(4):145-154. eCollection 2020 Oct 29.PMID: 33521375

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Trần Hồng Trâm*, Đoàn Hữu Thiển*, Nguyễn Thị Kiều*

TÓM TẮT

Mở đầu: Đa đề kháng kháng sinh đang là một vấn đề cấp bách cho ngành y tế toàn cầu. **Mục tiêu:** Xác

định đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm đa kháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang, ghi nhận các đặc điểm xét nghiệm của 237 bệnh nhân thuộc khoa Hồi sức cấp cứu và Nội tiết - hô hấp của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tuổi của bệnh nhân trung bình là 73,2 ± 15,8 tuổi. Trung bình số ngày nằm viện của tất cả bệnh nhân là 18,3 ± 12,4 ngày. Trên 60% bệnh nhân được dùng phối hợp 2 kháng sinh cả trước và sau khi có kháng sinh đồ. Có 232/237

*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: 22.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

bệnh nhân nhập viện được điều trị kháng sinh ban đầu. Độ phù hợp với kháng sinh đồ trước khi có kháng sinh đồ là 25,0%, sau khi có kháng sinh đồ là 61,6%. Trong số các bệnh nhân dùng kháng sinh, 62,5% phải thay đổi sau khi có kháng sinh đồ, 35,4% không phải thay đổi. Thở máy, nhập ICU và điều trị kháng sinh phù hợp là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kháng sinh sử dụng trong điều trị nhiễm trùng vi khuẩn gram âm đa kháng hầu hết phù hợp với các hướng dẫn điều trị tham khảo.

Từ khóa: kháng sinh, đa kháng kháng sinh, nhiễm khuẩn

SUMMARY

STATUS OF ANTIBIOTIC USE IN THE TREATMENT OF MULTI-RESISTANT GRAM-NEGATIVE INFECTIONS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Multi-antibiotic resistance is an urgent problem for the global health sector. **Objective:** Characterization of antibiotic use in the treatment of multi-resistant Gram-negative infections. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive design, recording the laboratory characteristics of 237 patients in the Department of Emergency Medicine and Endocrinology-Respiratory Medicine of Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to December 2021. **Results:** The mean age of the patients was 73.2 ± 15.8 years old. The average number of hospital days for all patients was 18.3 ± 12.4 days. More than 60% of patients received a combination of 2 antibiotics both before and after the antibiogram. There were 232/237 hospitalized patients receiving initial antibiotic treatment. The concordance with the antibiogram before the antibiogram was 25.0%, and after the antibiogram was 61.6%. Among the patients taking antibiotics, 62.5% had to change after having the antibiogram, and 35.4% did not have to change. Mechanical ventilation, ICU admission, and appropriate antibiotic treatment are factors related to treatment outcome ($p < 0.05$). **Conclusion:** Antibiotics used in the treatment of multidrug-resistant gram-negative infections are mostly consistent with reference guidelines.

Keywords: antibiotics, multi-antibiotic resistance, bacterial infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa đề kháng kháng sinh (KS) đang là một vấn đề cấp bách hiện nay cho toàn bộ ngành y tế toàn cầu do tăng chi phí điều trị, thiệt hại về kinh tế, kéo dài thời gian điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Theo ước tính của Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) đến năm 2050 vi khuẩn kháng kháng sinh có thể làm 10 triệu người tử vong mỗi năm trên thế giới, tương đương cứ 3 giây sẽ có 1 người tử vong.¹ Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng kháng sinh kê đơn tại khoa Hồi sức tích cực (ICU) không phù hợp hoặc chưa tối ưu.² Việc kê đơn kháng sinh quá mức hoặc chưa đầy đủ góp

phần gia tăng tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc. Theo báo cáo tại hội nghị khoa học toàn quốc về Hồi sức cấp cứu và Chống độc (2017) tỷ lệ kháng của *Acinetobacter baumannii* trên 90%, *Klebsiella pneumoniae* gần 60%, *Pseudomonas aeruginosa* lên đến 80% đối với các kháng sinh thế hệ mới tại các tỉnh phía Nam.³

Vi khuẩn kháng kháng sinh sẽ là một thách thức lớn cho các nhân viên y tế cũng như việc lựa chọn, sử dụng kháng sinh trong điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: "*Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn gram âm đa kháng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Đối tượng nghiên cứu** được chọn theo phương pháp thuận tiện. Thực tế có 237 bệnh nhân thuộc khoa Hồi sức cấp cứu và Nội tiết - hô hấp của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân trên 18 tuổi, có kết quả phân lập vi khuẩn: *Acinetobacter baumannii* hoặc *Klebsiella pneumoniae* hoặc *Pseudomonas aeruginosa*.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 1/2021 – 12/2021

- Địa điểm: Khoa Hồi sức cấp cứu và Nội tiết - hô hấp của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

3. Phương pháp nghiên cứu

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

3.2. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

❖ Nội dung và chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, số ngày nằm viện: biến liên tục.

- Giới, bệnh kèm, can thiệp y tế, vị trí nhiễm khuẩn: biến định danh.

- Nhóm thuốc (có/ không), Phối hợp thuốc (có/ không). Thay đổi phác đồ (có/ không).

- Kháng sinh điều trị vi khuẩn Gram âm đa kháng bao gồm KS kinh nghiệm và KS sau khi có kết quả kháng sinh đồ (KSD). Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đánh giá sự phù hợp của việc sử dụng KS sau khi có kết quả KSD theo các tiêu chí: Phù hợp với KSD, phác đồ KS được coi là phù hợp khi vi khuẩn còn nhạy ít nhất với một KS trong phác đồ. Phù hợp với khuyến cáo "IDSA/ATS 2016" và "Sanford Guide to Antimicrobials 2016".

- Hiệu quả điều trị: khỏi, đỡ, không thay đổi, nặng hơn, chuyển viện, tử vong.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

❖ Phương tiện, dụng cụ

- Thu thập các xét nghiệm vi sinh và KSD để phân tích tình hình đề kháng.

- Thu thập hồ sơ bệnh án, khảo sát đặc điểm nền, đặc điểm sử dụng kháng sinh.

3.3. Quản lý và xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=237)	Tỉ lệ %
Tuổi (X ± SD)		73,2 ± 15,8	
Giới	Nam	145	61,2
	Nữ	92	38,8
Các bệnh	Tăng huyết áp	87	36,7

mắc kèm theo thường gặp	Đái tháo đường	63	26,6
	COPD	61	25,7
Can thiệp y tế	Thở máy	158	66,7
	Lọc máu	31	13,1
	Sonde tiểu	112	47,3
Vị trí nhiễm khuẩn	NK hô hấp	215	90,7
	NK huyết	17	7,2
	NK tiết niệu	5	2,1
Số ngày nằm viện (X ± SD)		18,3 ± 12,4	

Tỷ lệ phân bố ở giới tính nam cao hơn nữ. Tuổi trung bình là 73,2 ± 15,8 tuổi. Trung bình số ngày nằm viện là 18,3 ± 12,4 ngày. Tăng huyết áp, đái tháo đường và COPD là các bệnh kèm theo với hơn 1/4 số bệnh nhân mắc phải.

Bảng 2. Phối hợp kháng sinh trong các phác đồ điều trị

Phác đồ kháng sinh	PĐKS trước KSD (n=237)		PĐKS sau KSD (n=237)	
	SL	%	SL	%
Không dùng kháng sinh	5	2,1	5	2,1
Đơn trị	81	34,2	67	28,3
Phối hợp 2 KS	143	60,3	154	65,0
Phối hợp 3 KS	8	3,4	11	4,6

Trên 60% bệnh nhân được dùng phối hợp 2 kháng sinh cả trước và sau khi có kháng sinh đồ.

Bảng 3. Sự phù hợp của phác đồ KS với kết quả KSD

Sự phù hợp với SKĐ	PĐKS trước KSD (n=232)		PĐKS sau KSD (n=232)	
	SL	%	SL	%
Phù hợp	58	25,0	143	61,6
Có 1 KS nhạy cảm	52	22,4	81	34,9
Có 2 KS nhạy cảm	6	2,6	62	26,7
Không phù hợp	85	36,6	42	18,1
Không xác định	89	38,4	47	20,3

Có 232/237 bệnh nhân nhập viện được điều trị kháng sinh ban đầu. Độ phù hợp với kháng sinh đồ trước khi có kháng sinh đồ là 25,0%, sau khi có kháng sinh đồ là 61,6%.

Bảng 4. Đặc điểm thay đổi phác đồ kháng sinh ban đầu

Đặc điểm thay đổi kháng sinh	Số lượng	Tỉ lệ %
Không sử dụng KS cho đến khi có KSD	5	2,1
Thay đổi:	148	62,5
1 lần	73	30,8
2 lần	41	17,3
3 lần	21	8,9
Trên 3 lần	13	5,5
Không thay đổi do:	84	35,4
Có đáp ứng	29	12,2
Phù hợp với KSD	23	9,7
Xuất viện	25	10,6
Không xác định	7	2,9

Trong số các bệnh nhân dùng kháng sinh, 62,5% phải thay đổi sau khi có kháng sinh đồ, 35,4% không phải thay đổi.

Bảng 5. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị

Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi	1,05	0,98-1,19	0,071
Có ít nhất 1 bệnh kèm	0,98	0,83-1,08	0,092
Số ngày nằm viện	1,15	0,83-1,47	0,324

Thở máy	5,42	2,13-14,57	<0,001
Sử dụng KS trước đó 90 ngày	2,01	0,61-6,22	0,237
Nhập ICU	11,7	3,52-28,78	<0,001
Sử dụng KS nhạy cảm >7 ngày	0,45	0,21-0,78	<0,001

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phân bố ở giới tính nam cao hơn nữ. Tuổi của bệnh nhân trung bình là $73,2 \pm 15,8$ tuổi. Trung bình số ngày nằm viện của tất cả bệnh nhân là $18,3 \pm 12,4$ ngày. Hầu hết bệnh nhân đều mắc ít nhất 1 bệnh kèm. Các bệnh lý mạn tính thường gặp là tăng huyết áp và đái tháo đường với tỷ lệ 36,7% và 26,6%. Các can thiệp y tế thường gặp là thở máy, sonde tiểu và sonde dạ dày với tỷ lệ lần lượt 66,7%, 13,1% và 47,3%. Phác đồ KS ban đầu được sử dụng khi mới nhập viện có thể đơn trị hay kết hợp kháng sinh. Phác đồ kết hợp 2 kháng sinh được sử dụng phổ biến chiếm 60,3%. Penicillin và quinolon là 2 nhóm kháng sinh chủ đạo trong phác đồ này. Phác đồ KS sau khi có kết quả KSD tỷ lệ phối hợp 2 kháng sinh vẫn chiếm tỷ lệ cao trong các loại phác đồ kháng sinh 65,0%. Tuy nhiên, đã có sự thay đổi phối hợp kháng sinh trong điều trị aminoglycosid phối hợp penicillin đã tăng, quinolon phối hợp với penicillin giảm. Trong phác đồ kháng sinh sau KSD tỷ lệ sử dụng các nhóm kháng sinh được phân bố đồng đều hơn ở các nhóm. Các nghiên cứu chỉ ra rằng việc kết hợp 2 loại kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm mang lại hiệu quả cao hơn. Nghiên cứu của Majdi N. Al-Hasan và cộng sự (2001-2006) tại 2 bệnh viện Saint Mary và Rochester Methodist của Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ tử vong trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm với phác đồ đơn lẻ là 8,8% và phối hợp giữa β -lactam và quinolon là 4,2%.⁴ Nghiên cứu của F. Sbrana và cộng sự năm 2013 cho thấy phác đồ phối hợp colistin với tigecyclin hoặc gentamicin sẽ cho kết quả điều trị vượt trội 92% trong điều trị *Klebsiella pneumoniae* sinh carbapenemase tại ICU.⁵

Quá trình điều trị có 35,4% bệnh nhân không phải thay đổi phác đồ kháng sinh chứng tỏ phác đồ kháng sinh ban đầu có hiệu quả, bệnh nhân có đáp ứng sau khi sử dụng kháng sinh nên tình trạng nhiễm khuẩn cải thiện, việc chỉ định kháng sinh phù hợp với kết quả kháng sinh đồ. Tuy nhiên, còn 2,9% trường hợp không xác nhận được lý do không thay đổi phác đồ mặc dù tình trạng bệnh nhân không thuyên giảm, không xuất viện và kháng sinh sử dụng trước đó cũng không phù hợp với kết quả KSD. Phần lớn bệnh nhân được thay đổi phác đồ điều trị ngay sau khi có kết quả kháng sinh đồ (62,5%) do tình trạng

không cải thiện hoặc bệnh có diễn biến xấu hơn.

Tỷ lệ kháng sinh ban đầu được chỉ định phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,0%, đây là tỷ lệ tương đối thấp. Hầu hết, các phác đồ KS ban đầu được chỉ định là không phù hợp với 35,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huy, Phan Thị Phụng và cộng sự năm 2018 tại bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ phác đồ kinh nghiệm có xu hướng không phù hợp với KSD nếu vi khuẩn phân lập được là *A. baumannii* với tỷ lệ khá cao là 63,6%.⁶

Sau khi có kết quả KSD thì sự lựa chọn kháng sinh đã thay đổi có hiệu quả với tỷ lệ phù hợp tăng từ 25,0% lên 61,6%, tỷ lệ lựa chọn kháng sinh không phù hợp cũng giảm từ 36,6% xuống còn 18,1%. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Đinh Thị Thúy Hà nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai cho tỷ lệ phù hợp của phác đồ sau kết quả KSD là 54,3% và không phù hợp là 19,4%.⁷

Các yếu tố tuổi, thời gian nằm viện, bệnh kèm, sử dụng kháng sinh trước đó 90 ngày không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của bệnh nhân. Tình trạng liên quan (thở máy và nhập ICU) làm tăng nguy cơ thất bại điều trị: thở máy (OR = 5,42; 95% CI: 2,13 - 14,57; $p < 0,001$), nhập ICU (OR = 11,7; 95% CI: 3,52 - 28,78; $p < 0,001$). Sử dụng kháng sinh nhạy cảm trên 7 ngày giúp giảm nguy cơ điều trị thất bại (OR = 0,45; 95% CI: 0,21 - 0,78; $p < 0,001$). Kết quả trên có thể được giải thích như sau: tình trạng liên quan có thở máy hoặc nhập ICU cho thấy mức độ bệnh nặng và nguy cơ cao nên khả năng thất bại điều trị tăng lên khoảng 5 - 11 lần (OR lần lượt là 5,42 và 11,7). Thời gian điều trị kháng sinh theo KSD trên 1 tuần giúp giảm nguy cơ thất bại điều trị đi 55%, cho thấy việc điều trị đầy đủ thời gian cho hiệu quả cao hơn. Thời gian điều trị này phù hợp các khuyến cáo cho đa số các nhiễm khuẩn liên quan vi khuẩn gram âm đa kháng.

V. KẾT LUẬN

Kháng sinh sử dụng trong điều trị nhiễm trùng vi khuẩn gram âm đa kháng hầu hết phù hợp với các hướng dẫn điều trị tham khảo. Trên 60% trường hợp phối hợp 2 kháng sinh trong cả trước và sau khi có kháng sinh đồ. Sau khi có kháng sinh đồ: Sự phù hợp với kháng sinh đồ là 61,6%; 62,5% có thay đổi kháng sinh và 35,4%

không thay đổi. Thở máy, nhập ICU và điều trị kháng sinh phù hợp là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2016)**. The second National Antibiotics Awareness Week in Viet Nam highlights the continued high level commitment of the government against antimicrobial resistance (AMR), Ha Noi.
2. **Bergmans DC, Bonten MJ, Gaillard CA, et al.** Indications for antibiotic use in ICU patients: a one-year prospective surveillance. *J Antimicrob Chemother.* 1997;39(4):527-535. doi:10.1093/jac/39.4.527
3. **Đoàn Mai Phương, (2017)**, Báo cáo tại hội nghị khoa học toàn quốc về hồi sức cấp cứu và chống độc 2017, truy cập ngày 31/10/2018, <<http://vnacemtm.org.vn/thong-bao/tai-bai-bao-cao-tai-hoi-nghi-khoa-hoc-toan-quoc-ve-hoi-suc-cap-cuu-va-chong-doc-tai-ha-noi-post1078.html>>.
4. **Al-Hasan MN, Wilson JW, Lahr BD, et al.** β -Lactam and Fluoroquinolone Combination Antibiotic Therapy for Bacteremia Caused by Gram-Negative Bacilli. *Antimicrob Agents Chemother.* 2009;53(4):1386-1394. doi:10.1128/AAC.01231-08
5. **Sbrana F, Malacarne P, Viaggi B, et al.** Carbapenem-Sparing Antibiotic Regimens for Infections Caused by Klebsiella pneumoniae Carbapenemase-Producing K. pneumoniae in Intensive Care Unit. *Clin Infect Dis.* 2013;56(5):697-700. doi:10.1093/cid/cis969
6. **Nguyễn Hữu Huy, Phan Thị Phụng, Nguyễn Mai Hoa, Vũ Đình Hòa và Nguyễn Hoàng Anh (2018)**. Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện/viêm phổi thở máy điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Dược Học, số 507, tr.8-13.
7. **Đinh Thị Thúy Hà (2021)** Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn gram âm đa kháng tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 501. Số 1.tr178-182.

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP HÓA CHẤT DIỆT CHUỘT KHÁNG VITAMIN K TÁC DỤNG KÉO DÀI BROMADIOLON AND FLOCOUMAFEN

Đặng Thị Xuân*, Nguyễn Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn đông máu bằng vitamin K1 trong ngộ độc hóa chất diệt chuột kháng vitamin K tác dụng kéo dài bromadiolon và flocoumafen. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 37 bệnh nhân ngộ độc cấp hóa chất diệt chuột bromadiolon và flocoumafen có rối loạn đông máu điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 6/2020 đến 6/2021. **Kết quả:** Có 54,1% số bệnh nhân cần dùng vitamin K1 dạng truyền tĩnh mạch để điều trị rối loạn đông máu, liều vitamin K1 thường sử dụng là 60mg/ngày trong 2 ngày đầu. Bệnh nhân có nồng độ bromadiolon > 1000 ng/ml cần dùng vitamin K1 đường tĩnh mạch (81,8%) cao hơn nhóm có nồng độ bromadiolon <1000 ng/ml (58,8%). Liều vitamin K1 uống duy trì khi mới ra viện là 40 mg/ngày. Thời gian cải thiện INR về bình thường là 36 giờ (12-72 giờ). Thời gian điều trị tính theo thời gian bán thải ngắn hơn thời gian điều trị thông thường. Kết quả điều trị bệnh nhân khỏi bệnh 100%, không để di chứng, quá trình điều trị không có tác dụng phụ nghiêm trọng. **Kết luận:** Vitamin K1 hiệu quả tốt trong điều trị ngộ độc hóa chất diệt chuột bromadiolon và flocoumafen. Dựa vào nồng độ hóa

chất diệt chuột có thể rút ngắn thời gian điều trị.

Từ khóa: superwasfarin, bromadiolon, flocoumafen, vitamin K1

SUMMARY

TREATMENT OF COAGULOPATHY IN PATIENTS WITH ACUTE POISONING OF LONG-ACTING ANTICOAGULANT RODENTICIDES – BROMADIOLON AND FLOCOUMAFEN

Objective: Evaluation of the results of vitamin K1 in the treatment of long-acting anticoagulant rodenticides poisoning - bromadiolon and flocoumafen. **Subjects and methods:** A prospective observational study on 37 patients with bromadiolon and flocoumafen treated at the Poison Control Center, Bach Mai Hospital was conducted from June 2020 to June 2021. **Results:** There are 54.1% of patients needing intravenous vitamin K1 to treat coagulopathy, dose of vitamin K1 is 60mg/day in the first 2 days. Patients with bromadiolon concentration >1000 ng/ml required intravenous vitamin K1 (81.8%) higher than the group with bromadiolon concentration <1000 ng/ml (58.8%). The maintenance dose of vitamin K1 after discharge from the hospital was 40 mg/day. The time to improve INR to normal is 36 hours (12-72 hours). The duration of treatment is based on the half-lives of bromadiolon and flocoumafen which were shorter than the usual treatment duration. All of the patients were survived, no sequelae and serious side effects during treatment time. **Conclusion:** Vitamin K1 is effective in treating poisoning with poison bromadiolon and flocoumafen. Based on the

*Trung tâm Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Xuân

Email: xuandangthi@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

concentration of bromadiolol and flocoumafen can shorten the treatment time.

Keyword: superwasfarin, bromadiolol, flocoumafen, vitamin K₁

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc hóa chất diệt chuột, đặc biệt là loại kháng vitamin K là cấp cứu rất thường gặp trên thế giới [1]. Hàng năm tại Mỹ trung bình khoảng 3000 bệnh nhân ngộ độc hóa chất diệt chuột phải điều trị vitamin K₁.

Hóa chất diệt chuột (HCDC) kháng vitamin K loại wasfarin đã được sử dụng từ rất lâu nhưng hiện nay được thay thế dần bằng loại kháng vitamin K tác dụng kéo dài, là hợp chất tan trong lipid, mạnh hơn wasfarin 100 lần nên còn gọi là superwasfarin, khi ngộ độc gây chảy máu nặng nề và kéo dài. Hai hợp chất superwasfarin gây ngộ độc nhiều nhất hiện nay là bromadiolol và flocoumafen. Trong điều trị cấp cứu, bên cạnh điều trị hỗ trợ chức năng sống và các biến chứng, vitamin K₁ là thuốc kháng độc rất hiệu quả. Tuy nhiên, khó khăn đặt ra cho các bác sĩ lâm sàng là hầu như không có nghiên cứu về độc động học của các superwasfarin trên người, chưa có hướng dẫn đồng thuận về thời gian điều trị, rất khó chỉnh liều và thời gian ngừng điều trị vitamin K₁. Bệnh nhân dùng thuốc kéo dài có thể vài tháng, khi ngừng thuốc vẫn có thể bị chảy máu lại. Việc xác định thời điểm ngừng thuốc theo thời gian bán thải lý thuyết và xét nghiệm đông máu thông thường nhiều khi khó khăn.

Khi không có xét nghiệm định lượng HCDC superwasfarin, các bác sĩ thường phải thử nghiệm ngừng vitamin K₁ (theo dõi đông máu 48-72 giờ để quyết định dùng tiếp hay dừng) nhiều lần, liệu trình phức tạp với nguy cơ xuất huyết cho bệnh nhân [2]. Gần đây, Viện khoa học hình sự đã nghiên cứu, triển khai định lượng nồng độ bromadiolol và flocoumafen huyết thanh bằng phương pháp sắc lỏng ký khối phổ (LC – MS/MS). Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai hiện tại đã áp dụng kết quả xét nghiệm định lượng nồng độ bromadiolol và flocoumafen, là bước tiến quan trọng, giúp đánh giá chẩn đoán, theo dõi tái phơi nhiễm và xây dựng liệu trình điều trị thích hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị rối loạn đông máu bằng vitamin K₁ trong ngộ độc hóa chất diệt chuột kháng vitamin K tác dụng kéo dài bromadiolol và flocoumafen

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân

được chẩn đoán ngộ độc cấp bromadiolol/ flocoumafen nhập viện điều trị tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch mai từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân có uống hoặc ăn phải hóa chất diệt chuột bromadiolol hoặc flocoumafen
- Có rối loạn đông máu (INR > 1,5).
- XN độc chất thấy bromadiolol hoặc flocoumafen trong huyết thanh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có tiền sử rối loạn đông máu, bệnh gan mật nặng, hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Gia đình hoặc bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu

2.2.2. Cách chọn mẫu nghiên cứu: chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất:

- Các đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân ngộ độc, loại HCDC, thời gian ngộ độc
- Biểu hiện lâm sàng
- Xét nghiệm prothrombin %, INR, công thức máu, hóa sinh theo tình trạng bệnh nhân.
- Định lượng nồng độ độc chất Bromadiolol và Flocoumafen tại Viện khoa học hình sự Bộ Công an bằng phương pháp sắc ký lỏng khối phổ.
- Theo dõi PT và INR [3], [4].

Bệnh nhân có chảy máu trên lâm sàng/rối loạn đông máu nặng: 6 - 8 giờ/lần

Bệnh nhân không chảy máu lâm sàng: 12 giờ/lần

Khi ổn định: 1 lần/ngày

- Điều trị nội trú [3], [4]:

+INR < 5, Bệnh nhân không có chảy máu lâm sàng dùng Vitamin K₁ đường uống.

+Trẻ em uống liều 0,25 mg/kg/ lần, mỗi 6-8 giờ/ lần cho đến khi INR về bình thường.

+Người lớn 20 mg, uống mỗi 6 - 8 giờ/lần cho đến khi INR về bình thường.

+Theo dõi INR mỗi 12 giờ để điều chỉnh liều Vitamin K₁

+INR > 5 Bệnh nhân không chảy máu lâm sàng

+Dùng Vitamin K₁ đường truyền tĩnh mạch chậm 10 - 20mg/lần, 3-4 lần/ngày, tốc độ truyền không nhanh quá 1 mg/phút.

+Theo dõi đông máu cơ bản đến khi INR < 5 thì dùng phác đồ trên.

+Khi có chảy máu trên lâm sàng:

+Dùng Vitamin K₁ đường truyền tĩnh mạch chậm 10 - 20mg/lần, 3 -4lần/ngày, tốc độ truyền

không nhanh quá 1 mg/phút.

+Truyền huyết tương đông lạnh, chế phẩm máu khi có chỉ định

❖ Điều trị ngoại trú và thời gian hẹn tái khám: Ngộ độc bromadiolone hẹn bệnh nhân tái khám sau 3 – 4tuần sau ra viện, với flocoumafen là 07 ngày. Định lượng lại lần 03 nồng độ HCDC trong máu. Trước khi tái khám 48 giờ giảm liều uống vitamin K1 đi 20mg. Tiến hành xét nghiệm đông máu cơ bản để chỉnh liều và hẹn khám các lần sau.

*Tiêu chuẩn xác định một số chỉ tiêu nghiên cứu:

- PT %: giảm khi < 70%, giảm nặng khi < 40%
- Bình thường INR = 0,8 – 1,2
- Định lượng fibrinogen: giảm khi < 2g/l
- Trị số bình thường của protein C: 0,61 - 1,4u/ml (70-140%).
- Trị số bình thường của protein S: 0,78 - 1,36 u/ml (60-140%).
- Trị số bình thường của các yếu tố đông máu: II 70 -140%, yếu tố V 60 -140%, yếu tố IX 70-140%, yếu tố X 70-140%.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p <0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2021 có 37 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu: 34 bệnh nhân ngộ độc bromadiolon và 3 bệnh nhân ngộ độc flocoumafen.

Bảng 3.1. Các biện pháp và kết quả điều trị (n=37)

Biện pháp	n	Tỷ lệ %
Dùng than hoạt	14	37,8%
Rửa dạ dày	14	37,8%
Truyền huyết tương tươi đông lạnh	20	54,1%
Truyền khối hồng cầu	7	18,9%

Nhận xét: Có 20 bệnh nhân phải truyền huyết tương tươi đông lạnh cùng vitamin K1 ở TTCĐ hoặc đã truyền ở tuyến trước. Chỉ có 37,8% bệnh nhân được rửa dạ dày, dùng than hoạt sorbitol.

- Sử dụng thuốc kháng độc vitamin K1

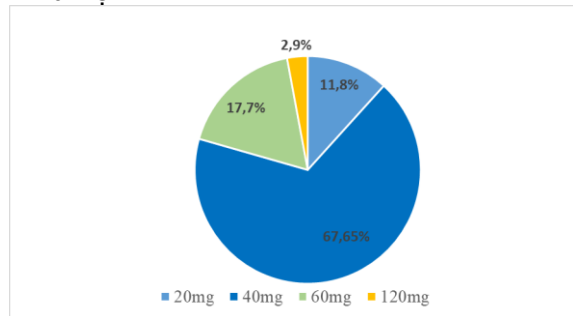
Có 20 BN (54,1%) có rối loạn đông máu có INR >5 hoặc chảy máu lâm sàng phải dùng vitamin K1 tĩnh mạch khi vào viện. Còn lại là mức độ nhẹ chỉ dùng vitamin K1 đường uống.

Bảng 3.2. Thời gian và liều thuốc vitamin K1 trong thời gian nằm viện

Kết quả	Giá trị	Vitamin K1 tĩnh	Vitamin K1 đường uống

		mạch	
Thời gian dung (ngày)	Trung vị	2	6
	Nhỏ nhất	1	3
	Lớn nhất	9	9
Liều dùng hàng ngày (mg)	Trung vị	60	60
	Nhỏ nhất	40	20
	Lớn nhất	80	160

Nhận xét: Bệnh nhân được dùng vitamin K1 tĩnh mạch khoảng 02 ngày đầu với liều thường 60mg/ngày, sau đó chuyển đường uống. Bệnh nhân uống vitamin K1 06 ngày ở bệnh viện với liều 60mg/ngày, các ngày sau đó giảm dần trước khi ra viện.



Biểu đồ 3.1: Liều vitamin K1 uống duy trì khi mới ra viện

Nhận xét: Có 67,7% số bệnh nhân uống vitamin K1 liều 40 mg/ngày duy trì ngoại trú khi ra viện.

Bảng 3.3: Thay đổi INR sau điều trị

Kết quả	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
INR thời điểm cao nhất	4,10	0,81	17,17
INR lúc ra viện	1,06	0,9	1,21
p	0.000		
Thời gian INR về bình thường (giờ)	36	12	72

Nhận xét: Chỉ số INR của các bệnh nhân cải thiện tốt, về giá trị bình thường trong 36 giờ (12 - 72 giờ).

Bảng 3.4: Nồng độ hóa chất diệt chuột ở nhóm có chỉ định truyền huyết tương tươi đông lạnh (n=20)

Truyền huyết tương tươi đông lạnh	Bromadiolon
Có	1262,3 ± 463,99 (ng/ml)
Không	1050,4 ± 444,64 (ng/ml)
p	0,074

Nhận xét: Nồng độ HCDC nhóm bệnh nhân có chảy máu phải truyền huyết tương tươi đông lạnh có xu hướng cao hơn nhóm không phải truyền huyết tương, tuy nhiên chưa đủ có ý nghĩa thống kê p 0.074.

Bảng 3.5: Kết quả điều trị bệnh nhân cần truyền khối hồng cầu (n=7)

Kết quả	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Hb (g/l)	62	50	71
INR	10	1,92	14,27
Lượng hồng cầu cần bù (ml)	1050	700	2200
Thời gian đưa Hb >90g/l và giữ ổn định (ngày)	3	2	5
Nồng độ bromadiolon (ng/ml)	134,67	59	2390

Nhận xét: Trong 07 BN có Hb < 70 g/l cần truyền khối hồng cầu, số lượng truyền trung bình 1050 ml, kết quả chỉ số INR khi vào rất cao >10, ổn định trong 72 giờ. Trung bình điều trị 03 ngày thì giữ được Hb > 90 g/l không bị tụt giảm tiếp khi đông máu ổn định.

Bảng 3.6. Tỷ lệ phải truyền vitamin K với nồng độ bromadiolon

Nồng độ Bromadiolon (ng/ml)		Đường dùng vitamin K1		p
		Tĩnh mạch	Uống	
>1000	n (%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,060
<1000	n (%)	11 (58,8%)	12 (41,2%)	

Nhận xét: Bệnh nhân có nồng độ Bromadiolon > 1000 ng/ml cần dùng vitamin K1 đường tĩnh mạch (81,8%) cao hơn nhóm có nồng độ Bromadiolon < 1000 ng/ml (58,8%), tuy nhiên chưa đủ sự khác biệt, p 0,06.

Bảng 3.7: Thời gian điều trị

Kết quả	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian điều trị thực tế theo lâm sàng – INR (ngày)	48,9 ± 25,94	9,0	118
Thời gian điều trị theo thời gian bán thải (ngày)	40,67 ± 19,79	9,0	80

Nhận xét: Thời gian kết thúc điều trị của bệnh nhân dựa theo kết quả INR trung bình là 48,9 ± 25,94 ngày, theo thời gian bán thải là 40,67 ± 19,79 ngày. Nếu vận dụng thời gian ước tính điều trị qua nồng độ bán thải, bệnh nhân sẽ dừng điều trị sớm hơn thực tế trung bình khoảng 08 ngày.

- **Kết quả điều trị:** Kết quả điều trị tốt, tất cả các BN có rối loạn đông máu, có chảy máu nhiều cơ quan, thậm chí có sốc mất máu đều khỏi bệnh và không để lại di chứng. Chúng tôi chưa gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng như phản vệ, đau ngực, xanh tím khi sử dụng thuốc kháng độc vitamin K1

IV. BÀN LUẬN

Các biện pháp điều trị trong ngộ độc HCDC kháng vitamin K là hạn chế hấp thu, hồi sức và điều trị các biến chứng (truyền huyết tương tươi đông lạnh, chế phẩm máu trong khi chờ thuốc giải độc đặc hiệu có tác dụng). Điều trị thuốc kháng độc đặc hiệu chính là vitamin K1. Trong khi sử dụng thuốc kháng độc vitamin K1, chúng tôi sử dụng đường pha truyền tĩnh mạch và đường uống. Nhiều tác giả trên thế giới khuyến cáo không dùng vitamin K1 đường tiêm bắp do gây biến chứng chảy máu, tụ máu trong cơ trên nên bệnh nhân có rối loạn đông máu. Đường tiêm tĩnh mạch cũng ít được khuyến cáo, đã có cảnh báo một số ít các bệnh nhân xảy ra tác

dụng phụ dạng phản vệ, xanh tím, đau thắt ngực, thậm chí tử vong. Khi sử dụng vitamin K1 các tác giả khuyến cáo nên pha truyền tĩnh mạch với tốc độ < 1mg/phút [4]. Chúng tôi có 54,1% bệnh nhân có rối loạn đông máu, xét nghiệm INR >5 hoặc chảy máu trên lâm sàng phải dùng vitamin K1 truyền tĩnh mạch, các bệnh nhân còn lại mức độ nhẹ nên dùng vitamin K1 đường. Các bệnh nhân dùng vitamin K1 pha truyền TM, khi INR < 5, không chảy máu lâm sàng cũng chuyển sang dùng dạng uống.

Vì là ngộ độc hóa chất diệt chuột loại kháng vitamin K có tác dụng kéo dài nên trong điều trị sẽ có liều vitamin K1 dùng tại viện và liều điều trị theo đơn sau khi ra viện. Trong bệnh viện, chúng tôi điều trị theo phác đồ hướng dẫn của Bộ Y tế, bệnh nhân thường được dùng vitamin K1 truyền tĩnh mạch với liều 60 mg/ngày (lớn nhất là 80 mg/ngày), theo dõi xét nghiệm đông máu cơ bản ngày 2 - 3 lần, chúng tôi thường truyền TM 02 ngày là INR đã cải thiện duy trì < 5,0, trên lâm sàng tình trạng xuất huyết ổn định. Sau đó bệnh nhân chuyển uống vitamin K1 20 mg/ lần x 2 - 3 lần/ngày, liều thường dùng là 60 mg/ngày. Khi đông máu ổn định, bệnh nhân được giảm dần liều uống (giảm tối đa 20 mg/ngày tương đương 1 ml). Ở liều thấp nhất đông máu vẫn ổn định bệnh nhân ra viện. Có 67,65 % bệnh nhân ra viện uống vitamin K1 liều 40 mg/ngày.

Tác giả Wai Yan Ng và CS dùng vitamin k1

khoảng 30 mg/ngày [5]. Nathan King (2015) chưa có thống nhất dùng vitamin K1, liều thường truyền khi chảy máu 100 mg, duy trì uống 50 – 100 mg/ngày trong nhiều tháng [6].

Khi đánh giá thay đổi INR trong quá trình điều trị, chỉ số INR được hầu hết các nhà khoa học, trung tâm ngộ độc sử dụng theo dõi điều trị chính [6],[7]. Chỉ số INR nhóm bệnh nhân của chúng tôi cải thiện hiệu quả, giá trị INR về bình thường trong khoảng 36 giờ (12-72 giờ). Nghiên cứu của Wai Yan Ng và CS nhận thấy thời gian cải thiện nhóm bệnh nhân nhẹ 3 ngày và nhóm bệnh nhân nặng là 08 ngày chậm hơn bệnh nhân của chúng tôi [5].

Với những bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng, có chảy máu trên lâm sàng chúng tôi phải truyền huyết tương tươi đông lạnh 20 BN và có 7 BN có Hb < 70 g/l, INR rất cao > 10, cần truyền thêm khối hồng cầu, trung bình 1050 ml. Các bệnh nhân này cần khoảng 3 ngày để Hb ổn định > 90 g/l. Nhiều tác giả khác báo cáo cũng gặp bệnh nhân có tình trạng chảy máu đa dạng, chảy máu nặng, sốc tụt huyết áp đều liên quan RLDM [1], [5], [6].

Khi đánh giá thời gian điều trị chúng tôi thấy: Thời gian điều trị thực tế của bệnh nhân theo INR là $48,9 \pm 25,94$ ngày, thời gian tiên lượng điều trị qua nồng độ HCDC là $40,7 \pm 19,79$ ngày. Có nghĩa là, nếu căn cứ vào thời gian ước tính qua kết quả nồng độ bán thải HCDC sẽ rút ngắn được thời gian điều trị khoảng 8 ngày. Vì vậy, chúng tôi có thể hẹn tái khám sớm hơn, rút ngắn thời gian điều trị, đỡ tốn kém thời gian và kinh tế. Nói cách khác, có kết quả nồng độ độc chất là lợi thế lớn, biết được thời gian bán thải HCDC của bệnh nhân. Trước đây, có bệnh nhân sau khi phơi nhiễm HCDC vài tuần thậm chí vài tháng chủ quan cho rằng mình đã hết độc, không còn triệu chứng chảy máu (do vẫn đang duy trì vitamin K1), bệnh nhân tự ý bỏ thuốc có thể gây chảy máu nghiêm trọng trở lại.

Với việc sử dụng thuốc kháng độc đặc hiệu, hồi sức và các điều trị hỗ trợ, bệnh nhân của chúng tôi có kết quả điều trị tốt, không có tử vong, không có di chứng bệnh. Sebastien Lefebvre (2017) nhận thấy tỷ lệ tử vong do ngộ độc hóa chất diệt chuột kháng vitamin K ở các Trung tâm chống độc Mỹ là 0.96% [7]. Richard Bruno cảnh báo các tác dụng phụ hoặc phản vệ có thể xảy ra khi dùng vitamin K1 tĩnh mạch [8] nhưng trong quá trình điều trị bằng vitamin K1 chúng tôi không thấy các tác dụng phụ nghiêm

trọng như phản ứng dạng phản vệ, cơn đau thắt ngực.

V. KẾT LUẬN

Điều trị rối loạn đông máu bằng vitamin K1 trong ngộ độc hóa chất diệt chuột kháng vitamin K tác dụng kéo dài bromadiolon và flocoumafen chúng tôi thấy:

- Có 54,1% số bệnh nhân cần dùng vitamin K1 dạng truyền tĩnh mạch để điều trị rối loạn đông máu trong quá trình nằm viện, liều vitamin K1 thường sử dụng là 60mg/ngày trong 2 ngày đầu. Bệnh nhân có nồng độ bromadiolon >1000 ng/ml cần dùng vitamin K1 đường tĩnh mạch (81,8%) có xu hướng cao hơn nhóm có nồng độ Bromadiolon <1000 ng/ml (58,8%). Liều vitamin K1 uống duy trì khi mới ra viện là 40 mg/ngày.

- Thời gian cải thiện INR về bình thường là 36 giờ (12 - 72 giờ).

- Thời gian điều trị tính theo thời gian bán thải superwasfarin ($40,7 \pm 19,79$ ngày), ngắn hơn thời gian điều trị như thông thường ($48,9 \pm 25,94$ ngày).

- Bệnh nhân khỏi bệnh 100%, không để di chứng, quá trình điều trị không có tác dụng phụ nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nathan King et al (2015).** Long-Acting Anticoagulant Rodenticide (Superwarfarin) Poisoning: A Review of Its Historical Development, Epidemiology and Clinical Management. *Transfusion Medicine Reviews*, 8-250.
2. **Vanessa MH, CK Ching Albert and Chan Y.W.** Bromadiolone toxicokinetics: Diagnosis and treatment implications. *Clinical Toxicology*. (2008) 46, 703–710. doi:10.1080/15563650701504366.
3. **Bộ Y tế.** Ngộ độc hoá chất diệt chuột kháng vitamin K. Công thông tin điện tử. số 3610.
4. **Robert S. Hoffman.** Vitamin K1. *Manual of Toxicology Emergencies*. (2008):506-508.
5. **Wai Yan Ng, et al. (2017).** Retrospective Study of the Characteristics of Anticoagulant-
6. **Nathan King and Tran Minh-Ha.** Long-Acting Anticoagulant Rodenticide (Superwarfarin) Poisoning: A Review of Its Historical Development, Epidemiology, and Clinical Management. *Transfusion Medicine Reviews*. (2015):8 - 250. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.tmr.2015.06.002
7. **Sebastien Lefebvre.** Poisoning by Anticoagulant Rodenticides in human and animals: Cause and consequence. From Specific Toxic Agents to Novel Rapid and Simplified Techniques for Analysis, 2017,. 2017;doi:<http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.69955>
8. **G. Richard Bruno (2000).** Long-Acting Anticoagulant Overdose: Brodifacoum Kinetics and Optimal Vitamin K. *Annals of emergency medicine*, 262-267.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM KẾT HỢP PARACETAMOL SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI

Trần Thị Sáu*, Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau sau phẫu thuật lấy thai (PTLT) có mức độ đau từ vừa đến nặng, điều trị đau không đầy đủ gây ra nhiều ảnh hưởng xấu đến sản phụ (SP) và trẻ sau sinh. Ngày nay, ứng dụng siêu âm trong gây tê vùng làm có thêm một lựa chọn giảm đau. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả của gây tê TAP dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp paracetamol sau PTLT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 120 SP sau PTLT được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm TAP-Para được giảm đau bằng gây tê TAP kết hợp với paracetamol. Nhóm chứng được giảm đau bằng paracetamol kết hợp diclofenac. Đánh giá đau bằng thang điểm nhìn hình đồng dạng (VAS) trong 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18 và 24 giờ và thang điểm hoạt động chức năng (FAS) trong khoảng thời gian từ 1 - 8 giờ, 8 - 16 giờ và 16 - 24 giờ sau PTLT. Giảm đau giải cứu bằng 5 mg morphin tiêm tĩnh mạch chậm khi SP có điểm đau VAS khi nghỉ ngơi ≥ 4 điểm hoặc VAS khi vận động ≥ 5 điểm. **Kết quả:** Điểm VAS của nhóm TAP-Para thấp hơn nhóm chứng trong khoảng thời gian 4 - 6 giờ đầu sau PTLT, nhưng cao hơn nhóm chứng trong khoảng thời gian từ 12 đến 24 giờ sau PTLT. Điểm FAS từ 1 - 8 giờ của nhóm TAP-Para cao hơn, trong khi từ 8 - 24 giờ thấp hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ giảm đau giải cứu của nhóm TAP-Para cao hơn nhóm chứng. Tác dụng không mong muốn của nhóm TAP-Para chiếm tỷ lệ thấp. **Kết luận:** Sự kết hợp của gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm và paracetamol có hiệu quả giảm đau tốt trong 8 giờ đầu sau PTLT.

Từ khóa: Phẫu thuật lấy thai, paracetamol, gây tê TAP

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK IN COMBINATION WITH PARACETAMOL AFTER CESAREAN DELIVERY

Background: Cesarean delivery (CD) is a commonly performed obstetric surgical procedure and causes moderate to severe postoperative pain, inadequate pain treatment causes many bad effects on pregnant women and babies. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of ultrasound-guided transversus abdominis plane block (TAP block)

in combination with paracetamol after CD. **Materials and method:** A total of 120 women after CD were allocated 1:1 to receive the TAP group or the control group protocol. The TAP group received TAP block and paracetamol. The control group received paracetamol and diclofenac. Pain intensity was assessed by the visual analogue scale (VAS) at 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18, and 24 hours and the functional activity score (FAS) for the period from 1 - 8 h hours, from 8 - 16 h hours and from 16 - 24hours. Supplemental analgesic requirements were 5 mg of morphine intravenously when participants had a VAS score at rest ≥ 4 or a VAS score on movement ≥ 5 . **Results:** The VAS score of the TAP-Para group was more effective than that of the control group in the period of 4 - 6 h hours, and the control group was more effective between 12 and 24 hours after CD. The FAS score from 1 - 8 hours of TAP-Para group was higher than that of the control group. The rate of supplemental analgesic requirements of the TAP-Para group was higher than that of the control group. Adverse effects of TAP-Para group accounted for a low rate. **Conclusion:** Ultrasound-guided TAP block combined with paracetamol was effective in the first 8 h hours after CD.

Key words: Cesarean delivery, TAP block, paracetamol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy thai là một phẫu thuật lớn, việc chăm sóc tối ưu cho sản phụ mang lại nhiều lợi ích cho cả sản phụ và trẻ. Năm 2019, trong bài tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp gộp Meng đã nêu ra các thành phần chăm sóc trước, trong và sau phẫu thuật lấy thai dựa trên các bằng chứng, các khuyến cáo để giúp giảm các biến chứng sau phẫu thuật, giảm điểm đau và sử dụng opioid sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí nằm viện và không làm tăng tỷ lệ tái nhập viện trong chiến lược tăng cường hồi phục sau phẫu thuật [7].

Gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (transversus abdominis plane block - TAP) được mô tả như một thành phần có hiệu quả của giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật, được chỉ định rộng rãi trong các phẫu thuật ổ bụng như phẫu thuật đại tràng, ruột thừa mở hoặc nội soi, PTLT, cắt tử cung toàn bộ, cắt túi mật nội soi, cắt tuyến tiền liệt mở, phẫu thuật ghép thận... Hầu hết các báo cáo đều cho thấy gây tê TAP hiệu quả khi kết hợp với các thuốc giảm đau khác, giúp giảm điểm đau và hoặc giảm lượng opioid tiêu thụ và các tác dụng không mong muốn của

**Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế*
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh
 Email: nvminh.gmhs@huemed-univ.edu.vn
 Ngày nhận bài: 28.3.2022
 Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022
 Ngày duyệt bài: 27.5.2022

opioid [4]. Nghiên cứu cho thấy nhóm SP được gây tê TAP giảm tiêu thụ morphin tĩnh mạch trung bình trong 24 giờ là 24mg khi không sử dụng morphin tùy sống, giảm điểm đau VAS còn 0,8 điểm và giảm các tác dụng không mong muốn liên quan opioid [2].

Hiện nay, gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm với nhiều lợi điểm đã dần thay thế gây tê TAP dựa vào mốc giải phẫu, gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm giúp phân bố thuốc tê đúng vị trí mong muốn nên tăng tỉ lệ giảm đau thành công và hạn chế các tác dụng không mong muốn của gây tê dựa vào mốc giải phẫu như chọc vào các cơ quan trong ổ bụng [3].

NSAID là thuốc có hiệu quả giảm đau tốt, ít các tác dụng không mong muốn, rất phù hợp với giảm đau sau PTLT, tuy nhiên, không phải SP nào cũng có chỉ định sử dụng được, do đó cần lựa chọn các phương pháp giảm đau không dùng NSAID. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu giảm đau của gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp paracetamol sau PTLT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu trên 120 SP có chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế trong thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi từ 18 - 45, ASA II - III, có chỉ định gây tê tùy sống để PTLT và đảm bảo đạt hiệu quả để thực hiện PTLT, phẫu thuật đường Pfannenstiel, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Không đồng ý tham gia phỏng vấn đánh giá sau PTLT, đang có những bệnh lý tim mạch hô hấp hay rối loạn tâm thần đi kèm, có các chống chỉ định liên quan đến gây tê như dị dạng cột sống, nhiễm trùng, rối loạn đông máu, dị ứng với các loại thuốc tê, tiền sử sử dụng thuốc opioid lâu dài hoặc dị ứng với các thuốc nhóm này, chống chỉ định sử dụng diclofenac hoặc paracetamol.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu có so sánh.

2.2.2. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện với 120 SP chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 60 SP.

2.3.2. Thuốc và các phương tiện

- Chuẩn bị thuốc dùng cho gây tê tùy sống thực hiện cho PTLT thường quy, bao gồm: 1 ống bupivacain (tùy sống, ưu trọng) 0,5% 4 ml, 1 ống fentanyl 50mcg/ml 2ml, ephedrin,

phenylephrin, epinephrin, atropin.

- Chuẩn bị thuốc dùng giảm đau sau PTLT cho SP các nhóm: 02 ống levobupivacain 0,5% 10 ml, 1 chai NaCl 0,9% 500 ml, 1 túi 1g và 4 viên 0,5 g paracetamol, 1 viên diclofenac, 1 ống morphin 10 mg tiêm tĩnh mạch, phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂, hộp cấp cứu ngộ độc thuốc tê, máy siêu âm Sonosite M - Turbo với đầu dò thẳng tần số 6 - 13 MHz, kim gây tê tùy sống G22 vô trùng.

2.3.3. Phương pháp tiến hành. Các SP sau khi được gây tê tùy sống bằng thuốc tê bupivacain liều dao động từ 8 - 9 mg, kết hợp 20 mcg fentanyl, tiến hành phẫu thuật.

Sau khi kết thúc PTLT, các SP được tư vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được bốc thăm ngẫu nhiên vào 2 nhóm nghiên cứu là Para-TAP và nhóm chứng như sau:

- Nhóm TAP-Para: Truyền 1 g paracetamol đường tĩnh mạch sau khi ra phòng chăm sóc sau phẫu thuật, uống 1 g paracetamol cách mỗi 8 giờ từ thời điểm truyền paracetamol trong 24 giờ, thực hiện giảm đau bằng gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm, mỗi bên 20ml levobupivacain 0,25% khi điểm đau VAS ấn và sờ tử cung đạt 2 điểm.

- Nhóm chứng: Truyền 1 g paracetamol đường tĩnh mạch sau khi ra phòng chăm sóc sau phẫu thuật, uống 1 g paracetamol cách mỗi 8 giờ từ thời điểm truyền paracetamol trong 24 giờ, diclofenac 100 mg đường trực tràng 1 giờ sau khi về phòng chăm sóc sau phẫu thuật.

Trường hợp SP đau có điểm VAS \geq 4 điểm khi nghỉ ngơi hoặc VAS \geq 5 điểm khi vận động, "giảm đau giải cứu" bằng 5mg morphin tiêm tĩnh mạch.

2.3.4. Chỉ tiêu theo dõi, đánh giá. Đánh giá điểm đau bằng thang điểm nhìn hình đồng dạng VAS vào các thời điểm bao gồm: 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ sau PTLT.

Đánh giá hoạt động chức năng cơ bản dựa vào thang điểm FAS với các mức A, B, C:

A - Không giới hạn: Bệnh nhân có thể thực hiện các hoạt động liên quan tới phẫu thuật và tình trạng trước khi có bệnh lý cần phẫu thuật.

B - Giới hạn nhẹ: Bệnh nhân có thể thực hiện được các hoạt động trên nhưng trải qua cảm giác đau vừa tới nặng.

C - Giới hạn đáng kể: Bệnh nhân không thể hoàn thành các hoạt động do đau, hoặc do các tác dụng không mong muốn của điều trị đau.

Đánh giá các tác dụng không mong muốn và mức hài lòng của SP.

2.3.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sẽ được xử lý và phân tích bởi phần

mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) phiên bản 23.0 và Excel.

So sánh trung bình của các biến định lượng bằng test ANOVA và t-test.

So sánh tỷ lệ các biến định tính bằng kiểm định thống kê χ^2 hoặc Fisher's Exact test.

Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

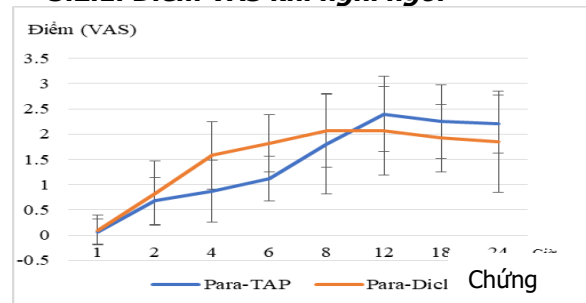
Bảng 2. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Nhóm	TAP-Para (n = 60)	Chứng (n = 60)	P
Tuổi (năm)		27,4 ± 3,9 (18 - 39)	28,6 ± 5,3 (18 - 44)	> 0,05
Chiều cao (cm)		153,2±5,6 (143 - 169)	151,9± 4,7 (141 - 160)	
Cân nặng (kg)		63,1 ± 7,2 (45 - 80)	62,2 ± 5,7 (48 - 75)	
BMI (kg/m ²)		26,9 ± 2,5 (20,7-32,1)	26,98 ± 2,65 (21,6-32,9)	

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về các thông số tuổi, chiều cao, cân nặng và BMI giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả giảm đau

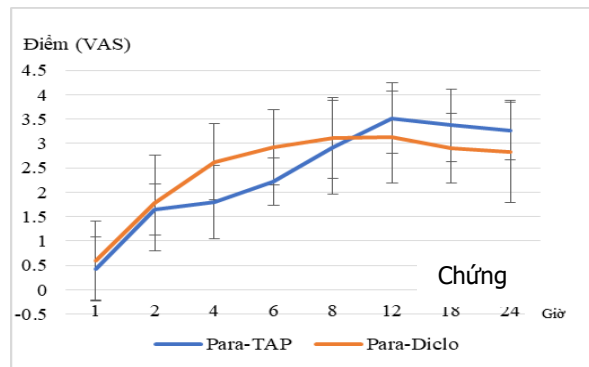
3.2.1. Điểm VAS khi nghỉ ngơi



Biểu đồ 1: Điểm VAS khi nghỉ ngơi

Điểm VAS của nhóm TAP-Para thấp hơn nhóm Para-Diclo trong thời điểm 4 - 6 giờ, điểm VAS của nhóm Para-Diclo thấp hơn nhóm TAP-Para trong thời điểm 12-24 giờ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2. Điểm VAS khi vận động



Biểu đồ 2. Điểm VAS khi vận động

Điểm VAS của nhóm TAP-Para thấp hơn nhóm Para-Diclo trong thời điểm 4 - 6 giờ, điểm VAS của nhóm Para-Diclo thấp hơn nhóm TAP-Para trong thời điểm 12-24 giờ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Điểm FAS

Bảng 2. Điểm FAS

FAS(%)	Nhóm	TAP-Para (n = 60)		Chứng (n = 60)		P
		Mức độ				
		A	B	A	B	< 0,05
1 - 8 giờ		90,00	10,00	70,00	30,00	
8 - 16 giờ		55,00	45,00	66,67	33,33	
16 - 24 giờ		65,00	35,00	86,67	13,33	

Nhóm TAP-Para có hiệu quả giảm đau tốt trong 8 giờ đầu, hầu như không gây ảnh hưởng đến hoạt động chức năng sau PTLT, trong các khoảng thời gian còn lại hiệu quả giảm đau giảm gây tỉ lệ cao ảnh hưởng tới các hoạt động chức năng cơ bản.

3.2.4. Giảm đau giải cứu

Bảng 3. Giảm đau giải cứu

	Nhóm TAP-Para (n = 60)	Nhóm chứng (n = 60)	p
Tỉ lệ giải cứu 1 lần (%)	20,00	8,33	> 0,05
Tỉ lệ giải cứu 2 lần (%)	3,33	1,67	
Thời điểm giải cứu (giờ)	10,45 ± 3,61	11,67 ± 7,05	
VAS nghỉ lúc giải cứu	4,29 ± 0,61	4,25 ± 0,50	
VAS vận động lúc giải cứu	5,29 ± 0,61	5,25 ± 0,50	

Tỉ lệ yêu cầu giải cứu đau khá cao ở nhóm TAP-Para so với nhóm chứng. Thời điểm giải cứu sớm hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.5. Thời gian bắt đầu ngồi dậy và đi lại

Bảng 4. Thời gian bắt đầu ngồi dậy và đi lại

Đặc điểm	Nhóm	TAP-Para (n = 60)	Chứng (n = 60)	P
Thời gian bắt đầu ngồi dậy (giờ)		17,76 ± 6,14	15,4 ± 5,55	< 0,05
Thời gian bắt đầu đi lại (giờ)		21,25 ± 5,83	19,18 ± 6,48	> 0,05

Thời gian bắt đầu ngồi dậy và đi lại của nhóm TAP-Para muộn hơn so với nhóm chứng, trong đó thời gian bắt đầu ngồi dậy muộn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

- Không có trường hợp nào xảy ra bí tiểu hoặc ức chế hô hấp. Tỉ lệ buồn nôn, nôn và ngứa của hai nhóm chiếm tỉ lệ thấp, các trường hợp buồn nôn, nôn và ngứa khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

- Không có trường hợp nào mức độ 4 của buồn nôn và nôn, mức độ > 1 của ngứa, bí tiểu, ức chế hô hấp.

- Không có trường hợp nào cần sử dụng thuốc chống nôn hay thuốc giảm ngứa.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, kết quả của chúng tôi như sau: Điểm đau VAS của nhóm TAP-Para thấp hơn nhóm chứng trong khoảng thời gian 8 giờ đầu sau PTLT, nhưng cao hơn nhóm chứng trong khoảng thời gian từ 12 đến 24 giờ sau PTLT. Nghiên cứu của Ben Marzouk và CS so sánh hiệu quả của gây tê TAP và morphin khoang dưới nhện, mỗi nhóm được truyền paracetamol đường tĩnh mạch, kết quả cho thấy điểm VAS khi ấn sờ tử cung không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với hai nhóm từ 2 giờ đến 24 giờ [6].

Hội tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) Hoa Kỳ khuyến cáo vận động sớm có nhiều lợi ích trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật bao gồm nhu động ruột hồi phục sớm, giảm nguy cơ huyết khối và giảm thời gian nằm viện, vận động sớm sau phẫu thuật là một phần của ERAS [5]. Nhóm TAP-Para có 90% đạt điểm FAS ở mức A trong khoảng thời gian từ 1 đến 8 giờ, từ 8 đến 16 giờ có mức A hơn 50%, từ 16 - 24 giờ có mức A hơn 60%, trong khi nhóm chứng có 70% đạt điểm FAS ở mức A trong khoảng thời gian từ 1 đến 8 giờ, gần 70% đạt mức A trong khoảng từ 8 đến 16 giờ và gần 90% đạt mức A trong khoảng từ 16 - 24 giờ. Trong nhóm TAP-Para, chúng tôi sử dụng thuốc tê levobupivacain để gây tê TAP, thời gian tác dụng của thuốc tê này để phong bế các thần kinh lớn kéo dài từ 6 - 12 giờ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm

gây tê TAP kết hợp paracetamol có hiệu quả hơn so với nhóm chứng trong 8 giờ đầu, kết quả phù hợp với thời gian tác dụng của thuốc tê [7].

Thời gian bắt đầu ngồi dậy và đi lại sau PTLT phụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó có tình trạng đau, xông tiểu, tâm lí ngại ngồi dậy sợ bực vết mổ,... Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian bắt đầu ngồi dậy của 2 nhóm lần lượt là 17,76 ± 6,14 giờ, 15,4 ± 5,55 giờ, sự khác biệt giữa nhóm TAP-Para và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên thời gian bắt đầu đi lại lần lượt của 2 nhóm là 21,25 ± 5,83 giờ và 19,18 ± 6,48 có sự khác nhau giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, do đó cũng khó xác định chính xác liệu ảnh hưởng của đau làm khác biệt thời gian bắt đầu ngồi dậy và đi lại giữa 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu nhóm chứng của chúng tôi gần tương tự với nhóm nghiên cứu kết hợp paracetamol và diclofenac của Đàm Thị Phương Duy và CS về cả thời gian ngồi dậy và đi lại [1].

Kết quả cho thấy gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp đơn giản, tiến hành nhanh, hạn chế các tai biến và tăng hiệu quả của gây tê. Tác dụng không mong muốn của phương pháp TAP-Para chiếm tỉ lệ thấp, không có trường hợp nào cần can thiệp điều trị.

Đối với các SP có chống chỉ định với diclofenac có thể chọn lựa các phương pháp giảm đau khác như morphin khoang dưới nhện. Tuy nhiên phương pháp này gây ra nhiều tác dụng không mong muốn, do đó có thể lựa chọn phương pháp giảm đau kết hợp gây tê TAP và paracetamol đường toàn thân và giảm đau giải cứu với tỉ lệ thấp giúp đạt hiệu quả giảm đau đồng thời ít các tác dụng không mong muốn.

Phương pháp giảm đau kết hợp gây tê TAP dưới hướng dẫn của siêu âm và paracetamol đường toàn thân giúp giảm đau trong 24 giờ, trong đó hiệu quả nhất là 8 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai, cần kết hợp thêm biện pháp giảm đau khác hoặc giảm đau giải cứu trong các khoảng thời gian sau. Tác dụng không mong muốn của phương pháp chiếm tỉ lệ thấp.

Hạn chế của nghiên cứu này là thời gian rút xông tiểu kéo dài nên hạn chế khả năng đánh

giá thời gian ngồi dậy và đi lại của SP.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau kết hợp gây tê TAP dưới hướng dẫn siêu âm và paracetamol đường toàn thân, cho hiệu quả tốt trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai, ít tác dụng không mong muốn, đặc biệt áp dụng cho các sản phụ có chống chỉ định với thuốc kháng viêm không steroid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Thị Phương Duy, Nguyễn Văn Minh, Trần Xuân Thịnh (2020)**, "Nghiên cứu hiệu quả của gây tê khoang cơ vuông thắt lưng bằng levobupivacain 0,25% dưới hướng dẫn siêu âm trong giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật lấy thai", *Y học công đồng*, 7, tr. 1 - 81.
2. **Abdallah F.W., Halpern S.H., Margarido C.B. (2012)**, "Transversus abdominis plane block for postoperative analgesia after Caesarean delivery performed under spinal anaesthesia? A systematic review and meta-analysis", *British Journal of Anaesthesia*, 109(5), pp. 679-87.
3. **Carney J., Finnerty O., Rauf J., Bergin D., Laffey J.G., Mc Donnell J.G. (2011)**, "Studies on the spread of local anaesthetic solution in

- transversus abdominis plane blocks*", *Anaesthesia*, 66(11), pp. 1023-30.
4. **Johns N., O'Neill S., Ventham N.T., Barron F., Brady R.R., Daniel T. (2012)**, "Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) block in abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis", *Colorectal Dis.* 14(0), pp. e635-42.
 5. **Macones G.A., Caughey A.B., Wood S.L., Wrench I.J., Huang J., Norman M., et al. (2019)**, "Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3)", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 221(3), pp. 247.e1-9.
 6. **Marzouk S.B., Bennis L., Cherni I., Shili A., Touaibia M. (2016)**, "Ultrasound-guided bilateral transversus abdominis plane block versus spinal morphine for pain relief after caesarean section", *Global Anesthesia and Perioperative Medicine*, 2(2), pp. 162-5.
 7. **Meng X., Chen K., Yang C., Li H., Wang X. (2021)**, "The Clinical Efficacy and Safety of Enhanced Recovery After Surgery for Cesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Studies", *Frontiers in Medicine*, 8(1242).
 8. **Lirk P., Berde C.B. (2019)**, *Local Anesthetics*, Miller Anesthesia, ed. Ninth, Elsevier, 865-90.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI

Trần Văn Minh Tuấn¹, Lý Minh Tùng¹, Bùi Minh Tín²,
Trần Hữu Duy¹, Phạm Hải Triều², Lê Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Phẫu thuật nội soi (PTNS) theo kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (TBMTĐT) trong điều trị ung thư đại tràng đã làm cải thiện kết quả lâu dài về mặt ung thư học và đang trở thành tiêu chuẩn cho phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả trung hạn PTNS cắt TBMTĐT trong điều trị ung thư đại tràng trái giai đoạn I - III và chất lượng mẫu bệnh phẩm về mặt ung thư học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, báo cáo loạt ca. Tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng trái được PTNS cắt TBMTĐT tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2018 đến 07/2021. **Kết quả:** Có 68 bệnh nhân (38 nữ và 30 nam) được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 58,35 ± 10,67 tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 180,56 ± 40,30 phút. Lượng máu mất 100,20 ± 27,56ml. Không có tai biến trọng mô. Biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 13,23%: nhiễm trùng

vết mổ 7,35%, xì miệng nối 4,41% và tắc ruột sau mổ là 1,47%. Thời gian nằm viện trung bình là 8,24 ± 4,82 ngày. Số hạch phủ tạng được trung bình là 17,42 ± 4,52 hạch. Có 42,64% bệnh nhân có di căn hạch. Chiều dài mẫu bệnh phẩm 38,56 ± 8,20cm. Có 55 bệnh nhân được theo dõi với thời gian trung bình là 23,08 ± 10,07 tháng (từ 6 tháng đến 39 tháng). Tỉ lệ bệnh nhân sống không di căn là 87,3%. **Kết luận:** PTNS cắt TBMTĐT là phương pháp chọn lựa an toàn cho ung thư đại tràng trái với tỉ lệ biến chứng thấp, cải thiện tỉ lệ sống còn về mặt ung thư học và đạt được kết quả tốt về chất lượng mẫu bệnh phẩm của ung thư học.

Từ khóa: ung thư đại tràng, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR LEFT COLON CANCER

Background: Laparoscopic complete mesocolic excision (CME) for the treatment of colon cancer has improved long-term survival and become the standard procedure in surgical management of colon cancer. **Objectives:** Evaluate mid-term outcomes of laparoscopic complete mesocolic excision in stage I - III left colon cancer and the quality of oncologic specimens. **Patients and methods:** The prospective

¹Đại học Quốc Gia TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Minh Tuấn

Email: tvmtuan@medvnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

study of patients diagnosed left colon cancer. The patients underwent laparoscopic complete mesocolic excision between January 2018 and July 2021 at Binh Dan Hospital. **Results:** 68 patients (38 females and 30 males) were included. The mean age is $58,35 \pm 10,67$ years. The mean operative time was $180,56 \pm 40,30$ minutes. The mean volume of intraoperative blood loss was $100,20 \pm 27,56$ ml. There were no complication during operation. Post operative complications occurred in 13,23% of patient, included 7,35% of surgical site infection, 4,41 % of anastomosis leakage and 21,47% of postoperative obstruction. The mean length of stay was $8,24 \pm 4,82$ days. The mean number of lymph nodes retrieval was $17,42 \pm 4,52$ nodes. There were 42,64% of patients with node metastasis. The length of specimen was $38,56 \pm 8,20$ cm. The percentage of surviving patients who didn't have metastasis is 87,3%. **Conclusions:** Laparoscopic complete mesocolic excision is safe to treat left colon cancer with less postoperative complication and improve the mid-term oncological outcome. The quality of oncologic specimen is good.

Keywords: left colon cancer, complete mesocolic excision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới. Theo Globocan 2020, ở Việt Nam ung thư đại tràng đứng thứ 6 trong các loại ung thư thường gặp. Cho đến nay, với nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư đại tràng, hoá xạ trị kết hợp với phẫu thuật đã cải thiện kết quả dài hạn của điều trị ung thư, nhưng phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư đại tràng.

Năm 1982, Heald và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng như một phẫu thuật tối ưu trong điều trị ung thư trực tràng. Áp dụng những nguyên lý của TME và dựa trên kiến thức về giải phẫu học và phôi thai học, năm 2009 Hohenberger^[4] và cộng sự công bố kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và cột mạch máu tận gốc như là một tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư đại tràng. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy so với phẫu thuật tận gốc kinh điển, phẫu thuật cắt đại tràng với kỹ thuật cắt TBMT ĐT(kỹ thuật CME) có thể cắt trọn nguyên khối (en-bloc) khối u và mạc treo đại tràng và lấy được số hạch tối ưu nhưng không làm tăng nguy cơ phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu, tăng thời gian sống còn, giảm tỉ lệ tái phát và di căn xa^{[3], [5], [7]}.

Ở Việt Nam, khái niệm về CME trong điều trị ung thư đại tràng trái còn tương đối mới và chưa có những công trình nghiên cứu về kỹ thuật này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá tính khả thi và an toàn cũng như kết quả lâu dài của phương pháp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung

thư đại tràng trái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu tiền cứu, báo cáo loạt ca với 68 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được PTNS theo kỹ thuật CME tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng trái, giai đoạn I - III, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái điều trị triệt để ung thư.

Tiêu chuẩn loại trừ:

○ Ung thư đại tràng trái có biến chứng cần phải mổ cấp cứu.

○ Ung thư đại tràng trái xâm lấn cơ quan lân cận.

○ Ung thư đại tràng trái quá chỉ định điều trị triệt để.

○ Ung thư đại tràng trái tái phát.

Sau phẫu thuật bệnh nhân sẽ được theo dõi đánh giá tình trạng phẫu thuật cho đến khi xuất viện. Bệnh nhân được theo dõi tái khám bởi bác sĩ phẫu thuật sau 2 tuần xuất viện. Sau đó bệnh nhân được theo dõi trong 6 -36 tháng.

Các dữ liệu chính bao gồm: kết quả sớm của phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện), chất lượng mẫu bệnh phẩm (chiều dài bệnh phẩm, tỉ lệ mặt cắt sạch tế bào ung thư, số lượng hạch nạo vét được, số hạch di căn), tỉ lệ tái phát, tỉ lệ sống toàn bộ, tỉ lệ sống không bệnh. Các dữ liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, các biến số được phân tích với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 68 bệnh nhân (38 nữ và 30 nam) thoả các tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi Trung bình Nhỏ nhất - Lớn nhất	$58,35 \pm 10,67$ tuổi 34 tuổi - 81 tuổi
Giới Nam Nữ	30 trường hợp (44,12%) 38 trường hợp (55,88%)
BMI: < 18,5 18,5 - 24,9 ≥ 25	$20,68 \pm 4,12$ kg/m ² 8 trường hợp (11,76%) 49 trường hợp (72,06%) 11 trường hợp (16,18%)
Vị trí khối u Đại tràng ngang gần góc lách Đại tràng góc lách Đại tràng xuống	1 trường hợp (1,47%) 5 trường hợp (7,35%) 18 trường hợp (26,47%)

Đại tràng sigma	44 trường hợp (64,71%)
Giai đoạn: I	6 trường hợp (8,82%)
II	29 trường hợp (42,65%)
III	33 trường hợp (48,53%)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: + Trung bình + Ngắn nhất - dài nhất	180,56±40,30 phút 140 phút - 300 phút
Lượng máu mất + Trung bình + Ít nhất - nhiều nhất	100,20 ±27,56 ml 50 ml - 200 ml
Tai biến trong phẫu thuật	0
Biến chứng sau phẫu thuật + Xi miệng nổi + Tắc ruột do thoát vị nội + Nhiễm trùng vết mổ	9 trường hợp (13,23%) 3 trường hợp (4,41%) 1 trường hợp (1,47%) 5 trường hợp (7,35%)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật + Trung bình + Ngắn nhất - dài nhất	8,24 ± 4,82 ngày 6 ngày - 34 ngày

Biến chứng sau mổ là 13,23% (9 trường hợp) chủ yếu là các biến chứng nhẹ như nhiễm trùng vết mổ. Có 3 trường hợp xi miệng nổi mức độ B (theo phân độ của International Study Group of Rectal Cancer năm 2010) và điều trị bảo tồn. Có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại vì tắc ruột sớm sau mổ do ruột non chui qua lỗ mạc treo.

Mẫu bệnh phẩm được phân tích nhận thấy: chiều dài mẫu bệnh phẩm đạt được là 38,56 ± 8,20 cm (ngắn nhất 25 cm, dài nhất 45cm). Tất cả các trường hợp mặt cắt đạt được R0. Số hạch trung bình lấy được là 17,42 ± 4,52 hạch. Mẫu bệnh phẩm lấy được ít nhất là 12 hạch và nhiều nhất là 27 hạch. Có 36 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 52,94%) di căn hạch. Số lượng hạch di căn 4,02 ± 3,14 hạch. Trường hợp di căn hạch nhiều nhất là 20 hạch di căn. Khi phân tích tương quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số hạch lấy được ta nhận thấy có mối tương quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số hạch lấy được với $p < 0,01$. Chiều dài bệnh phẩm càng dài thì số lượng hạch lấy được càng nhiều (tương quan thuận giữa số lượng hạch và chiều dài bệnh phẩm, với hệ số tương quan $R = 0,68 > 0,5$; tương quan Pearson). Tuy nhiên không có sự tương quan giữa số lượng hạch di căn và chiều dài bệnh phẩm ($p = 0,341$).

Các bệnh nhân được theo dõi định kỳ 6 tháng sau phẫu thuật. Trong các bệnh nhân được theo dõi thì có 3 bệnh nhân tử vong vì bệnh lý tim mạch, 10 bệnh nhân không liên lạc được. Cả 13

bệnh nhân này sẽ được loại bỏ khỏi theo dõi kết quả lâu dài. Có 55 bệnh nhân được theo dõi kết quả lâu dài của phẫu thuật, thời gian theo dõi trung bình 23,08 ± 10,07 tháng (ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 39 tháng). Có 2 bệnh nhân tử vong do ung thư tiến triển (1 bệnh nhân ung thư đại tràng xuống giai đoạn IIIc tử vong do ung thư tiến triển di căn phổi vào tháng thứ 22 sau phẫu thuật, một bệnh nhân ung thư đại tràng sigma giai đoạn IIIc tử vong do ung thư tiến triển di căn gan vào tháng thứ 34 sau phẫu thuật).

Bảng 3: Kết quả theo dõi bệnh nhân

Thời gian theo dõi	Số bệnh nhân
Dưới 12 tháng	7 (12,7%)
Từ 12 đến 24 tháng	18 (32,7%)
Từ 24 tháng trở lên	30 (54,6%)
Tỉ lệ tái phát	
Không tái phát	48 (87,3%)
Di căn gan	4 (7,3%)
Di căn phổi	3 (5,5%)
Tái phát theo giai đoạn	
Giai đoạn I	0
Giai đoạn II	1 (1,8%)
Giai đoạn III	6 (10,9%)
Tử vong	2 (3,6%)

IV. BÀN LUẬN

Trong ung thư đại tràng, nhất là ở giai đoạn I – III, phẫu thuật vẫn giữ vai trò chính trong điều trị. Một kĩ thuật mới tương tự như cắt toàn bộ mạc treo trực tràng là cắt TBMTĐT được áp dụng và có kết quả khả quan.

Điểm mấu chốt của kĩ thuật CME là: (1) phẫu tích chính xác giữa 2 lớp của mạc treo đại tràng; (2) cột mạch máu tận gốc; (3) lấy được số hạch tối ưu. Các điều này mang lại hai ưu điểm quan trọng về mặt ung thư học cho kĩ thuật CME: (1) cắt trọn nguyên khối khối u (en-bloc), tránh làm rách mạch máu và mạch bạch huyết làm giảm nguy cơ rơi vãi tế bào ung thư; (2) Lấy được lượng hạch tối ưu, điều này rất có lợi về mặt ung thư học trong trường hợp ung thư giai đoạn III. Ngoài ra khi phẫu tích đúng mặt phẳng giúp tránh làm tổn thương các cơ quan lân cận.

An toàn phẫu thuật là một yếu tố quan trọng góp phần vào việc chấp nhận kĩ thuật CME như một kĩ thuật tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư đại tràng. Trong nghiên cứu của Yan^[7] chỉ ra rằng các biến chứng sau mổ của nhóm CME thấp hơn so với nhóm cắt đại tràng không CME với tỉ lệ là 12,2% so với 17,3%, nghiên cứu của Gao^[3] cũng không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ biến chứng sau mổ giữa CME và phẫu thuật thông

thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ biến chứng sau mổ là 13,23%, chủ yếu là biến chứng nhẹ như nhiễm trùng nông vết mổ. Có 3 trường hợp xì miệng nổi mức độ B, các trường hợp này cũng điều trị nội khoa thành công mà không cần phẫu thuật lại. Chỉ có 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ do thoát vị ruột non qua lỗ mạc treo đại tràng mà không được khâu kín trong lần mổ đầu. bệnh nhân được phẫu thuật lại và đóng kín lỗ mạc treo.

Nạo vét hạch là yếu tố quan trọng trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng. Việc lấy được số lượng hạch lớn trong CME giúp giảm tỉ lệ tái phát và cải thiện tỉ lệ sống sót. West^[6], khi so sánh kỹ thuật CME thì đạt được mặt phẳng phẫu tích đúng chuẩn là 92% cao hơn so với kỹ thuật truyền thống tỉ lệ chỉ là 40% ($p < 0.0001$). Gao^[3] cũng chỉ ra rằng thực hiện kỹ thuật CME và CVL cho số lượng hạch lấy được nhiều hơn (trung bình 24 so với 20) so với bệnh phẩm cắt đại tràng truyền thống.

Kết quả lâu dài của PTNS với kỹ thuật CME trong ung thư đại tràng trái vẫn còn tranh cãi. Các nhà phẫu thuật và giải phẫu bệnh đã đưa ra một số lý do: việc đánh giá giải phẫu bệnh không đầy đủ nên không thể phát hiện hết tất cả các di căn hạch bạch huyết. Rosenberg và cộng sự đã phát hiện ra tế bào khối u trong các hạch vùng của 51,8% bệnh nhân ung thư đại tràng âm tính với giải phẫu bệnh thường quy bằng cách sử dụng phản ứng chuỗi polymerase. Một giả thiết nữa được đặt ra là là tỷ lệ tử vong quan sát được với ung thư giai đoạn I và II là di căn bỏ qua hạch mạc treo mà tới hạch bạch huyết vùng đỉnh. Liang và cộng sự đã lập bản đồ hạch bạch huyết trên mẫu bệnh phẩm ghi nhận 18,2% bệnh nhân có tình trạng di căn bỏ qua hạch vùng. Các nghiên cứu khác cũng báo cáo rằng di căn bỏ qua hạch vùng có thể xảy ra ở khoảng 20% bệnh nhân.

Kết quả từ nghiên cứu dựa trên dân số với cỡ mẫu lớn nhất chỉ ra rằng CME đã cải thiện 4 năm tỉ lệ sống ở bệnh nhân giai đoạn II và III. Tuy nhiên Merkel chứng minh rằng CME đã cải thiện đáng kể tỉ lệ sống 5 năm liên quan đến ung thư giai đoạn III, nhưng không phải ở giai đoạn I và II. Nghiên cứu của Ueda^[5] cho kết quả khá khả quan với tỉ lệ sống 5 năm không bệnh là 85,9% và 84,7% ở giai đoạn I-III. Yan^[7] và cộng sự khi so sánh giữa 2 nhóm CME và phẫu thuật kinh điển đã cho ra kết luận về tỉ lệ sống 3 năm không bệnh là 77,1% ở nhóm CME với 63,8% ở nhóm không CME, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($P=0,038$). Điều này cũng cho thấy kỹ

thuật CME giúp cải thiện tỉ lệ sống không bệnh. Về việc theo dõi trung hạn trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ sống 3 năm không bệnh là 87,3%.

Hohenberger^[4] và cộng sự lần đầu tiên mô tả kỹ thuật CME cho phẫu thuật ung thư đại tràng đã báo cáo kết quả lâu dài khá tuyệt vời với tỉ lệ sống 5 năm được cải thiện từ 82,1% lên đến 89,1% (giai đoạn 1 là 99,1%, giai đoạn 2 là 91,4%, giai đoạn 3 là 70,2%) và tỉ lệ tái phát giảm từ 6,5% xuống còn 3,6%. Nhiều báo cáo của các tác giả gần đây về kết quả lâu dài của kỹ thuật CME cũng cho kết quả lâu dài cải thiện thời gian sống và giảm tỉ lệ di căn^[7], ^[8]. Nghiên cứu của Yan^[7] và nghiên cứu của Isaac Seow-En^[8] ghi nhận kỹ thuật CME giúp nâng cao chất lượng bệnh phẩm và kết quả sống còn dài hạn của bệnh nhân bị ung thư đại tràng. Nghiên cứu của Ueda^[5] và của tác giả Bracale^[1] cho tỉ lệ tái phát trong thời gian theo dõi lần lượt là 11,1% và 11,6%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tái phát là 12.8% gồm 7.3% trường hợp di căn gan và 5.5% trường hợp di căn phổi. Không ghi nhận trường hợp nào có ung thư tái phát tại chỗ. Nhân lưỡng động là yếu tố quan trọng trong xác định tiên lượng. Galizia^[2] và cộng sự ghi nhận ở nhóm ung thư giai đoạn III không ghi nhận di căn hạch, có 20% bệnh nhân trong nhóm thực hiện CME và 5% bệnh nhân trong nhóm không thực hiện CME có nhân lưỡng động. Ngoài ra, số lượng nhân lưỡng động cao hơn đáng kể ở nhóm thực hiện CME, cho thấy sự cắt bỏ lớp mạc treo đại tràng rộng hơn và thắt mạch máu ở xa khối u hơn so với nhóm không cắt TBMTĐT.

V. KẾT LUẬN

Qua bước đầu nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) trong PTNS cắt đại tràng trái do ung thư là an toàn và khả thi về mặt ung thư học. Tuy nhiên, phẫu thuật cần có những hiểu biết rõ về mặt giải phẫu học và kỹ năng phẫu thuật để tránh làm tổn thương các cơ quan khác cũng như đảm bảo về mặt ung thư học. Cần có những nghiên cứu với số lượng mẫu lớn để đánh giá hiệu quả hơn vai trò của kỹ thuật CME.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại Học Quốc Gia Tp.HCM trong khuôn khổ đề tài mã số C2020-44-07.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bracale U, Merola G, Pignata G, Corcione F, et al, (2020), "Laparoscopic resection with complete mesocolic excision for splenic flexure cancer: long-term follow-up data from a multicenter retrospective study", *Surg Endosc*, 34 (7), pp. 2954-2962.

2. Galizia G, Lieto E, De Vita F, Ferraraccio F, et al, (2014), "Is complete mesocolic excision with central vascular ligation safe and effective in the surgical treatment of right-sided colon cancers? A prospective study", Int J Colorectal Dis, 29 (1), pp. 89-97.
3. Gao Z, Wang C, Cui Y, Shen Z, et al, (2020), "Efficacy and Safety of Complete Mesocolic Excision in Patients With Colon Cancer: Three-year Results From a Prospective, Nonrandomized, Double-blind, Controlled Trial", Ann Surg, 271 (3), pp. 519-526.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, et al, (2009), "Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome", Colorectal Dis, 11 (4), pp. 354-364; discussion 364-355.
5. Ueda K, Daito K, Ushijima H, Yane Y, et al, (2022), "Laparoscopic complete mesocolic excision with central vascular ligation for splenic flexure colon cancer: short- and long-term outcomes", Surg Endosc, 36 (4), pp. 2661-2670.
6. West N P, Hohenberger W, Weber K, Perrakis A, et al, (2010), "Complete mesocolic excision with central vascular ligation produces an oncologically superior specimen compared with standard surgery for carcinoma of the colon", J Clin Oncol, 28 (2), pp. 272-278.
7. Yan D, Yang X, Duan Y, Zhang W, et al, (2020), "Comparison of laparoscopic complete mesocolic excision and traditional radical operation for colon cancer in the treatment of stage III colon cancer", J buon, 25 (1), pp. 220-226.
8. Seow-En I, Tzu-Liang Chen W, (2022), "Complete mesocolic excision with central venous ligation/D3 lymphadenectomy for colon cancer – A comprehensive review of the evidence", Surgical Oncology, pp. 101755.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH 64 DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN T UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Đàn¹, Đặng Vĩnh Hiệp², Phùng Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh, xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy trong đánh giá tính chất xâm lấn của ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp:** 35 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định ung thư dạ dày (UTDD) bằng nội soi sinh thiết được đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật bằng CLVT 64 dãy, sau đó được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2021 đến 1/2022. **Kết quả:** Vị trí u hay gặp nhất ở 1/3 dưới 77,1%. Chiều dài u 53,9 ± 19,3 mm, dày 17,3 ± 7,7 mm. Độ chính xác chung của CLVT chẩn đoán giai đoạn T là 62,9%. Chẩn đoán giai đoạn T1: Se 100%, Sp 96,5%, Acc 97,2%; giai đoạn T2: Se 25%, Sp 93,5%, Acc 85,6%; giai đoạn T3: Se 66,7%, Sp 68,9%, Acc 68,5%; giai đoạn T4: Se 57,9%, Sp 93,8%, Acc 74,2%. **Kết luận:** CLVT 64 dãy có giá trị trong đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, cắt lớp vi tính, giai đoạn, độ chính xác.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND THE VALUE OF 64-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN T-STAGING OF GASTRIC CANCER

Objectives: The aim of this study is to describe imaging and assess the value of 64-slice CT in T staging of gastric cancer. **Subjects and methods:** From January 2021 to January 2022, 35 patients

confirmed with gastric cancer by endoscopic biopsy underwent preoperative staging with 64-slice computed tomography followed by radical surgical treatment at 103 Military Hospital. **Results:** Tumors were found most commonly in antrum. The tumor size was 53.9 ± 19.3 mm in length and 17.3 ± 7.7 mm in thickness. The overall diagnostic accuracy of the T staging was 62.9%. The stage-specific sensitivity, specificity and accuracy for T staging of gastric cancers were Se 100%, Sp 96.5%, Acc 97.2% for T1, Se 25%, Sp 93.5%, Acc 85.6% for T2, Se 66.7%, Sp 68.9%, Acc 68.5% for T3, and Se 57.9%, Sp 93.8%, Acc 74.2% for T4. **Conclusion:** 64-slice CT is a useful modality in the T staging of gastric cancer.

Keywords: Gastric cancer, Computed tomography, staging, Accuracy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư thường gặp thứ 5 trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong thường gặp thứ 4 do ung thư [3]. UTDD là loại u ác tính thường gặp nhất trong các ung thư đường tiêu hóa. Đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD là một yếu tố quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh nhân (BN) trước phẫu thuật. Nguy cơ tử vong tăng lên gấp 3 lần ở những BN giai đoạn T4 so với những BN giai đoạn T1 [4]. Có nhiều phương pháp đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD, trong đó CLVT đa dãy là phương tiện hiện nay đang được sử dụng rộng rãi. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu sử dụng máy CLVT 16, 64 và 128 dãy đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD. Ở Việt Nam hiện nay máy

¹Bệnh viện Quân y 103

²Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đàn

Email: nguyenvandan95dhv@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

chụp CLVT 64 dãy đã được trang bị ở nhiều bệnh viện lớn, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về sử dụng máy CLVT 64 dãy đánh giá khối UTDD. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm hình ảnh và xác định giá trị của CLVT 64 dãy trong đánh giá giai đoạn T ung thư dạ dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 35 bệnh nhân UTDD phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 103, từ tháng 1/2021 – 1/2022.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng kết quả giải phẫu bệnh (GPB) trên mảnh bệnh phẩm lấy qua nội soi.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN đã phẫu thuật dạ dày trước đó.
- BN đã được điều trị hỗ trợ hóa xạ trị trước phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, số liệu lấy theo hình thức tiến cứu. Đối chiếu hình ảnh CLVT với kết quả phẫu thuật.

***Kỹ thuật chụp CLVT đánh giá UTDD:**

- Thực hiện trên máy CLVT 64 dãy, Ingenuity, hãng Philips, Hà Lan đặt tại khoa Xquang chẩn đoán – Bệnh viện Quân y 103.

- Chuẩn bị BN: nhịn ăn trước 6 giờ, uống nước từ 500-800 ml trước chụp 15 phút để làm căng dạ dày.

- Chụp xoắn ốc từ vòm hoành đến hết tiểu khung trước và sau tiêm thuốc cản quang. Độ dày lớp cắt 5mm, pitch 0,8:1. Sử dụng thuốc cản quang Xenetic 300mg/ml, liều 1,5ml/kg, tốc độ tiêm 3ml/giây.

***Phân tích hình ảnh:**

- Tái tạo độ dày lớp cắt 1 mm. Sử dụng hình ảnh tái tạo đa bình diện MPR (multiplanar reconstruction) để đánh giá xâm lấn u.

- Đánh giá lớp niêm mạc ở thì động mạch, đánh giá xâm lấn u ở thì tĩnh mạch.

***Các biến số nghiên cứu:**

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh khối UTDD trên CLVT

Đặc điểm		n (%)	Đặc điểm		n (%)
Vị trí	1/3 trên	1 (2,9)	Dày (mm) 17,3 ± 7,7 (5 - 43)	< 10	6 (17,1)
	1/3 giữa	5 (14,3)		10 - < 15	5 (14,3)
	1/3 dưới	27 (77,1)		15 - < 20	11 (31,4)
	Toàn bộ	2 (5,7)		≥ 20	13 (37,2)
Dài (mm) 53,9 ± 19,3 (21 - 96)	< 40	9 (27,3)	Ranh giới	Không rõ	26 (74,3)
	40 - < 60	7 (21,2)		Rõ	9 (25,7)
	60 - < 80	14 (42,4)	Tỷ trọng (HU)	Trước tiêm	39,9 ± 9,3
	≥ 80	3 (9,1)		Sau tiêm	95,1 ± 22,4

- Vị trí u: Theo chiều dọc của dạ dày gồm 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới và toàn bộ dạ dày [5].

- Chiều dày u: đo vuông góc với thành dạ dày ở vị trí tổn thương dày nhất [6].

- Ranh giới: Rõ, không rõ. Rõ: Ranh giới u không có sự xâm lấn ra xung quanh, bờ gọn, thường hình tròn. Không rõ: ranh giới giữa u và phần xung quanh không rõ ràng, có sự xâm lấn ra xung quanh (lệch tâm hay tâm u không đối xứng).

- Độ ngấm thuốc: đo ROI ở thì tĩnh mạch tại 3 vị trí trên u, sau đó lấy giá trị trung bình [7].

- Đánh giá giai đoạn T trên CLVT: sử dụng hình ảnh MPR, đánh giá theo AJCC 7 [5]: T1: Khối u ở lớp niêm mạc tăng tỷ trọng, ranh giới là lớp giữa giảm tỷ trọng. T2: Lớp giữa bị gián đoạn (> 50% độ dày), tăng nhẹ tỷ trọng. T3: Không phân biệt giữa tổn thương ngấm thuốc với lớp ngoài. Bờ ngoài đều hoặc có dải đặc nhỏ ở lớp mỡ cạnh thành dạ dày. T4a: Bờ lớp ngoài không đều hoặc có nốt hoặc vệt thâm nhiễm lớp mỡ giữa tổn thương dạ dày với tạng kế cận hoặc xâm lấn tạng kế cận.

- Đánh giá giai đoạn T sau phẫu thuật: do phẫu thuật viên và bác sỹ GPB xác định trên cả đại thể và vi thể.

***Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh hai giá trị trung bình sử dụng Test T – Student (hai nhóm). So sánh tỉ lệ bằng test chi bình phương (χ^2). Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Giá trị của CLVT được xác định bằng cách so sánh với kết quả sau phẫu thuật, tính độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), độ chính xác (Acc).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- 35 BN gồm 25 nam (71,4%) và 10 nữ (28,6%), tỷ lệ nam/nữ: 2,5/1.

- Tuổi trung bình 64,3 ± 8,7 tuổi (41-82). Nam 65,32 ± 6,8 tuổi, nữ 61,6 ± 12,4 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ.

3.2. Đặc điểm hình ảnh và giá trị của CLVT 64 dãy

Nhận xét: Phần lớn các khối UTDD ở vị trí 1/3 dưới, chiều dài từ 60 - 80mm, chiều dày từ 20 - 43mm. Sự khác biệt tỷ trọng trước tiêm và sau tiêm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 2. Đánh giá giai đoạn T trên CLVT và sau phẫu thuật

CLVT \ GPB	T1	T2	T3	T4	Tổng
T1	6	1	0	0	7
T2	0	1	2	0	3
T3	0	1	4	8	13
T4	0	1	0	11	12
Tổng	6	4	6	19	35

Nhận xét: CLVT 64 dãy chẩn đoán đúng xâm lấn T cho 22 BN tương ứng độ chính xác chung là 62,9% (22/35), chẩn đoán dưới mức 31,4% (11 BN) và chẩn đoán quá mức 5,7% (2 BN). Chẩn đoán giai đoạn T1: Se 100%, Sp 96,5%, Acc 97,2%; giai đoạn T2: Se 25%, Sp 93,5%, Acc 85,6%; giai đoạn T3: Se 66,7%, Sp 68,9%, Acc 68,5%; giai đoạn T4: Se 57,9%, Sp 93,8%, Acc 74,2%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa chẩn đoán đúng giai đoạn T trên CLVT với một số đặc điểm khối UTDD

Các đặc điểm khối u		CLVT chẩn đoán đúng, n (%)	CLVT chẩn đoán sai, n (%)	P (χ^2)
Chiều dài u (n = 33)	≥ 60 mm	9 (45)	8 (61,5)	0,481
	< 60 mm	11 (55)	5 (38,5)	
Chiều dày u (n = 35)	≥ 20 mm	9 (41)	4 (30,7)	0,721
	< 20 mm	13 (59)	9 (69,3)	
Vị trí u (n = 35)	1/3 dưới	16 (72,7)	11 (84,6)	0,680
	Khác	6 (27,3)	2 (15,4)	

Nhận xét: Các đặc điểm khối UTDD không ảnh hưởng tới khả năng chẩn đoán giai đoạn T của CLVT.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 35 BN ung thư biểu mô tuyến dạ dày, cho thấy: vị trí UTDD chủ yếu ở hang vị, môn vị (1/3 dưới), đây là xu hướng chung của ung thư biểu mô tuyến dạ dày và cũng tương đồng với những nghiên cứu trong và ngoài nước [1, 2, 5]. Chiều dài trung bình của u $53,9 \pm 19,3$ mm, bé nhất 21mm, dài nhất 96 mm. Có 2 BN thể u lan tỏa không đo được chiều dài. Độ dày của u trên CLVT $17,3 \pm 7,7$ mm, bé nhất 5mm, dày nhất 43 mm. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Sang cho thấy chiều dài trung bình của khối u 34,5 mm (từ 4 - 91 mm), dày trung bình 11,5 mm (từ 2 - 30 mm) [1].

Ranh giới khối UTDD thể hiện sự lan rộng của u ra các tạng kế cận. Khối u còn rõ khi tổn thương chưa xâm lấn tới lớp thanh mạc. Ngoài ra, ranh giới khối u còn phụ thuộc vào thể u. Thể thâm nhiễm thì u còn giới hạn trong thành nhưng thường không rõ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các khối u có giới hạn không rõ (chiếm 74,3%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Sang [1]. Do khối UTDD thường phát triển từ lớp niêm mạc, nên các khối u thường ngấm thuốc cản quang rất mạnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ trọng trung bình của các khối u sau tiêm thuốc cản quang là $95,1 \pm 22,4$ HU. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Sang: Tỷ trọng trung bình

sau tiêm của các khối UTDD $131,9 \pm 20,7$ HU.

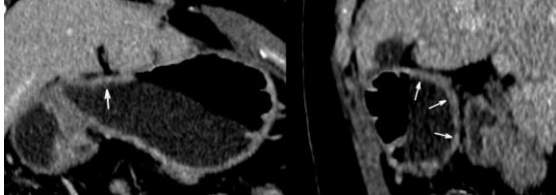
Trong đánh giá giai đoạn T trên CLVT, kết quả cho thấy giai đoạn T1: 20% (7 BN), T2: 8,6% (3 BN), T3: 37,1% (13 BN) và T4: 34,3% (12 BN). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Sang [1] đánh giá trên 88 BN thì tỷ lệ các giai đoạn T trên CLVT là T1: 12,5% (11 BN), T2: 33% (29 BN), T3: 54,5% (48 BN). Nghiên cứu của Kim JW [5], tỷ lệ các giai đoạn T1, T2, T3 và T4 lần lượt là 57,4%, 13,4%, 13,4% và 15,7%. Như vậy, các nghiên cứu trong nước chủ yếu gặp bệnh nhân ở giai đoạn T3 và T4 trong khi nghiên cứu ở nước ngoài giai đoạn T1 gặp nhiều hơn cả. Điều này có thể lý giải là do ở Việt Nam, việc khám định kì chưa được chú trọng.

Theo Chen CY [8] nghiên cứu 55 BN thì khi cắt mặt phẳng ngang có khác biệt nhiều so với MPR trên CLVT đa dãy. Nếu dùng mặt phẳng ngang độ chính xác chung là 73% nhưng khi sử dụng MPR thì kết quả được cải thiện đáng kể chính xác tới 89%. Khi dùng mặt phẳng ngang thì chẩn đoán quá mức xảy ra ở 3 BN (5%), dưới mức là 12 BN (22%). Nhưng khi sử dụng MPR thì chẩn đoán trên CLVT đa dãy quá mức là 3 BN (5%), dưới mức là 3 BN (5%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán đúng 22/35 BN (62,9%), trong đó chẩn đoán dưới mức 11/35 BN (31,4%) và quá mức 2/35 BN (5,7%). Độ chính xác chung chẩn đoán giai

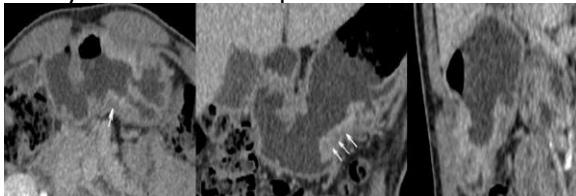
đoạn T tương đồng với kết quả của Trần Thị Me Tâm [2] là 62,5%, nhưng thấp hơn so với các tác giả [1, 5].

Trong nghiên cứu, chẩn đoán chính xác ung thư sớm là 100% (6/6 BN). Nghiên cứu của tác giả Lorenzo B cho thấy chẩn đoán đúng ung thư sớm là 60% (3/5) [7], của Kim JW là 82,9% (63/76) [5]. Như vậy kết quả nghiên cứu chẩn đoán chính xác giai đoạn T1 cao hơn so với các tác giả, điều này có thể là do trong nghiên cứu có sử dụng chỉ điểm của nội soi và GPB trước mổ.



Hình 1. *Xâm lấn T1 của UTDD trên CLVT 64 dãy* (Phạm Thị P., 69 tuổi, MBN 210628B42: Trên CLVT 64 dãy với các mặt phẳng MPR, thấy hình ảnh u vùng hang vị phía bờ cong nhỏ, sau tiêm thì tĩnh mạch chỉ ngấm thuốc ở lớp niêm mạc (mũi tên). Chẩn đoán đúng T1b trên CLVT 64 dãy.)

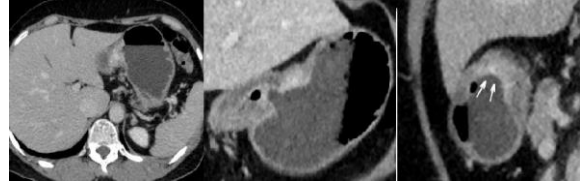
Xâm lấn T2, nghiên cứu chẩn đoán được 3 BN chiếm 8,6%, trong đó có 2 BN trên CLVT chẩn đoán là T2 (5,7%) nhưng thực tế trên GPB là T3, cả 2 BN này đều phá vỡ dải giảm tỷ trọng phía ngoài trên 50% và bờ ngoài thanh mạc rõ. Độ nhạy đối với T2 trong nghiên cứu là thấp chỉ 25%, so với Kim JW là 62,5%, Lorenzo B không phát hiện được trường hợp T2 nào [7]. Nhìn chung trong các nghiên cứu độ nhạy của CLVT đa dãy đối với T2 là thấp.



Hình 2. *Xâm lấn T2 của UTDD trên CLVT 64 dãy* (Nguyễn Đức D., 61 tuổi, MBN 210623E63: Trên CLVT 64 dãy với các mặt phẳng MPR, thấy hình ảnh u vùng thân vị phía bờ cong lớn, sau tiêm thấy tổn thương phá vỡ gần toàn bộ dải giảm tỷ trọng phía ngoài (mũi tên). Chẩn đoán đúng T2 trên CLVT 64 dãy.)

Xâm lấn T3, nghiên cứu chẩn đoán được 13 BN, thực tế trên GPB có 6 BN được xác định là T3. Trong đó có 1 BN (2,8%) trên CLVT chẩn đoán T2 nhưng GPB là T3 và có 8 BN (22,8%) trên CLVT chẩn đoán là T3 nhưng GPB là T4. Lý giải cho việc một lượng lớn BN chẩn đoán dưới mức là nhiều bệnh nhân ổ bụng nhỏ, ít tổ chức

mỡ do đó mặc dù tổn thương ngấm thuốc toàn bộ thành, nhưng khó đánh giá được bờ ngoài thanh mạc. Đối với các khối UTDD giai đoạn T3, CLVT có Se 66,7%, Sp 68,9%, Acc 68,5%. Nghiên cứu của Lorenzo B thì giá trị của CLVT là Se 81%, Sp 96,7%, Acc 86,5% [7].



Hình 3. *Xâm lấn T3 của UTDD trên CLVT 64 dãy* (Nguyễn Thị N., 58 tuổi, MBN 210705G74: Trên CLVT 64 dãy với các mặt phẳng MPR, hình ảnh u vùng hang vị phía bờ cong nhỏ, sau tiêm thấy tổn thương ngấm thuốc toàn bộ thành (mũi tên), bờ ngoài thanh mạc rõ. Chẩn đoán đúng T3 trên CLVT 64 dãy.)

Xâm lấn T4, nghiên cứu chẩn đoán được 12 BN trên CLVT, thực tế GPB có 19 trường hợp. Trong đó chẩn đoán đúng T4 là 11 BN, có 1 BN (2,8%) trên CLVT chẩn đoán T4b xâm lấn vào bao tụy đã được xác nhận trong biên bản phẫu thuật, tuy nhiên kết quả GPB lại là T2, điều này có thể giải thích do các thay đổi viêm dính quanh u gây đánh giá quá mức. Tác giả Lorenzo B [7] chẩn đoán được 4 BN, trong đó quá mức so với GPB 1 BN (6,7%). Giá trị của CLVT trong đánh giá các khối u giai đoạn T4 là Se 57,9%, Sp 93,7%, Acc 74,2%. Trong nghiên cứu của Kim JW [5], các giá trị Se, Sp và Acc của CLVT lần lượt là 75%, 95,3% và 92,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm vị trí và kích thước khối u không có sự khác biệt giữa nhóm chẩn đoán đúng và sai giai đoạn T trên CLVT. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Sang [1]. Các khối u ở 1/3 trên có xu hướng chẩn đoán nhầm giai đoạn cao hơn do những vị trí này ít khi đầy nước nên thành dạ dày không đủ độ căng khi chụp.



Hình 4. *Xâm lấn T4 của UTDD trên CLVT 64 dãy* (Lê Văn T., 68 tuổi, MBN 21060014: Trên CLVT 64 dãy với các mặt phẳng MPR, thấy hình ảnh u vùng hang vị, xâm lấn toàn bộ thành, bờ ngoài tham mạc có thâm nhiễm dạng nốt, dải (mũi tên), còn mặt phẳng mỡ với đại tràng ngang. Chẩn đoán đúng T4a trên CLVT 64 dãy.)

V. KẾT LUẬN

- Đa số khối ung thư dạ dày nằm ở 1/3 dưới (77,1%).
- Các khối u có kích thước: chiều dài 53,9 ± 19,3mm, chiều dày 17,3 ± 7,7mm.
- Cắt lớp vi tính 64 dãy chẩn đoán đúng giai đoạn T 62,9%, chẩn đoán dưới mức 31,4% và chẩn đoán quá mức 5,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Sang (2019), "Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày", Luận Án Tiến Sĩ, Viện Nghiên Cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108.
2. Trần Thị Me Tâm, Lê Trọng Khoan, Dương Phước Hùng (2016), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và đánh giá tính chất xâm lấn, di căn của ung thư dạ dày trên cắt lớp vi tính đa dãy", Điện Quang Việt Nam, 23, 26-32.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for

- 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin, 71(3), 209-249.
4. Yaprak G, Tataroglu D, Dogan B, et al. (2020), "Prognostic factors for survival in patients with gastric cancer: Single-centre experience", Northern clinics of Istanbul, 7(2), 146.
5. Kim JW, Shin SS, Heo SH, et al. (2012), "Diagnostic performance of 64-section CT using CT gastrography in preoperative T staging of gastric cancer according to 7th edition of AJCC cancer staging manual", European radiology, 22(3), 654-662.
6. Tsurumaru D, Miyasaka M, Muraki T, et al. (2017), "Diffuse-type gastric cancer: specific enhancement pattern on multiphasic contrast-enhanced computed tomography", Japan Radiological Society, 35, 289-295.
7. Lorenzo B, Barni L, Masini G, et al. (2014), "Multiple detector-row CT in gastric cancer staging: prospective study", Journal of Cancer Therapy, 5(14), 1438.
8. Chen CY, Hsu JS, Wu DC, et al. (2007), "Gastric cancer: preoperative local staging with 3D multi-detector row CT - correlation with surgical and histopathologic results", Radiology, 242(2), 472.

ĐẶC ĐIỂM ĐỘT BIẾN GEN F8 Ở CÁC GIA ĐÌNH THAM GIA XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TRƯỚC LÀM TỔ BỆNH HEMOPHILIA A

Nguyễn Minh Tâm¹, Nguyễn Duy Bắc¹,
Nguyễn Thanh Tùng², Đặng Tiến Trường¹

lệ thấp hơn là đột biến tại exon 14 chiếm 31,25%, đột biến tại exon 11 chiếm 6,25%.

Từ khóa: đột biến gen F8, xét nghiệm di truyền trước làm tổ, Hemophilia A.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hemophilia A là bệnh rối loạn đông máu di truyền phổ biến trên thế giới và tại Việt Nam. Xét nghiệm di truyền trước làm tổ (Preimplantation genetic testing for monogenic disease, PGT-M) giúp các gia đình có con không bị bệnh, góp phần dự phòng bệnh Hemophilia A. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các kiểu đột biến gen F8 ở các gia đình tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ bệnh Hemophilia A. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích trên 16 gia đình tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ bệnh Hemophilia A. **Kết quả nghiên cứu:** 100% các gia đình tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ có vợ mang gen, chồng khỏe mạnh. Tỷ lệ gia đình có con đã sinh bị bệnh Hemophilia A là 87,5%, tỷ lệ đã phải đình chỉ thai do mang thai bị bệnh Hemophilia A là 6,25%. Kiểu đột biến gen F8 của gia đình gồm: đảo đoạn intron 22 (62,5%), đột biến tại exon 14 (31,25%), đột biến tại exon 11 (6,25%). **Kết luận:** Trong 16 gia đình tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ bệnh Hemophilia A có đột biến intron 22 chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%, tỷ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF F8 GENE MUTATIONS IN FAMILY PARTICIPANTS IN PREIMPLANTATION GENETIC TESTING FOR HEMOPHILIA A

Introduction: Hemophilia A is a common inherited blood clotting disorder in the world and in Vietnam. Preimplantation genetic testing for monogenic disease (PGT-M) help couple at risk of disease having healthy livebirth and preventing hemophilia A. **Objectives:** Identification of F8 gene mutations in 16 families participating in the preimplantation genetic testing for hemophilia A. **Method:** cross sectional study description with analysis in families participants in the preimplantation genetic testing for hemophilia A. **Results:** 100% of families participating in preimplantation genetic testing for hemophilia A have carrier wife and healthy husband. The percentage of families with a child born with hemophilia A was 87.5%, the rate of pregnant termination due to pregnancy with hemophilia A was 6.25%. The F8 gene mutation of the family: intron 22 inversion accounted for 62.5%, exon 14 mutation accounted for 31.25%, exon 11 mutation accounted for 6.25%. **Conclusions:** In families participating in

¹Học viện Quân Y

²Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: nguyenduybac@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

the preimplantation genetic testing of Hemophilia A, intron 22 mutation accounts for the highest rate 62.5%, a lower rate was mutation in exon 14 accounting for 31.25% and mutation in exon 11 accounting for 6.25%.

Keywords: F8 gene mutation, preimplantation genetic testing, Hemophilia A.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hemophilia A là bệnh rối loạn đông máu di truyền liên kết nhiễm sắc thể X, do đột biến gen F8, giảm yếu tố VIII, gây chảy máu khó đông, có thể dẫn tới tử vong. Trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1/5000 ở nam giới [1]. Kỹ thuật chẩn đoán trước sinh giúp tránh sinh con bị bệnh dựa trên việc chọc ối ở thời điểm thai 16 tuần tuổi. Tuy nhiên, cặp vợ chồng mang gen phải đối mặt với nguy cơ đình chỉ thai khi thai nhi bị bệnh. Để khắc phục hạn chế này, kỹ thuật phân tích di truyền trước chuyển phôi cho bệnh lý đơn gen (Preimplantation Genetic Testing, PGT-M) đã được sử dụng. PGT-M là sự kết hợp giữa kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization - IVF) tạo phôi với việc xét nghiệm di truyền nhằm lựa chọn phôi không bị bệnh. Gen F8 lớn, đột biến trong bệnh Hemophilia A phức tạp nên kỹ thuật xét nghiệm phôi đối với bệnh Hemophilia A rất khó khăn. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 16 cặp gia đình tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ bệnh Hemophilia A với mục tiêu: "Xác định các kiểu đột biến gen F8 ở các gia đình tham gia xét nghiệm trước làm tổ bệnh Hemophilia A".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 16 cặp vợ chồng tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ bệnh Hemophilia A thỏa mãn tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Mang gen F8 bị đột biến.
- + Cơ quan sinh sản bình thường về giải phẫu và chức năng.
- + Người vợ trong độ tuổi sinh đẻ.
- + Khi thực hiện IVF có ít nhất 1 phôi ngày 5 sinh thiết được.
- + Tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Không thực hiện theo các hướng dẫn của bác sĩ và nghiên cứu.
 - + Không đủ hồ sơ nghiên cứu hỗ trợ sinh sản.
- Thời gian nghiên cứu: 9/2018 - 12/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng Phân tích DNA, Bộ môn Giải Phẫu, Học viện Quân Y và Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có

phân tích trên các gia đình tham gia xét nghiệm di truyền trước làm tổ bệnh Hemophilia A.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Tuổi trung bình của cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu (năm).
- + Tình trạng tổn thương gen F8 của các thành viên trong các gia đình tham gia nghiên cứu.
- + Tiền sử đã mang thai và sinh con bị bệnh Hemophilia A.
- + Tần suất các đột biến gen F8 ở các gia đình.

- Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành và chấp thuận của Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học Học viện Quân Y.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi trung bình của các cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu (số cặp vợ chồng: n=16)

Tuổi (năm) \ Đối tượng	Vợ	Chồng
Trung bình	31,81	33,44
SD	4,12	4,35
Giá trị lớn nhất	39	41
Giá trị nhỏ nhất	25	25

Tuổi trung bình của người vợ mang gen bệnh khi tham gia nghiên cứu là: 31,81 ± 4,12 tuổi. Tuổi trung bình của người chồng bình thường khi tham gia nghiên cứu là: 33,44 ± 4,35 tuổi.

Bảng 3.2. Tình trạng đột biến gen F8 của các thành viên trong các gia đình tham gia nghiên cứu (số gia đình: n=16)

Đối tượng	Tình trạng tổn thương gen F8	Số lượng
Chồng	F8/-	16
Vợ	F8/f8	16
Con	f8/-	14
Người thân	F8/f8	2

***Chú thích:** F8: gen không mang đột biến, f8: gen mang đột biến.

100% các gia đình tham gia xét nghiệm trước làm tổ có vợ mang gen, chồng khỏe mạnh.

Bảng 3.3. Tình trạng mang thai và sinh con bị bệnh Hemophilia A (số cặp vợ chồng: n=16)

Tình trạng mang thai và sinh con bị Hemophilia A	Số cặp vợ chồng	Tỷ lệ (%)
Đã có tiền sử đình chỉ thai do mang thai bị bệnh Hemophilia A	1	6,25
Đã sinh con bị bệnh Hemophilia A	14	87,5

Không có tiền sử mang thai bị bệnh hoặc sinh con bị bệnh	2	12,5
--	---	------

Đa số các cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu đều đã sinh một con trai bị bệnh (81,25%), chỉ có 02 cặp vợ chồng không có tiền sử mang thai bị bệnh hoặc sinh con bị bệnh (12,5%). Có 01 cặp vợ chồng có tiền sử phải đình chỉ thai do chọc hút dịch ối làm xét nghiệm chẩn đoán trước sinh có kết quả thai bị bệnh (6,25%).

Bảng 3.4. Tần suất các đột biến gen F8 ở các gia đình (số gia đình: n=16)

Loại đột biến	Số lượng người vợ mang gen bệnh	Tỷ lệ
Đảo đoạn intron 22	10	62,5
Đột biến tại exon 14	5	31,25
Đột biến tại exon 11	1	6,25
Tổng	16	100,0

Những đột biến thường gặp ở người vợ mang gen bệnh là đột biến đảo đoạn intron 22, đột biến exon 14, đột biến exon 11. Đột biến đảo đoạn intron 22 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi người vợ có ảnh hưởng đến kết quả thụ tinh trong ống nghiệm và kết quả chuyển phôi, tỷ lệ có thai giảm dần theo tuổi người mẹ. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 20 đến 30 tuổi có kết quả thụ tinh trong ống nghiệm tốt nhất [2]. Theo Yan và CS. (2012), tỷ lệ có thai ở những người mẹ ở nhóm từ 21 đến 30 tuổi là 59,79%, ở nhóm từ 31 đến 35 tuổi là 56,53%, ở nhóm từ 36 đến 40 tuổi là 47,47%, ở nhóm từ 41 tuổi trở lên là thấp nhất (26,87%) [2]. Bảng 3.1 cho thấy độ tuổi trung bình của người vợ khi tham gia nghiên cứu là 31,81±4,12 tuổi. Độ tuổi này cao hơn so với lứa tuổi tối ưu để sinh đẻ (dưới 30 tuổi) và ảnh hưởng đáng kể tới thành công của kỹ thuật IVF.

Trong tất cả các cặp vợ chồng, người chồng đều không mang gen bệnh. Do đó, tất cả các gia đình đều có khả năng sinh ra được những người con không mang gen bệnh. Theo quy luật di truyền Mendel, các cặp vợ chồng có vợ mang gen và chồng khỏe mạnh có 25% nguy cơ sinh ra người con bị bệnh, 25% khả năng sinh ra người con mang gen bệnh và 50% cơ hội sinh được những người con khỏe mạnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các cặp vợ chồng đã sinh một con trai bị bệnh (chiếm 87,5%), có 12,5% cặp vợ chồng không có tiền sử mang thai bị bệnh hoặc sinh con bị bệnh. Kết quả này phản ánh một phần thực trạng về dự phòng Hemophilia A chưa đáp ứng được một

cách đầy đủ nhu cầu loại trừ gen bệnh trong các thế hệ gia đình ở Việt Nam. Mặc dù chẩn đoán trước sinh cho bệnh Hemophilia A đã được áp dụng tại các trung tâm xét nghiệm di truyền lớn, nhưng phương pháp này cùng với PGT-M loại trừ bệnh Hemophilia A đều chưa được bảo hiểm y tế chi trả. Đây là một nguyên nhân có một tỷ lệ không nhỏ các em bé bị bệnh và mang gen bệnh Hemophilia được sinh ra ngày nay.

Những cặp vợ chồng mang gen bệnh Hemophilia A đang có nhu cầu sinh con khỏe mạnh có thể lựa chọn chẩn đoán trước sinh hoặc PGT-M. Hiện nay ở Việt Nam, chẩn đoán trước sinh được áp dụng một cách rộng rãi hơn do chi phí không cao bằng PGT-M. Các phương pháp chẩn đoán trước sinh thường được sử dụng là xét nghiệm vật liệu di truyền thu được từ chọc hút dịch ối, lấy máu gai rau, lấy máu cuống rốn... Tuy nhiên, các cặp vợ chồng mang gen bệnh Hemophilia A lựa chọn chẩn đoán trước sinh phải đứng trước nguy cơ đình chỉ thai nếu thai bị bệnh và nhiều nguy cơ khác khi can thiệp vào buồng ối và gai rau như sảy thai, rò ối, nhiễm khuẩn ối, lây các bệnh truyền nhiễm cho thai (HIV, viêm gan B, C, D...), có thể gây ảnh hưởng bất lợi tới thai ở những sản phụ bất đồng nhóm máu Rh với thai.... Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 01 cặp vợ chồng có tiền sử đình chỉ thai nghén do có kết quả thai bị bệnh khi chẩn đoán trước sinh bằng phương pháp chọc hút dịch ối. Họ tự nguyện tham gia thực hiện PGT-M với mong muốn cùng lúc có thể tạo ra rất nhiều phôi, tăng lên cơ hội lựa chọn những phôi khỏe mạnh, chuyển vào tử cung của người mẹ để sinh ra những người con khỏe mạnh.

Ở những quần thể khác nhau, tần suất của các đột biến gen F8 cũng khác nhau và triệu chứng lâm sàng có tính chất phụ thuộc vào kiểu đột biến. Zahari M. và CS (2018) nghiên cứu trên quần thể người Malaysia đa sắc tộc cho thấy, 53% bệnh nhân Hemophilia A nặng xảy ra đảo đoạn intron 22 của gen F8, 3,6% xảy ra đảo đoạn intron 1 [3]. Cristina M. (2019) nghiên cứu trên quần thể người Brazil cho thấy bệnh nhân Hemophilia A có tỷ lệ đảo đoạn intron 22 chiếm 41%, đảo đoạn intron 1 chiếm 2,6% [4]. Yunis L.K. (2018) nghiên cứu trên quần thể người Colombia ở bệnh nhân bị Hemophilia A cho thấy tỷ lệ đảo đoạn intron 22 chiếm 42,4%, và đảo đoạn intron 1 chiếm 9,1% [5]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lưu Vũ Dũng (2014), đột biến đảo đoạn intron 22 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,1%, tiếp theo là đột biến sai nghĩa chiếm tỷ lệ 23,9%, chiếm tỉ lệ cao thứ ba là đột biến mất nucleotid,

đột biến vô nghĩa, đột biến thêm nucleotid với tỉ lệ 9,8%. Tỉ lệ thấp nhất là dạng đột biến ở vị trí nối exon-intron và đột biến mất đoạn lớn chiếm tỉ lệ 4,3% [6]. Như vậy, tuy tần suất các đột biến gen F8 khác nhau ở cá quần thể người nhưng tần suất đột biến đảo đoạn intron 22 vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trên về mức độ thường gặp của đột biến đảo đoạn intron 22. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những đột biến thường gặp ở người vợ mang gen bệnh là đột biến đảo đoạn intron 22 (62,5%). Ngoài ra, còn có đột biến exon 14 (31,25%), đột biến exon 11 (6,25%).

V. KẾT LUẬN

Trong 16 gia đình tham gia xét nghiệm trước làm tổ bệnh Hemophilia A, đột biến intron 22 chiếm tỉ lệ cao nhất 62,5%, tỉ lệ thấp hơn là đột biến tại exon 14 chiếm 31,25%, đột biến tại exon 11 chiếm 6,25%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Keeney S., Mitchell M., Goodeve A. (2010), Practice Guidelines for the Molecular Diagnosis of Haemophilia A. UK Haemophilia Centre Doctors' Organisation: CMGS Website.
2. Yan J. et al. (2012), Effect of maternal age on the outcomes of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET). Science China Life Sciences. 55(8): p. 694-698.
3. Zahari M. et al. (2018), Mutational Profiles of F8 and F9 in a Cohort of Haemophilia A and Haemophilia B Patients in the Multi-ethnic Malaysian Population. Mediterranean journal of hematology and infectious diseases. 10(1): p. e2018056-e2018056.
4. Cristina M. et al. (2019), Prevalence of inversions in introns 1 and 22 of the factor VIII gene and inhibitors in patients from southern Brazil. J Bras Patol Med Lab. 2019; 55(6): 598-605.
5. Luz Karime Yunis, Edgar CabreraJuan, Yunis J. (2018), Systematic molecular analysis of hemophilia A patients from Colombia. Human and Medical Genetics, Genet Mol. Biol. 41 (4).
6. Lưu Vũ Dũng (2014), Nghiên cứu xác định đột biến gen F8 gây bệnh Hemophilia A. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU KẾT CỤC NỘI VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM ST CHÊNH LÊN CÓ GÁNH NẶNG HUYẾT KHỐI LỚN ĐƯỢC HÚT HUYẾT KHỐI VÀ CAN THIỆP THÌ ĐẦU

Nguyễn Tuấn Anh*, Nguyễn Thượng Nghĩa*, Nguyễn Tuấn Anh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hút huyết khối thường quy trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên không đem lại lợi ích trên lâm sàng. Tuy nhiên, kết cục của hút huyết khối trên phân nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có gánh nặng huyết khối lớn vẫn chưa được tìm hiểu. **Mục tiêu:** Đánh giá kết cục nội viện của các bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có gánh nặng huyết khối lớn được thực hiện hút huyết khối khi can thiệp mạch vành thì đầu. **Phương pháp:** Tiến cứu có can thiệp. **Kết quả:** 147 bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có gánh nặng huyết khối lớn được chia thành nhóm hút huyết khối + can thiệp (n = 71) và nhóm can thiệp thường quy (n = 76). Tỉ lệ giảm chênh của đoạn ST và chỉ số tưới máu cơ tim TMP = 3 trong nhóm hút huyết khối cao hơn nhóm nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Tử vong nội viện trong nhóm hút huyết khối thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê (10,5% so với 1,4%; p = 0,034). Không có sự khác biệt về tỷ lệ đột quỵ giữa hai nhóm. **Kết luận:** Hút huyết khối trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST

chênh lên có gánh nặng huyết khối lớn giúp giảm nguy cơ tử vong nội viện và cải thiện sự giảm chênh của đoạn ST và chỉ số tưới máu cơ tim

SUMMARY

IN-HOSPITAL OUTCOMES OF MANUAL THROMBUS ASPIRATION FOR PATIENTS UNDERGOING PRIMARY PCI FOR ACUTE STEMI WITH HIGH THROMBUS BURDEN

Background: Routine thrombus aspiration during primary PCI does not improve clinical outcomes. However, the outcomes of manual thrombus aspiration for patients undergoing primary PCI for acute STEMI with high thrombus burden is still unclear. **Objective:** Evaluate the in-hospital outcomes of using manual thrombus aspiration in STEMI patients under going primary PCI and showing high thrombus burden. **Method:** Interventon prospective study. **Result:** 147 STEMI patients with high thrombus burden in coronary angiography divides into thrombus aspiration and PCI (n = 71) or conventional PCI (n=76). The ST-segment resolution and TIMI myocardial perfusion grading (TMP = 3) were significant higher in the aspiration +PCI group compared with the conventional PCI group. In-hospital mortality rate was lower in the aspiration +PCI group compared with the conventional PCI group (10,5% versus 1,4%; p = 0,034). There was no significant differences in the incidence of

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

stroke between two group. **Conclusions:** Aspiration thrombectomy in STEMI patient with high thrombus burden improved in-hospital mortality, ST-segment resolution and TIMI myocardial perfusion grading.

Key words: ST segment elevation myocardial infarction, aspiration thrombectomy, high thrombus burden

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất kể sự tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên vẫn là một vấn đề lớn về sức khỏe trong các nước công nghiệp hóa và tăng lên tại các nước đang phát triển. Sự hình thành huyết khối gây bít tắc một phần hay toàn bộ lòng động mạch vành là cơ chế chính của bệnh, vì vậy, tái tưới máu sớm là điều trị hiệu quả nhất để cải thiện sống còn cho bệnh nhân và được khuyến cáo hàng đầu trong hướng dẫn điều trị của hội Tim mạch Châu Âu [4].

Cho dù là can thiệp cấp cứu hay theo chương trình, xử trí huyết khối vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ tim mạch can thiệp. Gánh nặng huyết khối không chỉ làm tăng nguy cơ tắc mạch cấp, giảm khả năng thành công của thủ thuật, tăng tỷ lệ biến chứng trong thời gian nằm viện, bao gồm tử vong và nhồi máu cơ tim mà còn làm tăng tỷ lệ phải mổ bắc cầu mạch vành cấp cứu [8].

Hút huyết khối trước khi đặt stent mạch vành là một phương pháp đơn giản nhưng hữu hiệu để giảm bớt gánh nặng huyết khối. Các ích lợi của hút huyết khối bao gồm (1) Loại bỏ được các huyết khối (có vai trò gây ra tình trạng tiền đông máu, thúc đẩy sự co mạch và kết tập tiểu cầu); (2) Giảm nguy cơ gây thuyên tắc hoặc mất dòng đoạn xa; (3) Phục hồi dòng chảy xuôi chiều, cải thiện chỉ số tưới máu cơ tim; (4) Giúp đánh giá chính xác kiểu dạng của mảng xơ vữa bên dưới huyết khối và mức độ hẹp; (5) Tạo thuận lợi cho việc đặt stent; (6) Cho phép sử dụng chọn lọc thuốc tiêu sợi huyết, ức chế kết tập tiểu cầu, và thuốc dẫn mạch thông qua dụng cụ. Công trình nghiên cứu TAPAS là một trong những công trình nghiên cứu ban đầu về hút huyết khối đã cho thấy hút huyết khối giúp cải thiện chỉ số tưới máu cơ tim và tử vong. Tuy nhiên, nghiên cứu TASTE năm 2013 và TOTAL năm 2015 với quy mô trên 7000 bệnh nhân cho mỗi nghiên cứu đã cho thấy hút huyết khối thường quy không cải thiện được các kết cục lâm sàng so với can thiệp thường quy [2], [5].

Năm 2016, các nghiên cứu viên của nghiên cứu TAPAS, TOTAL và TASTE tiến hành một phân tích gộp dựa theo đặc tính của bệnh nhân với số lượng khoảng 18000 bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

về tử vong tim mạch trong vòng 30 ngày giữa nhóm can thiệp quy ước (2,4%) và nhóm hút huyết khối (2,9%) ($p = 0,06$). Tỷ lệ đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não thoáng qua lần lượt là 0,8% trong nhóm hút huyết khối và 0,5% trong nhóm can thiệp thường quy ($p = 0,06$). Kết quả này tương tự với các kết quả trước đây về chiến lược hút huyết khối thường quy. Tuy nhiên, các phân tích dưới nhóm theo gánh nặng huyết khối cho thấy nhóm có gánh nặng huyết khối lớn (định nghĩa là điểm huyết khối TIMI > 3) cho thấy hút huyết khối có xu hướng giúp cải thiện kết cục lâm sàng tại thời điểm 30 ngày; tử vong tim mạch 30 ngày trong nhóm hút huyết khối có gánh nặng huyết khối lớn là 2,5% so với nhóm can thiệp quy ước là 3,1% với $p = 0,03$; tử vong do mọi nguyên nhân 30 ngày giữa 2 nhóm lần lượt là 2,6% và 3,1% với $p = 0,04$. Kết luận của nhóm tác giả nghiên cứu là hút huyết khối thường quy trong can thiệp ĐMV không giúp cải thiện kết cục lâm sàng, tuy nhiên, xu hướng giảm tỷ lệ tử vong trong phân nhóm có gánh nặng huyết khối lớn gợi ý các hướng nghiên cứu mới cũng như đề xuất nên có các cải thiện về kỹ thuật cho dụng cụ hút huyết khối, điều đó có thể có lợi cho phân nhóm nguy cơ cao này.

Hướng dẫn hiện tại của hội Tim mạch Hoa Kỳ và Châu Âu không cho phép thực hiện hút huyết khối thường quy trên các bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên do không đem lại lợi ích trên lâm sàng, tuy nhiên, hút huyết khối trong một số trường hợp đặc biệt như gánh nặng huyết khối lớn hoặc cứu vãn sau khi đặt stent vẫn được cho phép với mức độ bằng chứng IIB [4].

Để trả lời câu hỏi liệu hút huyết khối trên phân nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có gánh nặng huyết khối lớn có đem lại lợi ích trên lâm sàng hay không, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tìm hiểu về kết cục nội viện của các bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có gánh nặng huyết khối lớn được hút huyết khối kết hợp can thiệp mạch vành thì đầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu là các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được chụp mạch vành cấp cứu có tắc hoàn toàn nhánh động mạch thủ phạm, dây dẫn được đi qua tổn thương sau đó chụp lại hình ảnh động mạch vành để phân loại mức độ huyết khối. Các đối tượng vẫn có phân độ huyết khối 4 và 5 theo phân độ TIMI sau khi dây dẫn đã qua tổn thương sẽ được nhận vào nghiên cứu và tiếp cận bằng nong bóng hoặc hút huyết khối để mở

dòng chảy.

Tiêu chuẩn chọn để tiến hành can thiệp mạch vành cấp cứu cụ thể dựa trên hướng dẫn của ESC/EACTS 2017 bao gồm các bệnh nhân có triệu chứng từ khi khởi phát đến nhập viện < 12 giờ và có đoạn ST chênh lên dai dẳng hoặc có block nhánh trái mới xuất hiện hoặc các bệnh nhân đến trễ sau 12 giờ nhưng vẫn còn các triệu chứng và dấu hiệu thiếu máu cục bộ tiến triển hoặc rối loạn nhịp đe dọa tính mạng.

Tiêu chuẩn loại trừ là các bệnh nhân chóng tim, có biến chứng cơ học, có bệnh đi kèm nặng đưa đến kì vọng sống kém như ung thư.

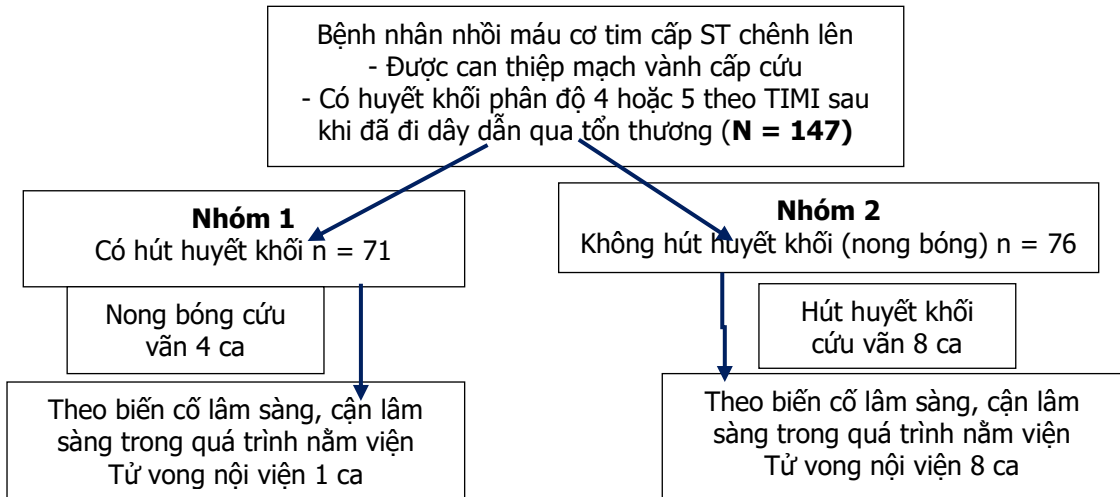
Phương pháp nghiên cứu là tiến cứu có can thiệp

Có tổng cộng 147 đối tượng thỏa tiêu chuẩn

huyết khối lớn được nhận vào nghiên cứu, nhóm được tiếp cận bằng nong bóng có 76 bệnh nhân và nhóm tiếp cận bằng hút huyết khối có 71 bệnh nhân. Trong quá trình thực hiện thủ thuật có 8 bệnh nhân trong nhóm nong bóng phải thực hiện hút huyết khối cứu vãn và 4 bệnh nhân trong nhóm hút huyết khối cần nong bóng hỗ trợ. (hình 1)

Các bệnh nhân được theo dõi và thu thập các số liệu cận lâm sàng, lâm sàng, đánh giá về các biến cố tim mạch bao gồm suy tim, tử vong, tai biến mạch máu não, tái thông lại mạch vành đích trong thời gian nằm viện.

Xử lý thống kê. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

		Nhóm chứng (n=76)		Hút huyết khối (n=71)		p
		n (%)		n (%)		
Giới tính	Nam	57 (75%)	58 (81,7%)	0,326*		
	Nữ	19 (25%)	13 (18,3%)			
Dân tộc	Kinh	73 (96,1%)	68 (95,8%)	1**		
	Khác	3 (3,9%)	3 (4,2%)			
Tuổi	GTTB (ĐLC)	62,8 (12,2)	60,6 (11,2)	0,259***		
	GTNN - GTLN	27 - 86	31 - 86			
Nhóm tuổi	<65	40 (52,6%)	46 (64,8%)	0,135*		
	≥65	36 (47,4%)	25 (35,2%)			

*Pearson Chi-Square, **Fisher's Exact Test, ***Independent Samples Test

GTTB (ĐLC): Giá trị trung bình (độ lệch chuẩn), GTNN: Giá trị nhỏ nhất, GTLN: Giá trị lớn nhất

Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch

		Nhóm chứng (n=76)		Hút huyết khối (n=71)		p*
		n (%)		n (%)		
Hút thuốc lá		8 (10,5%)	15 (21,1%)	0,077		
Tăng huyết áp		44 (57,9%)	42 (59,2%)	0,877		

Đái tháo đường	10 (13,2%)	7 (9,9%)	0,532
Rối loạn lipid máu	45 (59,2%)	43 (60,6%)	0,867

*Pearson Chi-Square

Đặc điểm phân suất tổng máu

	Nhóm chứng (n=76)	Hút huyết khối (n=71)	P
LVEF (%) GTTB (ĐLC)	43,4 (10,4)	44,8 (9)	0,362*

*Independent Samples Test

GTTB (ĐLC): Giá trị trung bình (độ lệch chuẩn)

Đặc điểm chức năng thận trước và sau thủ thuật can thiệp

	n	Nong bóng	n	Hút huyết khối	P
Chức năng thận					
Creatinin (trước thủ thuật) ^b	74	1 (0,8 - 1,3)	70	0,9 (0,8 - 1,1)	0,147*
Creatinin (sau thủ thuật) ^b	68	0,9 (0,8 - 1,1)	62	0,9 (0,8 - 1)	0,845*

^aTrình bày dưới dạng Trung bình (Độ lệch chuẩn), ^bTrình bày dưới dạng trung vị (Q1-Q3),

*Independent-Samples Mann-Whitney U Test, **Independent Samples Test

Đặc điểm thủ thuật can thiệp

	Nhóm chứng (n=76)		Hút huyết khối (n=71)		P
	n	(%)	n	(%)	
Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được can thiệp (giờ) ^a	10 (8 - 13)		9 (7 - 13)		0,234*
PCI ≤12 giờ	Không	26 (34,2%)	18 (25,4%)	0,241**	
	Có	50 (65,8%)	53 (74,6%)		
Tiếp cận PCI	Quay	66 (86,8%)	69 (97,2%)	0,022**	
	Đùi	10 (13,2%)	2 (2,8%)		
Thời gian can thiệp (phút) ^a	7,6 (4,8 - 10,4)		7,6 (5,5 - 11,1)		0,476*
Lượng cản quang sử dụng (ml) ^a	100 (90 - 120)		100 (80 - 120)		0,435*

^aTrình bày dưới dạng trung vị (Q1-Q3), *Independent-Samples Mann-Whitney U Test, **Pearson Chi-Square**Đặc điểm kết quả sớm sau can thiệp**

Kết quả sớm sau can thiệp	Chung (n=147)	Nhóm chứng (n=76)	Hút huyết khối (n=71)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
ST giảm chênh >50%	71 (48,3%)	30 (39,5%)	41 (57,7%)	0,027*
Tái tưới máu tối ưu sau can thiệp (TMP=3)	107(72,8%)	50 (65,8%)	57 (80,3%)	0,049*

*Pearson Chi-Square

Đặc điểm biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện

Biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện	Chung (n=147)	Nong bóng (n=76)	Hút huyết khối (n=71)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Biến cố tim mạch chính	60 (40,8%)	35 (46,1%)	25 (35,2%)	0,181*
Suy tim	53 (36,1%)	29 (38,2%)	24 (33,8%)	0,583*
Đột quy	2 (1,4%)	2 (2,6%)	0 (0%)	0,497**
Tái nhồi máu cơ tim	1 (0,7%)	1 (1,3%)	0 (0%)	1**
Can thiệp mạch vành lại tổn thương đích	1 (0,7%)	1 (1,3%)	0 (0%)	1**
Tử vong	9 (6,1%)	8 (10,5%)	1 (1,4%)	0,034**

*Pearson Chi-Square, **Fisher's Exact Test

IV. BÀN LUẬN

Kết quả chính tìm được trong nghiên cứu của chúng tôi là khi so sánh với can thiệp theo quy ước, can thiệp thì đầu kết hợp hút huyết khối trên phân nhóm bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn giúp cải thiện kết cục nội viện bao gồm

giảm chênh đoạn ST ≥ 50%, cải thiện chỉ số tưới máu cơ tim và tử vong nội viện.

Để so sánh tính an toàn và thuận tiện của hai phương án tiếp cận, chúng tôi so sánh thời gian soi tia và tổng lượng cản quang sử dụng giữa hai nhóm đối tượng được nghiên cứu. Thời gian soi

tia trong quá trình can thiệp phản ảnh sự thuận tiện của thủ thuật hút huyết khối so với đưa bóng nong mở đường. Tổng lượng cản quang sử dụng và creatin sau thủ thuật phản ảnh tính an toàn trên thận của hai thủ thuật.

Thời gian soi tia trung vị (phút) của nhóm chứng và nhóm hút huyết khối trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là 7,6 (4,8 - 10,4) và 7,6 (5,5 - 11,1), không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Lượng cản quang trung vị (ml) sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là 100 (90 - 120) và 100 (80 - 120) cho nhóm hút huyết khối, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm.

Kết quả Creatinin máu trung vị lấy trong vòng 24 giờ sau can thiệp lần lượt là 0,9 (0,8 - 1,1) mg/dl và 0,9 (0,8 - 1) mg/dl trong nhóm chứng và nhóm hút huyết khối, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy không có sự ảnh hưởng lên thận khác biệt giữa hai cách tiếp cận trong nghiên cứu của chúng tôi.

Sự giảm chênh của đoạn ST trên điện tâm đồ là một dấu hiệu gián tiếp cho thấy có sự tái tưới máu thành công. Nghiên cứu TAPAS, DEAR - MI cho thấy hút huyết khối trên những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp giúp giảm được độ chênh của đoạn ST có ý nghĩa thống kê [7], [9]. Kết quả chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ giảm chênh đoạn ST \geq 50% trong nhóm hút huyết khối cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê (57,7% so với 39,5%, $p = 0,027$).

Tương tự như độ giảm chênh đoạn ST trên điện tâm đồ, chỉ số tưới máu cơ tim (TMP) có liên quan đến tỷ lệ tử vong. Mỗi liên quan giữa TMP với tử vong được C. Michael Gibson và cộng sự nghiên cứu trên 762 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong là thấp nhất trong nhóm TMP = 3 (2%), trung bình ở mức TMP = 2 (4%) và cao nhất ở nhóm TMP 0 hoặc 1 (6%) [3]. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ TMP 3 đạt được trong nhóm hút huyết khối cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê (80,3% so với 65,8%, $p = 0,049$).

Các biến cố nội viện ít được xem xét trong ba nghiên cứu lớn TAPAS, TASTE và TOTAL nhưng được chú ý đến trong các nghiên cứu hút huyết khối tập trung vào phân nhóm bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn và cho các kết quả khả quan.

Tỷ lệ tử vong nội viện của chúng tôi trong nhóm hút huyết khối là 1,4% thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng là 10,5% với $p = 0,034$. Kết quả này tương tự với một số kết quả của các nghiên cứu hút huyết khối trên bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn gần đây.

Thống kê số bộ của Jun Shiraishi và cộng sự trên các bệnh nhân nhồi máu cơ tim có tắc hoàn toàn nhánh động mạch chủ phạm cho thấy tỷ lệ tử vong nội viện trong nhóm hút huyết khối là 7,4% so với 12% nhóm chứng, $p = 0,028$ [6], nghiên cứu của Ehab Mohamed Elfekky và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ tử vong nội viện trong nhóm bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn được hút huyết khối là 2,7% so với 11,8% nhóm chứng, $p = 0,02$ [1].

Trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ đột quỵ nội viện của hai nhóm.

V. KẾT LUẬN

Hút huyết khối trên các động mạch vành có gánh nặng huyết khối lớn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên là một phương pháp đơn giản, không tốn nhiều thời gian và lượng cản quang hơn so với phương pháp nong bóng nhưng giúp thiện các kết cục nội viện bao gồm giảm chênh của đoạn ST, chỉ số tưới máu cơ tim TMP = 3 và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elfekky, E. M., et al. (2021)**, "Outcome of manual thrombus aspiration for patients undergoing primary PCI for acute STEMI showing large thrombus burden", *Egypt Heart J.* 73(1), p. 8.
2. **Fröbert, O., et al. (2013)**, "Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction", *N Engl J Med.* 369(17), pp. 1587-97.
3. **Gibson, C. M., et al. (2000)**, "Relationship of TIMI myocardial perfusion grade to mortality after administration of thrombolytic drugs", *Circulation.* 101(2), pp. 125-30.
4. **Ibanez, B., et al. (2018)**, "2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", *Eur Heart J.* 39(2), pp. 119-177.
5. **Jolly, S. S., et al. (2015)**, "Randomized trial of primary PCI with or without routine manual thrombectomy", *N Engl J Med.* 372(15), pp. 1389-98.
6. **Shiraishi, J., et al. (2015)**, "Clinical impact of thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction with occluded culprit", *Cardiovasc Interv Ther.* 30(1), pp. 22-8.
7. **Silva-Orrego, P., et al. (2006)**, "Thrombus aspiration before primary angioplasty improves myocardial reperfusion in acute myocardial infarction: the DEAR-MI (Dethrombosis to Enhance Acute Reperfusion in Myocardial Infarction) study", *J Am Coll Cardiol.* 48(8), pp. 1552-9.
8. **Singh, M., et al. (2001)**, "Influence of coronary thrombus on outcome of percutaneous coronary angioplasty in the current era (the Mayo Clinic experience)", *Am J Cardiol.* 88(10), pp. 1091-6.

ĐẶC ĐIỂM THÓI QUEN VÀ CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM

Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm thói quen và chế độ ăn uống của người bệnh trong giai đoạn trầm cảm. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 68 người bệnh được chẩn đoán giai đoạn trầm cảm với các mức độ nhẹ, vừa và nặng theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo mã F32 của ICD - 10 đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh trầm cảm có rối loạn ăn uống có độ tuổi trung bình khoảng $40,01 \pm 15,79$ và chủ yếu là nữ giới (64,7%). Có tới 95,6% người có triệu chứng ăn uống. Các triệu chứng đa số xuất hiện đồng thời với trầm cảm (63,2%). Có 16,2% người bệnh khi mắc trầm cảm có thói quen ăn một mình và 64,7% người bệnh ăn uống không lành mạnh. Ở những người bệnh ăn uống không lành mạnh, tỷ lệ ăn uống thất thường theo cảm xúc cao nhất (50%). Trong đó, nhóm người bệnh nữ ăn uống thất thường theo cảm xúc và ăn nhiều ngọt hơn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh nam.

Từ khoá: giai đoạn trầm cảm; triệu chứng ăn uống.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF EATING HABITS AND DIETARY PATTERNS IN DEPRESSIVE EPISODES

We carried out a study with the goal of describing the characteristics of eating habits and dietary patterns of patients in depressive episodes. This is a cross-sectional study, included 68 patients who were diagnosed with mild, moderate and severe depressive episode according to ICD-10's code (F32) in National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. The results show that the mean age of depressed patients who had eating disorders was 40.01 ± 15.79 and most of them were female (64.7%). 95.6% of patients with depression had eating symptoms. Eating symptoms mostly occurred in time period of depression (63.2%). There was 16.2% of patients with depression had the habit of eating alone and 64.7% had unhealthy eating habits. Among patients with unhealthy eating habits, the rate of emotional eating was highest (50%). The frequency of emotional eating and preference for sweets were higher in female than in male.

Keywords: depressive episode; eating symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ăn uống là hành vi nạp năng lượng bằng thực

phẩm nhằm duy trì sự sống và tăng trưởng của động vật nói chung, trong đó có con người. Biểu hiện về ăn uống là nhóm triệu chứng sinh học rất thường gặp trong trầm cảm, ảnh hưởng đến các triệu chứng quan trọng khác như giảm năng lượng hoạt động, tăng sự mệt mỏi và giảm sút trọng lượng cơ thể; nặng hơn có thể dẫn đến suy kiệt, thậm chí tử vong. Chính vì vậy nhóm triệu chứng ăn uống cần phải được đánh giá, phát hiện sớm, nhằm nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ở người bệnh trầm cảm có sự thay đổi thói quen và chế độ ăn uống không lành mạnh. Ăn uống cùng nhau có thể là một loại hoạt động xã hội cụ thể có lợi ích bổ sung.¹ Ăn cùng nhau có thể tạo ra một cảm giác tích cực cụ thể về sự thân thiết và sự giúp đỡ lẫn nhau. Đặc biệt ăn một mình là một yếu tố nguy cơ gây trầm cảm ở nam giới và phụ nữ lớn tuổi.² Chế độ ăn uống của người bệnh trầm cảm thường không lành mạnh như ăn uống nhiều chất béo bão hòa, đường và carbohydrate tinh chế nhưng ít chất xơ và dinh dưỡng thực vật. Trong một nghiên cứu của Ruusunen và cộng sự (2014) tại Phần Lan cho thấy chế độ ăn uống không lành mạnh có thể làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm lên tới 41%.³ Với mong muốn làm rõ đặc điểm thói quen và chế độ ăn uống của người bệnh trong giai đoạn trầm cảm chúng tôi thực hiện đề tài này. Mục tiêu của đề tài là "mô tả đặc điểm về thói quen và chế độ ăn uống của người bệnh trong giai đoạn trầm cảm điều trị nội trú 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: từ tháng 08/2020 đến tháng 05/2021.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn vào nghiên cứu những trường hợp (i) được chẩn đoán giai đoạn trầm cảm với các mức độ nhẹ, vừa và nặng theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo mã F32 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 người bệnh (i) có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn

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: 18.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2022

Ngày duyệt bài: 23.5.2022

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 và thực hiện thang đo tâm lý, 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 giai đoạn trầm cảm với các mức độ nhẹ, vừa và nặng theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo mã F32 của ICD – 10 từ tháng 08/2020 đến tháng 05/2021. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 68 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Biến số nghiên cứu. Giới tính, tuổi, triệu chứng ăn uống, thói quen ăn uống (ăn cùng người thân, ăn một mình...), chế độ ăn uống không lành mạnh (ăn uống thất thường theo cảm xúc, thường xuyên bỏ bữa ăn, ăn uống ngọt nhiều hơn, ăn thức ăn nhanh nhiều hơn, ăn thức ăn chiên rán nhiều hơn, ăn mặn nhiều hơn và uống rượu nhiều hơn)

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

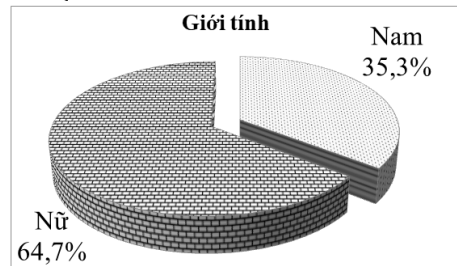
liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

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



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới tính của nhóm nghiên cứu (N=68)

Nghiên cứu tiến hành trên 68 người bệnh, trong đó: Đa phần người bệnh là nữ giới, chiếm 64,7% tổng số người bệnh (44/68 người bệnh). Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2/1.

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi theo giới của nhóm nghiên cứu (N=68)

Tuổi	Nam (n=24)		Nữ (n=44)		Tổng (N=68)	
	n	%	n	%	N	%
< 25	7	29,2	8	18,2	15	22,1
25 - 44	7	29,2	14	31,8	21	30,9
45 - 60	8	33,3	18	40,9	26	38,2
→ 60	2	8,3	4	9,1	6	8,8
<i>X ± SD</i>	38,08 ± 14,41		41,07 ± 16,57		40,01 ± 15,79	

Nhóm người bệnh 45 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 38,2%. Ở nam giới, nhóm tuổi dưới 25 tuổi và 25 - 44 tuổi cùng chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,2%. Ở nữ giới, tỷ lệ nhóm tuổi 45 - 60 tuổi chiếm cao nhất là 40,9%. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là 40,01 ± 15,79 tuổi, tuổi trung bình của nhóm nữ là 41,07 ± 16,57 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm chung về triệu chứng ăn uống ở nhóm nghiên cứu (N=68)

Đặc điểm triệu chứng ăn uống		GĐTC vừa (n=15)		GĐTC nặng (n=53)		Tổng (N=68)	
		n	%	n	%	N	%
Không có triệu chứng ăn uống		2	13,3	1	1,9	3	4,4
Có triệu chứng ăn uống		13	86,7	52	98,1	65	95,6
Thời gian xuất hiện	Trước trầm cảm	2	13,3	4	7,5	6	8,8
	Cùng lúc với trầm cảm	9	60,0	34	64,2	43	63,2
	Sau khi trầm cảm	2	13,3	14	26,4	16	23,5

Trong 68 người bệnh nghiên cứu, có 65 người bệnh có triệu chứng về ăn uống (95,6%) và 3 người bệnh không có triệu chứng ăn uống (4,4%). Thời gian xuất hiện triệu chứng ăn uống ở nhóm người bệnh nghiên cứu có tỷ lệ cao nhất là xuất hiện cùng lúc với trầm cảm chiếm 63,2%, nhóm người bệnh xuất hiện sau khi mắc trầm cảm là 23,5%, thấp nhất ở nhóm xuất hiện trước khi mắc trầm cảm (8,8%).

Bảng 3.3. Đặc điểm về thói quen ăn uống của nhóm nghiên cứu (N = 68)

Thói quen ăn uống	Giai đoạn trầm cảm vừa (n = 15)		Giai đoạn trầm cảm nặng (n = 53)		Tổng (N=68)	
	n	%	n	%	N	%
Ăn cùng người thân	14	93,3	43	81,1	57	83,8
Ăn một mình	1	6,7	10	18,9	11	16,2
Lành mạnh	7	46,7	17	32,1	24	35,3
Không lành mạnh	8	53,3	36	67,9	44	64,7

Đa phần người bệnh có thói quen ăn cùng với người thân (83,8%), ăn một mình chiếm 16,2%. Tỷ lệ người bệnh ăn uống không lành mạnh (64,7%), trong đó tỷ lệ ở mức độ nặng cao hơn so với mức độ vừa.

Bảng 3.4. Đặc điểm về chế độ ăn uống không lành mạnh (N = 44)

Chế độ ăn uống không lành mạnh	Nam (n=15)		Nữ (n=29)		Tổng (n=44)	
	n	%	n	%	N	%
An uống thất thường theo cảm xúc	5	33,3	17	58,6	22	50,0
Thường xuyên bỏ bữa ăn	3	20,0	17	58,6	20	45,4
Ăn uống ngọt nhiều hơn	1	6,7	9	31,0	10	22,7
An thức ăn nhanh nhiều hơn	3	20,0	3	10,3	6	13,6
An thức ăn chiên rán nhiều hơn	3	20,0	1	3,4	4	9,1
An mặn nhiều hơn	2	13,3	5	17,2	7	15,9
Uống rượu nhiều hơn	1	6,7	0	0,0	1	2,3

Về chế độ ăn uống không lành mạnh cho kết quả nhóm người bệnh ăn uống thất thường theo cảm xúc chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%, tiếp theo đó là nhóm người bệnh ăn uống ngọt nhiều hơn và ăn mặn nhiều hơn (22,7% và 15,9%), thấp nhất là nhóm người bệnh uống rượu nhiều (2,3%). Trong đó, nhóm người bệnh nữ ăn uống thất thường theo cảm xúc và ăn nhiều ngọt hơn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh nam.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần người bệnh là nữ giới, chiếm 66,7% tổng số người bệnh (44/68 người bệnh). Tỷ lệ nam giới là 35,3% (24/68 người bệnh). Với tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2/1 (biểu đồ 3.1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hiến (2016), tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn tỷ lệ người bệnh nam (70,4% và 29,6%) tương đương với tỷ lệ 2,34/1. Kết quả của chúng tôi dù chỉ khu trú ở nhóm người bệnh giai đoạn trầm cảm nhập viện điều trị nội trú tuy nhiên kết quả cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu ở quần thể và thời điểm khác, đều cho thấy tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới mắc trầm cảm. Phụ nữ dễ mắc các rối loạn trầm cảm hơn so với nam giới vì nhiều lý do. Nữ giới chịu ảnh hưởng nhiều từ những thay đổi tâm lý, sinh lý cơ thể, đặc biệt là các hormone nội tiết liên quan đến các giai đoạn nhất định trong giai đoạn sinh sản của phụ nữ, tuổi dậy thì, tiền kinh nguyệt, thời kỳ mang thai, sinh đẻ, tiền mãn kinh, mãn kinh dễ dẫn đến các thay đổi về cảm xúc. Hơn nữa, phụ nữ bị ảnh

hưởng nhiều bởi tình cảm, gia đình, xã hội, trong khi khả năng chống chịu với stress thấp hơn so với nam giới. Vì vậy, tỷ lệ mắc trầm cảm ở nữ cao hơn nam giới, phù hợp với nhiều nghiên cứu về trầm cảm khác.⁶ Trong nghiên cứu, tỉ lệ mắc giai đoạn trầm cảm dao động đáng kể giữa các độ tuổi. Người ở độ tuổi dưới 25 có tỷ lệ mắc trầm cảm thấp hơn so với những người ở giữa hai độ tuổi 25 đến 44 và 45 đến 60. Độ tuổi thường gặp nhất là 25 đến 44 và 45 đến 60. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là $40,01 \pm 15,79$ (bảng 3.1). Nhóm người bệnh 45-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 38,2%. Nhóm người bệnh trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ là 8,8%. Ở nam giới, nhóm tuổi dưới 25 tuổi và 25 – 44 tuổi cùng chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,2%. Ở nữ giới, tỷ lệ nhóm tuổi 45-60 tuổi chiếm cao nhất là 40,9%. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là $40,01 \pm 15,79$ tuổi, tuổi trung bình của nhóm nữ là $41,07 \pm 16,57$ tuổi, cao hơn nhóm nam 3 tuổi ($38,08 \pm 14,41$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Đỗ Tuyết Mai (2017): tuổi trung bình của nhóm người bệnh là $45,8 \pm 16,9$, tuy nhiên có sự khác nhau giữa phân bố về nhóm tuổi: nhóm tuổi thấp nhất là đối tượng dưới 17 tuổi chiếm 3,7%, nhóm tuổi trên 60 của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,8%.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu về trầm cảm trên thế giới. Theo nghiên cứu tổng hợp của Rachel và cộng sự (2017), trên nhiều nghiên cứu về trầm cảm cho thấy độ tuổi trung bình của trầm

cảm là 44,81. Có thể lý giải đây là các giai đoạn trưởng thành có nhiều khó khăn và chuyển biến trong cuộc đời mỗi người, kèm theo nhiều thay đổi về tâm lý và sinh lý làm giảm sút sự thích nghi và chịu đựng với stress như kết hôn, ly hôn, bệnh lý cơ thể...

Có một tỷ lệ khá cao người bệnh trầm cảm có thói quen ăn uống không lành mạnh (64,7%). Các đặc điểm cụ thể về ăn uống không lành mạnh sẽ được phân tích rõ hơn ở phần bàn luận tiếp theo. Theo kết quả nghiên cứu (bảng 3.2), trong 68 người bệnh được nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có ít nhất một triệu chứng ăn uống chiếm 95,6%, chỉ có 3 người bệnh không có triệu chứng về ăn uống (4,4%). Thời gian xuất hiện triệu chứng ăn uống ở nhóm người bệnh nghiên cứu có tỷ lệ cao nhất là xuất hiện cùng lúc với trầm cảm chiếm 63,2%, nhóm người bệnh xuất hiện sau khi mắc trầm cảm là 23,5%, thấp nhất ở nhóm xuất hiện trước khi mắc trầm cảm (8,8%). (bảng 3.2). Về đặc điểm thói quen ăn uống cho đa phần người bệnh có thói quen ăn cùng với người thân (83,8%), ăn một mình chiếm 16,2% (bảng 3.3). Như đã trình bày về đặc điểm nhân khẩu học cho thấy, tỷ lệ người bệnh sống một mình chiếm 3%, tuy nhiên tỷ lệ ăn một mình cao hơn chiếm 16,2%, điều này có thể lý giải là do người bệnh trong giai đoạn trầm cảm thường buồn chán, giảm tính tự tin và tự trọng, người bệnh khép mình, ngại giao tiếp và nói chuyện với mọi người xung quanh, ngại phải tham gia các sinh hoạt chung cùng với người khác. Mặt khác kết quả cho thấy tỷ lệ ăn một mình ở trầm cảm mức độ nặng cao hơn so với ở mức độ vừa (18,9% - 6,7%). Ăn một mình có thể là một thói quen ăn mang lại nhiều tác động tiêu cực đến cảm xúc và dinh dưỡng. Ăn uống cùng người thân là một hoạt động gặp gỡ, sinh hoạt chung mang lại sự tương tác, chia sẻ, động viên, giúp cân bằng, giải tỏa các cảm xúc tiêu cực. Ngoài ra việc lựa chọn thực phẩm cho một ngày dễ bị ảnh hưởng bởi môi trường xã hội và việc ăn cùng nhau hoặc một mình đóng một vai trò lớn trong quyết định đó. Khi một người dự định ăn một mình, bữa ăn sẽ không diễn ra lâu; thường họ chọn một bữa ăn đơn giản và nhanh chóng hơn là một bữa ăn cân bằng dinh dưỡng. Đối với những người ăn một mình, khó có thể tiêu thụ đầy đủ các chất dinh dưỡng, đặc biệt là các vi chất dinh dưỡng do việc ăn trái cây và rau quả bị hạn chế gây ra các vấn đề về chế độ ăn uống như suy dinh dưỡng, gây thiếu hụt năng lượng hoạt động, gây sút cân và mệt mỏi.¹ Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng so

với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2015), cho kết quả tỷ lệ người bệnh chán ăn ở giai đoạn sớm chiếm 61,9%, chủ yếu người bệnh xuất hiện, khởi phát các triệu chứng ăn uống ở trong giai đoạn của trầm cảm.⁸ Về liên quan thời gian xuất hiện của các triệu chứng này có thể do chúng làm giảm sút năng lượng hoạt động của cơ thể gây tăng mệt mỏi bên trong bản thân người bệnh và gia đình phát hiện ra ngay khi bắt đầu xuất hiện các biểu hiện về cảm xúc, tư duy và hành vi trầm cảm. Theo bảng 3.4, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 44 người bệnh có chế độ ăn uống không lành mạnh, trong đó nhóm người bệnh ăn uống thất thường theo cảm xúc chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%, tiếp theo đó là nhóm người bệnh ăn uống ngọt nhiều hơn và ăn mặn nhiều hơn (22,7% và 15,9%), thấp nhất là nhóm người bệnh uống rượu nhiều (2,3%). Trong đó, nhóm người bệnh nữ ăn uống thất thường theo cảm xúc và ăn nhiều ngọt hơn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh nam (58,6% và 33,3%), (31,0% và 6,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, trong giai đoạn trầm cảm người bệnh có thể có những thay đổi về chế độ – hành vi ăn uống. Trong đó tỷ lệ đáng kể các sinh viên báo cáo về chế độ ăn uống không lành mạnh: thường xuyên tiêu thụ thực phẩm chiên rán 30,3%, đồ uống ngọt 49,9%, thực phẩm có đường 51,8%. Ở sinh viên nữ, trầm cảm có liên quan tiêu thụ đồ ăn nhanh cao hơn gấp 2,08 lần, thực phẩm chiên gấp 1,92 lần, thực phẩm có đường 2,16 lần. Cho thấy nữ giới dễ bị trầm cảm hơn, và có thể sử dụng thực phẩm để đối phó với các cảm xúc tiêu cực.⁹

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 68 người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy người bệnh trầm cảm có rối loạn ăn uống có độ tuổi trung bình là $40,01 \pm 15,79$ và chủ yếu là nữ giới (64,7%). Có tới 95,6% người có triệu chứng ăn uống. Các triệu chứng đa số xuất hiện đồng thời với trầm cảm (63,2%). Có tới 16,2% người bệnh khi mắc trầm cảm có thói quen ăn một mình (16,2%) và 64,7% người bệnh ăn uống không lành mạnh 64,7%. Ở những người bệnh ăn uống không lành mạnh, tỷ lệ ăn uống thất thường theo cảm xúc cao nhất (50%). Trong đó, nhóm người bệnh nữ ăn uống thất thường theo cảm xúc và ăn nhiều ngọt hơn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh nam.

Khuyến nghị. Người bệnh trầm cảm có sự

thay đổi thói quen và chế độ ăn uống không lành mạnh. Do đó, bác sĩ đa khoa và các bác sĩ chuyên khoa cần lưu ý để nhằm nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

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. **Chae W, Ju YJ, Shin J, Jang SI, Park EC.** Association between eating behaviour and diet quality: eating alone vs. eating with others. *Nutr J.* 2018;17. doi:10.1186/s12937-018-0424-0
2. **Tani Y, Sasaki Y, Haseda M, Kondo K, Kondo N.** Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey. *Age Ageing.* 2015;44(6):1019-1026. doi:10.1093/ageing/afv145
3. **Ruusunen A, Lehto SM, Mursu J, et al.** Dietary patterns are associated with the prevalence of elevated depressive symptoms and the risk of getting a hospital discharge diagnosis of depression in middle-aged or older Finnish men. *J*

- Affect Disord. 2014;159:1-6. doi:10.1016/j.jad.2014.01.020
4. **Salk RH, Hyde JS, Abramson LY.** Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull.* 2017;143(8):783-822. doi:10.1037/bul0000102
 5. **Yates WR, Mitchell J, John Rush A, et al.** Clinical Features of Depression in Outpatients With and Without Co-Occurring General Medical Conditions in STAR*D: Confirmatory Analysis. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(1):7-15.
 6. **Kuehner C.** Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry.* 2017;4(2):146-158. doi:10.1016/S2215-0366(16)30263-2
 7. **Đỗ Tuyết Mai.** Đặc Điểm Lâm Sàng Các Triệu Chứng Cơ Thể Của Giai Đoạn Trầm Cảm ở Người bệnh Nội Trú Tại Viện Sức Khỏe Tâm Thần. Luận văn Thạc sỹ Y học; 2017.
 8. **Lâm Tường Minh.** Nghiên Cứu Các Triệu Chứng Cơ Thể Của Rối Loạn Trầm Cảm ở Người Cao Tuổi. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II.; 2010.
 9. **Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva M del C, Zepeda Zepeda M.** Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite.* 2016; 107:639-644. doi:10.1016/j.appet.2016.09.011

XÂY DỰNG VÀ THẨM ĐỊNH PHƯƠNG PHÁP PHÂN CỰC NGHIỆM ĐỊNH LƯỢNG CHẤT HOẠT QUANG VỚI THỂ TÍCH MẪU NHỎ

Nguyễn Ngọc Ánh*, Nguyễn Đức Thiện*

TÓM TẮT

Phương pháp phân cực nghiệm để định lượng chất hoạt quang là Glucose và Sucrose có thể tích mẫu nhỏ đã được xây dựng và thẩm định. Sử dụng cuvet thạch anh với thể tích mẫu khoảng 1ml để thay cho ống phân cực thông thường với thể tích 10ml làm giảm 10 lần thể tích mẫu chuẩn và mẫu khảo sát. Cả Glucose và Sucrose đều được khảo sát trong khoảng tuyến tính 4,0-40%. Thông số hồi quy của Glucose có hệ số hồi quy bằng 1, giới hạn phát hiện (LOD) là 0,78%, giới hạn định lượng (LOQ) là 2,36%. Thông số hồi quy của Sucrose có hệ số hồi quy bằng 0,9999, LOD là 0,95%, LOQ là 2,89%. Phương pháp phân cực nghiệm sử dụng cuvet thay ống phân cực được kiểm chứng trong phòng thí nghiệm và áp dụng cho hai loại mẫu chứa Glucose và Sucrose trên thị trường.

Từ khóa: Định lượng, Glucose, Sucrose, phân cực nghiệm, thể tích nhỏ.

*Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thiện

Email: thiennd@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

SUMMARY

DEVELOPMENT AND VALIDATION POLARIMETRIC METHOD FOR QUANTIFICATION OPTICALLY ACTIVE COMPOUNDS WITH SMALL VOLUME SAMPLES

A polarimetric method for the quantification of the optically active compounds Glucose and Sucrose with small sample volume has been developed and validated. Using a quartz cuvette with a volume of about 1 ml to replace a conventional polarizer with a volume of 10 ml reduces the volume of the standard and test sample by 10 times. Glucose and sucrose are investigated in the concentration range of 4- 40 % w/v. Regression statistics of Glucose is 0,9999 for coefficient of determination, the limit of detection (LOD) and limit of quantitation (LOQ) are found to be 0,78 and 2,36 %w/v. Regression statistics of Sucrose is 0,9998 for Coefficient of determination, the LOD and LOQ are found to be 0,95 and 2,89 % w/v. The method employed quartz cuvette instead of a polarimeter tube is verified in laboratory and is applied for two samples whose have Glucose and Sucrose in the market.

Keywords: Quantification, Glucose, Sucrose, polarimetric, small volume samples.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phép đo phân cực thường được sử dụng để định lượng các hợp chất quang hoạt bằng cách xác định khả năng làm quay mặt phẳng dao động của ánh sáng phân cực truyền qua nó (góc quay cực). Đã có các nghiên cứu về việc sử dụng phép đo phân cực trong phân tích thành phần thuốc [1], nghiên cứu in vivo [2] và hóa sinh [3], [4]. Trong mỗi lần đo góc quay cực thì mẫu sử dụng có thể tích khoảng 10 ml, cho nên phương pháp phân cực nghiệm thường tốn nhiều khối lượng mẫu đo. Trong các phòng thí nghiệm tổng hợp hóa dược, hóa học, phân tích hóa sinh thường có khối lượng mẫu ít cho nên việc xây dựng và thẩm định phương pháp định lượng chất hoạt quang với thể tích mẫu nhỏ là rất cần thiết và phù hợp với nhiều lĩnh vực.

Để quét phổ hấp thụ tử ngoại người ta thường sử dụng cuvet thạch anh đựng mẫu, nhưng ở đây nó được dùng để thay thế cho ống phân cực thông thường. Đồng thời, cuvet có bề dày cố định 1 cm, thể tích sử dụng 1ml với chất liệu thạch anh không hấp thụ ở bước sóng 589 nm nên rất phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Với các lý do trên, bài báo này sẽ xây dựng và thẩm định phương pháp định lượng chất hoạt quang có thể tích mẫu nhỏ. Phương pháp này có thể ứng dụng cho nhiều hoạt chất hoạt quang khác và chất quang hoạt được sử dụng ở đây là Glucose và Sucrose.

II. THỰC NGHIỆM

2.1. Nguyên vật liệu, thiết bị

- Các nguyên liệu phân tích Glucose, Sucrose được mua từ công ty Xilong, Trung Quốc.
- Dịch truyền tĩnh mạch Glucose 5, 10, 20 và 50 % sản xuất bởi công ty TNHH B.Braun Việt Nam. Dịch truyền HAEM UP Injection (Số lô EIO78E1007) sản xuất bởi công ty TNHH dược phẩm Cadila (Ấn độ).
- Nước cất đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam.
- Các thiết bị và dụng cụ phân tích đã được hiệu chuẩn, đáp ứng yêu cầu của GLP, bao gồm:
 - Phân cực kế điện tử P3000, độ chính xác 0,01° (Kruss, Đức).
 - Cân phân tích ES 2255M-DR độ chính xác 0,01 mg (Thụy Sĩ).
 - Cuvet thạch anh và thủy tinh dày 1 cm.
 - Các dụng cụ thủy tinh có độ chính xác phù hợp: bình định mức, pipet, xilanh, cốc.

2.2 Chuẩn bị dung dịch đo. Cân chính xác 40g Glucose và 40g Sucrose khan và hòa tan lần lượt trong nước cất, thêm nước cất đến vạch mức 100 ml, thu được hai dung dịch gốc có nồng

độ 40%. Pha loãng dung dịch gốc này bằng nước cất để thu được dãy dung dịch chuẩn có nồng độ từ 4,0- 40,0%.

Các dung dịch gốc chuẩn và dịch truyền Glucose, Sucrose được đo ở 25°C.

Các dung dịch Glucose thương mại có nồng độ 5, 10, 20% được đo trực tiếp, không có bất kỳ xử lý nào.

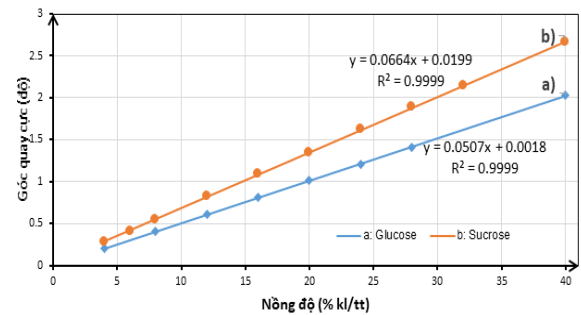
Dịch truyền HAEM UP Injection được pha loãng 10 lần bằng nước cất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Phương pháp phân cực nghiệm để định lượng Glucose và Sucrose trong dung dịch pha chuẩn và trong dịch truyền thương mại theo hướng dẫn của ICH, Q2 (R1) về khoảng tuyến tính và phạm vi đo, giới hạn phát hiện (LOD) và giới hạn định lượng (LOQ), độ chính xác, độ ổn định [5].

3.1. Khoảng tuyến tính và phạm vi đo

Xây dựng đường chuẩn bằng cách sử dụng các dung dịch pha chuẩn có nồng độ nằm trong khoảng 4,0 - 40,0%. Đo góc quay cực của các dung dịch trên đựng trong cuvet ở bước sóng 589nm và nhiệt độ 25°C. Ta thu được đồ thị đường chuẩn biểu diễn mối quan hệ giữa góc quay cực và nồng độ dung dịch chuẩn như hình 1. Từ đó xác định được phương trình và các thông số hồi quy tuyến tính như bảng 1.



Hình 1. Đồ thị đường chuẩn của a) Glucose và b) Sucrose trong nước cất.

Bảng 1. Các thông số hồi quy và phân tích để xác định nồng độ Glucose và Sucrose trong dịch truyền bằng phương pháp phân cực nghiệm

Thông số	Dược chất	
	Glucose	Sucrose
Phạm vi nồng độ (%)	4-40	4-40
Hệ số chặn (a)	0,0018	0,0199
Độ lệch chuẩn hệ số chặn (SD _a)	0,012	0,019
Độ dốc (b)	0,0507	0,0664
Độ lệch chuẩn độ dốc (SD _b)	0,0006	0,0008
Độ lệch chuẩn tương	1,21	1,30

đôi độ dốc (RSD _b %)		
Hệ số hồi quy (r)	1	0,9999
Giới hạn phát hiện (LOD) (%)	0,78	0,95
Giới hạn định lượng (LOQ) (%)	2,36	2,89

Việc sử dụng cuvet để đo góc quay cực để lập phương trình hồi quy theo quy định mỗi giá trị góc phân cực đo 3 lần, đồng thời cần có tối thiểu 6 điểm chuẩn thì theo tính toán thể tích mẫu dung dịch chuẩn tối thiểu là 18ml. Ở đây, phương pháp xây dựng đường chuẩn dựa trên 10 điểm chuẩn thì thể tích mẫu tối thiểu là 30ml, còn sử dụng ống phân cực thì thể tích mẫu chuẩn là 300ml, tức là thể tích mẫu chuẩn giảm 10 lần.

Từ kết quả đo xác định khoảng tuyến tính và phạm vi đo của Glucose và Sucrose ở trên cũng cho biết góc quay cực riêng ở bước sóng 589 nm lần lượt là 50,7 và 66,4 độ.

3.2 Giới hạn phát hiện (LOD) và giới hạn định lượng (LOQ). LOD và LOQ được tính toán theo hướng dẫn của ICH [5]. LOD được định nghĩa là $3,3.SD_a/b$ và LOQ được tính là $10.SD_a/b$, trong đó SD_a là độ lệch chuẩn của điểm chặn và b là độ dốc của đường chuẩn. Độ nhạy của

phương pháp đề xuất có thể được xác nhận bằng các giá trị LOD và LOQ có giá trị thu được ở bảng 1. Ở đây, LOD tương ứng với Glucose và Sucrose có giá trị nhỏ lần lượt là 0,78 và 0,95. Còn LOQ với Glucose và Sucrose có giá trị xác định được lần lượt là 2,36 và 2,89 %, LOQ ở đây có giá trị lớn là do phương pháp đã sử dụng cuvet 1 cm thay cho ống phân cực 10 cm. Điều này chứng tỏ phương pháp phân cực nghiệm này sử dụng cuvet thay ống phân cực để định lượng chất hoạt quang với thể tích mẫu nhỏ cũng có hạn chế là LOQ cao.

3.3. Độ chính xác (độ đúng và độ chụm).

Theo hướng dẫn của ICH [5], độ lặp lại trong ngày của phương pháp đề xuất được đánh giá thông qua phân tích 3 mức nồng độ được chuẩn bị trong ba lần. Tương ứng, độ chính xác giữa các ngày được nghiên cứu ở cùng mức độ trong 3 ngày liên tiếp. Bảng 2 chứa các giá trị của RSD không vượt quá 2 % đối với hỗn hợp cho biết mức độ chính xác có thể chấp nhận tốt của phương pháp đề xuất. Các nồng độ thu được thích hợp cùng với các giá trị thấp của sai số tương đối (E_r %) được ghi trong bảng 2 cũng xác nhận độ chính xác của phương pháp đã thực hiện.

Bảng 2. Độ đúng và độ chụm trong phương pháp

Nồng độ (% kl/tt)	Giá trị đo trong ngày			Giá trị đo trong ba ngày liên tiếp		
	Góc quay cực \pm SD	RSD (%)	E_r (%)	Góc quay cực \pm SD	RSD (%)	E_r (%)
Glucose						
12	0,61 \pm 0,017	2,84	2,19	0,577 \pm 0,015	2,65	1,93
16	0,783 \pm 0,012	1,47	1,11	0,767 \pm 0,006	0,75	0,58
20	0,98 \pm 0,01	0,02	0,68	0,973 \pm 0,006	0,59	0,46
Sucrose						
12	0,777 \pm 0,015	1,97	1,43	0,773 \pm 0,006	0,74	0,57
16	1,07	0,00	0,00	1,043 \pm 0,006	0,553	0,43
20	1,353 \pm 0,006	0,43	0,33	1,31333 \pm 0,006	0,44	0,33

3.4 Độ ổn định. Đánh giá sự ổn định của các dung dịch Glucose và Sucrose thì dung dịch gốc được để yên ở 4°C trong thời gian 2-3 tuần. Các giá trị đo góc quay cực tương ứng với nồng độ khảo sát của cả Glucose và Sucrose đều cho RSD nhỏ hơn 2%.

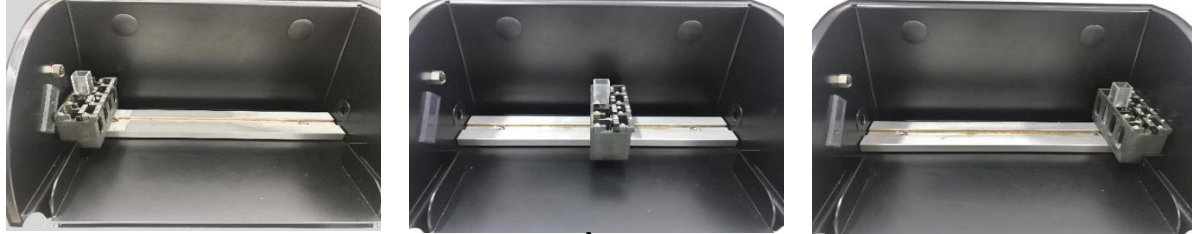
Ngoài ra chúng tôi nghiên cứu đánh giá độ ổn

định khi đặt mẫu ở các vị trí khác nhau như hình 2. Góc quay cực, RSD tương ứng với các vị trí trong quá trình định lượng bằng phương pháp phân cực được thể hiện ở bảng 3. RSD có giá trị nhỏ chứng tỏ vị trí đặt cuvet ít ảnh hưởng đến kết quả đo góc quay cực, điều này cho thấy sự độ ổn định của phương pháp này.

Bảng 3. Độ ổn định theo vị trí đặt cuvet

Nồng độ (% kl/tt)	Vị trí cuvet			Góc quay cực	RSD (%)
	Bên trái	Ở giữa	Bên phải		
Glucose					
12	0,59	0,61	0,59	0,5967	1,14
16	0,79	0,80	0,79	0,7933	0,73
20	0,99	1,01	0,99	0,9967	1,16

Sucrose					
12	0,78	0,77	0,76	0,7733	0,75
16	1,05	1,04	1,05	1,047	0,55
20	1,35	1,35	1,35	1,35	0,00



a) Bên trái

b) Ở giữa

c) Bên phải

Hình 2. Các vị trí đặt cuvet để đo độ ổn định.

3.5. Ứng dụng của phương pháp

a) **Xác định nồng độ các dung dịch trong phòng thí nghiệm.** Để đánh giá khả năng áp dụng phương pháp định lượng dược chất trong dung dịch thì các dung dịch được pha chế với nồng độ khác nhau ở cả mức trên và dưới so với nồng độ thông thường của chúng trong dung dịch thương mại. Các nồng độ dung dịch pha tại phòng thí nghiệm được xác định lần lượt nồng độ, giá trị RSD và E_r được tổng hợp trong bảng 4.

Bảng 4. Xác định nồng độ Glucose và Sucrose trong dung dịch pha tại phòng thí nghiệm

Nồng độ dung dịch (% kl/tt)		Giá trị tìm được (% kl/tt)		RSD ^c (%)		E _r ^c (%)	
Glucose	Sucrose	Glucose	Sucrose	Glucose	Sucrose	Glucose	Sucrose
12	12	12,21	11,85	1,43	1,07	1,71	1,24
16	16	15,76	15,62	1,16	1,20	1,51	2,40
20	20	19,71	19,88	1,16	0,57	1,46	0,58

Với E_r^c là sai số tương đối của nồng độ, RSD^c là độ lệch chuẩn tương đối của nồng độ

b) **Xác định nồng độ các dung dịch thuốc thương mại.** Phương pháp phân cực nghiệm để định lượng chất hoạt quang với thể tích nhỏ được áp dụng để xác định nồng độ hai dịch truyền Glucose và HAEM UP Injection. Kết quả xác định các giá trị nồng độ, độ lệch chuẩn tương đối RSD như ở bảng 5.

Bảng 5. Xác định nồng độ Glucose và Sucrose trong dung dịch truyền thương mại

Dịch truyền	Nồng độ ghi trên nhãn (%)	Nồng độ xác định được (%)	RSD ^c (%)	E _r ^c (%)
Glucose	5	5,05	1,35	0,64
	10	10,23	1,54	1,65
	20	20,30	0,91	1,17
HAEM UP Injection	28- 34	40	-	-

Với E_r^c là sai số tương đối của nồng độ; RSD^c là độ lệch chuẩn tương đối của nồng độ

Dịch truyền HAEM UP Injection có màu nâu đậm cho nên không thể đo góc quay cực được trực tiếp và vì cường độ sáng đèn yếu, cho nên chúng tôi pha loãng 10 lần dịch truyền này bằng nước cất. Kết quả đo cho thấy dịch truyền HAEM UP Injection có nồng độ Sucrose khoảng 40 %, có sự sai khác với chỉ dẫn về dịch truyền này là do phương pháp đã đo trực tiếp dung dịch truyền mà không loại bỏ sắt và các tá dược khác. Vì lý do trên, nên nghiên cứu không tiến hành đánh giá RSD và E_r của dịch truyền HAEM UP Injection.

Với các dịch truyền Glucose thương mại có

nồng độ 5, 10, 20% thì các kết quả phân tích theo nồng độ cho thấy RSD đều nhỏ dưới 1,6%, sai số tương đối cao nhất là 1,65%. Phương pháp sử dụng cuvet với thể tích mẫu nhỏ cho kết quả phân tích định lượng nồng độ dịch truyền thương mại như bảng 5 là rất tốt, hoàn toàn có thể sử dụng để định lượng cho các chất hoạt quang khác. Các kết quả trên về xây dựng và thẩm định phương pháp phân cực nghiệm được chúng tôi sử dụng với cuvet thạch anh. Chúng tôi thấy rằng, với ánh sáng vàng 589 nm của máy phân cực thì khi có thể đo với cuvet thủy tinh,

kết quả đo được cũng hoàn toàn đồng nhất khi sử dụng bằng cuvet thạch anh.

IV. KẾT LUẬN

Một phương pháp phân cực nghiệm để định lượng chất hoạt quang được xây dựng và thẩm định thành công bằng cách thay thế ống phân cực thông thường có thể tích 10 ml bằng cuvet thạch anh hoặc thủy tinh với thể tích mẫu nhỏ khoảng 1ml.

Phương pháp trên đã được xác nhận về độ tuyến tính và phạm vi đo, độ chính xác và độ ổn định. LOD và LOQ được xác định theo hướng dẫn của ICH và có giá trị lần lượt là 0,78 và 2,36 % (đối với Glucose); 0,95 và 2,89% (đối với Sucrose). Phương pháp cho thấy có thể xây dựng các thông số hồi quy với thể tích mẫu chuẩn nhỏ 18 ml (6 điểm chuẩn) hoặc 30 ml (10 điểm chuẩn) để định lượng nồng độ Glucose, Sucrose và cũng xác định được góc quay cực riêng. Phương pháp này cho thấy được kỳ vọng sẽ mang lại nhiều lợi ích trong các ngành công nghiệp liên quan đến Glucose và Sucrose, đồng thời cũng có thể được mở rộng cho các chất

quang hoạt khác mà có thể tích mẫu nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. V. Syroeshkin et al.**, "Polarimetric research of pharmaceutical substances in aqueous solutions with different water isotopologues ratio," Int. J. Appl. Pharm., vol. 10, no. 5, pp. 243–248, 2018, doi: 10.22159/ijap.2018v10i5.28151.
2. **C. W. Pirstill, B. H. Malik, V. C. Gresham, and G. L. Cote**, "In vivo glucose monitoring using dual-wavelength polarimetry to overcome corneal birefringence in the presence of motion," Diabetes Technol. Ther., vol. 14, no. 9, pp. 819–827, 2012, doi: 10.1089/dia.2012.0070.
3. **C. Stark, C. A. Carvajal Arrieta, R. Behroozian, B. Redmer, F. Fiedler, and S. Müller**, "Broadband polarimetric glucose determination in protein containing media using characteristic optical rotatory dispersion," Biomed. Opt. Express, vol. 10, no. 12, p. 6340, 2019, doi: 10.1364/boe.10.006340.
4. **T. Kurihara et al.**, "Glucose levels between the anterior chamber of the eye and blood are correlated based on blood glucose dynamics," PLoS One, vol. 16, no. 9 September, pp. 1–14, 2021, doi: 10.1371/journal.pone.0256986.
5. **P. Borman and D. Elder**, "Q2(R1) Validation of Analytical Procedures," ICH Qual. Guidel., vol. 2, pp. 127–166, 2017.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG ĐỘNG TINH MẠCH NÃO BẰNG PHỐI HỢP NÚT MẠCH VÀ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Minh Tân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dị dạng động tinh mạch não bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 12 bệnh nhân chẩn đoán dị dạng thông động tinh mạch não được điều trị bằng nút mạch và phẫu thuật tại bệnh viện đại học y Hà Nội từ 08/2019 đến 03/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện khi khối dị dạng đã vỡ là 66,7%, chưa vỡ là 33,3%. Tất cả bệnh nhân đều được nút mạch 1 lần trước mổ. Tỷ lệ nút mạch trung bình là 73,3%. Trong đó 33,3% số bệnh nhân nút được 100%. Trong đó có 83,3% bệnh nhân được phẫu thuật lấy toàn bộ khối dị dạng, 8,3% lấy một phần khối dị dạng, 8,3% được phẫu thuật dẫn lưu não thất. Lượng máu mất trung bình là 177,5ml. Kết quả gần sau mổ 83,3% có kết quả tốt, 16,7% kết quả trung bình, không có kết quả xấu. **Kết luận:** Điều trị dị dạng thông động tinh mạch não thì phối hợp giữa nút

mạch và phẫu thuật ngày càng phát triển và chiếm tỉ lệ cao. Mục đích của nút mạch tiền phẫu nhằm mục đích nút những cuống mạch ở sâu, khó tiếp cận, hạn chế mất máu trong mổ và làm nhỏ khối dị dạng thông động tinh mạch trước mổ

Từ khóa: dị dạng thông động tinh mạch não, nút mạch, phẫu thuật

Danh mục từ viết tắt: DDĐTMN: Dị dạng động tinh mạch não; CLVT: Cắt lớp vi tính; MRI: Cộng hưởng từ; MSCT: Chụp cắt lớp vi tính đa dãy DSA: Chụp mạch số hóa xóa nền

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF BRAIN ATERIOVENOUS MALFORMATION BY COMBINATION OF EMBOLIZATION AND SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the result of treatment of brain arteriovenous malformations by combining embolization and surgery at Hanoi Medical University Hospital. **Materials and methods:** Retrospective study of 12 patients who diagnosed with brain arteriovenous malformation were treated with embolization and surgery at Hanoi Medical University Hospital from August 2019 to March 2022. **Results:**

*Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tân

Email: minhntan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

The mean age was 28.9. The rate of patients admitted to the hospital when the brain arteriovenous malformation was broken was 66.7%, and 33.3% was unbroken. All patients were embolized once before surgery. The average node rate is 73.3%. In which, 33.3% of patients got 100% node. In which, 83.3% of patients had surgery to remove the entire malformation, 8.3% to remove a part of the malformation, 8.3% had surgery to drain the ventricles. The average blood loss was 177.5ml. 50% of patients had surgery within 24 hours, 41.7% were operated within 8 days. There was one case of surgery after 6 months. Near postoperative results: 83.3% of patients had good results, 16.7% had average results and no bad results.

Keywords: cerebral arteriovenous malformation, embolization, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (DDĐTMN) là một trong số các bất thường bẩm sinh của hệ thống mạch máu não trong đó động mạch được nối thông trực tiếp với tĩnh mạch không qua mạng lưới mao mạch. Dị dạng thông động-tĩnh mạch bao gồm ba thành phần là các động mạch nuôi, ổ dị dạng và tĩnh mạch dẫn lưu

Chẩn đoán hình ảnh như: chụp CLVT, chụp CHT cho biết vị trí khối máu tụ do DDĐTMN vỡ, các biến chứng của khối máu tụ như phù não, não úng thủy đồng thời cho biết liên quan giải phẫu của DDĐTMN với các vùng não lân cận. Chụp mạch trên CLVT nhiều lớp cắt hoặc chụp mạch số hóa xóa nền cho biết được vị trí, liên quan giải phẫu, cấu trúc, các dị dạng mạch kèm theo của DDĐTMN một cách chính xác hơn. Chẩn đoán hình ảnh ngoài việc chẩn đoán bệnh còn cho biết được các yếu tố tiên lượng về khả năng chảy máu của DDĐTMN có liên quan tới quyết định điều trị

Các biện pháp điều trị cho dị dạng thông động tĩnh mạch não (DDĐTMN) ngày càng đa dạng bao gồm phẫu thuật, can thiệp mạch và xạ trị. Mỗi phương pháp có ưu, nhược điểm riêng, đặt ra trong thực tế là tìm được chỉ định điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Phối hợp nút mạch và phẫu thuật đang là một xu thế can thiệp chủ yếu của DDĐTMN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu 12 bệnh nhân được chẩn đoán DDĐTMN được điều trị bằng phối hợp 2 phương pháp nút mạch và phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 8/2018 đến 3/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- DDĐTMN trên lều và dưới lều được chẩn đoán bằng CLVT, MSCT, DSA
- Không phân biệt tuổi, giới, các điều kiện xã hội

- Được nút mạch tiền phẫu
- Được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội
- Cả bệnh nhân nhập viện trong tình trạng khối DDĐTMN chưa vỡ hoặc đã vỡ
- Đồng ý hợp tác với nhóm nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không nằm trong đối tượng nghiên cứu những bệnh nhân sau:

- Tình trạng bệnh nhân nặng GCS <5 điểm
- Bệnh nhân chỉ được điều trị bằng phẫu thuật
- Bệnh nhân chỉ được điều trị bằng nút mạch
- Bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang

Nội dung nghiên cứu: Thống kê các triệu chứng tiền sử, lâm sàng khi nhập viện, đau đầu dữ dội, đột ngột, buồn nôn, nôn, cơn đột quy não, rối loạn tri giác, động kinh, liệt 1/2 người...

Đánh giá tình trạng lâm sàng khi vào viện

Khi chưa có tai biến

Sau cơn đột quy não

Phân loại Spetzler-Martin

Đặc điểm của DDĐTMN		Điểm
Đường kính	Nhỏ (<3cm)	1
	Trung bình (3-6cm)	2
	Lớn (>6cm)	3
Vùng chức năng	Không	0
	Có	1
Tĩnh mạch dẫn lưu	Nông đơn thuần	0
	Sâu	1

Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cộng hưởng từ

Chụp mạch não

* Cách phân loại

Tốt: Cải thiện về tình trạng lâm sàng, hoặc không nặng lên về lâm sàng + lấy được hết DDĐTMN+ phim chụp mạch số hóa xóa nền không còn ổ dị dạng

Trung bình: Không nặng lên về mặt lâm sàng+ không lấy hết được DDĐTMN (về mặt lâm sàng và hình ảnh chụp mạch sau mổ)

Xấu: Tử vong hoặc hoặc lên về mặt lâm sàng do không lấy được DDĐTMN

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Biểu hiện lâm sàng trong tiền sử

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Đau đầu	1	8,3%
Động kinh	3	25%
Đột quy não	2	16,7%

Nhận xét: Biểu hiện trong tiền sử thì động kinh chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 25%, tiếp theo đó là đột quy chiếm 16,7%

3.2 Biểu hiện lâm sàng khi nhập viện

Biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ
Đã vỡ	8	66,7%

Chưa vỡ		4	33,3%
Đã vỡ	Đau đầu	8	100%
	Động kinh	0	0%
	Nôn	4	50%
	Dấu hiệu thần kinh khu trú	3	37,5%
	Giãn đồng tử	1	12,5%
	Hôn mê	8	100%
Chưa vỡ	Đau đầu	1	25%
	Động kinh	3	75%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhập viện khi khối dị dạng đã vỡ (66,7%). Và khi vỡ thì biểu hiện đau đầu là 100%

3.3 Điểm Glasgow khi nhập viện

Điểm Glasgow	Số lượng	Tỷ lệ
13-15 điểm	9	75%
9-12 điểm	3	25%
<8 điểm	0	0%

Nhận xét: Điểm Glasgow khi nhập viện thì 13-15 điểm chiếm tỉ lệ chủ yếu 75%, không có bệnh nhân nào dưới 8 điểm

3.4 Phân độ Spetzler- Martin

Phân độ	Số lượng	Tỷ lệ
1	5	41,7%
2	5	41,7%
3	0	0%
4	2	16,7%
5	0	0%

Nhận xét: Chủ yếu là Spetzler Martin độ 1, 2 với 41,7%, có 2 trường hợp Spetzler độ 4 chiếm 16,7%.

3.5 Tỷ lệ khối dị dạng động tĩnh mạch não nút mạch được

Tỷ lệ khối DDĐTMN nút mạch được	Số lượng	Tỷ lệ
<50%	6	50%
50-70%	0	0%
>70%	6	50%

Nhận xét: Tỷ lệ nút được nhỏ hơn 50% và lớn hơn 70% là như nhau với tỷ lệ 50%

3.6 Tai biến sau nút mạch

Tai biến sau nút mạch	Số lượng	Tỷ lệ
Chảy máu	0	0%
Tắc mạch	0	0%

Nhận xét: Không có trường hợp nào có tai biến sau nút mạch

3.7 Lượng máu mất trong mổ

Lượng máu mất trong mổ	Số lượng	Tỷ lệ
<300ml	10	83,3%
300-500ml	2	16,7%
>500ml	0	0%

Nhận xét: Lượng máu mất trong mổ chủ yếu là nhỏ hơn 300ml với tỷ lệ 83,3%, không có

trường hợp nào mất lớn hơn 500ml

3.8 Kết quả sau mổ

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	10	83,3%
Trung bình	2	16,7%
Xấu	0	0%
Tổng cộng	12	100%

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm tỉ lệ 83,3%, trung bình 16,7%, không có trường hợp nào có kết quả xấu

IV. BÀN LUẬN

4.1 Biểu hiện lâm sàng trong tiền sử.

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có động kinh là 25%, cũng phù hợp với những nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự năm 2019 trên 34 bệnh nhân dị dạng thông động tĩnh mạch não có 2 bệnh nhân có biểu hiện động kinh chiếm 14%¹

Chiếm tỉ lệ ít phổ biến hơn là có biểu hiện tai biến trong tiền sử chiếm 16,7%.

Điều đó cho thấy biểu hiện của khối dị dạng thông động tĩnh mạch là không nhiều đến tận khi có biểu hiện của tai biến.

4.2 Biểu hiện lâm sàng. Biểu hiện lâm sàng khi nhập viện thì có 66,7% các trường hợp khi bị vỡ. Cũng theo nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự¹ thì biểu hiện khi vỡ khi nhập viện là 59%, có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nhóm bệnh nhân vỡ biểu hiện đau đầu chiếm 100%, nôn chiếm 50%, dấu hiệu liệt nửa người chiếm 37,5%, giãn đồng tử chiếm 12,5%. Cũng trong nhóm vỡ thì 37,5% có biểu hiện hôn mê. Theo nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự¹ trong số có vỡ thì 75% có biểu hiện đau đầu, động kinh có 2%, 10% biểu hiện dấu hiệu thần kinh khu trú, 25% biểu hiện hôn mê.

Trong nhóm bệnh nhân chưa vỡ tỉ lệ đau đầu chiếm 25%, tỉ lệ động kinh chiếm 75%. Trong nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự¹ thì nhóm chưa vỡ tỉ lệ đau đầu chiếm 29%, động kinh chiếm 14%. Có sự khác biệt với nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của Arthur Wang và cộng sự² thì tỉ lệ chảy máu là 48%, 21% biểu hiện động kinh. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi có thể do nghiên cứu của Arthur Wang trên số lượng bệnh nhân lớn hơn và chỉ những bệnh nhân Spetzler-Martin độ 1, 2.

Theo nghiên cứu của Phạm Quỳnh Trang³ trên nhóm bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch não vỡ thì tỉ lệ bệnh nhân đau đầu, buồn nôn, nôn là 87,5%. Tỉ lệ giảm tri giác hoặc hôn mê là 16,67% cũng tương đồng với nghiên cứu của

chúng tôi.

4.3 Vị trí dị dạng động tĩnh mạch não. Vị trí của khối dị dạng thông động tĩnh mạch não thì chủ yếu ở vùng trán là 41,7%, ở vùng thái dương là 33,3%. Theo nghiên cứu của Lawton và cộng sự ⁴năm 2015 thì tỉ lệ khối dị dạng thông động tĩnh mạch não ở vùng trán là 24%, ở vùng thái dương là 19%. Sự khác biệt có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít và chỉ những bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng nút mạch và phẫu thuật.

4.4 Phân độ Spetzler-Martin. Kích thước nidus thì chủ yếu là nhỏ hơn 3cm với 58,3%. Từ 3-6cm chiếm 33,3% và chỉ có 1 trường hợp kích thước nidus lớn hơn 6cm.

Theo nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự¹ thì tỉ lệ nidus nhỏ hơn 3cm cũng chiếm chủ yếu là 79%. Tuy nhiên có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi là do nghiên cứu của Ali Shaibani chỉ nghiên cứu những bệnh nhân Spetzler-Martin I và II.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khối dị dạng ở vùng không chức năng chiếm 66,7%, ở vùng chức năng chiếm 33,3% cũng phù hợp với nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự (35% ở vùng chức năng)¹.

Khối dị dạng có tĩnh mạch dẫn lưu nông chiếm 75%, tĩnh mạch dẫn lưu sâu chiếm 25% phù hợp với nghiên cứu của Andrew S.Luksik và cộng sự tĩnh mạch dẫn lưu sâu chiếm 33,3%⁵

4.5 Tỷ lệ khối dị dạng động tĩnh mạch não nút mạch được. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thì có 50% số bệnh nhân nút được <50% thể tích khối dị dạng, và 50% số bệnh nhân nút được lớn hơn 70% thể tích khối dị dạng. Khi nút mạch cần có sự trao đổi giữa phẫu thuật viên và bác sĩ can thiệp để tùy mục đích lựa chọn những mạch cần nút. Với những trường hợp ổ dị dạng ở vị trí vùng chức năng cần nút càng nhiều càng tốt. Với những khối dị dạng khác cần nút những mạch ở vị trí sâu khó tiếp cận bằng phẫu thuật.

Theo nghiên cứu của Phạm Quỳnh Trang³ thì tỉ lệ nút tắc <50% khối dị dạng là 12,5%, nút tắc được ≥50% là 77,08%, tắc gần hoàn toàn là 10,42%. Có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi có thể do số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Trong nghiên cứu của Katsaridis ⁶,53,9% nút tắc toàn bộ và 34,9% trên 80%. Dưới 50% được coi là không thành công.

4.6 Tai biến sau nút mạch. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tai biến do nút mạch gây ra. Có sự khác biệt

so với nghiên cứu của Ali Shaibani và cộng sự ¹(tỉ lệ là 8% số bệnh nhân) có thể do số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn. Theo nghiên cứu của Phạm Quỳnh Trang³ tỉ lệ tai biến sau nút mạch là 14,58% bao gồm chảy máu và phù não. Pan kết luận không có liên quan giữa tỉ lệ nút mạch và biến chứng sau nút mạch⁷. Ledezza (2006) nhận xét các yếu tố nguy cơ biến chứng sau nút mạch: 1. Spetzler-Martin độ III trở lên, 2. Chảy máu tại thời điểm nút mạch. Những khối độ III trở lên có một hoặc nhiều đặc điểm: kích thước lớn, tĩnh mạch dẫn lưu sâu có nghĩa là ổ dị dạng cũng sâu, vì vậy sẽ có nguồn nuôi từ động mạch xuyên hoặc đám rối mạch mạc, những động mạch rất dễ vỡ trong quá trình nút mạch. Khối nằm ở vùng chức năng khi nút mạch dễ gây tổn thương nhu mô não dẫn đến xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú sau khi nút⁸.

4.7 Lượng máu mất trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì 83,3% bệnh nhân có lượng máu mất trong mổ nhỏ hơn 300ml, 16,7% số bệnh nhân có lượng máu mất từ 300-500ml. Kết quả này cũng có phần khác biệt với nghiên cứu của Andrew S.Luksik và cộng sự là lượng máu mất nhỏ hơn 450ml là 58,3%⁵. Cũng theo nghiên cứu của Andrew S.Luksik và cộng sự thì nhóm bệnh nhân nút mạch tiên phẫu mất máu ít hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ phẫu thuật đơn thuần.

4.8 Kết quả sau mổ. Kết quả gần trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là tốt chiếm 83,3% (cải thiện về tình trạng lâm sàng và lấy hết ổ dị dạng), trung bình chiếm 16,7% (không nặng lên về lâm sàng và không lấy hết ổ dị dạng).

Có 2 trường hợp không lấy hết ổ dị dạng là trường hợp khối dị dạng kích thước lớn, lan tỏa vào viện vì xuất huyết não chúng tôi chỉ lấy 1 phần ổ dị dạng và máu tụ, một trường hợp khối dị dạng nằm ở vùng đồi thị khi xuất huyết gây chảy máu não thất chỉ tiến hành dẫn lưu não thất đơn thuần.

Không có trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù phẫu thuật lấy khối dị dạng thông động tĩnh mạch não vẫn là phương pháp kinh điển để điều trị bệnh lý này, song nghiên cứu của chúng tôi cung cho thấy sự an toàn và hiệu quả của phương pháp nút mạch tiên phẫu và phẫu thuật. Đó cũng là xu thế can thiệp chủ yếu hiện tại và tương lai với bệnh lý thông động tĩnh mạch não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Smadi AS, Ansari SA, Shokuhfar T, et al.** Safety and outcome of combined endovascular and surgical management of low grade cerebral arteriovenous malformations in children compared to surgery alone. *Eur J Radiol.* 2019;116:8-13. doi:10.1016/j.ejrad.2019.02.016
2. **Wang A, Mandigo G, Feldstein N, et al.** Curative treatment for low-grade arteriovenous malformations. *J Neurointervent Surg.* 2020;12(1):48-54.
3. **Trang PQ.** Kết Quả Điều Trị Dị Dạng Động Tĩnh Mạch Não vỡ Bằng Phẫu Thuật Hợp Nút Mạch và Phẫu Thuật. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
4. **Lawton MT, Rutledge WC, Kim H, et al.** Brain arteriovenous malformations. *Nat Rev Dis Primer.* 2015;1(15008). doi:https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.8
5. **Luksik AS, Law J, Yang W, et al.** Assessing the Role of Preoperative Embolization in the Surgical Management of Cerebral Arteriovenous Malformations. *World Neurosurg.* 2017;104:430-441. doi:10.1016/j.wneu.2017.05.026
6. **Katsaridis V, Papagiannaki C, Aimar E.** Curative embolization of cerebral arteriovenous malformations (AVMs) with Onyx in 101 patients. *Neuroradiology.* 2008;50(7):589-597. doi:https://doi.org/10.1007/s00234-008-0382-x
7. **Pan J, He H, Feng L, Viñuela F, Wu Z, Zhan R.** Angioarchitectural characteristics associated with complications of embolization in supratentorial brain arteriovenous malformation. *Am J Neuroradiol.* 2014;35(2):354-359. doi:https://doi.org/10.3174/ajnr.A3643
8. **Ledezma CJ, Hoh BL, Carter, BS, Pryor JC, Putman CM, Ogilvy CS.** Complications of cerebral arteriovenous malformation embolization: multivariate analysis of predictive factors. *Neurosurgery.* 2006;58(4):602-611. doi:https://doi.org/10.1227/01.NEU.0000204103.91793.77

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU, THIẾU KẼM Ở PHỤ NỮ 20-49 TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ KHU VỰC VEN BIỂN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Trần Thị Nhi¹, Lê Thanh Tùng¹, Lê Thế Trung¹,
Trần Văn Long¹, Vũ Thị Thu Hiền²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 468 phụ nữ 20-49 tuổi tại 6 xã của các huyện vùng ven biển, tỉnh Nam Định để đánh giá thực trạng thiếu máu, thiếu kẽm. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 15,8% trong đó tỷ lệ thiếu máu mức độ: nhẹ chiếm 50%; vừa 31,1%; nặng 18,9%. Giá trị trung bình của Hemoglobin ở phụ nữ tuổi sinh đẻ: $133,09 \pm 14,30$ g/l; kẽm huyết thanh là $8,51 \pm 3,37$ $\mu\text{mol/l}$. Tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ trong nghiên cứu cao chiếm 62,3%. Không thấy sự khác biệt về tình trạng thiếu máu, thiếu kẽm của các đối tượng có tình trạng dinh dưỡng khác nhau. Như vậy, tỷ lệ thiếu máu ở mức nhẹ và thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại Nam Định xếp ở mức nặng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới.

Từ khóa: thiếu máu, thiếu kẽm, phụ nữ 20-49 tuổi, ven biển

SUMMARY

ANEMIA AND ZINC DEFICIENCY IN WOMEN AGED 20-49 YEARS IN SOME COASTAL COMMUNES OF NAM DINH PROVINCE IN 2020

The cross-sectional study was conducted on 468

women aged 20-49 years old in 6 communes of the coastal districts, Nam Dinh province to assess the status of anemia and zinc deficiency. The study results showed that the rate of anemia was 15.8%, in which the rate of anemia was mild: 50%; moderate 31.1%; severe 18.9%. The mean of Hemoglobin in women of childbearing age: 133.09 ± 14.30 g/l; serum zinc was 8.51 ± 3.37 $\mu\text{mol/l}$. The rate of zinc deficiency in women of childbearing age in the study was high, accounting for 62.3%. There wasn't difference in anemia and zinc deficiency status of subjects with different nutritional status. Thus, the prevalence of mild anemia and zinc deficiency among women of childbearing age in Nam Dinh is classified as severe with public health significance according to the classification of the World Health Organization.

Keywords: anemia, zinc deficiency, women 20-49 years old, coastal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu hiện vẫn đang là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng tại các quốc gia nghèo, đang phát triển và phát triển theo công bố của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) [1]. Thống kê của WHO ước tính có khoảng 800 triệu trẻ em và phụ nữ trên toàn thế giới bị thiếu máu năm 2015; 29,4% là phụ nữ ở tuổi sinh đẻ trong đó tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ sinh đẻ cao nhất tại khu vực Đông Nam Á (41,9%) [1]. Theo báo cáo điều tra tại Việt Nam năm 2015, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 25,5% ở mức độ trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng trong đó

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Viện dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhi

Email: mainhi.tran97@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

vùng núi, nông thôn, ven biển cao hơn khu vực thành thị [2]. Thiếu kẽm cũng được biết đến như một thiếu vi chất dinh dưỡng quan trọng, mặc dù việc đánh giá tình trạng thiếu kẽm trên cộng đồng còn gặp nhiều khó khăn. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định, ở những cộng đồng có vấn đề thiếu máu thiếu sắt thường đi kèm với tình trạng thiếu kẽm. Như vậy, thiếu kẽm cũng là một thiếu vi chất dinh dưỡng rất cần quan tâm ở Việt Nam. Đáng chú ý là chế độ ăn nghèo sắt thường cũng nghèo kẽm. Kết quả điều tra vi chất 2014- 2015 của Viện Dinh dưỡng-Bộ Y tế cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm ở PNSĐ khu vực miền núi là 87%; khu vực nông thôn là 81%, khu vực thành thị là 80,8%; tổng hợp chung cho tỷ lệ thiếu kẽm ở PNSĐ trên toàn quốc là 80,3%[2]. Thiếu máu, thiếu kẽm đã được chứng minh là làm tăng biến chứng trong thời kỳ thai nghén, cản trở sự phát triển trí lực và thể lực ở trẻ em, làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch, tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng, chậm các dấu hiệu dậy thì, chiều cao kém phát triển, ăn uống kém ngon miệng. Thiếu máu, thiếu kẽm là kết quả của rất nhiều nguyên nhân và chịu ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi, điều kiện kinh tế, chế độ ăn... Một nghiên cứu cắt ngang đã được tiến hành tại 1 số xã khu vực ven biển tỉnh Nam Định nhằm đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu kẽm ở phụ nữ 20-49 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn:** phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (20 - 49 tuổi), không có thai, không nuôi con bú, không dị tật, không mắc các bệnh về máu, bệnh nhiễm trùng cấp và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại 6 xã của các huyện Giao Thủy, Hải Hậu, Nghĩa Hưng của tỉnh Nam Định từ tháng 10/2020 - 8/2021.

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

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc xác định 1 tỷ lệ trong một quần thể

$$n = Z_{(\alpha, \beta)}^2 \frac{p(1-p)}{(p * \epsilon)^2}$$

* Cỡ mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu

Trong đó: n là đối tượng cần điều tra; Z 1- α /2 = 1,96 (Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%); p = 0,32 (32% Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ bị thiếu năng lượng trường diễn và thiếu máu ở quần thể

tham khảo [3][4]); q = 1 - p = 0,68; ϵ = 0,1 (sai số mong đợi). Cỡ mẫu cần là 416 đối tượng. Thực tế điều tra trên 468 đối tượng

* Cỡ mẫu đánh giá tình trạng thiếu kẽm: với p = 0,81 (81% phụ nữ tuổi sinh đẻ vùng nông thôn bị thiếu kẽm)[4]; q = 1-p = 0,19; ϵ = 0,05 (sai số mong đợi). Cỡ mẫu là 183 đối tượng.

2.4. Phương pháp chọn mẫu. Chọn chủ đích 03 huyện thuộc khu vực ven biển của tỉnh Nam Định là địa bàn nghiên cứu.

Chọn xã: chọn ngẫu nhiên mỗi huyện 2 xã (1 xã có bờ biển và 1 xã không có bờ biển) vào mẫu nghiên cứu. Chọn đối tượng nghiên cứu: theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Phòng vấn trực tiếp từng đối tượng theo bộ câu hỏi sẵn có

- Xét nghiệm máu: định lượng Hemoglobin (Hb) trong máu để xác định tình trạng thiếu máu, định lượng nồng độ kẽm trong máu bằng phương pháp ICP-MS để xác định tình trạng thiếu kẽm.

2.6. Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá:

- Tình trạng thiếu máu: khi hàm lượng Hemoglobin trong máu <120g/l, trong đó thiếu máu nặng khi Hb < 70g/l; thiếu máu trung bình khi 70g/l \leq Hb < 100g/l và thiếu máu nhẹ khi 100g/l \leq Hb <120g/l.

- Tình trạng thiếu kẽm: Đánh giá tình trạng thiếu kẽm (Zn) theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới và nhóm tư vấn kẽm quốc tế (WHO/IZincG) – Phụ nữ không có thai thiếu kẽm khi nồng độ kẽm trong máu <9,0 μ mol/l (lấy máu vào buổi sáng)

2.7. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập được phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Các thuật toán thống kê và mô tả được sử dụng để tính số lượng, %, trung bình và χ^2 -Test được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trước khi triển khai, theo quyết định số 2359/GCN-HĐĐĐ ngày 01/10/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 468 đối tượng có 63,0% số phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ là thuộc nhóm lao động trung bình; 54,6% là trình độ học vấn từ THCS trở xuống. Tuổi trung bình chung của đối tượng là 38,2 \pm 7,2; tỷ lệ phụ nữ 30 - 49 tuổi chiếm đa số 82,1% và phần lớn (68,6%) số phụ nữ có không quá hai con. Tỷ lệ thiếu năng

lượng trường diên của đối tượng là 10,3%, thừa cân-béo phì là 10,9%, tỷ lệ vòng eo/vòng hông (WHR >0,85) là 19,2%.

Bảng 1: Nồng độ Hemoglobin, Kẽm trung bình của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$
Hemoglobin trung bình (g/l) (n=468)	133,09 ± 14,30
Kẽm huyết thanh trung bình ($\mu\text{mol/l}$) (n=183)	8,51 ± 3,37

Bảng 1 cho thấy nồng độ Hemoglobin trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 133,09 ± 14,30g/l và nồng độ Kẽm huyết thanh trung bình là 8,51 ± 3,37 $\mu\text{mol/l}$.

Bảng 2. Tình trạng thiếu máu, thiếu kẽm ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	n	%
Hemoglobin/ Máu (n = 468)		92,1
	Thiếu	15,8
	Thiếu máu nhẹ	50
	Thiếu máu vừa	31,1
Kẽm (n = 183)	Thiếu máu nặng	18,9
	Bình thường	37,7
	Thiếu	62,3

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ thiếu máu chung ở đối tượng nghiên cứu là 15,8%, trong đó tỷ lệ thiếu máu ở các mức độ: nhẹ chiếm 50%; vừa 31,1%; nặng 18,9% trong tổng số nhóm thiếu máu; tỷ lệ thiếu kẽm là 62,3%.

Bảng 3. Liên quan giữa tuổi, nghề, học vấn và số con với tình trạng thiếu máu (n=468)

Yếu tố nguy cơ		Thiếu		Không		p (χ^2), OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Số con của mẹ hiện có	≥ 3	26	17,6	122	82,4	> 0,05
	≤ 2	48	15,0	272	85,0	1,2
Học vấn	Dưới cấp 3	37	14,5	218	85,5	> 0,05
	Cấp 3 trở lên	37	17,4	176	82,6	0,8
Nghề nghiệp/ hình thức lao động	Trung bình	48	16,3	247	83,7	> 0,05
	Nhẹ	26	15,0	147	85,0	1,1
Nhóm tuổi	19-29	9	12,9	61	87,1	> 0,05
	30-49	65	16,3	333	83,7	0,8

Bảng 3 cho kết quả: Phụ nữ có 3 con trở lên có nguy cơ bị thiếu máu cao gấp 1,2 lần so với phụ nữ có dưới 3 con; phụ nữ tuổi sinh đẻ mà lao động trung bình có nguy cơ thiếu máu cao gấp 1,1 lần so với phụ nữ lao động nhẹ. Phụ nữ ở nhóm tuổi 30 - 49 có nguy cơ thiếu máu cao gấp 0,8 lần so với phụ nữ ở nhóm tuổi 19 - 29. Tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với thiếu máu (n=468)

Yếu tố nguy cơ		Thiếu		Không		p (χ^2), OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Thiếu năng lượng trường diên	Có	8	16,7	40	83,3	> 0,05
	Không	66	15,7	354	84,3	2,5
Thừa cân-béo phì	Có	5	9,8	46	90,2	> 0,05
	Không	69	16,5	348	83,5	2,4
Béo bụng/ WHR>0,85	Có	14	15,6	76	84,4	> 0,05
	Không	60	15,9	318	84,1	
Tỷ trọng mỡ cơ thể	Không bình thường	34	14,5	201	85,5	> 0,05
	Bình thường	40	17,2	192	82,8	1,1

Bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu ở trong nhóm các đối tượng có tình trạng dinh dưỡng khác nhau như thiếu năng lượng trường diên, thừa cân-béo phì, béo bụng hoặc tỷ trọng mỡ cơ thể có khác nhau. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

Bảng 5. Mối liên quan giữa tuổi, nghề, học vấn và số con với thiếu kẽm (n=183)

Yếu tố nguy cơ		Thiếu		Không		p (χ^2), OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Số con của mẹ hiện có	≥ 3	24	41,4	34	58,6	> 0,05
	≤ 2	57	45,6	68	54,4	0,8
Học vấn	Dưới cấp 3	50	48,5	53	51,5	> 0,05
	Cấp 3 trở lên	31	38,8	49	61,2	1,5
Nghề nghiệp/ hình thức lao động	Trung bình	51	44,7	63	55,3	> 0,05
	Nhẹ	30	43,5	39	56,5	1,1

Nhóm tuổi	19-29	14	50,0	14	50,0	> 0,05 1,3
	30-49	67	43,2	88	56,8	

Bảng 5 cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ thiếu kẽm phân loại theo số con hiện có của mẹ; trình độ học vấn, nghề nghiệp, theo nhóm tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ thiếu kẽm phân theo các nhóm đối tượng không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với thiếu kẽm (n=183)

Yếu tố nguy cơ		Thiếu		Không		p (χ ²), OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Thiếu năng lượng trường diễn	Có	8	33,3	16	66,7	> 0,05 1,05
	Không	73	45,9	86	54,1	
Thừa cân-béo phì	Có	14	56,0	11	44,0	> 0,05 1,34
	Không	67	42,4	91	57,6	
Tỷ trọng mỡ cơ thể	Không bình thường	29	37,2	49	62,8	> 0,05 0,8
	Bình thường	52	50,0	52	50,0	

Bảng 6 cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ thiếu kẽm phân loại theo nhóm thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân-béo phì và tỷ trọng mỡ của cơ thể có sự khác biệt. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ thiếu kẽm phân theo các đối tượng không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Thiếu máu làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong. Thiếu máu gây ra bởi nhiều nguyên nhân cả do dinh dưỡng (thiếu vitamin và chất khoáng) và không do dinh dưỡng (nhiễm trùng) và thường xảy ra đồng thời. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ 20-49 tuổi tại 6 xã của các huyện vùng ven biển tỉnh Nam Định năm 2020 là 15,8%, ở mức nhẹ có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, trong đó tỷ lệ thiếu máu mức độ: nhẹ chiếm 50%; vừa 31,1%; nặng 18,9%. Tỷ lệ thiếu máu chung ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Campuchia năm 2016 (43,3%) (Wieringa FT, 2016) cũng như 1 số nghiên cứu gần đây ở nước ta như: nghiên cứu ở phụ nữ Dao tuổi sinh đẻ tại huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng năm 2017 (31,3%) [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu trong nhóm đối tượng thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Nguyễn Phương Linh là 25,6% [6]. Tỷ lệ này cũng thấp hơn tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 4 xã của tỉnh Nam Định năm 2015 (23,2%) [7]. Điều này có thể là do sự khác nhau về điều kiện kinh tế-xã hội, phong tục tập quán, thói quen ăn uống cũng như nhận thức của người dân giữa các vùng miền. Tuy nhiên cũng có điểm tương đồng giữa các nghiên cứu là tỷ lệ thiếu máu chủ yếu mức độ nhẹ và vừa. Đồng thời, tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu cũng thấp hơn so với báo cáo tổng điều tra của Viện Dinh dưỡng năm 2020 (16,2%) [8].

Cùng với thiếu máu, thiếu kẽm cũng là vấn đề có ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ tuổi sinh đẻ ở nhiều quốc gia. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng thiếu kẽm ở phụ nữ độ tuổi

sinh đẻ tại Việt Nam. Tỷ lệ thiếu kẽm trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,3%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ sinh đẻ (kết quả điều tra vi chất 2014- 2015 của Viện Dinh dưỡng-Bộ Y tế) ở khu vực miền núi là 87%; khu vực nông thôn là 81%, khu vực thành thị là 80,8%; chung toàn quốc là 80,3% [4]. Tuy nhiên tỷ lệ thiếu kẽm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của tác giả Hoàng Thị Thơm cũng nghiên cứu trên phụ nữ sinh đẻ tại 4 xã của tỉnh Nam Định năm 2015 là 46,5% [7].

Nguyên nhân có sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu và thiếu kẽm trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải thông qua một số các nguyên nhân như độ tuổi của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố không đều; đặc thù đối tượng nghiên cứu ở khu vực nông thôn ven biển có sự khác biệt so với khu vực thành phố, nông thôn và miền núi. Thiếu máu và thiếu kẽm là vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm giải quyết nhằm đem lại sức khỏe cho phụ nữ sinh đẻ nói riêng và tất cả cộng đồng nói chung. Việc cải thiện cung cấp thông tin, kiến thức về chế độ ăn của người dân một cách hợp lý sẽ là phương án xử lý bền vững để giải quyết các vấn đề trên.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ 20-49 tuổi tại 6 xã của các huyện vùng ven biển tỉnh Nam Định là 15,8%, ở mức nhẹ có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa. Tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ trong nghiên cứu cao chiếm 62,3%. Chưa tìm thấy sự khác biệt về tình trạng thiếu máu, thiếu kẽm của các đối tượng có tình trạng dinh dưỡng khác

nhau. Như vậy, tỷ lệ thiếu máu ở mức nhẹ và thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại Nam Định xếp ở mức nặng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Cần tiếp tục theo dõi tình trạng thiếu máu, thiếu kẽm trên phụ nữ tuổi sinh đẻ cũng như có thêm nhiều nghiên cứu hơn nữa để tìm hiểu nguyên nhân và các yếu tố liên quan dẫn đến thiếu máu, thiếu kẽm để đưa ra các giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng thiếu máu, thiếu kẽm một cách chính xác và hiệu quả ở phụ nữ từ 20-49 tuổi tại các xã vùng ven biển tỉnh Nam Định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. The global prevalence of aneamian in 2011.2015.
2. Viện Dinh dưỡng. Tình hình dinh dưỡng chiến lược can thiệp 2011-2015 và định hướng 2016-2020. Nhà xuất bản Y học, 2017.
3. Ninh Thị Nhung, Phạm Thị Hòa (2013). Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên hệ chính quy tại hai trường đại học, trung cấp tỉnh Nam Định năm 2012. Tạp chí Y học thực hành.870(5), 93-96.
4. Trần Thúy Nga, Lê Danh Tuyên (2015). 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 tại Hội nghị Phòng chống thiếu Vi chất dinh dưỡng, VDD-UNICEF.
5. Nguyễn Văn Điệp, Nguyễn Quang Dũng, Lê Danh Tuyên. 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, Phụ bản: 100-105.
6. Hoàng Nguyễn Phương Linh, Nguyễn Hồng Trường, Nguyễn Song Tú, Lê Danh Tuyên. Tình trạng thiếu máu và dự trữ sắt ở phụ nữ 15-35 tuổi tại một huyện miền núi phía Bắc năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021; Tập 507, số 2, p.261-265.
7. Hoàng Thị Thơm, Trần Thúy Nga, Phạm Ngọc Khải. Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 4 xã tỉnh Nam Định. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2017; 13(2): 64-68.
8. 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 2021.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY ĐỊNH AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA CÁC QUÁN ĂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI PHƯỜNG HƯNG LỢI, QUẬN NINH KIỀU, CẦN THƠ NĂM 2021

Võ Tuấn Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng tuân thủ quy định về an toàn thực phẩm (ATTP) và Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy định về an toàn thực phẩm của các quán ăn tại phường Hưng Lợi, quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ năm 2021. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Nghiên cứu định lượng đã chọn toàn bộ 220 quán ăn để đánh giá việc tuân thủ các quy định về an toàn thực phẩm. Nghiên cứu định tính đã phỏng vấn 11 đối tượng, gồm: Lãnh đạo làm công tác quản lý an toàn thực phẩm (1 người tuyến thành phố, 2 người tuyến quận, 2 người tuyến phường) và 6 người là chủ cơ sở. **Kết quả:** Tỷ lệ các quán ăn tuân thủ các quy định về an toàn thực phẩm chỉ đạt 36,8%, trong đó: tỷ lệ đạt các tiêu chí về điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện trang thiết bị, dụng cụ tại các quán ăn theo quy định của Bộ Y tế rất thấp lần lượt là 65,9% và 52,3%; người chế biến tại các quán ăn có thực hành chung

đạt về an toàn thực phẩm 51,4% và kiến thức đúng về an toàn thực phẩm đạt tỷ lệ cao nhất 74,5%. Việc tuân thủ quy định an toàn thực phẩm tại các quán ăn gồm người chế biến có kiến thức về việc tuân thủ các điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm; công tác truyền thông, công tác truyền thông, kiểm tra, giám sát về an toàn thực phẩm triển khai thường xuyên hàng năm; chế tài xử phạt các hành vi vi phạm đủ sức răn đe.

Từ khóa: An toàn thực phẩm, Yếu tố ảnh hưởng, Quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ

SUMMARY

SITUATION OF COMPLIANCE WITH FOOD SAFETY REGULATIONS OF RESTAURANTS AND SOME FACTORS AFFECTING IT AT HUNG LOI WARD, NINH KIEU DISTRICT, CAN THO IN 2021

Objectives: This study has two objectives as the follows: to assess the status of compliance with regulations on food safety and some factors affecting of food safety regulations of restaurants in Hung Loi ward. , Ninh Kieu district, Can Tho city in 2021.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative method. The quantitative study selected all 220 restaurants to assess compliance with food safety regulations. Qualitative research interviewed 11 subjects,

*Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tuấn Ngọc

Email: vtn@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

including: Leaders in charge of food safety management (1 person at city level, 2 people at district level, 2 people at ward level) and 6 people who are establishment owners. **Main findings:** The percentage of restaurants that comply with food safety regulations is only 36.8%, of which: the rate of meeting the criteria on conditions of facilities, conditions of equipment and tools at the restaurants, food according to the regulations of the Ministry of Health is very low at 65.9% and 52.3%, respectively; Processors at restaurants with common practice achieved 51.4% of food safety and correct knowledge of food safety achieved the highest rate of 74.5%. The compliance with food safety regulations at the restaurants includes the processor having knowledge about compliance with the conditions to ensure food safety; communication, communication, inspection and supervision on food safety is carried out regularly every year; sanctions for violations are sufficiently deterrent.

Key words: Food safety, influenced factor, Ninh Kieu District, Can Tho City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm là một vấn đề cấp thiết cần phải được quan tâm và kiểm soát kịp thời, bởi tác hại của nó không chỉ ảnh hưởng tới một số đối tượng nhất định mà “thực phẩm bẩn” đang gây ra các mối nguy cơ sức khỏe cho mọi người dân Việt Nam và nếu tiếp tục tồn tại thì về lâu dài sẽ làm tăng tỷ lệ bệnh tật, đặt gánh nặng lên ngành y tế, ảnh hưởng nhiều đến sự phát triển giống nòi của dân tộc (1). Nghiên cứu của Siow Oi Nee và Norrakiah Abdullah Sani tại Malaysia năm 2011, tỷ lệ kiến thức chung về ATTP đạt 57,8% trong đó có kiến thức tốt về vệ sinh cá nhân và ngăn ngừa các bệnh do thực phẩm lần lượt là 93,85% và 73,85% nhưng kiến thức của họ về nhiệt độ bảo quản thực phẩm và chế biến thực phẩm kém 28,0% (2). Kết quả giám sát ngộ độc thực phẩm từ năm 2016 - 2020 của Cục An toàn thực phẩm cả nước có 584 vụ ngộ độc thực phẩm với 16.103 người bị ngộ độc thực phẩm, 12.813 người đi viện và 82 người tử vong (3). Tính đến tháng 12 năm 2020, phường Hưng Lợi, quận Ninh Kiều có 220 quán ăn và trong năm 2020 trạm Y tế phường đã đánh giá sơ bộ tỷ lệ quán ăn chấp hành tốt các quy định an toàn thực phẩm là 41,0% (4), chủ yếu chưa đạt điều kiện nơi chế biến, kiến thức và thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến chưa tốt, ảnh hưởng đến quyền lợi của khách hàng và an toàn thực phẩm tại các quán ăn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài “*Thực trạng tuân thủ quy định an toàn thực phẩm của các quán ăn và một số yếu tố ảnh hưởng tại phường Hưng Lợi, quận Ninh Kiều, Cần Thơ năm 2021*” nhằm đánh giá thực trạng và

phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy định an toàn thực phẩm của các quán ăn tại phường Hưng Lợi, quận Ninh Kiều, Cần Thơ năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang kết hợp định lượng và định tính được sử dụng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 09 năm 2020 đến tháng 10 năm 2021 tại phường Hưng Lợi quận Ninh Kiều Tp.Cần Thơ.

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các quán ăn và nhóm cán bộ quản lý về ATTP trên địa bàn phường Hưng Lợi, quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cấu phần định lượng: Toàn bộ 220 quán ăn trên địa bàn, để đánh giá điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị dụng cụ và điều kiện con người bao gồm kiến thức về ATTP và quan sát thực hành về ATTP của họ.

Cấu phần định tính: phỏng vấn sâu các đối tượng: 06 người chủ quán ăn (03 chủ cơ sở đạt các điều kiện ATTP, 03 chủ cơ sở không đạt các điều kiện ATTP), 05 cán bộ quản lý về ATTP: Trưởng phòng Thanh tra Chi cục an toàn vệ sinh thực phẩm; Lãnh đạo và Trưởng Khoa Trung tâm Y tế quận Ninh Kiều; Cán bộ phụ trách ATTP Ủy ban nhân dân phường Hưng Lợi; Trưởng trạm Y tế phường Hưng Lợi. Như vậy, sẽ có 11 cuộc phỏng vấn sâu.

Biến số nghiên cứu. Các biến số định lượng chính của nghiên cứu bao gồm các biến về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị dụng cụ tại các quán ăn (02 tiểu mục); kiến thức về ATTP của người chế biến tại các quán ăn (02 tiểu mục); thực hành về ATTP của người chế biến tại các quán ăn (02 tiểu mục).

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu. Với cấu phần định lượng, thu thập số liệu thông qua quan sát kết hợp phỏng vấn trực tiếp chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến thực phẩm tại các quán ăn. Với cấu phần định tính, tiến hành 11 cuộc phỏng vấn sâu dựa trên hướng dẫn phỏng vấn tương ứng trong thời gian từ 35 – 45 phút;

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu định lượng được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, Số liệu định tính được gỡ băng, mã hóa và trích dẫn theo chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua (Công văn số 15/2020/YTCC-HD3 ngày 27/01/2021).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực trạng tuân thủ quy định về an toàn thực phẩm tại các quán ăn

Bảng 1. Thông tin chung về quán ăn

Tiêu chí	Nội dung (n=220)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh phù hợp ngành nghề kinh doanh	Đạt	161	73,2
	Không đạt	59	26,8
Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP còn hiệu lực	Đạt	159	72,3
	Không đạt	61	27,7
Thời gian kinh doanh	Buổi sáng	112	50,9
	Buổi chiều	13	5,9
	Buổi tối	26	11,8
	Cả ngày	69	31,4
Quy mô kinh doanh	< 50 suất ăn/lần phục vụ	122	55,5
	50 đến <100 suất ăn/lần phục vụ	81	36,8
	100 đến <150 suất ăn/lần phục vụ	9	4,1
	150 đến <200 suất ăn/lần phục vụ	8	3,6
Mặt hàng kinh doanh chính	Món ăn điểm tâm sáng (bún, phở, bánh cuốn, cháo, bánh mì, bánh bao)	110	50,0
	Cơm bình dân	110	50,0
Xử phạt vi phạm hành chính	Có	185	84,1
	Không có	35	15,9

Tỷ lệ các quán ăn trên địa bàn nghiên cứu đạt về giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP còn hiệu lực là 72,3%; thời gian quán ăn kinh doanh buổi sáng là chủ yếu 50,9%; quy mô kinh doanh dưới 50 suất ăn/lần phục vụ chiếm tỷ lệ 55,5%. Món điểm tâm sáng, cơm bình dân là món ăn phục vụ chính chiếm tỷ lệ 50,0%.

Bảng 2. Điều kiện cơ sở vật chất tại các quán ăn

TT	Tiêu chí (n=220)	Đạt	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Khu vực sơ chế, chế biến thực phẩm cách biệt với nhà vệ sinh và các nguồn ô nhiễm khác	202	91,8
2	Hệ thống xử lý chất thải	186	84,5
3	Tường xung quanh nơi chế biến thực phẩm	192	87,3
4	Sàn nhà sạch, dễ vệ sinh, không đọng nước	179	81,4
5	Nguyên liệu thực phẩm, phụ gia thực phẩm	155	70,5
6	Bàn bố trí thực phẩm, phân chia thức ăn cách mặt đất từ 60cm trở lên	193	87,7
7	Hệ thống cung cấp nước cho chế biến	220	100
Đánh giá chung về điều kiện cơ sở vật chất tại các quán ăn (7/7)		145	65,9

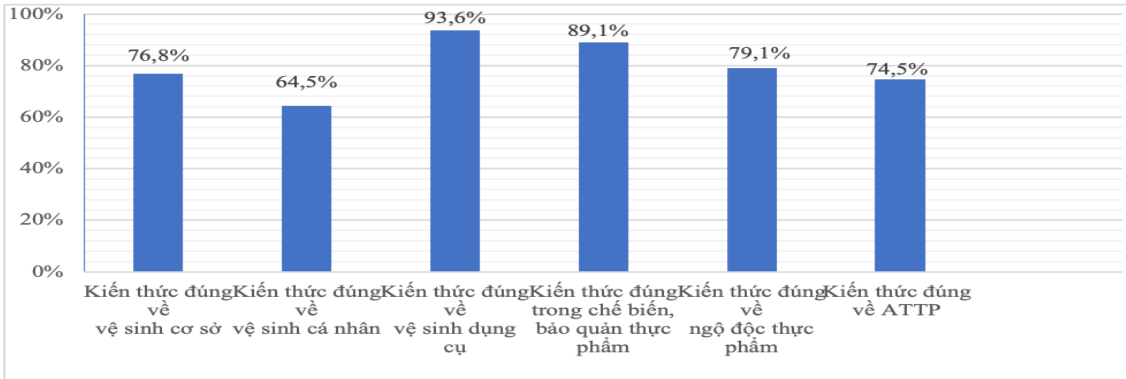
Tỷ lệ các quán ăn có điều kiện cơ sở vật chất đạt 65,9%. Trong đó có 03 tiêu chí đạt tỷ lệ cao: 100% quán ăn sử dụng nguồn nước từ nhà máy nước thủy cục và đủ nước để chế biến, 91,8% các quán ăn đạt về khu vực sơ chế, chế biến cách biệt với nhà vệ sinh và các nguồn ô nhiễm khác; 87,7% các quán ăn đạt về bàn bố trí thực phẩm, phân chia thức ăn cách mặt đất từ 60 cm trở lên. Trong khi đó tiêu chí về nguồn nguyên liệu thực phẩm, phụ gia thực phẩm đạt tỷ lệ thấp nhất 70,5%.

Bảng 3. Kiến thức về ngộ độc thực phẩm của người chế biến tại các quán ăn

TT	Hiểu biết về nội dung (n=220)	Đạt	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Biết nguyên nhân gây ra thực phẩm không an toàn	171	77,7
2	Tác hại của thực phẩm không an toàn	184	83,6
3	Nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm	191	86,8
4	Biết khi ngộ độc thực phẩm xảy ra thông báo đến đơn vị y tế	180	81,8

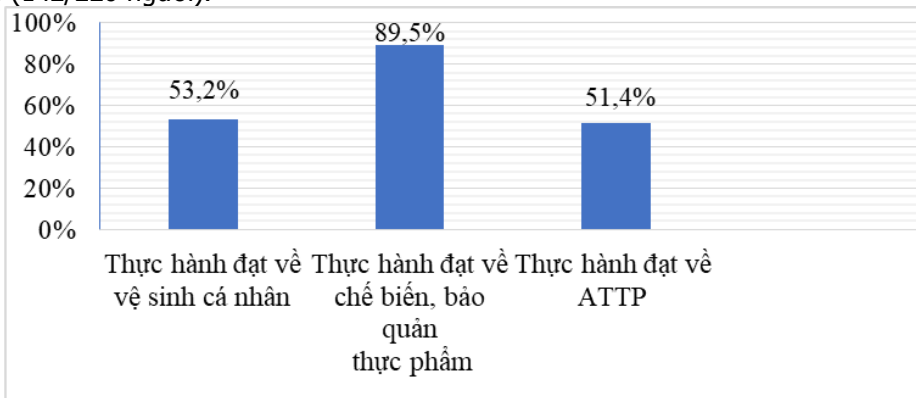
5	Biết biểu hiện của ngộ độc thực phẩm khi xảy ra các dấu hiệu như: Đau bụng, nôn, tiêu chảy	186	84,5
Kiến thức chung đúng về ngộ độc thực phẩm (4/5)		174	79,1

Tỷ lệ người chế biến tại các quán ăn có kiến thức đúng về ngộ độc thực phẩm đạt 79,1%. Trong đó, biết được nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm chiếm tỷ lệ đạt cao nhất 86,8% và biết được nguyên nhân gây ra thực phẩm không an toàn đạt tỷ lệ thấp nhất 77,7%.



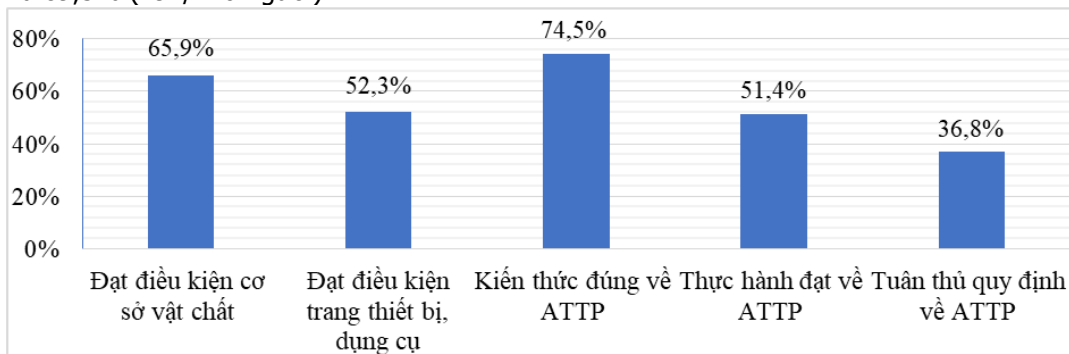
Biểu đồ 1: Tỷ lệ (%) người chế biến đạt các tiêu chí kiến thức đúng về an toàn thực phẩm

Tỷ lệ người chế biến đạt các tiêu chí kiến thức đúng về ATTP là 74,5% (164/220 người). Trong đó tỷ lệ người chế biến tại các quán ăn có kiến thức đúng về vệ sinh dụng cụ đạt cao nhất 93,6% (206/220 người), tỷ lệ người chế biến tại các quán ăn có kiến thức đúng về vệ sinh cá nhân đạt thấp nhất 64,5% (142/220 người).



Biểu đồ 2: Tỷ lệ (%) người chế biến đạt các tiêu chí thực hành đạt về an toàn thực phẩm

Người chế biến tại các quán ăn có thực hành chung về ATTP chỉ đạt 51,4% (113/220 người), thực hành đạt về vệ sinh cá nhân là 53,2% (117/220 người) và thực hành đạt về chế biến, bảo quản thực phẩm là 89,5% (197/220 người).



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ (%) các quán ăn tuân thủ quy định về an toàn thực phẩm

Tỷ lệ các quán ăn tuân thủ quy định về ATTP chỉ đạt 36,8% (81/220 quán ăn). Trong đó tỷ lệ đạt các tiêu chí về điều kiện cơ sở vật chất theo quy định của Bộ Y tế là 65,9% (145/220 quán ăn) và tỷ lệ đạt các tiêu chí về điều kiện trang thiết bị, dụng cụ tại các quán ăn theo quy định của Bộ Y tế là 52,3% (115/220 quán ăn); tỷ lệ người chế biến tại các quán ăn có thực hành chung đạt về ATTP 51,4% (113/220 người) và kiến thức đúng về ATTP đạt cao nhất 74,5% (164/220 người).

Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng tuân thủ quy định về an toàn thực phẩm của các quán ăn. Các yếu tố thuộc về nhóm chủ cơ sở các quán ăn và nhóm thuộc về quản lý, Kết quả nghiên cứu cho thấy công tác phổ biến các văn bản pháp luật liên quan ATTP được xác định là nhiệm vụ quan trọng trong công tác bảo đảm ATTP. Do đó các cơ quan quản lý phối hợp chặt chẽ với địa phương triển khai đều đặn, định kỳ hàng năm và phổ biến các quy định trong quá trình kiểm tra thực tế tại cơ sở nhằm tăng cường trách nhiệm của người chủ cơ sở, người chế biến trong hoạt động kinh doanh để đảm bảo chất lượng bữa ăn an toàn, nâng cao công tác phòng, chống ngộ độc thực phẩm và các bệnh lây qua thực phẩm trên địa bàn: "...Hoạt động tuyên truyền triển khai văn bản pháp luật về ATTP được tổ chức mỗi năm một lần. Đồng thời có phổ biến các quy định trong quá trình kiểm tra thực tế tại cơ sở để bổ sung kiến thức về ATTP cho các chủ cơ sở nhằm tác động đến ý thức chấp hành các yêu cầu về bảo đảm ATTP trong hoạt động kinh doanh quán ăn, tạo ra bữa ăn an toàn cho người tiêu dùng ..." (PVS- LĐ - PTT).

Yếu tố thuộc về nhóm chủ cơ sở quán ăn. Qua phỏng vấn sâu, 06/06 người chủ cơ sở đều nắm được muốn hoạt động kinh doanh phải có đầy đủ các loại giấy tờ quy định có liên quan như giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh có ngành nghề kinh doanh phù hợp, giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP nên có ảnh hưởng tích cực đến việc tuân thủ quy định ATTP: "...Anh đã kinh doanh quán ăn 7 năm nay nên biết các loại giấy tờ hành chính là bắt buộc phải thực hiện trước khi hoạt động nếu không thực hiện là sẽ bị tạm ngưng hoạt động đến khi thực hiện đầy đủ. Và lại tìm hiểu các giấy tờ sẽ giúp mình nắm được đầy đủ các quy định về đảm bảo điều kiện ATTP mà làm theo cho đúng" (PVS-CCS1). Kết quả phỏng vấn sâu cho biết 04/06 chủ cơ sở biết để kinh doanh quán ăn cần tuân thủ về điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện trang thiết bị dụng cụ, điều kiện con người: "Em biết

quán ăn phải được thiết kế cách xa nguồn ô nhiễm, nền khu vực chế biến cao ráo sạch sẽ, nguồn nước sử dụng chế biến phải đảm bảo yêu cầu, có dao, thớt dùng riêng cho thực phẩm sống và chín, người chế biến phải có sức khỏe tốt,..." (PVS-CCS5). "Em biết khi chế biến thức ăn phải được đặt trên bàn và người chế biến nếu mắc các bệnh về đường hô hấp hay các bệnh về hệ tiêu hóa, bệnh truyền nhiễm thì sẽ không được làm ở bếp,..." (PVS-CCS6). Qua phỏng vấn trực tiếp đã chỉ ra sau khi được cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP, ý thức chấp hành việc duy trì các điều kiện ATTP các chủ cơ sở kém như nền nhà khu vực chế biến bong tróc, đọng nước; thiếu xà phòng và khăn lau khô tay tại bồn rửa tay ở khu vực chế biến, thiếu dụng cụ để kẹp, gắp, xúc thức ăn, thùng rác không đảm bảo kín, thiếu nắp đậy đã ảnh hưởng tiêu cực đến việc tuân thủ quy định về ATTP: "...Quán em này em thuê ngắn hạn, em biết nền nhà xuống cấp nhưng sửa nền nhà cũng hơi tốn kém mà chủ nhà lại không hỗ trợ em sửa chữa,..." (PVS-CCS4). "...Thùng rác em chỉ mở không đậy kín vào các thời điểm chế biến liên tục trong ngày à, khi chia thức ăn khô thì em có mang bao tay bốc thức ăn thì sẽ nhanh hơn dùng đũa để gắp thức ăn,..." (PVS-CCS3).

Yếu tố thuộc về quản lý. Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy các thông tin về ATTP được các cơ quan quản lý ATTP chú trọng tuyên truyền qua đài Phát thanh, đài Phát thanh – Truyền hình, tờ rơi, áp phích tuyên truyền, hội thảo bảo đảm ATTP: "...Hàng năm phối hợp với các Trung tâm Y tế, phòng Y tế quận, huyện tổ chức Hội thảo bảo đảm ATTP nhằm cập nhật và nâng cao kiến thức ATTP cho người sản xuất, kinh doanh thực phẩm, giúp họ có ý thức trách nhiệm và chấp hành tốt các quy định của Nhà nước về ATTP. Đồng thời, phối hợp với Đài Phát thanh – Truyền hình thành phố Cần Thơ thực hiện chuyên mục "ăn sạch sống khỏe", phóng sự và phát sóng thông điệp ATTP ..." (PVS-LĐ-PTT). Qua phỏng vấn sâu, biện pháp xử phạt mà các Đoàn kiểm tra đã áp dụng đối với những quán ăn vi phạm về điều kiện ATTP và thực hành không đạt về ATTP bước đầu đã mang lại hiệu quả, đủ sức răn đe: "... Đối với những quán ăn vi phạm, các đoàn kiểm tra xử phạt nghiêm lỗi vi phạm, đình chỉ hoạt động nếu quán ăn không đủ các giấy tờ pháp lý, không tuân thủ đầy đủ các qui định về ATTP và có biện pháp giám sát chặt chẽ các quán ăn vi phạm này, công bố thông tin những quán ăn vi phạm lên trang website Sở Y tế thành phố Cần Thơ và đặc biệt chú ý kiểm tra đột xuất đối với

các quán ăn vi phạm mà không cần báo trước nhằm góp phần nâng cao ý thức chấp hành và tự tìm hiểu, cập nhật các văn bản quy định liên quan đến lĩnh vực của họ" (PVS-LĐ-PTT).

Trung tâm Y tế quận Ninh Kiều phối hợp tuyến phường duy trì thực hiện kiểm tra, giám sát theo kế hoạch định kỳ 1 năm/lần và kiểm tra đột xuất trong trường hợp phát hiện có dấu hiệu vi phạm về ATTP. Do đó đã tác động tốt đến ý thức chấp hành các quy định về ATTP tại quán ăn. "...Công tác kiểm tra 1 năm/lần đối với các quán ăn trên địa bàn, phần lớn là kiểm tra liên ngành và có gửi văn bản thông báo cho cơ sở để biết thời gian, nội dung kiểm tra để họ chuẩn bị hồ sơ và bố trí thời gian làm việc với Đoàn kiểm tra..." (PVS-CB-UBNDHL). Tuy nhiên, theo quy định kiểm tra với hình thức định kỳ theo quy định tại Thông tư số 48/2015/TT-BYT phải thông báo cho quán ăn được kiểm tra chậm nhất 01 ngày có thể không phản ánh chính xác điều kiện thực tế tại quán ăn do các chủ cơ sở có thời gian chuẩn bị đối phó để tiếp đoàn kiểm tra. "...Khi kiểm tra định kỳ theo quy định phải thông báo trước ít nhất 01 ngày nên các quán ăn đủ thời gian chuẩn bị các giấy tờ, dọn dẹp vệ sinh cơ sở để đối phó với đoàn kiểm tra nên chưa đánh giá được chính xác thực trạng điều kiện ATTP, thực hành về ATTP..." (PVS-CB-TTYTNK). Để phản ánh chính xác thực trạng vấn đề này, chúng ta cần phải tiến hành kiểm tra đột xuất: "Theo ý kiến của tôi, cần tiến hành kiểm tra đột xuất thì mới biết được các sai phạm thực tế, từ đó có biện pháp hậu kiểm đối với các cơ sở chủ động đối phó..." (PVS - TYTHL).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ các quán ăn tuân thủ quy định về ATTP chỉ đạt 36,8%. Trong đó tỷ lệ đạt các tiêu chí về điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện trang thiết bị, dụng cụ tại các quán ăn theo quy định của Bộ Y tế rất thấp lần lượt là 65,9% và 52,3%, người chế biến tại các quán ăn có thực hành chung đạt về ATTP 51,4% và tỷ lệ người chế biến đạt các tiêu chí kiến thức đúng về ATTP cao nhất 74,5%. Điều kiện về cơ sở vật chất của quán ăn là một trong những điều kiện quan trọng trong việc đảm bảo ATTP. Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ đạt về điều kiện cơ sở vật chất của quán ăn là 65,9%. Tỷ lệ đạt này cao hơn nghiên cứu của Trương Văn Bé Tư (2017) 29,5%, Đào Ngọc Yến (2013) 41,3%, Lê Thị Hằng (2016) 25,9% (5-7). Mặc dù tỷ lệ đạt cao hơn các nghiên cứu khác nhưng với tỷ lệ đạt chỉ 65,9% nhận thấy ý thức

của một số chủ cơ sở chưa cao trong việc tu sửa cơ sở vật chất đã sử dụng nhiều năm và sàn nhà khu vực chế biến đã xuống cấp (nền khu vực chế biến thực phẩm đạt. Qua điều tra đã chỉ ra 100% các quán ăn tại đây có đầy đủ các dụng cụ ăn uống, chế biến thực phẩm bằng kim loại không gỉ, không thôi nhiễm vào thực phẩm; dùng riêng dao và thớt cho thực phẩm sống và chín; 98,2% quán ăn rửa dụng cụ bằng chất tẩy đúng quy định; 95,0% có đầy đủ dụng cụ để gấp, xúc thức ăn. Nhưng tỷ lệ đạt chung về điều kiện trang thiết bị dụng cụ chỉ đạt 52,3% thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Ngọc Yến (2013) 89,3% (5), Lê Thị Hằng (2016) 64,8% (6), nhưng cao hơn nghiên cứu của Trương Văn Bé Tư (2017) 10,7% (7). Với tỷ lệ đạt 52,3% chỉ ra chủ cơ sở tại đây vẫn chưa quan tâm đến việc bố trí đầy đủ các trang thiết bị dụng cụ phục vụ cho việc chế biến thực phẩm và kinh doanh thực phẩm. Nếu như cơ sở không trang bị đầy đủ các điều kiện trang thiết bị dụng cụ thì có khả năng gây ô nhiễm thực phẩm là rất lớn và đây cũng là vấn đề mà các đơn vị quản lý về ATTP tại địa phương cần phải quan tâm hơn nữa để đưa ra các biện pháp đảm bảo ATTP trên địa bàn. Kiến thức đúng về ngộ độc thực phẩm của người chế biến đạt 79,1% thấp hơn Trương Văn Bé Tư (2017) 83,0% (7) nhưng cao hơn Đào Ngọc Yến (2013) 45,9% (5). Trong đó tỷ lệ người chế biến có kiến thức về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm đạt 86,8% cao hơn Trương Văn Bé Tư (2017) 71,4% (7) nhưng tỷ lệ đạt về biết các biểu hiện của ngộ độc thực phẩm và thông báo đến cơ quan y tế trên địa bàn khi ngộ độc thực phẩm xảy ra là 81,8%, 84,5% lại đạt thấp hơn Trương Văn Bé Tư (2017) 97,3%, 94,6% (7).

Kết quả định lượng chỉ ra người chế biến được cơ quan quản lý kiểm tra hoặc giám sát 2 lần/năm thì có khả năng tuân thủ quy định về ATTP đạt cao gấp 4,04 lần so với người chế biến được cơ quan quản lý kiểm tra hoặc giám sát 1 lần/năm ($p < 0,001$). Khi phỏng vấn sâu nhóm lãnh đạo và cán bộ chuyên trách về ATTP cho biết công tác kiểm tra, giám sát và đánh giá về quá trình thực hiện đúng quy trình nghiêm ngặt, có kế hoạch cụ thể, có sự phối hợp các sở, ngành cùng tham gia đã tác động tốt đến ý thức tuân thủ các quy định về ATTP của chủ cơ sở. Qua việc kiểm tra, giám sát phát hiện vi phạm, kịp thời xử lý sự nguy cơ mất ATTP tại quán ăn, kiên quyết đưa tên các quán ăn vi phạm lên thông tin đại chúng để răn đe quán ăn nhằm từng bước quản lý tốt các quán ăn tại phường

Hưng Lợi nhằm đem đến cho người dân bữa ăn an toàn. Ngoài ra, để đánh giá được chính xác thực trạng tuân thủ các quy định về ATTP thì cần tiến hành kiểm tra đột xuất.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ các quán ăn tuân thủ quy định về an toàn thực phẩm chỉ đạt 36,8%. Tỷ lệ đạt các tiêu chí về điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện trang thiết bị, dụng cụ tại các quán ăn theo quy định của Bộ Y tế rất thấp lần lượt là 65,9% và 52,3%. Người chế biến tại các quán ăn có thực hành chung đạt về an toàn thực phẩm 51,4% và kiến thức đúng về an toàn thực phẩm đạt tỷ lệ cao nhất 74,5%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng tuân thủ quy định an toàn thực phẩm, qua phỏng vấn sâu các yếu tố ảnh hưởng tích cực đến việc tuân thủ quy định an toàn thực phẩm tại các quán ăn: Chủ có hiểu biết đầy đủ các giấy tờ pháp lý để hoạt động và có kiến thức về việc tuân thủ các điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm; thực hành ghi chép sổ kiểm tra ba bước và lưu mẫu đúng quy định của Bộ Y tế. Về phía cơ quan quản lý cần triển khai thường xuyên hàng năm công tác truyền thông, công tác kiểm tra, giám sát về an toàn thực phẩm và đã áp dụng chế tài xử phạt các hành vi vi phạm đủ sức răn đe. Việc duy trì các điều kiện an toàn thực phẩm sau khi được cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm của chủ cơ sở kém và việc thông báo thời gian kiểm tra cho quán ăn theo quy định làm ảnh hưởng đến kết quả kiểm tra. Chủ cơ sở cần chấp hành nghiêm các quy định của

Nhà nước về lĩnh vực an toàn thực phẩm, duy trì các điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm sau khi được cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin cảm ơn Trường Đại học Y tế công cộng; Ban Lãnh đạo Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm thành phố Cần Thơ, Ban Lãnh đạo Trung tâm Y tế quận Ninh Kiều, Ủy ban nhân dân phường Hưng Lợi, Trạm Y tế phường Hưng Lợi đã ủng hộ và tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cục An toàn thực phẩm.** Kiến thức cơ bản về an toàn thực phẩm. Hà Nội; 2015.
- Siow Oi Nee, Sani NA.** Assessment of knowledge, attitudes and practices (KAP) among food handlers at residential colleges and canteen regarding food safety. Sains Malaysiana. 2011;40(4):403-10.
- Cục An toàn thực phẩm.** Báo cáo kết quả giám sát ngộ độc thực phẩm giai đoạn 2016 - 2019. 2019.
- Trạm Y tế phường Hưng Lợi.** Báo cáo kết quả công tác bảo đảm an toàn thực phẩm năm 2019. Cần Thơ; 2019.
- Trương Văn Bé Tư** Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan tại các quán ăn thị xã Lai Cậy Tiền Giang năm 2017 [Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2017.
- Đào Ngọc Yến.** Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm quán ăn tại thị xã Dĩ an, tỉnh Bình Dương năm 2013 Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2014;18(6):168-75.
- Lê Thị Hằng.** Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan tại các cửa hàng ăn uống trên hai phường của quận Đống Đa, thành phố Hà Nội, năm 2016 [Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2016.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ 1,5-ANHYDROGLUCITOL Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Lâm Vĩnh Niên¹, Nguyễn Nguyệt Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: 1,5-AG là chất phản ánh tình trạng đường huyết ngắn hạn mà không thể theo dõi được bằng xét nghiệm HbA1c. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát sự thay đổi nồng độ 1,5-AG ở người bình thường và người ĐTĐ typ 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang so sánh với sự thay đổi

nồng độ 1,5-Anhydroglucitol giữa 2 nhóm bệnh nhân mắc ĐTĐ (189) và không mắc đái tháo đường (150). Tiến hành tại khoa Sinh hóa – bệnh viện Quân y 175 – thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 2/2020 – 7/2020. **Kết quả nghiên cứu:** 1,5-AG thấp rõ rệt ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2, nồng độ trung bình là $9,7 \pm 7,6 \mu\text{g/ml}$, so với nhóm người không mắc ĐTĐ là $23,3 \pm 8,1 \mu\text{g/ml}$, thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nhóm bệnh ĐTĐ typ 2, không có sự khác biệt nồng độ 1,5-AG theo giới, nồng độ lần lượt ở nam và nữ là: $9,1 \pm 7,7 \mu\text{g/ml}$, $10,4 \pm 7,5 \mu\text{g/ml}$ ($p = 0,184$). Nồng độ 1,5-AG ở đối tượng không mắc ĐTĐ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân theo nhóm tuổi, ở các độ tuổi < 40 , $40 - 49$, $50 - 59$, trên 60 tuổi, nồng độ lần lượt là $17,9 \pm 6,0 \mu\text{g/ml}$, $22,7 \pm 7,8 \mu\text{g/ml}$, $23,3 \pm 7,8 \mu\text{g/ml}$, $24,0 \pm 8,5 \mu\text{g/ml}$ ($p=0,111$). **Kết luận:** Định lượng 1,5-

¹Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

AG có khả năng kiểm soát đường huyết, nhất là trong những trường hợp cần đánh giá ngắn hạn.

Từ khóa: Đái tháo đường, HbA1C, 1,5-Anhydroglucitol

SUMMARY

INVESTIGATION OF 1,5-ANHYDROGLUCITOL CONCENTRATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Background: 1,5-AG is a reflective of short-term blood glucose status that cannot be monitored with the HbA1c test. **Objective:** to investigate the change of 1,5-AG concentration in normal people and people with type 2 diabetes. **Methods:** Cross-sectional study design compared with the change of 1,5-Anhydroglucitol concentration between 2 groups of patients with diabetes (189) and without diabetes (150). Conducted at the Department of Biochemistry - Military Medical Hospital 175 - Ho Chi Minh City from February 2020 to July 2020. **Results:** 1,5-AG was significantly low in patients with type 2 diabetes, the average concentration was $9.7 \pm 7.6 \mu\text{g/ml}$, compared with the group of people without diabetes was $23.3 \pm 8, 1 \mu\text{g/ml}$, lower is statistically significant ($p < 0.001$). In the group of type 2 diabetes, there was no difference in the concentration of 1,5-AG by sex, the concentrations in men and women were: $9.1 \pm 7.7 \mu\text{g/ml}$, 10.4 ± 7.5 , respectively. $\mu\text{g/ml}$ ($p = 0.184$). The concentration of 1,5-AG in subjects without diabetes did not have a statistically significant difference when dividing by age group, at the age of < 40 , $40 - 49$, $50 - 59$ years old, over 60 years old, respectively $17.9 \pm 6.0 \mu\text{g/ml}$, $22.7 \pm 7.8 \mu\text{g/ml}$, $23.3 \pm 7.8 \mu\text{g/ml}$, $24.0 \pm 8.5 \mu\text{g/ml}$ ($p=0.111$). **Conclusion:** Quantification of 1,5-AG has the ability to control blood sugar, especially in cases requiring short-term assessment.

Keywords: Diabetes, HbA1C, 1,5-Anhydroglucitol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến nhất ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, theo dự đoán của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF – International Diabetes Federation), 552 triệu người trên toàn thế giới mắc ĐTĐ vào năm 2030, và hầu hết đều đến từ những quốc gia thu nhập thấp (1). Nhiều bệnh nhân thường có tình trạng tăng đường huyết mạn tính im lặng trong một thời gian dài trước khi được chẩn đoán ĐTĐ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán và chiến lược theo dõi ĐTĐ hiện tại chủ yếu dựa trên hai xét nghiệm: glucose máu tĩnh mạch và HbA1c. Trong đó, HbA1c là “tiêu chuẩn vàng” trong kiểm soát đường huyết và giảm nồng độ HbA1c có thể ngăn sự phát triển và tiến triển các biến chứng mạn tính của ĐTĐ. HbA1c cho biết giá trị đường huyết trung bình trong vòng 2 – 3 tháng qua, tuy nhiên lại không thể ghi nhận nồng độ glucose dao động hàng ngày mà có thể liên quan đến

tăng đường huyết sau ăn hoặc các cơn hạ đường huyết, góp phần làm tăng nguy cơ biến chứng dài hạn của ĐTĐ, và điều này càng khẳng định tầm quan trọng của quản lý ĐTĐ (2),[3]. Hơn nữa, nồng độ HbA1c bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố từ bệnh nhân như thiếu máu, tán huyết, truyền máu, bệnh gan, bệnh thận, nghiện rượu, sử dụng thuốc và các bệnh lý bất thường hemoglobin di truyền (4).

Vì tất cả những lý do trên, một chỉ dấu thuận tiện và có giá trị cho tầm soát và chẩn đoán ĐTĐ trở nên cần thiết. 1,5-Anhydroglucitol (1,5-AG) là một chất đáp ứng được những nhu cầu đó. 1,5-AG, một monosaccharide sáu carbon, với cấu trúc gần giống glucose, có thể phản ánh chính xác nồng độ glucose trung bình trong 1 – 2 tuần trước đó ở bệnh nhân ĐTĐ. Dựa trên khả năng này, 1,5-AG đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm của Mỹ (FDA – US Food and Drug Administration) chứng nhận như là dấu ấn kiểm soát đường huyết ngắn hạn vào năm 2003 (5). Tóm lại, những điểm đáng nổi bật của 1,5-AG là phản ánh được tình trạng đường huyết ngắn hạn, tăng đường huyết sau ăn và biến động đường huyết mà không thể theo dõi được bằng xét nghiệm HbA1c.

Ở Việt Nam, theo dõi đường huyết chủ yếu dựa vào HbA1c, chưa có nhiều nghiên cứu về 1,5-AG và ứng dụng của 1,5-AG trên lâm sàng còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Khảo sát nồng độ 1,5-Anhydroglucitol ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2*”.

Mục tiêu nghiên cứu: *Nghiên cứu thực hiện nhằm khảo sát sự thay đổi nồng độ 1,5-AG ở người bình thường và người ĐTĐ týp 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ týp 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của ADA 2018.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú.
- Bệnh nhân mắc các bệnh về máu (bao gồm cả thiếu máu nặng), bệnh lý thận mạn, suy gan, các bệnh lý nội tiết như cường giáp.

- Nồng độ hemoglobin dưới ngưỡng bình thường (nam $< 13 \text{ g/dl}$, nữ $< 12 \text{ g/dl}$).

Cỡ mẫu nghiên cứu. Theo số liệu từ nghiên cứu của Wang và cộng sự vào năm 2012 (6), nồng độ 1,5-AG trên bệnh nhân ĐTĐ là $4,57 \mu\text{g/ml}$, độ lệch chuẩn 3,71. Với độ tin cậy 90%,

khoảng sai lệch 0,1, cỡ mẫu được ước tính theo lý thuyết xác suất là:

$$n = Z_{1-\alpha}^2 \cdot \frac{\sigma^2}{(X \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: $Z = 1,645$, $\varepsilon = 0,1$,^đ là độ lệch chuẩn, X là giá trị trung bình $\Rightarrow n = 178,33$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu cắt ngang là: 179 bệnh nhân.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại khoa Sinh hóa – bệnh viện Quân y 175 – thành phố Hồ Chí Minh.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2020 – 7/2020.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện liên tiếp

Phương pháp nghiên cứu

- Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được khai thác bệnh sử, tiền sử, các yếu tố liên quan đến mẫu bệnh án, khám lâm sàng và làm xét nghiệm một số chỉ số sinh hóa phù hợp, định lượng nồng độ 1,5-AG và HbA1c.

- Các bệnh nhân có HbA1c $\geq 7\%$ tiếp tục được đưa vào nghiên cứu tiến cứu, lấy mẫu máu xét nghiệm glucose, 1,5-AG và HbA1c tại hai thời điểm: lúc nhập viện/đến khám, sau 2 tuần.

- Tiến hành thu thập và phân tích dữ liệu

Định nghĩa biến số

- Tuổi: biến liên tục, tính bằng năm, lấy năm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

1.1. Phân bố đối tượng theo tuổi của các nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi trung bình của nhóm ĐTD và nhóm không mắc ĐTD

Tuổi (Năm)	Nhóm ĐTD (n = 189)	Nhóm không mắc ĐTD (n = 150)	Giá trị p
$\bar{x} \pm SD$	57,6 \pm 11,3	56,2 \pm 12,2	0,266
(Min – Max)	(22 – 86)	(22 – 91)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm ĐTD là 57,6 \pm 11,3, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 và nhỏ tuổi nhất là 22.

1.2. Phân bố đối tượng theo giới của các nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Phân bố theo giới tính của hai nhóm nghiên cứu

Giới	Nhóm ĐTD (n = 189)		Nhóm không mắc ĐTD (n = 150)		Giá trị p
	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tần suất	Tỉ lệ (%)	
Nữ	87	46,0	70	46,7	0,907
Nam	102	54,0	80	53,3	
Tổng	189	100	150	100	

Nhận xét: Trong 189 bệnh nhân ĐTD tít 2, có 102 bệnh nhân là nam và 87 bệnh nhân là nữ, chiếm tỉ lệ lần lượt là 54% và 46%. Tỉ lệ nam:nữ là 1,17.

2. Đặc điểm về các chỉ số đánh giá và kiểm soát đường huyết của hai nhóm nghiên cứu

2.1. Đặc điểm nồng độ glucose huyết thanh, HbA1c của các nhóm nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm nồng độ glucose huyết thanh và HbA1c ở hai nhóm nghiên cứu

Chi số	Nhóm ĐTD (n = 189)	Nhóm không mắc ĐTD (n = 150)	Giá trị p
Glucose	$\bar{x} \pm SD$ 12,3 \pm 8,13	5,3 \pm 0,64	< 0,001 ^a

nhập viện/đến khám trừ năm sinh.

- Giới: biến nhị phân gồm hai giá trị "nam" và "nữ".

- Bệnh nền: biến định tính gồm 5 giá trị:

- Huyết học: thiếu máu, các bệnh lý hemoglobin, tán huyết.

- Nội tiết: cường giáp, to đầu chi...

- Thận: các bệnh lý thận mạn.

- Gan: suy gan, xơ gan.

- Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.

- Khác: bao gồm những bệnh lý khác không thuộc 5 nhóm trên.

- Công thức máu, định lượng glucose, ure, creatinin, AST, ALT máu, HbA1c, 1,5-AG: biến định lượng, có giá trị là số thập phân, số dương.

Xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

- Biến định tính: tính tỉ lệ phần trăm, so sánh các tỉ lệ bằng test χ^2 .

- Kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50, phép kiểm Shapiro-Wilk khi cỡ mẫu nhỏ hơn 50, $p \leq 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

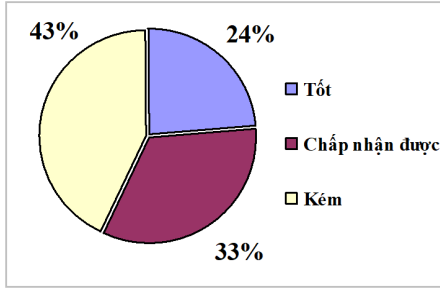
- Biến định lượng: trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn, so sánh các trung bình dựa vào test t; trình bày dưới dạng trung vị, tứ phân vị và khoảng giá trị nếu phân phối không chuẩn, so sánh các trung vị bằng phép kiểm Mann-Whitney.

(mmol/l)	Trung vị (KTPV)	9,1 (6,3 – 16,0)	5,2 (5,0 – 5,6)	
bA1c (%)		7,7 ± 2,1	5,6 ± 0,53	< 0,001 ^a
	Trung vị (KTPV)	6,9 (6,6 – 8,1)	5,7 (5,2 – 6,0)	

a. Wilcoxon tes

Nhận xét: Giá trị trung bình và trung vị của glucose và HbA1c nhóm ĐTĐ đều cao hơn nhóm không mắc ĐTĐ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

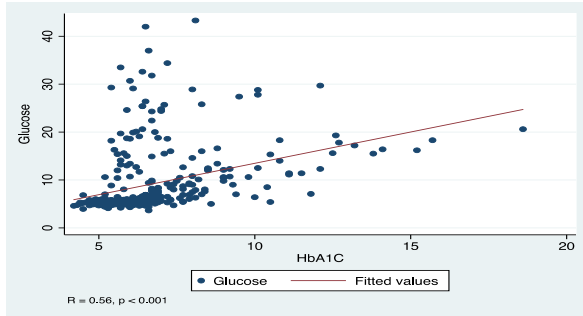
2.2. Phân bố HbA1c theo mức độ kiểm soát đường huyết ở nhóm ĐTĐ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân nhóm ĐTĐ có chỉ số HbA1c kiểm soát tốt, chấp nhận được, kém

Nhận xét: Hơn phân nửa số bệnh nhân (108/189) nhóm ĐTĐ, tương ứng 57%, có HbA1c ≤ 7%, phản ánh tình trạng quản lý đường máu ở mức chấp nhận được. Trong số đó có 46 người (24%) có HbA1c ≤ 6,5% cho thấy đường máu được kiểm soát tốt. 43% bệnh nhân quản lý đường huyết kém với HbA1c > 7%.

2.3. Tương quan giữa nồng độ glucose và HbA1c



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ glucose và HbA1c

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ mạnh giữa nồng độ glucose và HbA1c (hệ số tương quan $r = 0,56$), và mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm không mắc ĐTĐ là $56,2 \pm 12,2$, thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 91 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTĐ tít 2 là $57,6 \pm 11,3$, thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 86 tuổi.

Độ tuổi giữa hai nhóm là tương đương nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p = 0,266$). Trong 189 bệnh nhân nhóm ĐTĐ, số người từ 50 tuổi trở lên chiếm 76%, trong đó nhóm trên 60 tuổi là gặp nhiều nhất với 46,6%.

Đặc điểm này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Lương Quỳnh Hoa (2013) (7), Đoàn Thị Kim Châu (2016) (8), với tuổi trung bình ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 được ghi nhận lần lượt là: $57,14 \pm 13,2$; $60,7 \pm 0,1$; và số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 79%. Theo nghiên cứu của Wang và cộng sự (2016) (9), ghi nhận tuổi trung bình mắc ĐTĐ là $61,7 \pm 10,6$. Nghiên cứu của Drowacka và cộng sự (2005) (10), tuổi trung bình cũng có sự tương đồng là $56,1 \pm 8,7$.

Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh lí ĐTĐ tít 2 là tỉ lệ mắc bệnh có xu hướng gia tăng theo tuổi. Nguyên nhân là do tuổi càng cao thì chức năng của các cơ quan càng suy giảm, trong đó có tụy và những thay đổi trong chuyển hoá glucose. Đặc biệt là tình trạng đề kháng và rối loạn tiết insulin – cơ chế chính của ĐTĐ, gia tăng theo tuổi. Ngoài ra còn một số yếu tố khác liên quan như người cao tuổi thường dùng nhiều loại thuốc ảnh hưởng đến đường máu hoặc lối sống ít vận động.

Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn ghi nhận những trường hợp bệnh nhân còn khá trẻ, dưới 40 tuổi, chiếm 5,3%. Trong đó có 3 bệnh nhân dưới 30 tuổi, người trẻ nhất là 22 tuổi. Đây thực sự là một vấn đề đáng lo ngại về xu hướng ĐTĐ tít 2 ở người trẻ, khi mà các loại hình thức ăn nhanh, thực phẩm ngọt và nền kinh tế công nghiệp hoá ngày càng phát triển nhanh chóng, cùng lối sống bận rộn, ít có thời gian vận động, tập luyện càng làm tăng tỉ lệ khởi phát ĐTĐ tít 2 ở bất kì độ tuổi nào.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mắc ĐTĐ ở nam là 54%, cao hơn so với nữ là 46%. Tỉ lệ nam:nữ là 1,17/1. Ở nhóm không mắc ĐTĐ tỉ lệ nam:nữ là 1,14/1; tương ứng 53,3% và 46,7%. Tuy tỉ lệ nam giới ở nhóm ĐTĐ có cao hơn nữ nhưng không nhiều và gần như không có khác biệt về giới trong ĐTĐ tít 2. Nồng độ glucose và HbA1c trong dân số nghiên cứu của chúng tôi đều không có phân phối chuẩn. Nồng độ glucose trung bình ở nhóm ĐTĐ là $12,3 \pm 8,3$ mmol/l, trung vị là 9,1 mmol/l, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nồng độ nhóm không mắc ĐTĐ là $5,3 \pm 0,64$ mmol/l, trung vị là 5,2 mmol/l

($p < 0,001$). Tương tự, HbA1c trung bình ở nhóm ĐTĐ là $7,7 \pm 2,1\%$, trung vị là $6,9\%$ so với nhóm không mắc ĐTĐ là $5,6 \pm 0,63\%$, trung vị $5,7\%$ cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong 189 bệnh nhân ĐTĐ tít 2, chúng tôi chia ra làm ba nhóm kiểm soát đường huyết dựa theo HbA1c, trong đó kiểm soát tốt khi HbA1c $\leq 6,5\%$ có 46 bệnh nhân chiếm 24%, kiểm soát ở mức chấp nhận được khi HbA1c từ $6,5 - 7,0\%$ có 62 bệnh nhân chiếm 33%, còn lại 43% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi kiểm soát đường huyết kém $> 7,0\%$ tương ứng 81 bệnh nhân. Đây cũng chính là những đối tượng được tiếp tục đưa vào nghiên cứu tiến cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

1,5-AG thấp rõ rệt ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2, nồng độ trung bình là $9,7 \pm 7,6\mu\text{g/ml}$, so với nhóm người không mắc ĐTĐ là $23,3 \pm 8,1\mu\text{g/ml}$, thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nhóm bệnh ĐTĐ tít 2, không có sự khác biệt nồng độ 1,5-AG theo giới, nồng độ lần lượt ở nam và nữ là: $9,1 \pm 7,7\mu\text{g/ml}$, $10,4 \pm 7,5\mu\text{g/ml}$ ($p = 0,184$). Nồng độ 1,5-AG ở đối tượng không mắc ĐTĐ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân theo nhóm tuổi, ở các độ tuổi < 40 , $40 - 49$, $50 - 59$, trên 60 tuổi, nồng độ lần lượt là $17,9 \pm 6,0\mu\text{g/ml}$, $22,7 \pm 7,8\mu\text{g/ml}$, $23,3 \pm 7,8\mu\text{g/ml}$, $24,0 \pm 8,5\mu\text{g/ml}$ ($p = 0,111$). Nghiên cứu áp dụng định lượng 1,5-AG trong thực hành lâm sàng bên cạnh HbA1c để đánh giá khả năng kiểm soát đường huyết, nhất là trong những trường hợp cần đánh giá ngắn hạn.

CẢM ƠN. Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh đã hỗ trợ

kinh phí để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. R. Whiting (2011)**, "IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030", *Diabetes Res Clin Pract.* 94(3), 311-21.
2. **S. E. Siegelaa (2010)**, "Glucose variability; does it matter?", *Endocr Rev.* 31(2), 171-82.
3. **D. E. Goldstein (2004)**, "Tests of glycemia in diabetes", *Diabetes Care.* 27(7), 1761-73.
4. **B. I. Freedman (2010)**, "Comparison of glycosylated albumin and hemoglobin A1c concentrations in diabetic subjects on peritoneal and hemodialysis", *Perit Dial Int.* 30(1), 72-9.
5. **W. J. Kim C. Y. Park (2013)**, "1,5-Anhydroglucitol in diabetes mellitus", *Endocrine.* 43(1), 33-40.
6. **Y. Wang (2012)**, "A study on the association of serum 1,5-anhydroglucitol levels and the hyperglycaemic excursions as measured by continuous glucose monitoring system among people with type 2 diabetes in China", *Diabetes Metab Res Rev.* 28(4), 357-62.
7. **Quỳnh Hoa Lương (2013)**, Đánh giá giá trị của fructosamine huyết thanh trong theo dõi hiệu quả điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2, Luận văn Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Thị Kịch Châu Đoàn, Thị Hồng Nhung Phạm Nguyễn Trọng Phú Trần (2016)**, "Nghiên cứu thực trạng kiểm soát đường huyết thông qua HbA1C và một số chỉ số khác trên bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại khoa khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2015 - 2016", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 8, 144 - 151
9. **Y. Wang (2017)**, "Serum 1,5-anhydroglucitol level as a screening tool for diabetes mellitus in a community-based population at high risk of diabetes", *Acta Diabetol.* 54(5), 425-431.
10. **M. Dworacka H. Winiarska (2005)**, "The application of plasma 1,5-anhydro-D-glucitol for monitoring type 2 diabetic patients", *Dis Markers.* 21(3), 127-32.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG QUẠ ĐÒN QUA NỘI SOI HỖ TRỢ

Dương Đình Triết¹, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2}, Đỗ Phước Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng điều trị trật khớp cùng đòn từ loại IIIB đến loại V (phân loại RookWood) bằng phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu với hỗ trợ của nội soi. **Phương**

pháp: Mô tả tiến cứu 64 bệnh nhân (tuổi trung bình 40) bị trật khớp cùng đòn được phẫu thuật tái tạo lại dây chằng quạ đòn bằng mảnh ghép gân bán gân và khâu phục hồi lại dây chằng bao khớp cùng đòn bằng chỉ bền không tan. Thời gian trung bình từ lúc chấn thương đến lúc mổ là 12 ngày. Bệnh nhân được đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu, phục hồi chức năng ít nhất một năm sau mổ. Ghi nhận các tổn thương đi kèm và cách xử trí khi thực hiện nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện và xử trí các tổn thương kèm theo trong khớp là 26,6%. Bao gồm 16 trường hợp rách sụn viền và 3 trường hợp rách bán phần chóp xoay. Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng trán: bán trật là 12 (18,7%), trật lại là 1 (1,6%). Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng

¹Bệnh viện Đại học Y Dược tp. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y dược tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Triết

Email: triet.dd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

ngang sau mổ là 0% trên x quang chiếu nách. Thang điểm đau VAS giảm từ 2,88 xuống còn 1,22 điểm, thang điểm Constant cải thiện từ 50,86 lên 92,53. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng về kết quả điều trị và thẩm mỹ. **Kết luận:** Nội soi là phương tiện hỗ trợ đắc lực khi phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn và đồng thời giúp phát hiện và xử trí các tổn thương đi kèm trong khớp vai.

Từ khóa: trật khớp cùng đòn, mảnh ghép gân bán gân, tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu, nội soi.

SUMMARY

THE CLINICAL OUTCOMES AFTER ARTHROSCOPICALLY ASSISTED 2 - BUNDLE CORACOCLAVICULAR LIGAMENT RECONSTRUCTION OF ACROMIOCLAVICULAR DISLOCATIONS

Purposes: The purpose of this study was to report the clinical results after arthroscopically assisted anatomic coracoclavicular ligament reconstruction in patients with Rockwood grade IIIB to grade V acromioclavicular joint dislocations. **Methods:** Prospective description: Sixty-four patients (mean age, 40 years) suffering from acromioclavicular joint instability underwent anatomic coracoclavicular ligament reconstruction using autologous semitendinosus graft. The acromioclavicular ligament complex was repaired with fiber wire suture. The mean delay between injury and surgery was 12 days. After a minimum follow-up of 1 year (mean, 41 months), patients were evaluated radiologically and clinically using the Vas, Constant, patient satisfaction outcome measures. Concomitant glenohumeral pathologies and their treatments were recorded. **Results:** The concomitant glenohumeral pathologies were treated arthroscopically in 17 patients (26,6%): 16 labral tears, 3 rotator cuff partial tears. At last follow-up, 13 patients (12%) experienced recurrent superior acromioclavicular joint instability: 1 dislocation and 12 subluxations. The presence of post-surgical horizontal instability was absent by means of axillary X-ray view. There was no significant correlation between concomitant glenohumeral pathologies and clinical outcome. The Constant score increased from 50,86 to 92,53, and the mean VAS decreased from 2,88 to 1,12. At last follow-up, all patients were satisfied with clinical and cosmetic results. **Conclusions:** Arthroscopically assisted treatment allows successful coracoclavicular ligament reconstruction and simultaneous diagnosis and treatment of associated glenohumeral lesions.

Keywords: Acromioclavicular dislocation, semitendinosus graft, anatomic coracoclavicular ligament reconstruction, arthroscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp cùng đòn là cấu trúc kết nối xương bả vai với xương đòn và có vai trò điều hợp các hoạt động của khớp vai. Nếu khớp cùng đòn mất vững lâu dài có thể dẫn đến sự loạn động của xương bả vai và làm thay đổi động học của nhóm

gân cơ chóp xoay. Tình trạng này là một trong những nguyên nhân phổ biến gây đau mạn tính và mất chức năng vùng vai.

Khuynh hướng điều trị hiện nay cho trật khớp cùng đòn bán cấp hoặc mạn tính là nắn và tái tạo lại các dây chằng theo giải phẫu ban đầu. Cấu trúc giải phẫu giữ vững khớp cùng đòn là dây chằng bao khớp cùng đòn và dây chằng quạ đòn. Dây chằng quạ đòn bao gồm hai thành phần là dây chằng nón và dây chằng thang. Dây chằng bao khớp cùng đòn có chức năng chính là giữ vững khớp đối với các lực tác động gây di lệch trước sau. Dây chằng quạ đòn lại có chức năng phức tạp hơn. Chúng hoạt động vừa hỗ trợ vừa độc lập với nhau trong việc chống lại các lực tác động vào khớp cùng đòn theo các hướng lên trên, ra trước và ra sau. Cụ thể dây chằng nón ngăn sự di chuyển lên trên, ra trước trong khi dây chằng thang kiểm soát sự di chuyển ra sau của đầu ngoài xương đòn. Như vậy chức năng dây chằng bao khớp cùng đòn giống với một phần chức năng của dây chằng quạ đòn.

Việc giống nhau về chức năng này làm dấy lên sự tranh luận khi trả lời câu hỏi liệu có cần tái tạo cả hai dây chằng (dây chằng bao khớp cùng đòn và dây chằng quạ đòn) cùng một lúc không, nếu không thì ưu tiên tái tạo dây chằng nào, bởi lẽ một phần thất bại sau mổ trật khớp cùng đòn gần đây được ghi nhận là do vẫn còn tình trạng mất vững ngang [4]. Chúng tôi đã nghiên cứu trên cơ sở sinh học cho thấy vai trò quan trọng tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu trong phục hồi giữ vững khớp trên mặt phẳng ngang, do đó cần có một nghiên cứu ứng dụng tiếp trên lâm sàng [2].

Lựa chọn phẫu thuật nội soi, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu khi tái tạo dây chằng cũng là khuynh hướng điều trị hiện nay. Phẫu thuật nội soi mặc dù có ưu điểm ít xâm lấn và có thể điều trị các tổn thương khác trong khớp đi kèm, vấn đề đặt ra là liệu phục hồi độ vững khớp cùng đòn với sự hỗ trợ của nội soi có mang lại kết quả hay không.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 64 bệnh nhân trật khớp cùng đòn phân loại từ loại IIIB đến loại V theo Rookwood được thực hiện tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình của Bệnh viện 30-4 và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM trong thời gian từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 12 năm 2021.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân bị chấn thương từ sau 3 ngày đến 3 tuần (bán cấp) và trên 3 tuần (mạn tính), tuổi từ 18 trở lên.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống

chỉ định phẫu thuật. Trật hở khớp cùng đòn. Trật khớp cùng đòn kèm gãy xương hay trật khớp khác quanh khớp vai

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả dọc.

Phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân đều được gây mê, phẫu thuật với tư thế nằm nghiêng. Tay bên phẫu thuật được kéo tạ qua hệ thống khung kéo tay.

Tiến hành nội soi thám sát trong khớp và đánh giá tổn thương đi kèm và xử trí nếu có.

Nắn và cố định tạm thời khớp cùng đòn bằng kim Kirschner. Kiểm tra kết quả nắn của khớp trên màn tăng sáng X-quang.

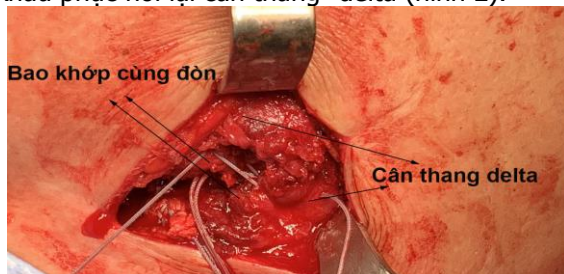
Từ khoang dưới móm cùng, xác định dây chằng cùng quạ. Sau đó bộc lộ theo dây chằng cùng quạ để đến móm quạ, từ đó bộc lộ nền móm quạ.

Dụng cụ định vị mâm chày trong phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau được sử dụng để tạo 2 đường hầm riêng biệt trên xương đòn và 1 đường hầm ở móm quạ (hình 1). Chúng tôi áp dụng kỹ thuật tái tạo phục hồi giải phẫu hai bó của dây chằng quạ đòn theo tác giả Yoo, sử dụng một mảnh ghép gân bán gân tự thân để luồn qua hai đường hầm xương đòn và một đường hầm ở móm quạ, sau đó hai đầu mảnh ghép được cố định bên trên xương đòn[8]



Hình 1: Tạo đường hầm bằng dụng cụ định vị mâm chày (2). móm quạ (1)

Phần còn lại của dây chằng bao khớp cùng đòn bằng các mũi rời xuyên xương trước khi khâu phục hồi lại cân thang- delta (hình 2).



Hình 2: Phục hồi lại dây chằng bao khớp cùng đòn và cân thang- delta.

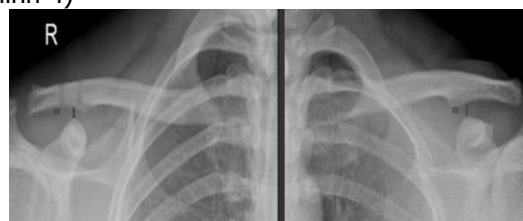
Sau mổ: Bệnh nhân được mang đai Desault trong 6 tuần, trong thời gian này chỉ tập thụ động tránh cứng khớp. Sau 6 tuần bệnh nhân có thể tập chủ động nhưng tránh vận động mạnh đến 3 tháng sau mổ.

2.3 Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được theo dõi và hẹn tái khám vào thời điểm 2 tuần, 6 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

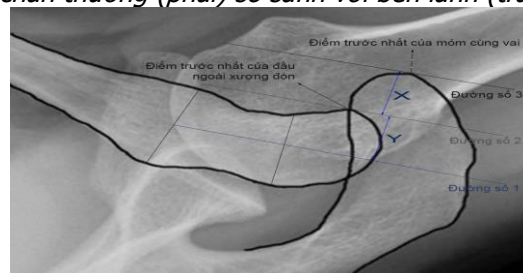
Đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu. Đánh giá dựa trên hình ảnh học X-quang

Khoảng cách quạ đòn (C-C): Khoảng cách này tăng hơn 25% so với bên lành được phân loại là bán trật, tăng trên 100% so với bên lành là trật lại (hình 2.9).

Khoảng cách cùng đòn: Đầu ngoài xương đòn di lệch ra sau 50% so với chiều rộng trước sau của đầu ngoài xương đòn là bán trật ($X > Y$), di lệch hơn 100% là bị trật phía sau hoàn toàn ($X > 2Y$) (hình 4)



Hình 3: Khoảng cách quạ đòn (C-C), đo bên chấn thương (phải) so sánh với bên lành (trái)



Hình 4: Cách đo khoảng cách cùng đòn (X) trên mặt phẳng ngang theo cách của Rahm.Y: 1/2 bề rộng trước sau đầu ngoài xương đòn

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng

- Đánh giá thang điểm đau (VAS), thang điểm chức năng Constant.

- Phỏng vấn mức độ hài lòng về kết quả điều trị theo thang điểm Likert.

- Ghi nhận các biến chứng

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp nhận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (số 315/ĐHYD- HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Số bệnh nhân được đánh giá và theo dõi là 64. Thời gian theo dõi trung bình là 41 tháng. Tuổi trung

bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 40 tuổi, đa phần bệnh nhân trong độ tuổi lao động. Độ tuổi trung bình này gần giống với nghiên cứu của các tác giả khác trong nước.

Nguyên nhân chủ yếu là do chấn thương trực tiếp vùng vai do tai nạn giao thông (82,8%); tiếp đến là tai nạn trong sinh hoạt (12,5%) và tai nạn do thể thao chỉ 3 trường hợp (4,7%). Tai nạn giao thông cũng là nguyên nhân chấn thương chính ở các nghiên cứu trật khớp cùng đòn trong nước[1].

Tổn thương kèm theo phát hiện qua nội soi: Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là khoảng gần 1/3 số trường hợp (26,6%). Có 4 trường hợp tổn thương sụn viền kiểu SLAP độ II phải xử trí khâu lại sụn viền, 12 trường hợp SLAP độ I xử trí cắt lọc sụn viền, và có 3 trường hợp cắt lọc chóp xoay tổn thương rách bán phần mặt hoạt dịch. Trong đó có một trường hợp vừa tổn thương chóp xoay và sụn viền.

Kết quả phục hồi giải phẫu

Kết quả phục hồi theo mặt phẳng trán

Bảng 1. Tỷ lệ bán trật, trật lại trên mặt phẳng trán theo thời gian (n=64)

Đặc điểm khoảng cách quạ đòn	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Lần đánh giá cuối cùng
Không trật	54 (84,4%)	54 (84,4%)	51 (79,7%)
Bán trật (25%-100%)	10 (15,6%)	10 (15,6%)	12 (18,7%)
Trật lại (>100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)

Tại thời điểm sau mổ 3 và 6 tháng, có 10 bệnh nhân bị di lệch thứ phát bán trật. Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, có 1 trường hợp bị trật lại với mức di lệch nhiều hơn 100% và 2 trường hợp bị bán trật (bảng 1).

-Kết quả phục hồi giải phẫu theo mặt phẳng ngang. Đánh giá tình trạng mất vững ra sau của khớp cùng đòn như sau: trước mổ, có 2 bệnh nhân bị trật ra sau hoàn toàn (3.13%), 10 bệnh nhân bị bán trật (15.63%). Thời điểm sau mổ cũng như qua thời gian theo dõi không còn trường hợp nào bị trật hay bán trật.

3.3 Kết quả phục hồi chức năng

Thang điểm đau. Kết quả ghi nhận được qua nghiên cứu cho thấy điểm VAS giảm dần sau phẫu thuật, cụ thể trước mổ là $2,88 \pm 1,16$; sau mổ 3 tháng là $2,37 \pm 0,55$ điểm; sau mổ 6 tháng là $1,52 \pm 0,50$ điểm và sau mổ 12 tháng là $1,22 \pm 0,42$ điểm

- Thang điểm Constant. Qua thời gian bắt động và tập phục hồi chức năng, điểm Constant

tăng nhanh sau 3 tháng sau đó tăng dần tại các thời điểm 6 và 12 tháng sau mổ. Sau mổ 12 tháng, có chênh lệch nhỏ giữa 2 bên vai, bên vai mổ có thang điểm Constant là $92,53 \pm 1,47$ điểm, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bên lành là $93,38 \pm 1,77$ điểm ($p < 0,001$).

Sự trở lại làm việc, sự hài lòng. Vào thời điểm đánh giá cuối cùng, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thể trở lại mức độ sinh hoạt, làm việc và vận động hằng ngày như trước chấn thương. Không có trường hợp nào phải thay đổi công việc hay thay đổi môn thể thao ưa thích do di chứng của phẫu thuật. Tỷ lệ hài lòng theo thang điểm Likert là 85,9% và rất hài lòng là 14,1%.

3.4 Biến chứng. Các biến chứng lớn như tổn thương mạch máu thần kinh liên quan đến phẫu thuật nội soi không xảy ra trong quá trình thực hiện nghiên cứu, không có trường hợp nào buộc phải chuyển sang phẫu thuật mở. Có một trường hợp phải mổ lại ngay do di lệch thứ phát. Một trường hợp có nhiễm trùng nông. Vô hiệu hóa dây chằng quạ đòn ghi nhận một trường hợp. Thoái hóa khớp cùng đòn là bốn trường hợp, các trường hợp này đều không có triệu chứng trên lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị tổn thương phối hợp. Vấn đề can thiệp điều trị lên tổn thương trong khớp có thật sự tốt hơn so với bỏ qua không điều trị các tổn thương này vẫn chưa rõ bởi cho đến nay chưa có báo cáo về vấn đề này. Có phẫu thuật viên trước khi mổ mở để điều trị trật khớp cùng đòn bằng vẫn tiến hành nội soi thám sát thường qui để điều trị các tổn thương trong khớp vai, bởi nguyên nhân đau kéo dài hay chức năng khớp vai phục hồi kém sau phẫu thuật trật khớp cùng đòn có thể do bỏ sót tổn thương kèm theo trong khớp. Theo Moosmayer, việc điều trị khâu phục hồi hay chỉ cắt lọc các tổn thương kèm theo là có giá trị nhất định. Có các tổn thương như rách sụn viền trên kiểu SLAP loại I hay rách bán phần chóp xoay mặc dù chỉ là xử trí cắt lọc bằng dụng cụ đốt trong nội soi khớp cũng hữu ích, bởi vết rách có thể lớn dần và phần gân còn lại bị thoái hóa thêm dẫn đến chức năng khớp bị ảnh hưởng[6].

Kết quả phục hồi theo mặt phẳng trán. Di lệch thứ phát theo mặt phẳng trán có thể được xem như là thất bại trong phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn, nhưng hiện nay tỷ lệ này vẫn còn cao theo y văn. Gowd thống kê trên 1482 bệnh nhân được mổ với các kỹ thuật khác

nhau nhận thấy tỷ lệ này là 20,8%. Trong nước, kỹ thuật chuyển dây chằng quạ cùng thành quạ đòn cũng được báo cáo có tỷ lệ di lệch thứ phát tăng dần theo thời gian. Nguyễn Ngọc Tuấn báo cáo kết quả di lệch thứ phát là 30% trong lần đánh giá cuối cùng[3]. Vũ Xuân Thành là 8,2% [1].

Tỷ lệ di lệch thứ phát của chúng tôi tương đương hay thấp hơn so với các nghiên cứu mổ mở cho thấy kỹ thuật nội soi hỗ trợ có thể so sánh được với kỹ thuật mổ mở trong phục hồi giải phẫu theo mặt phẳng trán.

Phục hồi giải phẫu theo mặt phẳng ngang. Khi so sánh với các tác giả khác, ở các nhóm phẫu thuật không theo kiểu phục hồi giải phẫu dây chằng quạ đòn thì tỷ lệ này khá cao, ở nhóm được tái tạo theo giải phẫu thì thấp hơn: Yoo báo cáo có 1 trường hợp bị bán trật ra sau (5,9%), Vũ Xuân Thành là 0%[1],[7].

Kỹ thuật mổ qua nội soi đáp ứng được yêu cầu tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu với tỷ lệ mất vững ngang thấp (0%). Việc khâu phục hồi phần còn lại của dây chằng bao khớp cùng đòn và cân thang delta sau khi tái tạo dây chằng quạ đòn là đủ cho phục hồi chức năng giữ vững trên mặt phẳng ngang.

Kết quả phục hồi chức năng

Sự cải thiện thang điểm đau. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước, tình trạng sau mổ bệnh nhân vẫn còn một đau nhẹ ở khớp chứ không hoàn toàn bình thường như bên lành ở lần đánh giá cuối cùng[5].

Các tác giả như Snyder hay Cisneros đều cho rằng nguyên nhân đau là do tình trạng viêm khớp cùng đòn sau chấn thương, và đề nghị thực hiện phẫu thuật cắt đầu ngoài xương đòn nếu đau kéo dài. Nguyên nhân này có thể giải thích điểm VAS của Nguyễn Ngọc Tuấn thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác, do kỹ thuật của tác giả phải cắt đầu ngoài xương đòn. Chúng tôi không cắt đầu ngoài xương đòn mà chỉ làm sạch ổ khớp và gặm một phần sụn ở đầu ngoài xương đòn nếu có tổn thương.

Sự phục hồi thang điểm Constant. Khi so sánh kết quả cuối cùng của chúng tôi với các tác giả khác, dù thực hiện phẫu thuật qua nội soi hay mổ mở thì cũng không có sự khác biệt.

Trong thang điểm chức năng Constant, không còn bệnh nhân nào giới hạn tầm vận động khớp vai sau 12 tháng. Về sức cơ các bệnh nhân trong nghiên cứu phục hồi chậm, sau 6 tháng chỉ 70% sức cơ như bên lành, sau 12 tháng còn tỷ lệ này là 94%.

Điểm constant ở sau mổ 12 tháng ở nhóm không trật khớp ($92,76 \pm 1,37$) cao hơn nhóm bán trật ($91,75 \pm 1,71$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy chức năng vai có liên quan chặt chẽ đến kết quả nắn và duy trì độ giữ vững khớp.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật này hầu như phục hồi độ vững khớp cùng đòn.

- Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng trán: bán trật là 12 (18,7%), trật lại là 1 (1,6%).

- Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng ngang sau mổ là 0% so với trước mổ là 18,7%.

Phương pháp mang lại kết quả tốt về phục hồi chức năng khớp vai.

Nội soi là phương tiện hỗ trợ đắc lực khi tái tạo dây chằng quạ đòn. Tỷ lệ phát hiện và xử trí các tổn thương kèm theo trong khớp là 26,6%. Đây là phương pháp an toàn, tỷ lệ các biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Xuân Thành (2019), "Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn mãn tính bằng tái tạo dây chằng quạ đòn từ gân ghép tự thân". Tạp chí y dược thực hành 175, 19, pp. 42-58.
2. Dương Đình Triết (2019), "Đánh giá sự mất vững trước sau của khớp cùng đòn trên x quang sau cắt lần lượt dây chằng bao khớp cùng đòn và dây chằng quạ đòn". Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt 2019, pp. 135.
3. Nguyễn Ngọc Tuấn (2009), "Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng tái tạo dây chằng quạ đòn từ dây chằng quạ cùng". Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Dược.
4. Aliberti G. M., Kraeutler M. J., Trojan J. D., Mulcahey M. K. (2019), "Horizontal Instability of the Acromioclavicular Joint: A Systematic Review". Am J Sports Med, pp. 504-510
5. Gowd A. K., Liu J. N., Cabarcas B. C., Cvetanovich G. L., Garcia G. H., et al. (2019), "Current Concepts in the Operative Management of Acromioclavicular Dislocations: A Systematic Review and Meta-analysis of Operative Techniques". Am J Sports Med, 47(11), pp.2745-2758.
6. Moosmayer S., Tariq R., Stiris M., Smith H. J. (2013), "The natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a three-year follow-up of fifty cases". J Bone Joint Surg Am, 95 (14), pp. 1249-1255.
7. Yoo J. C., Ahn J. H., Yoon J. R., Yang J. H. (2010), "Clinical results of single-tunnel coracoclavicular ligament reconstruction using autogenous semitendin osus tendon". Am J Sports Med, 38 (5), pp. 950-957.
8. Yoo Y. S., Tsai A. G., Ranawat A. S., Bansal M., Fu F. H., et al. (2010), "A biomechanical analysis of the native coracoclavicular ligaments and their influence on a new reconstruction using a coracoid tunnel and free tendon graft". Arthroscopy, 26 (9), pp. 1153-1161.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN XÂY DỰNG THỜI KỲ COVID 19

Trần Thị Thanh Hương^{1,2}, Lê Việt Hạnh³

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh chuyển hóa mạn tính mang tính chất xã hội. Đại dịch covid-19 đã dẫn tới một số thay đổi trong cuộc sống cá nhân và xã hội đồng thời ảnh hưởng tới việc tuân thủ thói quen giúp quản lý đường huyết ở người bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu mô tả thực trạng thực hành và các yếu tố liên quan đến tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xây dựng thời kỳ Covid-19. Với thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu đã được thực hiện trên 300 người bệnh đái tháo đường típ 2. Kết quả cho thấy chỉ có 56,3% người bệnh thực hành tốt về tự chăm sóc với điểm trung bình là 14,28 ± 2,71 trên tổng điểm 21. Việc tuân thủ thực hành chế độ ăn, tự kiểm soát đường máu, chế độ tập luyện chỉ đạt mức kém. Thực hành tự chăm sóc có mối liên quan đến trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ type

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, tự chăm sóc, covid 19, thực hành.

Danh mục từ viết tắt: ĐTĐ: Đái tháo đường

SUMMARY

PRACTICE AND SOME FACTORS RELATED TO PRACTICE AMONG TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT XAY DUNG HOSPITAL DURING THE COVID 19 PANDEMIC

Diabetes is a chronic metabolic disease of social characteristics. The Covid-19 pandemic caused a number of changes in personal and social life and affected the adherence to habits that help manage blood sugar among people with diabetes. The study aims to describe practice and factors related to self-care of outpatients with type 2 diabetes treated at Xay Dung Hospital during Covid-19 pandemic. A cross-sectional study, which was conducted with a sample size of 300 patients with type 2 diabetes who met the interview criteria using a pre-prepared questionnaire. As the results, only 56.3% of patients practiced good self-care with an average score of 14.28 ± 2.71 out of a total score of 21. The adherence to dietary practices, self-control of blood sugar and exercises is poor. Self-care practice is related to education level, disease duration and self-care knowledge. In conclusion, it is necessary to combine many measures such as health

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Ung thư Quốc gia

³Bệnh viện Xây dựng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Hương

Email: huongtran2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

education, promotion of monitoring and patient clubs to support improving self-care practices for people with type 2 diabetes, especially during the Covid19 period.

Keywords: type 2 diabetes, self-care, covid 19, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh nội tiết chuyển hóa được coi là “kẻ giết người thầm lặng” vì tốc độ phát triển nhanh và tăng tỉ lệ tử vong do những biến chứng nguy hiểm gây ra làm người bệnh mất dần các chức năng nghề nghiệp, xã hội, ảnh hưởng đến khả năng lao động và học tập, trở thành một gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tại Việt Nam tỷ lệ người bệnh đái tháo đường đang gia tăng nhanh chóng, số người mắc bệnh tăng gấp đôi trong 10 năm qua, năm 2017 con số người mắc ĐTĐ là 3,5 triệu người (chiếm 5,5% dân số) [1]. Muốn điều trị đái tháo đường hiệu quả phòng ngừa được các biến chứng cần có sự phối hợp tốt giữa thầy thuốc và bản thân người bệnh. Trong thời kỳ Covid – 19 việc tự chăm sóc của người bệnh đóng vai trò hết sức quan trọng việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh có kiến thức nhất định về tự chăm sóc là rất cần thiết. Cho đến nay không có số liệu nào cho thấy người bệnh đái tháo đường dễ bị nhiễm virus Covid-19 hơn người bình thường. Nguy cơ nhiễm bệnh phụ thuộc sự lây lan trong cộng đồng và khả năng thực hiện các biện pháp bảo vệ như đeo khẩu trang, rửa tay thường xuyên, giữ khoảng cách tiếp xúc ít nhất 2m, và hạn chế đi ra ngoài. Vấn đề của người bệnh đái tháo đường trong đại dịch Covid-19 là dễ bị các biến chứng nặng hơn và kết quả điều trị tồi hơn [2].

Bệnh viện Xây dựng là Bệnh viện đa khoa hạng I với lượng người bệnh đái tháo đường đến khám khoảng 200 lượt một ngày. Tại các phòng hiện nay đang quản lý hơn 5000 người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú. Đại dịch Coronavirus năm 2019 (Covid – 19) đã nổi lên như một trong những thách thức lớn nhất mà loài người phải đối mặt trong thời gian gần đây. Đại dịch này đã dẫn tới một số thay đổi trong cuộc sống cá nhân và xã hội; đối với người bệnh ĐTĐ vừa phải thay đổi các thói quen lối sống như hoạt động thể lực, chế độ ăn, đến bệnh viện để kiểm tra định kỳ, lĩnh thuốc vừa phải tuân thủ

các biện pháp phòng chống dịch Covid-19. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với mục tiêu:

Mô tả thực trạng thực hành và các yếu tố liên quan đến tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xây dựng trong thời kỳ Covid 19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xây dựng
- Có khả năng tiếp nhận và trả lời các câu hỏi; đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có các bệnh nặng khác ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp hoặc chức năng nghe.
- Người bệnh phải nhập viện điều trị nội trú.
- ĐTĐ típ 1, ĐTĐ khác có nguyên nhân
- Không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu: sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* **Cỡ mẫu:** tính cỡ mẫu theo công thức cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ

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

Trong đó: n: Là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu;
z: Là hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% = 1,96

α : Độ tin cậy 95%; d: Sai số ước tính $d=0,04$

p: Tỷ lệ người bệnh ĐTĐ típ 2 có kiến thức, thực hành đúng về tự chăm sóc tại Việt Nam ước tính là 60%. Với các số liệu trên tính được $n = 256$ người.

***Cách chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện 300 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và được mời tham gia vào nghiên cứu

2.3. Công cụ thu thập số liệu: Bộ công cụ tự thiết kế gồm 4 phần: Thông tin chung về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, tiền sử bệnh, kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ típ 2 gặp phải trong thời kỳ Covid – 19

2.4. Cách thức thu thập số liệu: Phòng vấn trực tiếp các đối tượng theo tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.5. Phân tích số liệu: Sau khi thu thập số liệu được kiểm tra và làm sạch; sau đó, được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0; Sử dụng thống kê mô tả để mô tả các tỷ lệ và các test thống kê thích hợp.

Tiêu chuẩn đánh giá thực hành: Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai/không biết được 0 điểm, tổng số điểm thực hành tối đa là 21 điểm, thang đo đánh giá thực hành được phân thành 3 mức:

- Thực hành kém: trả lời đúng $\leq 50\%$ tổng số điểm
- Thực hành trung bình: trả lời đúng từ $> 50\%$ đến $< 70\%$ tổng số điểm
- Thực hành tốt: trả lời đúng $\geq 70\%$ tổng số điểm

*Phương pháp phân tích số liệu: Sau khi thu thập số liệu được kiểm tra và làm sạch; sau đó, được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.6. Địa điểm, thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Tại phòng khám Nội 2, Bệnh viện Xây dựng
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến 6/2021

3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, sự đồng ý của Bệnh viện Xây dựng trước khi thực hiện.

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, đều sẽ được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích cũng như nội dung của nghiên cứu.

Tất cả các thông tin thu được từ đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu là bảo vệ, nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không sử dụng vào mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66 \pm 8,54$ tuổi phần lớn nằm trong nhóm tuổi từ 61 - 70 chiếm 44,7%; nhóm tuổi trên 70 tuổi chiếm 33%, nhóm tuổi ≤ 60 tuổi chiếm 22,3%. Người bệnh ĐTĐ có thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,7%. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường của ĐTNC trung bình là $10,13 \pm 6,79$ năm, người thấp nhất là 4 tháng, người bị lâu nhất là 30 năm.

Trong số 300 ĐTNC người bệnh có trình độ học vấn TH& THCS, PTTH có tỷ lệ tương đương nhau 31,3%; 31%, tiếp đến trình độ trung cấp/ cao đẳng 19%, trình độ Đại học/ Sau đại học chiếm 18,7%. Tỷ lệ nữ là 57,3% cao hơn so với nam giới là 42,7%. Phần lớn người bệnh đang điều trị hạ đường huyết bằng thuốc uống chiếm tỷ lệ cao 84,7% với tỷ lệ tái khám đúng hẹn trước khi có dịch Covid – 19 là 87%. Người bệnh đái tháo đường tham gia nghiên cứu đa số đã

ngỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,7%, tiếp theo là kinh doanh/ lao động tự do là 13,3%, thấp nhất là công nhân/ viên chức là 10%.

2. Thực trạng thực hành tự chăm sóc

Bảng 1. Tỷ lệ ĐTNC có thực hành đạt về chế độ ăn, kiểm soát đường huyết, hoạt động thể lực, sử dụng thuốc phòng lây nhiễm Covid 19 (N=300)

Nội dung	n	Tỷ lệ %
Chế độ ăn		
Thói quen ăn hoa quả ngọt trong thời kỳ Covid.	230	76,7
Có tuân thủ chế độ ăn.	184	61,3
Số bữa ăn trong ngày có thay đổi trong thời kỳ Covid.	65	21,7
Hoạt động thể lực		
Có duy trì tập thể dục hàng ngày.	194	64,7
Nơi luyện tập thể dục.	162	54,0
Thời gian tập thể dục.	142	47,3
Kiểm soát đường máu		
Có thực hiện theo dõi đường huyết.	112	37,3
Biết cách xử trí khi hạ đường huyết	53	17,7
Có xuất hiện cơn hạ đường huyết.	38	12,7
Phòng lây nhiễm Covid 19		
Có đến nơi tập trung đông người (trên 10 người).	0	0
Có đi du lịch.	0	0
Có luôn mang khẩu trang khi ra ngoài đến nơi công cộng.	285	95,0
Có đến cơ sở y tế khi có dấu hiệu sốt, ho, khó thở.	268	89,3
Có giữ khoảng cách tối thiểu 2m khi nói chuyện với người khác.	266	88,7
Có rửa tay sát khuẩn thường xuyên.	240	80,0
Sử dụng thuốc		
Dùng thuốc thường xuyên, theo đúng chỉ định của bác sỹ.	275	91,7
Chuẩn bị đủ thuốc điều trị ĐTĐ, điều trị biến chứng.	271	90,3
Có tái khám đúng hẹn.	167	55,7

3. Các yếu tố liên quan đến thực hành tự chăm sóc

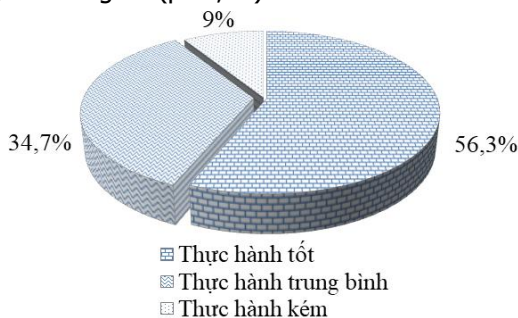
Bảng 2. Mối liên quan giữa thực hành tự chăm sóc với yếu tố nhân khẩu học tình trạng bệnh (N=300)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Thực hành		p	Hồi quy đơn biến	
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		OR	95%CI
Nhóm tuổi					
≤ 60	34 (50,7)	33(49,3)	0,159 ^a	1,0	0,5 – 1,9
61 – 70	48 (35,5)	86(64,2)		0,5	0,3 – 0,9*
> 70	49 (49,5)	50(50,5)		1	-
Giới					
Nam	56 (43,8)	72(56,2)	0,98 ^a	1,0	0,6 – 1,5
Nữ	75 (43,6)	97(56,4)		1	-
Nghề nghiệp					
Hưu	96 (41,7)	134(58,3)	0,50 ^a	0,6	0,3 – 1,2
CN/VC	14 (46,7)	16 (53,3)		0,7	0,3 – 2,0
KD/LĐTĐ	21 (52,5)	19 (47,5)		1	-
Trình độ học vấn					
TH & THCS	53 (56,4)	41 (43,6)	0,00 ^a	9,0	3,7 – 22,0**
PTTH	47 (50,5)	46 (49,5)		7,1	2,9 – 17,4**
TC/CD	24 (42,1)	33 (57,9)		5,0	1,9 – 13, 1
ĐH/Sau ĐH	7 (12,5)	49 (87,5)		1	-
Thời gian mắc bệnh					
≤ 5 năm	76 (77,6)	22 (22,4)	0,00 ^a	35,6	13,6 – 93,5**
6 – 10 năm	39 (57,4)	29 (42,6)		13,8	5,2 – 36,5**

11 – 15 năm	10 (15,2)	56 (84,8)		1,8	0,6 – 5,4
>15 năm	6 (8,8)	62 (91,2)		1	-
Tái khám đúng hẹn					
Không	119(45,6)	142(54,4)	0,08 ^a	1,8	0,9 – 3,8
Có	12 (30,8)	27 (69,2)		1	-
Tiền sử gia đình					
Không	56 (45,9)	66 (54,1)	0,51 ^a	1,1	0,7 – 1,8
Có	75 (42,1)	103(57,9)		1	-
Dùng thuốc đúng chỉ định					
Đúng, không liên tục	17 (36,2)	30 (63,8)	0,25 ^a	0,6	0,3 – 1,3
Đúng, liên tục	114(45,1)	139(54,9)		1	-
Đang điều trị ĐTĐ					
Thuốc uống	115(45,3)	139(54,7)	0,20 ^b	1,7	0,8 – 3,5
Insulin	3 (60,0)	2 (40,0)		3,2	0,4 – 21,7
Insulin và thuốc uống	13 (31,7)	28 (68,3)		1	-
Kiến thức					
Đúng	80 (66,1)	41(33,9)	0,00 ^b	0,3	0,1 – 0,6**
Không đúng	51 (28,5)	128(71,5)		1	-

(a) test χ^2 ; (b) Fisher's exact test; (*) p<0,05; (**) p<0,01

Những người bệnh có thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm; 6 – 10 năm có thực hành không đạt cao gấp 35,6 (95% CI:13,6 – 93,5); 13,8 lần (95% CI: 5,2 – 36,5) so với người bệnh có thời gian mắc bệnh > 15 năm. Những người bệnh có trình độ TH & THCS, PTTH; có thực hành không đạt cao gấp 9 lần (95% CI: 3,7 – 22,0); 7,1 lần (95% CI: 2,9 – 17,4) so với người có trình độ ĐH/sau ĐH. Nhóm người bệnh có độ tuổi 61 – 70 có thực hành không đạt cao gấp 0,5 lần (95% CI: 0,3 – 0,9) so với nhóm trên 70 tuổi. Đặc biệt, những người bệnh có kiến thức không đúng có khả năng có thực hành không đạt bằng 0,3 lần so với nhóm người bệnh có kiến thức đúng (95%: 0,1 – 0,6). Các mối liên quan này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).



Biểu đồ 1. Phân bố thực hành đạt nói chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ người bệnh có thực hành tự chăm sóc đạt mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,3%. Tổng điểm trung bình thực hành đạt 14,38 ± 2,71 trên tổng điểm 23.

Bảng 3. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiến thức và thực

hành của đối tượng nghiên cứu (N=300)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Kiến thức	
	OR	95% CI
Nhóm tuổi		
≤ 60	0,3	0,1 – 1,3
61 – 70	0,5	0,2 – 1,1
> 70	1	-
Trình độ học vấn		
TH & THCS	6,5	2,2 – 19,2**
PTTH	12,0	3,9 – 37,1**
TC/CD	4,0	1,2 – 12,7*
ĐH/Sau ĐH	1	-
Thời gian mắc bệnh		
≤ 5 năm	47,9	15,5 – 147,8**
6 – 10 năm	17,3	5,8 – 51,5**
11 – 15 năm	1,6	0,5 – 5,5
>15 năm		
Đang điều trị ĐTĐ		
Thuốc uống	1,1	0,4 – 3,1
Insulin	8,2	0,4 – 142,4
Insulin và thuốc uống	1	-
Kiến thức		
Đúng	0,2	0,1 – 0,3 **
Không đúng	1	-

(*) p<0,05; (**) p <0,01

Để đánh giá chính xác mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập ở trên với mức độ kiến thức, thực hành tự chăm sóc của ĐTNC, và để kiểm soát yếu tố nhiễu chúng tôi thực hiện kiểm định hồi quy Logistic đa biến. Kết quả cho thấy, những yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành tự chăm sóc là: trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, kiến thức về tự chăm sóc (p <0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hành tự chăm sóc có liên quan đến trình độ học vấn, thời

gian mắc bệnh và kiến thức tự chăm sóc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nigeria [3]. Theo Aschalew người bệnh có trình độ văn hóa tiểu học có thực hành không đạt cao gấp 2,62 (95% CI: 1,2-5,7) so với nhóm có học vấn từ PTTH [4]. Haftom Nigue tại Ethiopia năm 2016 nhóm có học vấn thấp hơn có thực hành không đạt cao gấp 3,1 lần so với nhóm có giáo dục trung học, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [5]. Điều này có thể giải thích do người bệnh có trình độ học vấn cao thì khả năng nhận thức về bệnh tăng cao, người bệnh có điều kiện tìm hiểu nhiều hơn về bệnh và tiếp cận nhiều hơn với các chương trình giáo dục sức khỏe, sách vở báo chí, mạng internet nên họ nhận thức vấn đề nhanh hơn nhất là khi cán bộ y tế hướng dẫn, do đó thực hành đúng về tự chăm sóc nhiều hơn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung tự chăm sóc với thời gian mắc bệnh của ĐTNC ($p < 0,01$). Kết quả bảng 3 cho thấy nhóm bị bệnh ≤ 5 năm; 6-10 năm có thực hành không đạt gấp 35,6; 13,8 lần so với nhóm bị bệnh trên 15 năm. Kết quả nghiên cứu này khác nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm; Bùi Thị Châm cũng có khác biệt về mặt thống kê giữa thực hành với thời gian mắc bệnh, những người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 5 năm có thực hành đạt cao 1,58 lần; 1,86 lần so với nhóm mắc bệnh từ 5 năm trở xuống [6], [7]. Sự khác biệt này có thể lý giải như sau: Việc ĐTNC có thời gian mắc bệnh càng dài thì khả năng họ được tư vấn, tiếp cận với thông tin nhiều hơn những người mới mắc bệnh, họ có thời gian thực hành nhiều hơn và từ đó họ có thể điều chỉnh bản thân, từ bỏ những thói quen sinh hoạt không có lợi chính vì thế thực hành của họ sẽ tốt hơn người mới mắc bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Tadela Amente tỷ lệ thực hành chung đạt ở nhóm có kiến thức đạt cao gấp 0,4 lần so với nhóm kiến thức chung không đúng [8]. Theo nghiên cứu của Chali nhóm có kiến thức tự chăm sóc không đúng có thực hành không đạt gấp 5,01 lần nhóm có kiến thức đúng 9 [9]. Như vậy, chúng ta thấy được kiến thức chung có liên quan chặt chẽ đến thực hành chung của người bệnh, người bệnh có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao hơn nhóm có kiến thức không đạt. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc tuyên truyền, tư vấn y tế và giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho người bệnh đái tháo đường. Đặc biệt trong thời kỳ Covid 19 với quy định về

giãn cách xã hội, hạn chế đi lại người bệnh ở nhà nhiều hơn việc tăng cường sự truyền thông giáo dục sức khỏe sẽ hiệu quả hơn nếu được tăng cường trên truyền hình thông qua các chương trình giáo dục sức khỏe được thiết kế đặc biệt cho đối tượng là nhóm người bệnh mắc các bệnh mãn tính: đái tháo đường, tăng huyết áp....

Để đánh giá chính xác mức độ ảnh hưởng của các biến có liên quan đến kiến thức, thực hành tự chăm sóc chúng tôi đã thực hiện kiểm định Logistic và mô hình hồi quy đa biến giúp chúng ta nhìn tổng quát và chính xác hơn mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập đến biến mức độ kiến thức, thực hành tự chăm sóc. Mô hình đã tìm ra các biến: trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, kiến thức thực sự có liên quan đến mức độ thực hành tự chăm sóc (có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$) và có thể dự báo chính xác tới 69,3% (Bảng 3).

V. KẾT LUẬN

Trong số 300 người bệnh có thực hành tự chăm sóc bệnh đái tháo đường típ 2 ở mức tốt 56,3%; 34,7% ở mức trung bình và 9% ở mức kém. Thực hành kém ở chế độ hoạt động thể lực, tự kiểm soát đường huyết, chế độ ăn. Thực hành tự chăm sóc của người bệnh cũng liên quan tới trình độ học vấn OR = 9,0 (95% CI: 3,7-22,0); thời gian bị bệnh với OR = 13,9 (95% CI: 5,2 – 36,5) và kiến thức tự chăm sóc OR = 0,2 (95% CI; 0,1 – 0,3).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Anh. Thực trạng bệnh tiểu đường hiện nay đang vô cùng báo động. Tạp chí Kiến thức tiểu đường. 2020;2(8):10-12.
2. Bloomgarden ZT. Diabetes and COVID-19. Journal of Diabetes. 2020;12(4):347-348. doi:10.1111/1753-0407.13027
3. Jackson IL, Adibe MO, Okonta MJ, Ukwe CV. Knowledge of self-care among type 2 diabetes patients in two states of Nigeria. Pharm Pract (Granada). 2014;12(3):404.
4. Aschalew AY, Yitayal M, Minyihun A, Bisetegn TA. Self-care practice and associated factors among patients with diabetes mellitus on follow up at University of Gondar Referral Hospital, Gondar, Northwest Ethiopia. BMC Res Notes. 2019;12(1):591. doi:10.1186/s13104-019-4630-4
5. Niguse H, Belay G, Fisseha G, Desale T, Gebremedhn G. Self-care related knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with diabetes in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, North Ethiopia. BMC Research Notes. 2019;12(1):34. doi:10.1186/s13104-019-4072-z
6. Nguyễn Thị Thắm. Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh năm 2017. Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng. 2017.

7. **Bùi Thị Châm.** Kiến thức, thực hành phòng biến chứng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Bắc Giang năm 2013. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng. 2013.

8. **Amente T, Belachew T, Hailu E.** Self Care Practice and Its Predictors Among Adults with Diabetes Mellitus on Follow up at Nekemte Hospital Diabetic Clinic, West Ethiopia. 2014;2(3):16.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐIỀU TRỊ SUY TIM TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Ngô Anh Vinh¹, Hồ Bích Vân¹, Nguyễn Văn Khiêm², Nguyễn Tân Hùng¹, Nguyễn Thị Oanh¹, Lê Thị Huân¹, Đặng Thị Hồng Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố trong tiên lượng điều trị suy tim ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân được điều trị suy tim theo phác đồ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị suy tim. **Kết quả:** Nồng độ NT-ProBNP lúc vào viện ở nhóm tiến triển xấu là 4138 pg/ml cao hơn nhóm tiến triển tốt (2329 pg/ml) và nhóm tử vong cao hơn với nhóm không tử vong (4138 pg/ml so với 2374 pg/ml) đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Khi phân tích đa biến kết quả cho thấy mức độ suy tim càng nặng là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 2,09, 95% CI: 2,03 - 2,17). EF càng giảm làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 0,94, 95% CI: 0,89 - 0,99). Nồng độ NT-ProBNP càng cao làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 1,12, 95% CI: 1,04 - 1,15). **Kết luận:** Nồng độ NT-ProBNP, mức độ suy tim và chức năng tim của bệnh nhân lúc vào viện là các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong.

Từ khóa: tiên lượng điều trị, suy tim, trẻ em.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS IN CHILDREN'S HEART FAILURE TREATMENT AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: Understand some factors that help prognostic in treatment outcomes in children's heart failure at Vietnam national children's hospital. **Methods:** a descriptive cross-sectional study using convenience sampling. Patients with heart failure was treated according to protocol and studied some factors related to the outcomes. **Results:** NT-ProBNP concentration at admission, higher in the poor-progressing group at 4138 pg/ml than in the good-progressing group (2329 pg/ml) and higher in the mortality group than in the non-fatal group (4138 pg/ml versus 2374 pg/ml), is statistically significant ($p < 0.005$). When multivariate analysis, the results

showed that the more severe heart failure stages, the higher the risk of death (OR = 2,09, 95% CI: 2,03 - 2,17), the lower decreasing in EF the higher risk of death (OR = 0,94, 95% CI: 0,89 - 0,99), the more concentrated NT-ProBNP the higher risk of death (OR = 1,12, 95% CI: 1,04 - 1,15). **Conclusions:** NT-ProBNP concentration, heart failure stages, and heart function at admission are independent factors and valuable to the prognostic in risk of death.

Keys: treatment prognosis, heart failure, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hội chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ em và do nhiều nguyên nhân gây ra trong đó chủ yếu là tim bẩm sinh. Theo Massin M và cộng sự, suy tim chiếm khoảng 10,4% các bệnh lý tim mạch ở trẻ em [1]. Ở trẻ em, nếu suy tim không điều trị kịp thời thì có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như sốc tim, tăng áp phổi, phù phổi cấp,... và thậm chí tử vong [2], [3]. Ở Mỹ hàng năm, theo thống kê tỉ lệ tử vong do suy tim ở trẻ em chiếm khoảng 7% [2]. Vì thế, để cải thiện hiệu quả điều trị cũng như giảm tỉ lệ tử vong thì việc xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị suy tim là rất cần thiết. Các nghiên cứu ở nước ngoài cũng đã đưa ra một số yếu tố tiên lượng điều trị suy tim ở trẻ em như nguyên nhân gây suy tim, chức năng tim, mức độ suy tim, nồng độ NT-ProBNP,.. [3], [4]. Tuy nhiên hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Vì thế, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: "Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng điều trị suy tim trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 136 trẻ được chẩn đoán suy tim và điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Là các trẻ suy tim mắc bệnh lý tim mạch và có từ 3 điểm Ross theo tiêu chuẩn Ross sửa đổi [6].

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Loại trừ khỏi nghiên cứu nếu trẻ mắc bất kỳ một trong các

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

bệnh lý: suy thận, bệnh lý nội tiết, nhiễm khuẩn nặng, viêm phổi, béo phì, thiếu máu nặng.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 10 năm 2019.

- Địa điểm: Khoa cấp cứu, khoa tim mạch, khoa hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

3.2. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Bệnh nhân được điều trị suy tim theo phác đồ bao gồm các phương pháp chính: thuốc, can thiệp và phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật đối với bệnh tim bẩm sinh trong đó đều là phẫu thuật tim hở và sửa chữa toàn bộ. Phương pháp không phẫu thuật bao gồm điều trị bằng thuốc và các phương pháp can thiệp (lọc máu, tuần hoàn ngoài cơ thể, sốc điện).

Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị và tiến triển của suy tim tại thời điểm bệnh nhân ra viện đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Tiến triển của suy tim gồm các mức độ: tốt, xấu hoặc tử vong. Ngoài ra, chúng tôi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị suy tim của bệnh nhân.

4. Xử lý số liệu. Số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22. Test kiểm định Chi bình phương (χ^2) để so sánh các tỷ lệ.

5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Gia đình trẻ được giải thích về nội dung nghiên cứu và đã đồng ý chấp thuận tham gia. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung. Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 10 năm 2019 tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi lựa chọn được 136 bệnh nhân suy tim có đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	%
Tuổi	Nam	65	47,8
	Nữ	71	52,2
Giới	< 1 tuổi	62	45,6
	1 tuổi- <5 tuổi	39	28,7
	5 tuổi -15 tuổi	35	25,7
Nguyên nhân	Viêm cơ tim	51	37,5
	Cơ tim giãn	34	25
	Tim bẩm sinh	30	22,1

suy tim	Bệnh lý khác	21	15,4
Tổng số		136	100

Nhận xét: Nhóm dưới 1 tuổi chiếm đa số (45,6%) với tuổi nhỏ nhất là 1 tháng tuổi, lớn nhất là 15 tuổi. Trẻ nam chiếm 47,8%, nữ chiếm 52,2%.

Các nguyên nhân gây suy tim chủ yếu là: viêm cơ tim, cơ tim giãn và tim bẩm sinh. Một số nguyên nhân khác ít gặp hơn gồm cơn nhịp nhanh trên thất, tăng áp phổi nguyên phát, tràn dịch màng ngoài tim,...

2. Các phương pháp điều trị suy tim và tiến triển sau điều trị suy tim

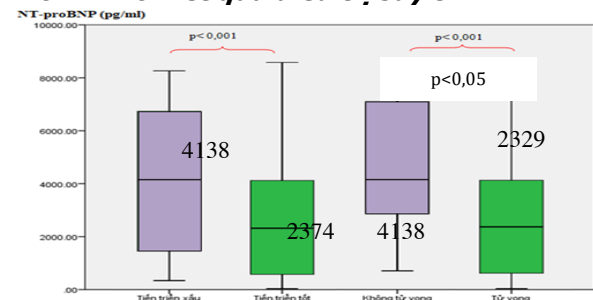
Bảng 2. Các phương pháp điều trị suy tim và tiến triển sau điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	%
Phẫu thuật	30	22,1%
Thuốc	136	100%
Can thiệp	59	43,4%
Tiến triển bệnh		
Xấu	28	20,7%
Tốt	108	79,3%
Tử vong	17	12,5%
Sống	119	87,4%
Số ngày điều trị (X ± SD)	18,9 ± 12,3	
Tổng số	136	100

Nhận xét. Tất cả bệnh nhân tim bẩm sinh đều được phẫu thuật chiếm 22,1%. Có 59 bệnh nhân được can thiệp điều trị, chiếm 43,4%. Ngoài ra tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng thuốc. Về tiến triển: 108 trường hợp tiến triển tốt chiếm 79,3% và 28 trường hợp tiến triển xấu (20,7%) trong đó 17 trẻ tử vong (12,5%). Tổng số ngày điều trị trung bình là 18,9 ± 12,3 ngày.

3. Một số yếu tố trong tiên lượng điều trị suy tim

3.1. Mối liên quan giữa nồng độ NT-ProBNP với kết quả điều trị suy tim

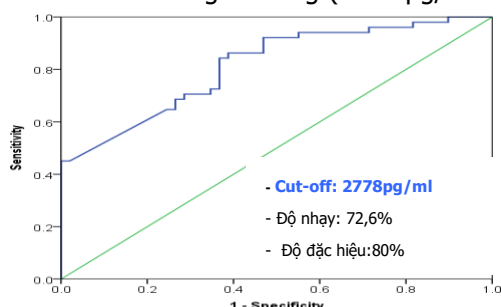


Biểu đồ 1. Nồng độ NT-ProBNP với kết quả điều trị suy tim

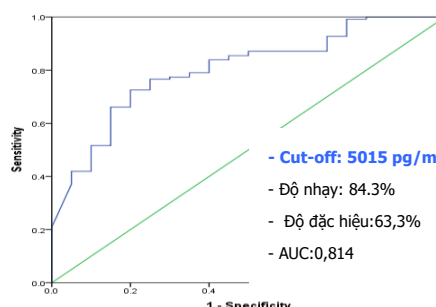
Nhận xét. Nồng độ NT-ProBNP lúc vào viện ở nhóm tiến triển xấu là 4138 pg/ml cao hơn nhóm tiến triển tốt (2329 pg/ml) với p < 0,05.

Nồng độ NT-ProBNP lúc vào của nhóm tử vong cao hơn với nhóm không tử vong (4138 pg/ml so

với 2374 pg/ml) với $p < 0,05$.



Tiến triển xấu



Tử vong

Biểu đồ 2. Điểm cắt của NT-proBNP trong dự đoán kết quả điều trị

Nhận xét. Điểm cắt tối ưu của nồng độ NT-ProBNP huyết thanh là 2778 pg/ml có độ nhạy là 72,6%, độ đặc hiệu là 80% và diện tích dưới đường cong ROC là 0,802 trong dự đoán bệnh nhân tiến triển xấu, đáp ứng kém với điều trị. Điểm cắt tối ưu của nồng độ NT-ProBNP huyết thanh là 5015 pg/ml có độ nhạy là 76,3%, độ đặc hiệu là 68,2% và diện tích dưới đường cong là 0,814 trong tiên lượng bệnh nhân tử vong.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong qua hồi quy đơn biến và đa biến. Chúng tôi phân tích các yếu tố khi bệnh nhân vào viện gồm: tuổi, mức độ suy tim, nguyên nhân gây suy tim, chức năng tim (EF), nồng độ NT-ProBNP huyết thanh để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân bằng cách phân tích hồi quy logistic.

Bảng 3. Một số yếu tố tiên lượng tử vong qua phân tích hồi quy đơn biến

Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi (tháng)	1,08	0,99 - 1,12	> 0,05
Mức độ suy tim	2,08	1,67 - 3,05	< 0,05
Viêm cơ tim	1,24	0,27 - 5,51	> 0,05
Cơ tim giãn	1,59	1,35 - 2,65	> 0,05
Tim bẩm sinh	0,87	0,36 - 0,99	> 0,05
Bệnh khác	1,08	0,99 - 1,21	> 0,05
EF (%)	0,93	0,89 - 0,97	< 0,05
NT-ProBNP (pg/ml)	1,12	1,03-1,23	< 0,05

Nhận xét. Khi phân tích đơn biến, các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân là mức độ suy tim, EF và nồng độ NT-ProBNP. Khi tiếp tục đưa các yếu tố trên vào phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi xác định các yếu tố cuối cùng có giá trị trong tiên lượng tử vong ở trẻ suy tim.

Bảng 4. Mô hình hồi qui đa biến xác định yếu tố tiên lượng tử vong

Yếu tố	OR	95% CI	p
Mức độ suy tim	2,09	2,03 - 2,17	< 0,05

EF (%)	0,94	0,89 - 0,99	< 0,05
NT-ProBNP (pg/ml)	1,12	1,04 - 1,15	< 0,05

Nhận xét. Mức độ suy tim càng nặng là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 2,09, 95% CI: 2,03 - 2,17). EF càng giảm làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 0,94, 95% CI: 0,89 - 0,99). Nồng độ NT-ProBNP càng cao làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 1,12, 95% CI: 1,04 - 1,15).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi, nồng độ NT-ProBNP của bệnh nhân lúc vào viện có liên quan với kết quả điều trị suy tim. Nồng độ NT-proBNP của nhóm bệnh nhân tiến triển xấu và tử vong đều cao hơn nhóm tiến triển tốt và không tử vong. Cụ thể, nồng độ NT-ProBNP huyết thanh lúc vào viện của nhóm tiến triển xấu có trung vị là 4138 pg/ml cao hơn nhóm tiến triển tốt (2329 pg/ml) với $p < 0,05$ và của nhóm tử vong cao hơn với nhóm không tử vong (4138 pg/ml so với 2374 pg/ml) với $p < 0,05$ (Biểu đồ 1). Điều này cho thấy nồng độ NT-ProBNP tăng cao có dự đoán kết cục đáp ứng kém với điều trị hoặc liên quan tới tử vong. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy với điểm cắt của nồng độ NT-ProBNP là 2778 pg/ml có độ nhạy là 72,6% và độ đặc hiệu là 80% trong dự đoán nguy cơ đáp ứng kém với điều trị. Trong khi đó, điểm cắt của nồng độ NT-ProBNP huyết thanh là 5015 pg/ml có độ nhạy là 76,3%, độ đặc hiệu là 68,2% dự đoán bệnh nhân có nguy cơ tử vong (Biểu đồ 2).

Để đánh giá về vai trò của NT-ProBNP trong tiên lượng điều trị suy tim, tác giả Derek T.H. Wong và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu trên những trẻ nhập viện vì suy tim mất bù cấp. Kết quả đã cho thấy nồng độ của NT-ProBNP huyết thanh ở thời điểm 48 giờ sau khi nhập viện tăng cao là yếu tố để xem xét chỉ định tiến hành thực

hiện can thiệp bằng tuần hoàn cơ học cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân có chỉ định can thiệp bằng tuần hoàn cơ học đều có nồng độ NT-proBNP ở thời điểm 48 giờ sau nhập viện cao hơn so với nhóm không được chỉ định tuần hoàn cơ học với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$) [7]. Cũng trong vai trò tiên lượng điều trị suy tim, nghiên cứu của Medar cũng cho thấy nồng độ NT-ProBNP có giá trị dự đoán các biến chứng tim mạch trên trẻ suy tim mất bù cấp có suy giảm chức năng tim. Kết quả cho thấy sự gia tăng về nồng độ NT-proBNP trong quá trình điều trị liên quan đến các biến cố tim mạch có thể xảy ra trong một năm sau đó ($r = 0,616$; $p = 0,01$) và có giá trị hơn là sự thay đổi về chỉ số EF trên siêu âm tim ($r = -0,42$; $p = 0,15$) [8]. Tác giả này nhấn mạnh rằng NT-proBNP có thể được sử dụng như là chỉ số độc lập, khách quan trong việc đánh giá đáp ứng điều trị hơn là siêu âm tim [8]. Trong nghiên cứu của tác giả Paolo G. Rusconi, kết quả cũng cho thấy định lượng nồng độ NT-proBNP là xét nghiệm có giá trị để theo dõi tiến triển của suy tim ở trẻ em và đánh giá hiệu quả điều trị. Với ngưỡng nồng độ NT-proBNP > 1000 pg/ml cho dự đoán đáp ứng kém với điều trị. Cũng theo tác giả này khi nghiên cứu trên trẻ em suy tim do bệnh cơ tim giãn, với nồng độ NT-proBNP > 1000pg/ml có giá trị dự đoán bệnh nhân có nguy cơ phải ghép tim [9].

Trong xác định các yếu tố trong tiên lượng tử vong ở những bệnh nhân suy tim, chúng tôi phân tích các yếu tố: tuổi, mức độ suy tim, bệnh lý gây suy tim, chức năng tim và nồng độ NT-ProBNP huyết thanh của trẻ lúc vào viện bằng hồi quy logictis đơn biến và đa biến. Kết quả cho thấy, tuổi và bệnh lý gây suy tim không phải là yếu tố độc lập đến tiên lượng tử vong. Ngược lại, chỉ số EF, mức độ suy tim và nồng độ NT-ProBNP lúc vào viện đều là yếu tố liên quan đến tình trạng sống hoặc tử vong của bệnh nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. (Bảng 3,4). Cụ thể, nồng độ NT-ProBNP càng cao làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 1,12, 95% CI (1,04 - 1,15)). Trong khi đó, mức độ suy tim tăng hoặc phân suất tống máu giảm cũng đều làm tăng nguy cơ tử vong của bệnh nhân. Cụ thể, mức độ suy tim tăng làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 2,09, 95% CI: 2,03 - 2,17). Phân suất tống máu (EF) càng giảm làm tăng nguy cơ tử vong (OR = 0,94, 95% CI: 0,89 - 0,99) (Bảng 4).

Tác giả Den Boer và cộng sự cũng chỉ ra rằng ở các trẻ suy tim do bệnh cơ tim giãn, sự thay đổi của nồng độ NT-proBNP ở một số thời điểm

khác nhau cũng có giá trị dự báo nguy cơ tử vong. Nghiên cứu đã tiến hành theo dõi trên 115 trẻ suy tim do bệnh cơ tim giãn trong 7 năm (từ năm 2006 đến 2013) với thời gian theo dõi trung bình là 4,8 năm. Kết quả cho thấy, nồng độ NT-ProBNP huyết thanh hoặc sự thay đổi của thông số này tại bất cứ thời điểm nào trong quá trình theo dõi cũng có khả năng dự báo nguy cơ tử vong. Tác giả Den Boer cho rằng nếu nồng độ NT-proBNP cao gấp đôi ban đầu thì sẽ tăng nguy cơ tử vong lên 2,9 lần trong năm đầu tiên sau chẩn đoán và gấp 1,8 lần ở các năm sau đó. Với nồng độ NT-ProBNP của bệnh nhân >7990 pg/ml, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống sót trong năm đầu tiên và năm thứ 2 là 79% và 71% [10].

Tương tự chúng tôi, các nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho thấy ngoài vai trò của nồng độ NT-ProBNP huyết thanh thì chức năng tim (EF), mức độ suy tim cũng có giá trị trong dự đoán nguy cơ tử vong ở trẻ suy tim. Theo tác giả Uchenna Onubogu, mức độ nặng của suy tim (được phân loại theo điểm Ross sửa đổi) giúp phân tầng nguy cơ tử vong ở trẻ em bị suy tim cấp tính. Cụ thể những trẻ có điểm suy tim theo tiêu chuẩn Ross sửa đổi > 7 có nhiều khả năng tử vong cao hơn (OR = 8,8, 95% CI: 1,2 - 72,5) [3]. Trong khi đó, tác giả Rocha Araújo FD cho rằng ở trẻ suy tim nặng do bệnh cơ tim giãn có điểm suy tim theo tiêu chuẩn Ross > 11 có liên quan đến tử vong [4]. Về vai trò của chức năng tâm thu thất trái (EF), tác giả Lam và cộng sự khi phân tích đa biến đã cho thấy ở những bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu bảo tồn có nguy cơ tử vong thấp hơn so với những bệnh nhân có chức năng tim giảm (OR = 0,62, 95% CI = 0,46 - 0,85).

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu tìm hiểu một số yếu tố trong tiên lượng điều trị suy tim ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi nhận thấy nồng độ NT-ProBNP huyết thanh có liên quan đến tiến triển của bệnh nhân sau điều trị. Khi phân tích đa biến, nồng độ NT-ProBNP, mức độ suy tim và chức năng tâm thu thất trái là các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Massin M.M, Astadicko I, Dessy H (2008).** Epidemiology of heart failure in a tertiary pediatric center. *Clinical Cardiology*, 31(8), 388–391.
2. **Rossano J.W, Kim J.J, Decker J.A, et al (2012).** Prevalence, morbidity, and mortality of heart failure-related hospitalizations in children in the United States: a population-based study. *Journal of Cardiac Failure*. 18(6), 459–470.

3. **Uchenna Onubogu (2020).** Factors Predicting Heart Failure in Children Admitted to a Pediatric Emergency Ward in a Developing Country. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 33(6):673-685.
4. **Rocha Araújo FD, Silva RMF, Tonelli HAF, Guimarães AFM, Castilho SRT, Meira ZMA (2018).** Prognosis of dilated cardiomyopathy with severe heart failure according to Functional Classification Scales in Childhood. *International Journal of Cardiovascular Sciences*,31(1):12-21.
5. **Ross R.D (2012).** The Ross classification for heart failure in children after 25 years: a review and an age-stratified revision. *Pediatric Cardiology*. 33(8), 1295–1300.
6. **Derek T.H. Wong, Kristen George, Judith Wilson, et al (2011).** Effectiveness of serial increases in amino-terminal pro-B-type natriuretic peptide levels to indicate the need for mechanical circulatory support in children with acute decompensated heart failure. *American Journal of Cardiology*, 107(4):573-8.
7. **Medar S, Hsu D.T, Ushay H.M, et al (2015).** Serial measurement of NT-proBNP predicts adverse cardiovascular outcome in children with primary myocardial dysfunction and acute decompensated heart failure (ADHF). *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(6), 529–534.
8. **Rusconi P.G, Ludwig D.A, Ratnasamy C, et al (2010).** Serial Measurements of Serum NT-proBNP as Markers of Left Ventricular Systolic Function and Remodeling in Children with Heart Failure. *American Heart Journal*, 160(4), 776–783.
9. **Den Boer S.L, Rizopoulos D, du Marchie Sarvaas G.J, et al (2016).** Usefulness of Serial N-terminal Pro-B-type Natriuretic Peptide Measurements to Predict Cardiac Death in Acute and Chronic Dilated Cardiomyopathy in Children. *American Journal of Cardiology*, 118(11), 1723–1729.

THỰC TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ Ở HỌC SINH HAI TRƯỜNG TIỂU HỌC HUYỆN ĐOAN HÙNG, TỈNH PHÚ THỌ

Lê Thị Thanh Hoa¹, Trương Thị Thuỳ Dương¹,
Trần Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Việt Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng thừa cân, béo phì và xác định một số yếu tố liên quan ở học sinh hai trường tiểu học huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 300 học sinh tại với phương pháp mô tả thiết kế cắt ngang. Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa theo chuẩn tăng trưởng của WHO năm 2007. Các yếu tố liên quan được thu thập bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học là 15,7%, trong đó thừa cân chiếm tỷ lệ 12,4% và béo phì là 3,3%. Một số yếu tố khác liên quan đến thừa cân, béo phì như tiền sử gia đình có người bị thừa cân, béo phì; thói quen ăn tối sau 20 giờ; tiêu thụ thức ăn nhanh, đồ ngọt, bánh kẹo, kem; ăn đồ rán mỡ, chiên xào của trẻ được tìm thấy trong nghiên cứu này ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ thừa cân, béo phì của trẻ ở mức cao, đáng báo động, cần có các giải pháp can thiệp bằng truyền thông và dinh dưỡng hợp lý nhằm cải thiện tình trạng thừa cân, béo phì cho trẻ em lứa tuổi học đường.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì, học sinh tiểu học, huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ.

SUMMARY

THE STATUS OF OVERWEIGHT, OBESITY

*Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền Trang

Email: linhtrang249@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

AND SOME ASSOCIATED FACTORS AMONG CHILDREN AT TWO PRIMARY SCHOOLS IN DOAN HUNG DISTRICT, PHU THO PROVINCE

Objectives: To describe the current situation of overweight, obesity and some related factors among children at two primary schools in Doan Hung District, Phu Tho Province. **Research subjects and methods:** The study was conducted on 300 pupils with descriptive method of cross-sectional design. The nutritional status of study subjects was assessed based on the World Health Organization (WHO) classification in 2007. Use pre-designed questionnaires to collect related factors. **Research results:** The rate of overweight pupils was 15.7%, in which overweight accounted for 12.4% and obesity rate was 3.3%. The rate of overweight and obesity among male pupils was higher than that of female pupils (22.8% compared with 9.8%) and tends to increase gradually with age. Some other factors related to overweight and obesity such as family history, having dinner after 8p.m, consumption fast food, sweet food, cake and ice cream, fatty foods ($p < 0.05$). **Conclusion:** The rate of overweight, obesity of pupils was high, so it is necessary to strengthen early intervention measures to improve nutrition for school-age children.

Key words: Overweight, obesity, primary school children, Doan Hung district, Phu Tho province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì (TCBP) là tình trạng cân nặng vượt quá quy định, tích lũy mỡ không bình thường và một cách cục bộ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Trong xã hội hiện đại, thừa cân, béo

phì đang có xu hướng ngày càng phổ biến và gia tăng nhanh chóng trong cộng đồng, là một trong những vấn đề y tế mang ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở các nước phát triển. Việt Nam đang đối mặt với gánh nặng kép về dinh dưỡng, tỷ lệ suy dinh dưỡng đã giảm dần song còn ở mức cao đặc biệt là suy dinh dưỡng thể thấp còi trong khi tỷ lệ thừa cân, béo phì có xu hướng ngày càng tăng lên, đặc biệt là trẻ em lứa tuổi học đường. Thừa cân, béo phì ở trẻ là mối đe dọa lâu dài đến sức khoẻ, tuổi thọ và kéo dài tình trạng này đến tuổi trưởng thành sẽ làm tăng nguy cơ mắc các bệnh mạn tính không lây như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, viêm xương khớp, sỏi mật, gan nhiễm mỡ. TCBP ở trẻ còn dẫn đến ngừng tăng trưởng sớm, dẫn đến những ảnh hưởng nặng nề về tâm lý như tự ti, nhút nhát, kém hoà đồng, giảm sút khả năng học tập.

Tại Việt Nam, tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh tiểu học tại các thành phố lớn đang ở trong tình trạng báo động. Nghiên cứu của Bùi Thị Minh Thái và CS (2016) tại Hà Nội cũng cho thấy tỷ lệ thừa cân trung bình lên tới 22,2%, cao nhất ở nhóm học sinh 10 tuổi (27,9%) và thấp nhất ở nhóm 6 tuổi (13,2%); trong khi đó tỷ lệ béo phì trung bình là 16%, cao nhất ở nhóm 10 tuổi (21,9%), thấp nhất ở nhóm 9 tuổi (8,1%) [6]. Theo kết quả điều tra gần đây nhất của Viện Dinh dưỡng quốc gia (2019) tiến hành trên 5028 học sinh lứa tuổi 7-17 ở 75 trường học tại 5 tỉnh thành trong toàn quốc cho thấy có 42,0% học sinh tiểu học ở thành thị và 17,8% ở nông thôn bị thừa cân, béo phì [8]. Như vậy, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở lứa tuổi học đường đang gia tăng với tốc độ đáng báo động và là một trong những thách thức đối với ngành y tế.

Bên cạnh sự phát triển của kinh tế, các dịch vụ ăn uống cũng phát triển một cách nhanh chóng, các dịch vụ thức ăn nhanh, thức ăn đường phố ngày càng nhiều, các loại dịch vụ này đã và đang hấp dẫn trẻ em, đặc biệt là học sinh tiểu học, từ đó làm thay đổi thói quen và tập quán ăn uống của trẻ, đây cũng là một nguyên nhân gây nên tình trạng thừa cân, béo phì ở trẻ em tiểu học.

Trong những năm qua tình hình kinh tế - xã hội của tỉnh Phú Thọ đã có chuyển biến tích cực với mức tăng trưởng GDP bình quân hàng năm đạt trên 9%, cơ cấu kinh tế chuyển dịch theo hướng công nghiệp hoá, hiện đại hoá; các lĩnh vực văn hoá, y tế, giáo dục và công tác xã hội đã có những tiến bộ đáng kể; điều kiện và mức sống của nhân dân trong tỉnh được nâng cao rõ rệt, bước đầu tạo diện mạo mới về kinh tế - xã

hội, đưa Phú Thọ cùng cả nước trong quá trình phát triển và hội nhập kinh tế khu vực, quốc tế. Tại Phú Thọ, nghiên cứu về tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả tình trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh hai trường tiểu học huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Học sinh 2 trường Tiểu học Ngọc Quan và Bằng Luân, huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ.
- Bố mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trường tiểu học Ngọc Quan và Bằng Luân, huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ. Đây là hai trường tiểu học đại diện cho hai khu vực địa lý khác nhau của huyện Đoan Hùng. Trường tiểu học Ngọc Quan là trường tiểu học thuộc trung tâm huyện Đoan Hùng. Trường tiểu học Bằng Luân là trường tiểu học thuộc nhóm các xã xa trung tâm của huyện Đoan Hùng.

Thời gian: Từ tháng 01 năm 2021 đến 12 năm 2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả với thiết kế cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

***Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỉ lệ

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

Trong đó: n: số học sinh tiểu học cần điều tra
 $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số giới hạn tin cậy, chọn $\alpha = 0,05$ tương ứng với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: lấy $p = 0,504$ (Nghiên cứu của Hoàng Thị Đức Ngân cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh là 50,4% [4]).

d: mức sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn $d = 0,06$. Thay vào công thức ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là 267 học sinh; trên thực tế cỡ mẫu chúng tôi tiến hành nghiên cứu là 300 học sinh. Trong đó ở trường tiểu học Ngọc Quan là 145 học sinh và trường tiểu học Bằng Luân là 155 học sinh.

***Kỹ thuật chọn mẫu:** Với mỗi khối lớp 1,2,3,4,5 chọn ngẫu nhiên mỗi khối 1 lớp. Tại mỗi lớp được chọn, tiến hành chọn có chủ đích toàn bộ học sinh trong lớp vào danh sách nghiên cứu.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, nhóm tuổi, dân tộc.

- Tỉ lệ: thừa cân, béo phì và tỉ lệ thừa cân béo phì chung

- Xác định một số yếu tố liên quan với tình trạng thừa cân, béo phì của trẻ: Tiền sử gia đình, thói quen ăn uống và hoạt động thể lực của trẻ.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ số nghiên cứu

- Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì của trẻ dựa vào tiêu chuẩn của của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2007 với các ngưỡng sau: Chỉ số khối cơ thể (BMI) theo tuổi > +1SD là thừa cân, > +2SD là béo phì.

- Tập thể dục, thể thao thường xuyên là tập tối thiểu 30 phút/ngày và tối thiểu 5 ngày/tuần.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập về chỉ số cân nặng và chiều cao: Cân Tanita của Nhật Bản nhãn hiệu HD - 380 và thước gỗ của UNICEF đo chiều cao đứng.

- Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để thu thập thông tin về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và một số yếu tố liên quan.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch mã hóa, nhập trên phần mềm Epidata 3.1; xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài đã được thông qua hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên.

- Nghiên cứu nhận được sự đồng ý của Phòng Giáo dục huyện Đoan Hùng, Trường tiểu học Ngọc Quan và Bằng Luân và gia đình học sinh. Kết quả thu được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không dùng cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Trường Chỉ số	Ngọc Quan		Bằng Luân		Tổng chung		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi	6	27	18,6	33	21,3	60	20,0
	7	29	20,0	21	13,5	50	16,7
	8	31	21,4	47	30,3	78	26,0
	9	30	20,7	24	15,5	54	18,0
	10	28	19,3	30	19,4	58	19,3
Giới	Nam	61	42,1	75	48,4	136	45,3
	Nữ	84	57,9	80	51,6	164	54,7
Dân tộc	Kinh	138	95,2	145	93,5	283	94,3
	Thiểu số	7	4,8	10	6,5	17	5,7
Tổng số		145	100	155	100	300	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ nhóm 7 tuổi thấp nhất (16,7%), nhóm 8 tuổi cao nhất (26,0%), giới nữ chiếm tỉ lệ cao hơn so với nam (54,7% so với 45,3%), dân tộc kinh chiếm 94,3%, dân tộc thiểu số là 5,7%.

3.2. Thực trạng thừa cân, béo phì ở học sinh 2 trường tiểu học huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ

Bảng 3.2. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh hai trường tiểu học huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ

Trường TT-BP	Ngọc Quan (SL = 145)		Bằng Luân (SL = 155)		Chung (SL = 300)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thừa cân	22	15,2	15	9,7	37	12,3
Béo phì	6	4,1	4	2,6	10	3,4
Thừa cân, béo phì	28	19,3	19	12,3	47	15,7

Nhận xét: Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung của học sinh 2 trường tiểu học là 15,7% trong đó tỷ lệ thừa cân là 12,4% và béo phì là 3,3%.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh hai trường tiểu học theo giới và tuổi

Giới, tuổi	Thừa cân		Béo phì		Thừa cân, béo phì		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Giới	Nam (SL = 136)	25	18,4	6	4,4	31	22,8
	Nữ (SL = 164)	12	7,3	4	2,4	16	9,8
Tuổi	6 tuổi (SL = 60)	3	5,0	1	1,7	4	6,7
	7 tuổi (SL = 50)	5	10,0	1	2,0	6	12,0
	8 tuổi (SL = 78)	9	11,5	2	2,6	11	14,1

	9 tuổi (SL = 54)	8	14,8	3	5,6	11	20,4
	10 tuổi (SL = 58)	12	20,7	3	5,2	15	25,9

Nhận xét: Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nam học sinh cao hơn so với nữ học sinh (22,8% so với 9,8%) và có xu hướng tăng dần theo lứa tuổi.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì ở học sinh 2 trường tiểu học huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa tiền sử gia đình với tình trạng thừa cân, béo phì của học sinh tiểu học

Tiền sử gia đình		TC, BP		Không TC, BP		Tổng số	p
		SL	%	SL	%		
Tiền sử gia đình có người thừa cân, béo phì (Cha/mẹ/ anh/chị em ruột)	Có	29	35,4	53	64,6	82	< 0,05
	Không	18	8,3	200	91,7	218	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tiền sử gia đình với tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa thói quen ăn uống với tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học

Thói quen ăn uống		TC, BP		Không TC, BP		Tổng số	p
		SL	%	SL	%		
Ăn tối sau 20 giờ	Có	17	29,8	40	70,2	57	< 0,05
	Không	30	12,3	213	87,7	243	
Ăn thức ăn nhanh	Thường xuyên	36	20,6	139	79,4	175	< 0,05
	Không/Ít khi	11	8,8	114	91,2	125	
Ăn đồ ngọt, bánh kẹo, kem	Thường xuyên	39	31,7	84	68,3	123	< 0,05
	Không/Ít khi	8	4,5	169	95,5	177	
Ăn đồ rán, mỡ, chiên xào	Thường xuyên	42	18,6	184	81,4	226	< 0,05
	Không/Ít khi	5	6,8	69	93,2	74	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa một số thói quen ăn uống của học sinh tiểu học như ăn tối sau 20 giờ, ăn thức ăn nhanh thường xuyên, ăn đồ ngọt bánh kẹo thường xuyên, ăn đồ rán mỡ, chiên xào thường xuyên với thừa cân, béo phì ở trẻ ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa hoạt động thể lực với tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học

Đặc điểm		TC, BP		Không TC, BP		Tổng số		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Thường xuyên tập thể dục, thể thao	Có	13	14,9	74	85,1	87	100	>0,05
	Không	34	16,0	179	84,0	213	100	
Thời gian tĩnh tại (đọc sách, chơi điện tử, xem tivi, máy tính)	< 2 tiếng/ngày	19	17,1	92	82,9	111	100	>0,05
	≥ 2 tiếng/ngày	28	14,8	161	85,2	189	100	

Nhận xét: Không thấy mối liên quan giữa hoạt động thể lực của trẻ với tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học là 15,7%, tỷ lệ thừa cân là 12,4%, tỷ lệ béo phì là 3,3%. kết quả này thấp hơn các kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Mỹ Hạnh và Trần Thị Mỹ Hạnh (2018) trên học sinh tiểu học thị trấn Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ TC,BP là 25,2%, trong đó 16,0% học sinh thừa cân và 9,2% béo phì [2]; kết quả tổng điều tra của Viện Dinh dưỡng Quốc gia trong 12 tháng trên 5.028 học sinh các trường tiểu học, trung học cơ sở và trung học phổ thông ở một số tỉnh thành Việt

Nam với tỷ lệ TC,BP ở học sinh tiểu học khu vực thành thị là 41,9% và khu vực nông thôn là 17,8% [8] và kết quả nghiên cứu của tác giả Cáp Minh Đức (2021) trên 424 học sinh trường Tiểu học Hồng Thái, An Dương, Hải Phòng cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh là 24,52%, thừa cân là 15,09%, béo phì là 9,43% [1]. Điều này có thể giải thích, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở huyện Đoan Hùng của tỉnh Phú Thọ, điều kiện kinh tế xã hội phát triển còn hạn chế so với các thành phố lớn như Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh. Điều kiện kinh tế xã hội ảnh hưởng khá lớn tới tình trạng dinh dưỡng của

mỗi cá thể ở cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nam học sinh cao hơn so với nữ học sinh (22,8% so với 9,8%) và có xu hướng tăng dần theo lứa tuổi (bảng 3.3), kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Xuân Ngọc, Nguyễn Văn Hiến (2009), cũng cho thấy nam giới có tỷ lệ thừa cân, béo phì (16,1%) cao hơn nữ (5,7%) [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 và 3.5 cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng thừa cân béo phì của học sinh với giới tính. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở nam giới khá cao (21,5%) so với tỷ lệ này ở giới nữ (11,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác ở thành phố Hồ Chí Minh cũng như một số tỉnh thành khác của Việt Nam [2], [3], [6], [7] điều này có thể được giải thích do các học sinh nữ ở độ tuổi này đã bắt đầu có ý thức hơn về hình thể của bản thân, các em có xu hướng muốn có vóc dáng đẹp, sợ bị ảnh hưởng nhiều đến ngoại hình và chú ý đến ăn uống nhiều hơn các học sinh nam.

Ở nhóm học sinh có người trong gia đình (bố mẹ/ anh chị em ruột) bị thừa cân béo phì thì có tỷ lệ thừa cân béo phì cao hơn so với nhóm trẻ không có bố, mẹ/anh chị em ruột bị thừa cân béo phì (bảng 3.4). Điều này có thể phản ánh mối liên quan của di truyền với tình trạng dinh dưỡng của trẻ, bên cạnh đó chế độ, thói quen ăn uống của các thành viên trong gia đình, các tác động của các yếu tố tâm lý cũng ảnh hưởng ít nhiều đến tình trạng dinh dưỡng cũng như thói quen ăn uống của trẻ.

Tỷ lệ thừa cân béo phì ở những trẻ ăn bữa phụ buổi tối sau 20 giờ cao hơn so với trẻ không sử dụng bữa tối sau 20h. Việc có thói quen tiêu thụ thức ăn nhanh, tiêu thụ đồ ngọt, bánh kẹo, kem; ăn đồ rán mỡ, chiên xào ở học sinh tiểu học cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thừa cân béo phì (bảng 3.5). Điều này là do những nhóm thức ăn chứa nhiều đường, dầu, mỡ nên sinh ra nhiều "calo rỗng", đó là một trong những nguyên nhân có thể dẫn đến trẻ bị thừa cân béo phì. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng trẻ bị thừa cân béo phì thường ít tham gia các hoạt động thể lực hơn trẻ không bị thừa cân béo phì. Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy trẻ không tập thể dục thể thao thường xuyên bị thừa cân béo phì (57,3%) cao hơn nhóm trẻ thường xuyên tập thể dục thể thao (42,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bên cạnh đó việc dành nhiều thời gian cho các hoạt động tĩnh tại như

đọc sách, chơi điện tử, xem ti vi máy tính cũng là một trong những yếu tố dẫn đến gia tăng tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ em lứa tuổi học đường.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ thừa cân là 12,4%, béo phì là 3,3%.

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nam học sinh cao hơn so với nữ học sinh (22,8% so với 9,8%) và có xu hướng tăng dần theo lứa tuổi.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thừa cân, béo phì của học sinh với tiền sử gia đình có người bị thừa cân, béo phì; thói quen ăn tối sau 20 giờ; tiêu thụ thức ăn nhanh; đồ ngọt, bánh kẹo, kem; ăn đồ rán mỡ, chiên xào ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ. Tăng cường các biện pháp truyền thông giáo dục dinh dưỡng hợp lý tại trường tiểu học cũng như tổ chức các buổi nói chuyện, thảo luận chuyên đề về dinh dưỡng cho người nuôi dưỡng trẻ nhằm hướng dẫn cách ăn uống hợp lý phù hợp theo lứa tuổi, giúp cải thiện tình trạng thừa cân, béo phì cho trẻ em lứa tuổi tiểu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cáp Minh Đức, Nguyễn Thị Thanh Nga, Nguyễn Thị Thắm (2021)**, "Thực trạng thừa cân béo phì của học sinh Trường Tiểu học Hồng Thái, huyện An Dương, Thành phố Hải Phòng", Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tập 146, Số 10 (2021), tr. 198 - 205.
- Đỗ Thị Mỹ Hạnh, Trần Thị Minh Hạnh (2018)**, "Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học thị trấn Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh năm 2016", Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 22, số 1, tr. 355-359.
- Nguyễn Thuỳ Linh, Lê Thị Hương, Dương Thị Phương (2018)**, "Thực trạng thừa cân béo phì và bữa ăn học đường của học sinh một trường tiểu học tại Hà Nội năm 2017 và 2018", Tạp chí Dinh Dưỡng và Thực phẩm, 14(2), tr.35-41.
- Hoàng Thị Đức Ngân (2014)**, "Mối liên quan tiêu thụ thực phẩm, hoạt động thể lực với thừa cân, béo phì ở trẻ em tiểu học và tác động của điều kiện kinh tế xã hội", Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 10 (1), tr. 7 - 13.
- Trần Thị Xuân Ngọc, Nguyễn Văn Hiến, Trần Thị Phúc Nguyệt, Phạm Duy Tường (2009)**, "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì của học sinh từ 6 - 14 tuổi tại Hà Nội", Tạp chí Y học dự phòng, tập XIX, số 4 (103).
- Bùi Thị Minh Thái, Chu Thị Thu Hà, Nguyễn Thành Quân và CS (2016)**, "Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới thừa cân béo phì ở học sinh trường tiểu học Thịnh Quang, quận Đống Đa, Hà Nội, 2015", Tạp chí Y học dự phòng, số 2 (175), tr. 124-128.
- Nguyễn Minh Thu, Phạm Thị Hải (2015)**, "Nghiên cứu tình hình thừa cân, béo phì của học sinh từ 6-10 tuổi tại một số trường tiểu học thành

phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam”, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương Bộ Y tế, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014, tr. 167-180.

8. Viện Dinh dưỡng quốc gia (2019), Công bố kết

quả nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng học đường <<http://chuyentrang.viendinhduong.vn/vi-thong-tin-giao-ductruyenthong/cong-bo-ket-qua-nghien-cuu-ve-tinh-trang-dinh-duong-hoc-duong.html>>, xem 23/10/2019.

ĐÁNH GIÁ ĐIỂM ĐAU NRS-O VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERID TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Huy¹, Trần Thị Thu Hoài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kiểm soát đau là một mục tiêu điều trị ở người bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid. Thang điểm đánh giá đau NRS-O (oral Numeric Rating Scale) cho phép lượng hóa trực tiếp cảm giác chủ quan của người bệnh [1]. Mục đích của nghiên cứu là nhận xét mức độ đau bằng thang điểm NRS-O và một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu ở 21 người bệnh viêm tụy cấp tăng triglycerid theo thang điểm đánh giá số (NRS-O: Nummeric Rating Scale) tại trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. **Kết luận:** Vấn đề đau từ vừa đến nhiều ở người bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid là phổ biến và còn người bệnh đau mức độ nhiều sau giai đoạn 6 giờ đầu điều trị tại Trung tâm hồi sức tích cực. Tình trạng đau nhiều có thể xảy ra ở nhóm có điểm suy tạng thấp và áp lực ổ bụng thấp với tỉ lệ tương đương ở nhóm có điểm suy tạng cao và áp lực ổ bụng tăng cao.

Từ khóa: Đau; Viêm tụy cấp tăng triglycerid; Nummeric Rating Scale (NRS-O)

SUMMARY

PAIN ASSESSMENT BY NRS-O AND FINDING CORRELATED FACTORS IN PATIENTS WITH HYPERTRIGLYCEMIA-INDUCED PANCREATITIS IN INTENSIVE CARE CENTER BACHMAI HOSPITAL

Objective: Pain management is a goal of hypertriglyceremia-induced pancreatitis treatment. Oral Numeric Rating Scale (NRS-O) can measure directly the subjective pain of patients [1]. The main purpose of research is overall assessment of patient's pain with NRS-O and some related factors in patients with hypertriglyceremia-induced pancreatitis in Intensive Care Center in Bachmai Hospital. **Subject and method:** We administered measures of pain intensity (NRS-O)

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Huy

Email: drhuy.hmu41@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

to 21 participants with hypertriglyceremia-induced pancreatitis in Intensive care center in Bachmai Hospital. **Result:** Moderate and severe pain intensity was common in patients with hypertriglyceridemia-induced pancreatitis and having some patients had severe pain intensity after the first 6 hours treatment in Intensive Care Center in Bachmai Hospital. The rate of severe pain intensity in patients with SOFA <2 or in patients with abdominal pressure below 16 cmH₂O was similar in in patients with SOFA ≥2 or in patients with abdominal pressure above 16 cmH₂O.

Keywords: pain; hypertriglyceridemia-induced pancreatitis; oral nummeric rating scale NRS-O

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đau là một mục tiêu điều trị ở người bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid. Bởi vì, trường hợp tình trạng đau không được điều trị hợp lý, có thể là nguyên nhân góp phần gây ra thất bại trong điều trị tình trạng viêm tụy cấp tăng triglycerid [2], [3]. Một việc quan trọng cần quan tâm khi điều trị đau là lượng hóa được cảm giác đau của người bệnh. Thang điểm đánh giá đau NRS-O (oral Numeric Rating Scale) cho phép lượng hóa trực tiếp cảm giác chủ quan của người bệnh [1]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích "Nhận xét mức độ đau bằng thang điểm NRS-O và một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh viêm tụy cấp tại trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh

– Người bệnh được chẩn đoán viêm tụy cấp (theo hướng dẫn đồng thuận Atlanta 2012) [4].

– Người bệnh Glassgow ≥ 14 điểm.

– Điều trị tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hôn mê không đánh giá điểm NRS-O được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

Các bước tiến hành. Sử dụng bảng điểm NRS giải thích cho người bệnh về bảng điểm có giá trị từ 0–10 tương ứng với mức độ đau, người bệnh chỉ vào điểm đau, và ghi chép lại điểm đau.

Đánh giá đau tại 3 thời điểm: lúc vào trung tâm, sau 3 giờ và sau 6 giờ.

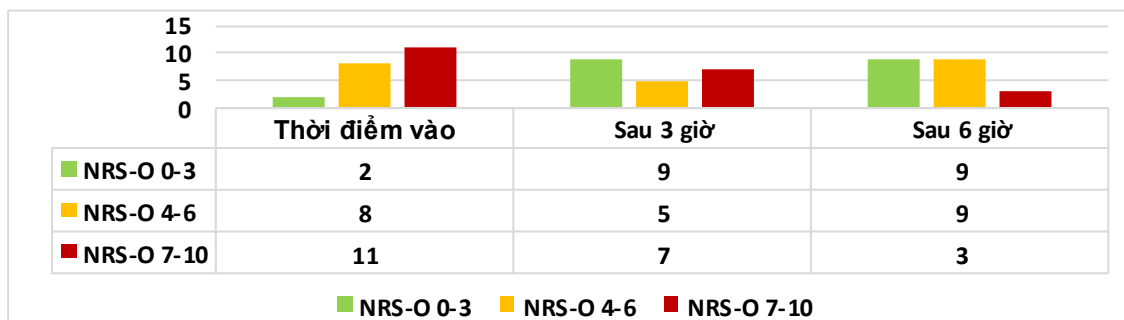
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu bao gồm 21 người bệnh, tuổi $42,3 \pm 10,7$, giới nam có 16 người bệnh chiếm 66,7%.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh viêm tụy cấp

Đặc điểm	Kết quả		
	n	Tỷ lệ (%)	
SOFA	SOFA < 2	13	61,9



Biểu đồ 1: Diễn biến mức độ đau qua các thời điểm

Nhận xét: Hầu hết người bệnh ở thời điểm vào Trung tâm có mức độ đau trung bình và nặng. Tỷ lệ đau nặng giảm dần theo thời gian 3 giờ và 6 giờ điều trị.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến mức độ đau

Bảng 1. Đặc điểm Điểm đau NRS-O phân theo mức độ nặng của viêm tụy cấp

	NRS 0-3	NRS 4-6	NRS 7-10	Tổng số
Giới nam	2 (14,3%)	5 (35,7%)	7 (50,0%)	14 (100%)
Giới nữ	0	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
SOFA ≥ 2	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (50%)	8 (100%)
SOFA < 2	1 (7%)	5 (38,5%)	7 (53,5%)	13 (100%)
ALOB < 16	0	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
ALOB ≥ 16	2 (14,3%)	5 (35,7%)	7 (50,0%)	14 (100%)

Nhận xét: Nhóm viêm tụy cấp tăng triglycerid có SOFA < 2 điểm có một nửa số người bệnh có đau nhiều. Nhóm viêm tụy cấp tăng triglycerid có áp lực ổ bụng thấp (<16) có trên 50% số người bệnh có tình trạng đau nhiều.

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu có 21 người bệnh, độ tuổi $42,3 \pm 10,7$, nam giới chiếm 2/3. Trong đó, 2/3 mẫu nghiên cứu có viêm tụy cấp mức độ nhẹ ở thời điểm vào viện. Lý do mẫu nghiên cứu có nhiều người bệnh viêm tụy cấp tăng triglycerid mức độ nhẹ có thể do người bệnh được chuyển

	SOFA ≥ 2	8	38,1
Mức độ	Nhẹ	13	61,9
	Trung bình	2	9,5
	Nặng	6	28,6
	Tổng	21	100

Nhận xét: Khoảng 2/3 số người bệnh viêm tụy cấp mức độ nhẹ, gần 30% số người bệnh VTC nặng.

Bảng 3.2. Đặc điểm chung của người bệnh viêm tụy cấp

Đặc điểm	X \pm SD
Triglycerid	45,5 \pm 24,0
Bệnh ngày thứ	3,6 \pm 2,1
ALOB	20,5 \pm 9,1

3.2 Đặc điểm đau của mẫu nghiên cứu.

Tất cả các người bệnh trong mẫu nghiên cứu đều có tình trạng đau bụng thượng vị thời điểm vào trung tâm Hồi Sức Tích Cực.

đến trung tâm vì lý do điều trị thay huyết tương, điều trị đặc hiệu cho viêm tụy cấp tăng triglycerid.

Trong tất cả mẫu nghiên cứu, hầu hết người bệnh đều có tình trạng đau bụng vùng thượng vị, mức độ vừa và nhiều (NRS-O ≥ 4) và xu hướng số lượng người bệnh nhóm đau nhiều (NRS-O 7-10) giảm dần theo thời gian ở thời

điểm 3 giờ và 6 giờ vào trung tâm. Cụ thể, trong đó có 11 người bệnh (52,4%) có đau bụng thượng vị mức độ đau nhiều (NRS-O 7-10 điểm) ở thời điểm vào. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phillip V. & cs 2013 và Földi M. & cs 2021 [5], [6].

Khi phân tích dưới nhóm theo điểm SOFA, không ghi nhận sự khác biệt về tỉ lệ người bệnh đau nhiều giữa 2 nhóm có điểm SOFA <2 và nhóm có điểm SOFA ≥2. Hơn nữa, ở nhóm người bệnh có điểm SOFA <2 có tới 53% người bệnh có mức độ đau nhiều. Số lượng người bệnh ở mức độ đau nhiều ở nhóm SOFA ≥2 cũng có kết quả tương tự, với 50% số người bệnh. Điểm đặc biệt là kể cả ở nhóm viêm tụy cấp do tăng triglycerid có điểm suy tạng SOFA ≥2 vẫn có người bệnh có mức độ đau nhẹ (12,5%). Điều đó cho thấy mức độ cảm nhận đau của người bệnh không nhất thiết đi song hành cùng mức độ nặng của suy tạng. Đau bụng nói chung không có mối liên quan với mức độ nặng, tỉ lệ tử vong, biến chứng, thời gian nằm viện ở người bệnh viêm tụy cấp, tính chất đau nhói liên quan đến mức độ nặng của bệnh và thời gian đau bụng đến khi nhập viện là yếu tố tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp [5], [6].

Khi đánh giá người bệnh theo tiêu chí áp lực ổ bụng, phân bố tỉ lệ đau giữa các nhóm cũng có hình ảnh tương tự. Cụ thể, nhóm có áp lực ổ bụng thấp (ALOB <16 cmH₂O) có tỉ lệ đau nhiều lên đến 57%. Ở nhóm viêm tụy cấp tăng triglycerid có áp lực ổ bụng cao (ALOB ≥16) cũng có tỉ lệ người bệnh đau bụng nhiều chỉ 50%. Điều đó cho thấy, nhóm người bệnh có áp

lực ổ bụng thấp vẫn gặp vấn đề với tình trạng đau với tỉ lệ tương đương.

V. KẾT LUẬN

Vấn đề đau từ vừa đến nhiều ở người bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid là phổ biến và có đáp ứng với điều trị tuy nhiên vẫn còn người bệnh đau mức độ nhiều sau giai đoạn 6 giờ đầu điều trị tại Trung tâm hồi sức tích cực. Tình trạng đau nhiều có thể xảy ra ở nhóm có điểm suy tạng thấp và áp lực ổ bụng thấp với tỉ lệ tương đương ở nhóm có điểm suy tạng cao và áp lực ổ bụng tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chanques G., Viel E., Constantin J.-M., et al. (2010).** The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *PAIN*, **151(3)**, 711–721.
2. **Chatila A.T., Bilal M., and Guturu P. (2019).** Evaluation and management of acute pancreatitis. *World J Clin Cases*, **7(9)**, 1006–1020.
3. **Long Y, Jiang Z, and Wu G (2022).** Pain and its Management in Severe Acute Pancreatitis. *J Transl Crit Care Med*, **9**.
4. **Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., et al. (2013).** Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, **62(1)**, 102–111.
5. **Phillip V., Schuster T., Hagemes F., et al. (2013).** Time period from onset of pain to hospital admission and patients' awareness in acute pancreatitis. *Pancreas*, **42(4)**, 647–654.
6. **Földi M., Gede N., Kiss S., et al. (2022).** The characteristics and prognostic role of acute abdominal on-admission pain in acute pancreatitis: A prospective cohort analysis of 1432 cases. *European Journal of Pain*, **26(3)**, 610–623.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CAI THỞ MÁY THẤT BẠI THEO PHƯƠNG THỨC HỖ TRỢ HIỆU CHỈNH THEO TÍN HIỆU THẦN KINH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Gia Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cai thở máy theo phương thức hỗ trợ hiệu chỉnh theo tín hiệu thần kinh (NAVA - Neurally Adjusted Ventilatory Assist) là một chế độ cai thở máy

¹Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

mà mức hỗ trợ phù hợp với hỗ trợ được tạo ra bởi máy thở tương ứng với hoạt động điện thế cơ hoành. Mục tiêu nghiên cứu là khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả cai thở máy thất bại theo phương thức hỗ trợ điều chỉnh theo tín hiệu thần kinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp 33 bệnh nhân cai thở máy theo phương thức NAVA tại Bệnh viện Bạch mai từ ngày 01/10/2015 đến ngày 30/10/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ thất bại khi cai thở máy theo phương thức NAVA là 39,4%. Điện thế cơ hoành nhóm thất bại cao hơn từ giờ thứ nhất đến giờ thứ 72 và thời điểm kết thúc; p<0,05. Hiệu suất thông khí thần kinh nhóm thất bại cao hơn từ giờ thứ 6 đến

giờ thứ 48 và thời điểm kết thúc ; $p < 0,05$. Mức NAVA nhóm thất bại cao hơn từ giờ thứ nhất đến giờ thứ 24 và thời điểm kết thúc; $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ thất bại khi cai thở máy theo phương thức NAVA là 39,4%, các yếu tố gồm điện thế cơ hoành, mức NAVA, hiệu suất thông khí thần kinh có ảnh hưởng đến kết quả cai thở máy NAVA.

Từ khóa: NAVA; Thở máy hỗ trợ hiệu chỉnh theo tín hiệu thần kinh; Bệnh viện Bạch mai

SUMMARY

SURVEYING SOME FACTORS RELATED TO FAILURE WEANING BY NEURALLY ADJUSTED VENTILATORY ASSIST AT ICU BACH MAI HOSPITAL

Objective: Neurally Adjusted Ventilatory Assist (NAVA) is a mode of mechanical weaning in which the level of support is matched to that produced by the ventilator in proportion to the activity diaphragm potential. The objective of the study was to investigate a number of factors related to the failure of mechanical ventilation weaning in a supportive way to modulate neural signals. **Subject and method:** Prospective interventional study of 33 patients weaned from mechanical ventilation by NAVA at Bach Mai Hospital from October 1, 2015 to October 30, 2017. **Result:** The failure rate of weaning from mechanical ventilation according to the NAVA method was 39.4%. Diaphragmatic potential was higher in the failure group than in the successful group from hour 1 to hour 72 and the end time ($p < 0,05$). Nerve ventilation performance in the failure group was higher than in the successful group from the 6th to the 48th hour and the end time ($p < 0,05$). The NAVA level in the failure group was higher than in the successful group from the 1st to the 24th hour and the end time ($p < 0,05$). **Conclusion:** The failure rate when weaning from mechanical ventilation according to NAVA method is 39.4%, factors including muscle voltage, NAVA level, neuroventilation efficiency have an influence on the outcome of NAVA weaning.

Keywords: Neurally Adjusted Ventilatory Assist (NAVA), Weaning from mechanical ventilation, Bach Mai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cai thở máy theo phương thức hỗ trợ hiệu chỉnh theo tín hiệu thần kinh (NAVA) cung cấp áp lực hỗ trợ dương tương xứng với hoạt động điện của cơ hoành và kích hoạt cũng như kết thúc sự hỗ trợ đồng bộ với nỗ lực hô hấp của bệnh nhân. Mức NAVA có vai trò khuếch đại tín hiệu điện thế hoạt động cơ hoành và xác định sự hỗ trợ tức thời của máy thở với từng nhịp thở. NAVA có thể ngăn ngừa sự giãn nở quá mức của phổi, những hạn chế của phương thức hỗ trợ quy ước được cải thiện, mối tương tác giữa bệnh nhân và máy thở được hài hòa hơn^{1,2}. Các nghiên cứu trên thực nghiệm và lâm sàng đã cho thấy NAVA có những ưu điểm vượt trội. Vì vậy,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu "Khảo sát một số yếu tố liên quan đến cai thở máy thất bại theo phương thức hỗ trợ điều chỉnh theo tín hiệu thần kinh".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân cai thở máy tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ 01/10/2015 đến 30/10/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân thở máy xâm nhập ít nhất 24 giờ.
- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cai thở máy^{3,4}:
 - Tình trạng thần kinh ổn định: Glasgow > 8 điểm.
 - Tần số thở ≤ 35 nhịp/phút.
 - $Vt \geq 5$ mL/kg.
 - $PaO_2/FiO_2 \geq 200$ mmHg. PEEP ≤ 5 cmH₂O. $FiO_2 \leq 40\%$.
 - Huyết động ổn định:
 - ✓ Nhịp tim ≤ 140 nhịp/phút. Huyết áp tâm thu 90-160mmHg.
 - ✓ Không truyền/hoặc liều tối thiểu thuốc vận mạch: Ephinephrine/Norepinephrine ≤ 0.1 mcg/kg/phút.

Dopamin ≤ 5 mcg/kg/phút.

- Thử nghiệm tự thở bằng CPAP trial trong 30 phút thất bại.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hôn mê, có tổn thương não, tủy cổ cao, không có nhịp tự thở, bệnh lý cơ, thần kinh cơ, chống chỉ định đặt ống thông thực quản: chấn thương hàm mặt, vỡ nền sọ, u thực quản, sẹo hẹp thực quản, giãn tĩnh mạch thực quản, chảy máu đường tiêu hóa trên, mối phẫu thuật vùng thanh quản hoặc thực quản, không đồng ý đặt ống thông thực quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp.

Cỡ mẫu: 33 bệnh nhân cai thở máy theo phương thức NAVA

Đặt ống thông thực quản và thở máy với phương thức NAVA

Thực hiện theo "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức- Cấp cứu và Chống độc. 2014"³.

Các bước cai thở máy với phương thức NAVA.

Khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cai thở máy³.

- Thở máy với mức NAVA tối ưu ban đầu.
- Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, Vt và Edi giảm hoặc không thay đổi, giảm dần mức NAVA mỗi lần 0.1-0.2 cmH₂O/ μ V.
- Theo dõi đáp ứng, Vt > 6ml/kg, tần số thở <25 nhịp/phút, tiếp tục giảm mức NAVA. Nếu

không đạt yêu cầu, chuyển về mức NAVA trước đó.
 - Khi giảm mức NAVA đến 0.5cmH₂O/μV, duy trì trong 30 phút.

- Nếu bệnh nhân tỉnh táo, ho khạc tốt, đáp ứng cai thở máy tốt → rút ống nội khí quản.
- Nếu bệnh nhân không đáp ứng thở với mức NAVA 0.5cmH₂O/μV → quay lại mức NAVA trước đó.

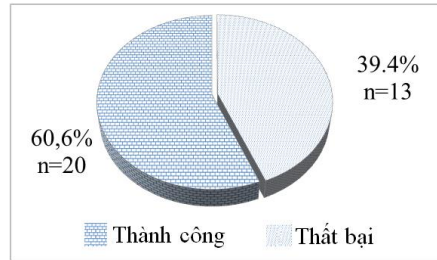
Tiêu chuẩn cai thở máy thành công

- Đáp ứng tốt với quá trình cai thở máy NAVA, mức NAVA giảm dần tới mức 0.5 cmH₂O/μV.
- Tách được máy thở. Theo dõi trong 48h không hỗ trợ thở máy trở lại.

Tiêu chuẩn cai thở máy thất bại³. Mức NAVA > 4cmH₂O/μV chưa đáp ứng cai thở máy, phải chuyển về chế độ thông khí bắt buộc. Hoặc cần phải đặt lại ống nội khí quản hoặc nối lại hỗ

trợ hô hấp trong vòng 48h sau khi thôi thở máy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ thành công, thất bại khi cai thở máy NAVA

Nhận xét: Tỷ lệ thất bại khi cai thở máy NAVA là 39,4%

Bảng 3.1. Diễn biến giá trị của hiệu số điện thế cơ hoành trong quá trình cai thở máy NAVA

Thời điểm	Nhóm	Thất bại (1)		Thành Công (2)		Chung		p(1-2)
		n	($\bar{X} \pm SD$) (μV)	n	($\bar{X} \pm SD$) (μV)	N	($\bar{X} \pm SD$) (μV)	
Tx		13	19,24±10,90	20	14,86±6,72	33	16,01±8,87	>0,05
T6		12	18,29±10,01	19	*11,80±5,33	31	14,85±7,89	<0,05
T12		12	17,19±9,11	19	*10,83±6,79	31	*12,15±8,19	<0,05
T24		11	*15,48±8,93	19	10,60±6,17	30	*12,05±8,15	<0,05
T48		6	16,98±7,54	14	*10,49±5,21	20	*12,60±6,15	<0,05
Tket		13	17,05±7,19	20	13,49±5,98	33	*12,83±6,28	<0,05

*p < 0,05 (so sánh các cặp số liệu với thời điểm trước NAVA).

Nhận xét: Hiệu số điện thế cơ hoành điện thế cơ hoành ở nhóm thành công thấp hơn ở nhóm thất bại ở các thời điểm giờ thứ 6 đến giờ 48 và thời điểm kết thúc, khác biệt có ý nghĩa thống kê; p < 0,05.

Bảng 3.2. Diễn biến hiệu suất thông khí - thần kinh quá trình cai thở máy NAVA

Thời điểm	Nhóm	Thất bại(1)		Thành Công(2)		Chung		P (1-2)
		N	($\bar{x} \pm SD$) (ml/μV)	N	($\bar{x} \pm SD$) (ml/μV)	N	($\bar{x} \pm SD$) (ml/μV)	
Tx		13	29,27±15,74	20	30,00±18,79	33	29,58±16,73	>0,05
T6		12	32,63±13,39	19	*41,89±20,43	31	37,81±17,89	<0,05
T12		12	33,13±15,29	19	39,89±18,53	31	35,89±16,19	<0,05
T24		11	27,21±14,28	19	38,97±21,83	30	32,22±19,11	<0,05
T48		6	30,66±12,34	14	*43,89±25,92	20	*39,25±19,17	<0,05
Tket		13	25,67±13,53	20	*40,09±29,46	33	36,83±19,28	<0,05

*p < 0,05 (so sánh các cặp số liệu với thời điểm bắt đầu NAVA).

Nhận xét: Hiệu suất thông khí-thần kinh ở nhóm thành công cao hơn nhóm thất bại có ý nghĩa ở thời điểm giờ thứ 6 đến giờ thứ 48 và thời điểm kết thúc, khác biệt có ý nghĩa thống kê; p < 0,05.

Bảng 3.3: Diễn biến mức NAVA trong quá trình cai thở máy NAVA

Thời điểm	Nhóm	Thất bại (2)		Thành Công (1)		Chung		P (1-2)
		N	($\bar{X} \pm SD$) (cmH ₂ O/μV)	N	($\bar{X} \pm SD$) (cmH ₂ O/μV)	n	($\bar{X} \pm SD$) (cmH ₂ O/μV)	
T0		13	2,10±0,35	20	1,65±0,65	33	1,82±0,59	>0,05
T1		13	*2,06±0,36	20	1,58±0,67	33	*1,77±0,61	<0,05
T6		12	*1,9±0,44	19	*1,47±0,74	31	*1,65±0,67	<0,05
T12		12	*1,83±0,52	19	1,43±0,72	31	**1,57±0,68	<0,05
T24		11	1,97±0,53	19	**1,24±0,63	30	*1,50±0,69	<0,05
Tket		13	1,92±1,28	20	**0,49±0,04	33	*1,05±1,06	<0,05

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (so sánh cặp số liệu với thời điểm bắt đầu NAVA(T_0))

Nhận xét: Mức NAVA giảm dần, có ý nghĩa theo thời gian trong 24 giờ đầu (so sánh các cặp số liệu). Mức NAVA ở nhóm thất bại cao hơn nhóm thành công ở thời điểm giờ thứ nhất đến giờ thứ 24 và thời điểm kết thúc, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Các kết quả chính trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được tóm tắt như sau: Tỷ lệ thất bại khi cai thở máy NAVA là 39,4%. Một số yếu tố liên quan đến thất bại khi cai thở máy NAVA: Hiệu số điện thế cơ hoành (Edi peak – Edi min) giảm có ý nghĩa ở giờ thứ 6 đến giờ thứ 48 so với trước khi cai thở máy phương thức NAVA. Hiệu số điện thế cơ hoành của nhóm cai thở máy thành công cũng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm thất bại ở các thời điểm này; $p < 0,05$. Điện thế cơ hoành tăng khi có suy giảm tình trạng hô hấp, điện thế cơ hoành giảm khi tình trạng hô hấp cải thiện^{5,6}. Như vậy, điện thế cơ hoành cao ở nhóm bệnh nhân cai thở máy thất bại phản ánh tình trạng hô hấp chưa được cải thiện tốt và đó là một yếu tố dự báo kết quả thành công, thất bại trong quá trình cai thở máy. Hiệu suất thông khí - thần kinh là tỷ số giữa thể tích khí lưu thông và điện thế cơ hoành: $NVE = Vt / (Edi_{peak} - Edi_{min})$. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có sự tăng hiệu suất thông khí - thần kinh ở nhóm bệnh nhân cai thở máy thất bại thấp hơn nhóm thành công có ý nghĩa ở các thời điểm giờ thứ 6 đến giờ 48 và thời điểm kết thúc; $p < 0,05$. Vai trò của hiệu suất thông khí - thần kinh đã được nhiều tác giả đề cập đến trong việc dự đoán thành công cai thở máy. Dugernier khi cai thở máy cho bệnh nhân Guillain - Barré thấy hiệu suất thông khí - thần kinh của bệnh nhân khi so sánh ngày thứ nhất và ngày thứ 8 không khác biệt lúc tự thở, nhưng chỉ số này đo khi thở NAVA có giảm có ý nghĩa; $p < 0,001$. Từ đó, tác giả cho rằng nên theo dõi chỉ số Vt/Edi khi cai thở máy⁷. Tìm mức NAVA hợp lý khi bắt đầu tiến hành cai thở máy phương thức NAVA có vai trò quan trọng để cơ hô hấp bệnh nhân hoạt động ở mức độ thích hợp nhất, mức NAVA thấp đòi hỏi cơ hô hấp phải hoạt động nhiều, ngược lại, mức NAVA cao sẽ không cần thiết. Khi cai thở máy theo phương thức NAVA, khi đặt mức NAVA trên giá trị cần thiết, áp lực đường thở và thể tích lưu thông sẽ không thay đổi do bệnh nhân sẽ tự điều chỉnh hoạt động của

cơ hoành. Vaghegginini nghiên cứu các thay đổi một số chỉ số hô hấp ở 4 mức NAVA khác nhau khi thở NAVA. Thể tích lưu thông thay đổi không có ý nghĩa ở tất cả các mức NAVA, trong khi đó áp lực đỉnh đường thở giảm có ý nghĩa ở các mức NAVA "thấp-trung bình" và "thấp", điện thế cơ hoành cũng tăng có ý nghĩa ở các mức NAVA "thấp-trung bình" và "thấp"⁸. Như vậy, cai thở máy theo phương thức NAVA sẽ phù hợp hơn về mặt sinh lý theo từng nhịp thở. Đây là một ưu điểm của phương thức NAVA so với những phương thức thở khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cai thở máy thất bại theo phương thức NAVA là 39,4%. Điện thế cơ hoành ở nhóm thất bại cao hơn nhóm thành công từ giờ thứ nhất đến giờ thứ 72 và thời điểm kết thúc. Hiệu suất thông khí thần kinh ở nhóm thất bại cao hơn nhóm thành công từ giờ thứ 6 đến giờ thứ 48 và thời điểm kết thúc. Mức NAVA ở nhóm thất bại cao hơn nhóm thành công từ giờ thứ nhất đến giờ thứ 24 và thời điểm kết thúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Verbrugghe W, Jorens PG.** Neurally Adjusted Ventilatory Assist: A Ventilation Tool or a Ventilation Toy? *Respiratory Care*. 2011;56(3):327-335. doi:10.4187/respcare.00775
2. **Garzando M, Ferrandis R, Garrigues B, Soro M, Belda FJ.** Neurally adjusted ventilatory assist: An update. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. 2014;4(4):115-118. doi:10.1016/j.tacc.2014.04.008
3. **BỘ Y TẾ.** Quy Trình Kỹ Thuật Chuyên Ngành Hồi Sức - Cấp Cứu và Chống Độc. NXB Y Học, 105-114.; 2014.
4. **Civera GM, Comes FR, Martín FS, Orive GB, Nacher BFJ.** How could I do a weaning with NAVA ventilation mode?: 12AP8-9. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. 2010;27 (47):187.
5. **Beck J. SC.** Neurally Adjusted Ventilatory Assist. *Principles and Practice of Mechanical Ventilation*, Third Edition, McGraw-Hill.; 2013.
6. **Sinderby C, Spahija J, Beck J, et al.** Diaphragm Activation during Exercise in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(7):1637-1641. doi:10.1164/ajrccm.163.7.2007033
7. **Dugernier J, Bialais E, Reyckler G, Vinetti M, Hantson P.** Neurally Adjusted Ventilatory Assist During Weaning From Respiratory Support in a Case of Guillain-Barre Syndrome. *Respiratory Care*. 2015;60(4):e68-e72. doi:10.4187/respcare.03507
8. **Vaghegginini G, Mazzoleni S, Vlad Panait E, Navalesi P, Ambrosino N.** Physiologic response to various levels of pressure support and NAVA in prolonged weaning. *Respiratory Medicine*. 2013;107(11):1748-1754. doi:10.1016/j.rmed.2013.08.013

TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN ĂN CỦA BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Châu Thị Thảo Nguyễn¹, Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Nguyễn Bách²,
Dương Thị Kim Loan², Phạm Thị Lan Anh¹, Võ Văn Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chế độ dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ là rất cần thiết trong thực hành lâm sàng. Từ đó có thể đưa ra kế hoạch giáo dục sức khỏe, xây dựng hoặc điều chỉnh chế độ ăn phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành trên 96 bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại khoa Nội thận-Lọc máu, bệnh viện Thống Nhất từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2022. Các chỉ tiêu khảo sát gồm tình trạng và chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân. Đánh giá suy dinh dưỡng dựa vào điểm SGA-DMS (Subjective Global Assessment-Dialysis Malnutrition Score). Điểm SGA-DMS càng tăng tương đương mức độ suy dinh dưỡng càng nặng. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ theo phương pháp SGA-DMS là 94,8%; trong đó, 88,5% bệnh nhân suy dinh dưỡng nhẹ và vừa, 6,3% bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng và rất nặng. Điểm SGA-DMS trung bình là $15,9 \pm 4,6$. Điểm SGA-DMS của nhóm bệnh nhân > 60 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân ≤ 60 tuổi ($p=0,002$). Bệnh nhân nam có mức tiêu thụ năng lượng và một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn đạt mức khuyến nghị cao hơn bệnh nhân nữ giới ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ còn khá cao. Cần có sự phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ dinh dưỡng để đánh giá và theo dõi thường xuyên hơn tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, SGA-DMS, bệnh thận mạn.

SUMMARY

MALNUTRITION RATE AND DIET OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: The assessment of nutritional status, nutritional regimen in patients with chronic kidney disease is very necessary to make a health education plan, develop or adjust an appropriate diet, improve the treatment outcome and patients' quality of

life. **Objectives:** To determine malnutrition rate and dietary intake of patients with chronic kidney disease on dialysis at Thong Nhat hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on 96 chronic kidney failure patients undergoing intermittent hemodialysis at Department of Nephrology and Hemodialysis, Thong Nhat Hospital from February 2022 to May 2022. The data included the patient's nutritional status and diet. Malnutrition was assessed based on the SGA-DMS (Subjective Global Assessment-Dialysis Malnutrition Score). The higher the SGA-DMS score, the more severe of malnutrition. **Results:** The malnutrition rate of patients with chronic kidney failure undergoing intermittent hemodialysis was 94.8%. 88.5% of patients had mild and moderate malnutrition, and 6.3% of patients had severe and very severe malnutrition. The mean SGA-DMS score was 15.9 ± 4.6 . The SGA-DMS score of patients over 60 years old was significantly higher than that in patients ≤ 60 years old ($p = 0,002$). The average energy consumption and some nutrients in diets reached the recommended levels was higher in men than in women ($p < 0.05$). **Conclusion:** The malnutrition rate of patients with chronic kidney disease was quite high. It is necessary to get collaboration between the clinicians and the nutritionists to regularly assess and monitor the nutritional status and diet of patients with chronic kidney disease undergoing intermittent hemodialysis.

Key words: Malnutrition, SGA-DMS, chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến diễn tiến bệnh, kết quả điều trị cũng như tiên lượng của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ. Tình trạng dinh dưỡng kém là hậu quả của việc tiết chế ăn uống chưa đúng, mất chất dinh dưỡng trong quá trình lọc, kèm theo các gánh nặng tâm lý-xã hội như mệt mỏi sau lọc, điều kiện kinh tế khó khăn [1]. Do đó, để tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân tốt hơn trong quá trình lọc máu, cần phải có thông tin, nghiên cứu cụ thể về tình trạng sức khỏe, chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân. Tuy nhiên, Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu toàn diện về vấn đề này. Vì vậy, bằng công cụ đánh giá điểm suy dinh dưỡng-lọc máu (Subjective Global Assessment-Dialysis Malnutrition Score SGA-DMS) đã được các nhà Thận học hiệu chỉnh phù hợp với đối tượng là bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ bằng cách thêm phần thời gian lọc máu [2]

¹Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Tâm

Email: vantam.yds@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 2.6.2022

cùng với phương pháp hồi ghi khẩu phần ăn 24 giờ (24-hour dietary recall) [3], chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chế độ ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại khoa Nội thận – Lọc máu, bệnh viện Thống Nhất.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện, tuổi đủ 18 trở lên, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu, nhiễm khuẩn nặng, bất động, không thể nghe và trả lời câu hỏi nghiên cứu.

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

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện không xác suất bao gồm tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

- Z: trị số phân phối chuẩn, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$).

- p: tỷ lệ suy dinh dưỡng là 67,8%, tương đương với $p = 0,678$

- d: sai số cho phép, chọn $d = 0,1$

Từ đó tính được $n = 87$. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã lựa chọn được 96 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn.

Công cụ thu thập dữ liệu:

Đánh giá đặc điểm dân số - xã hội, đặc điểm bệnh lý: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn kết hợp ghi nhận dữ liệu cần thiết từ hồ sơ bệnh án tại khoa và phỏng vấn bệnh nhân qua điện thoại.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA-DMS: bộ công cụ gồm có 2 phần [4]: Phần hỏi tình trạng bệnh nhân trong vòng 6 tháng qua, gồm 5 nội dung: thay đổi trọng lượng cơ thể, thay đổi chế độ ăn, các triệu chứng dạ dày-ruột, khả năng hoạt động trong ngày và thời gian lọc máu.

Phần khám thể chất bao gồm 2 nội dung: đánh giá tình trạng dự trữ chất béo và đánh giá mức độ teo cơ.

Mỗi nội dung có 5 mức độ đánh giá, từ 1 điểm đến 5 điểm: không thay đổi 1 điểm, mức nhẹ và trung bình 2-3 điểm, mức nặng và rất nặng 4-5 điểm.

Điểm của bệnh nhân gồm tổng điểm hai phần hỏi và khám. Bệnh nhân dinh dưỡng tốt là 7 điểm. Suy dinh dưỡng từ 8 điểm trở lên; trong đó, suy dinh dưỡng nhẹ và vừa: 8-21 điểm, suy dinh dưỡng nặng và rất nặng: 22-35 điểm.

Đánh giá khẩu phần ăn: sử dụng phương pháp hồi ghi khẩu phần ăn 24 giờ của bệnh nhân vào 1 ngày không lọc và 1 ngày lọc máu.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm hỗ trợ nhập và quản lý dữ liệu Epidata 3.1, phần mềm thống kê Stata 16.0 và phần mềm Vietnam Eiyokun. Mô tả bằng tần số và tỷ lệ các biến số về thông tin đặc tính bao gồm giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian lọc máu. Dùng trung bình ± độ lệch chuẩn để mô tả đối với các biến số định lượng, bao gồm điểm SGA-DMS, các thành phần dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của bệnh nhân: năng lượng trung bình, protein, carbohydrat, lipid, calci,... Dùng kiểm định chi bình phương để xác định mối liên quan giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian lọc máu với tình trạng suy dinh dưỡng. Dùng kiểm định T-test không bắt cặp để xác định mối liên quan giữa mức năng lượng trung bình và các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn theo giới tính. Lượng giá mỗi liên quan bằng tỷ lệ hiện mắc PR và khoảng tin cậy (KTC) 95%.

Vấn đề đạo đức: Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất thông qua vào tháng 02/2022 và được tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn được 96 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bảng 1. Đặc điểm nền và đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân

Đặc điểm	Tần số (n = 96)	Tỷ lệ(%)
Tuổi		
< 40 tuổi	12	12,5
40-60 tuổi	29	30,2
> 60 tuổi	55	57,3
Giới		
Nam	50	52,1
Nữ	46	47,9
Trình độ học vấn		
Dưới cấp 3	40	41,7
Cấp 3	22	22,9
Trên cấp 3	34	35,4
Nghề nghiệp		
Đi làm	27	28,1
Nội trợ	13	13,5
Không đi làm	56	58,3
Thời gian lọc máu		

< 1 năm	16	16,7
1-2 năm	15	15,6
2-4 năm	22	22,9
> 4 năm	43	44,8
Bệnh lý kèm theo		
Tăng huyết áp	75	78,1
Đái tháo đường	25	26,0
Bệnh tim mạch khác	31	32,3
Rối loạn lipid máu	44	45,8
Khác	20	20,8

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân theo phương pháp SGA-DMS (n=96)

Tổng điểm SGA-DMS	Mức độ suy dinh dưỡng	Tần số (n = 96)	Tỷ lệ (%)
7 điểm	Dinh dưỡng tốt	5	5,2
8-21 điểm	Suy dinh dưỡng nhẹ và vừa	85	88,5
22-35 điểm	Suy dinh dưỡng nặng và rất nặng	6	6,3
Điểm SGA-DMS trung bình		15,9 ± 4,6	

Bảng 3. Mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng và đặc điểm nền, đặc điểm bệnh lý

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng (n=96)		p	PR (KTC 95%)
	Không suy dinh dưỡng (%)	Suy dinh dưỡng (%)		
Nhóm tuổi				
< 40 tuổi	2 (16,7)	10 (83,3)	0,613	1 1,07 (0,81-1,42)
40 – 60 tuổi	2 (6,9)	27 (93,1)		
> 60 tuổi	1 (1,8)	54 (98,2)		
Trình độ học vấn				
Dưới cấp 3	1 (2,5)	39 (97,5)	0,320	1 1,03 (0,98-1,08)
Cấp 3	0 (0,0)	22 (100,0)		
Trên cấp 3	4 (11,8)	30 (88,2)		
Nghề nghiệp				
Đi làm	2 (7,4)	23 (85,2)	0,059*	1 1,08 (1,00-1,17)
Nội trợ	2 (15,4)	11 (84,6)		
Không đi làm	1 (1,8)	55 (98,2)		
Thời gian lọc máu				
< 1 năm	4 (21,1)	15 (78,9)	0,073*	1 1,05 (1,00-1,11)
1 – 2 năm	0 (0,0)	13 (100,0)		
2 – 4 năm	0 (0,0)	21 (100,0)		
> 4 năm	1 (2,3)	42 (97,7)		
Bệnh lý kèm theo				
Có	3 (33,3)	6 (66,7)	0,108	1,47 (0,92-2,33)
Không	2 (2,3)	91 (97,7)		

*Kiểm định Chi bình phương có tính khuynh hướng.

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm SGA – DMS và tuổi

Nhóm tuổi	SGA – DMS ($\bar{x} \pm SD$)	p
≤ 60 Tuổi (n = 40)	14,1±4,9	p=0,002*
> 60 tuổi (n = 56)	17,3±3,9	

*Kiểm định T-test với phương sai đồng nhất.

Bảng 5. Khẩu phần ăn theo giới (n=96)

Chất dinh dưỡng	Giới		p
	Nam (n = 50)	Nữ (n = 46)	
Năng lượng trung bình (kcal/ngày)	1355,8 ± 250,4	1169,0 ± 301,9	0,001*
Protein (g/ngày)	64,0 ± 13,7	53,6 ± 15,2	0,001*
Lipid (g/ngày)	36,8 ± 13,3	32,1 ± 11,4	0,071
Carbohydrat (g/ngày)	192,6 ± 40,3	167,2 ± 44,1	0,004**
Calci (mg/ngày)	489,7 ± 262,4	407,9 ± 144,3	0,059
Phospho (mg/ngày)	807,0 ± 185,3	663,1 ± 200,7	0,001*
Sắt (mg/ngày)	10,6 ± 3,1	9,4 ± 3,1	0,064
Natri (mg/ngày)	1856,5 ± 546,2	1605,4 ± 516,9	0,023*
Kali (mg/ngày)	1408,5 ± 378,9	1215,8 ± 430,3	0,022*

* Kiểm định T-test với phương sai đồng nhất; **Kiểm định T-test với phương sai không đồng nhất.

Bảng 6. Mức tiêu thụ năng lượng và chất dinh dưỡng của bệnh nhân so với khuyến nghị

Đặc điểm	Tần số (Tỷ lệ %)	$\bar{X} \pm$ SD	Khuyến nghị
Năng lượng (kcal/ngày) <RDA ≥RDA	44 (45,8) 52 (54,2)	1235,2 (717,4- 2134,3)**	30 g/kg/ngày (≥ 60 tuổi) ¹ 35 g/kg/ngày (< 60 tuổi) ¹
Protein (g/ngày) <RDA ≥RDA	44 (45,8) 52 (54,2)	59,0 ± 16,9*	1,2 g/kg/ngày ¹
Lipid (g/ngày) <RDA ≥RDA	50 (52,1) 46 (47,9)	34,5 ± 15,3*	0,83 g/kg/ngày ²
Cacbohydrat (g/ngày) <RDA ≥RDA	44 (45,8) 52 (54,2)	177,6 (77,9- 309,5)**	≥50% tổng năng lượng khẩu phần
Canxi (mg/ngày) Đạt Không đạt	93 (96,9) 3 (3,1)	405 (159-1755)**	800-1000 mg/ngày
Photpho (mg/ngày) Đạt Không đạt	62 (64,6) 34 (35,4)	740,5 (259,0- 1208,0)**	800-1000 mg/ngày
Sắt (mg/ngày) Đạt Không đạt	12 (12,5) 84 (87,5)	9,6 (3,2-19,3)**	7,9-17,5 mg/ngày (nam) 6,3-29,7 mg/ngày (nữ)
Natri (mg/ngày) Đạt Không đạt	14 (14,6) 82 (85,4)	1674,5 (358,0- 3437,7)**	< 2300 mg/ngày
Kali (mg/ngày) Đạt Không đạt	90 (93,8) 6 (6,2)	1231,9 (374,2- 2316,2)**	2000-2750 mg/ngày

*Trung bình Độ lệch chuẩn; **Trung vị (Min-Max);

¹Dựa trên cân nặng lý tưởng; ²Dựa trên cân nặng hiện tại.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 62,6, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Vũ [5]. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, với 57,6%. Trong đó có 58,3% bệnh nhân có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên và 52,8% bệnh nhân đã nghỉ hưu. Kết quả này phù hợp với độ tuổi của nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi và phù hợp với cơ cấu bệnh tật của bệnh viện Thống Nhất là điều trị bệnh cho đa số cán bộ đã nghỉ hưu, bệnh nhân lão khoa.

Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy thời gian lọc máu càng lâu thì tỷ lệ suy dinh dưỡng càng tăng. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng và thời gian lọc máu. Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diệp [6]. Theo quan sát của chúng tôi, thời gian lọc máu càng dài, bệnh nhân có khả năng có kiến thức về nhu cầu dinh dưỡng, nên có xu hướng điều chỉnh chế độ ăn,

dẫn đến hạn chế được nguy cơ suy dinh dưỡng.

Nghiên cứu của chúng tôi quan sát được có trên 90% bệnh nhân mắc ít nhất một bệnh lý kèm theo; trong đó, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%), kế đến là rối loạn lipid máu, tim mạch, đái tháo đường với tỷ lệ lần lượt là 45,8%, 32,3%, 26,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhật Tuyền cho kết quả tương tự với tỷ lệ tăng huyết áp 91,7% [7]. Kết quả này là phù hợp, vì tỷ lệ mắc khá cao các lý mạn tính không lây như bệnh tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tim mạch và đái tháo đường tại Việt Nam hiện nay.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phương pháp SGA -DMS là 94,8%. Trong đó, suy dinh dưỡng nhẹ và vừa là 88,5%, suy dinh dưỡng nặng và rất nặng là 6,3%. Nghiên cứu của tác giả Oliveria và tác giả Lâm Vĩnh Niên cũng cho kết quả tương tự, với tỷ lệ suy dinh dưỡng lần lượt là 94,8% và 92,5% [8] [9]. Điểm SGA-DMS trung bình là 15,9 ± 4,6. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn An Giang, có 98,4% bệnh nhân suy dinh dưỡng mức độ

nhẹ tới nặng, điểm SGA-DMS trung bình của nghiên cứu là $15,2 \pm 3,8$. Điều này cho thấy bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ là đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng cao, do thất thoát các chất dinh dưỡng trong quá trình lọc máu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ. Điểm SGA-DMS ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân nhỏ hơn hoặc bằng 60 tuổi với $p = 0,002$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn An Giang [10]. Những bệnh nhân lớn tuổi thường bị suy giảm chức năng, có hiệu quả lọc máu thấp hơn các bệnh nhân trẻ, vì họ hay gặp biến chứng trong quá trình lọc, cũng như có các bệnh lý cấp tính hoặc mạn tính, dẫn đến mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, không có cảm giác ăn ngon miệng, giảm khả năng vận động và nhận thức,...

Theo phân tích, nam giới có xu hướng tiêu thụ năng lượng và một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn như protein, cacbohydrat, photpho, natri và kali cao hơn so với nữ giới. Năng lượng tiêu thụ trung bình của bệnh nhân là 1226,3 kcal/ngày, tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuyết Nhi là 1232,6 kcal/ngày [11]. Lượng tiêu thụ protein của bệnh nhân thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Morais (59g/ngày so với 74,3g/ngày) [12], nữ giới có xu hướng tiêu thụ protein thấp hơn mức khuyến nghị. Nhìn chung, hầu hết bệnh nhân tham gia nghiên cứu không đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn theo mức khuyến nghị, do thiếu kiến thức cũng như thực hành dinh dưỡng. Ngoài ra, có thể do bệnh nhân không thực hiện đúng những điều mình biết về chế độ ăn dành cho bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ, không biết ước lượng thực phẩm, điều kiện kinh tế khó khăn, ... Vì vậy, bác sĩ lâm sàng cần phối hợp với bác sĩ dinh dưỡng hướng dẫn bệnh nhân kiến thức và thực hành dinh dưỡng tốt về chế độ ăn cân đối, phù hợp tình trạng bệnh, để đáp ứng nhu cầu năng lượng, nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phương pháp SGA-DMS của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ còn tương đối cao. Bệnh nhân trên 60 tuổi có tình trạng suy dinh dưỡng nhiều hơn nhóm bệnh nhân còn lại. Bệnh nhân nam có mức tiêu thụ

năng lượng và một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn đạt mức khuyến nghị cao hơn bệnh nhân nữ. Do đó, cần có sự phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ dinh dưỡng để đánh giá và theo dõi thường xuyên hơn tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ, nhất là ở những bệnh nhân nữ và bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Janardhan V., Soundararajan P. (2011).** "Prediction of malnutrition using modified subjective global assessment-dialysis malnutrition score in patients on hemodialysis". *Indian J Pharm Sci*, 73(1),38-45.
2. **Kalantar-Zadeh K., Kleiner M., Dunne E, et al (1999).** "A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients.". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(7),1732-1738.
3. **Therrien M., Byham-Gray L. (2015).** "A review of dietary intake studies in maintenance dialysis patients". *Journal of Renal Nutrition*, 25(4),329-338.
4. **Spatola L., Finazzi S., Calvetta A., et al (2019).** "Subjective Global Assessment-Dialysis Malnutrition Score and arteriovenous fistula outcome: A comparison with Charlson Comorbidity Index". *J. Vasc*, 20,70-78.
5. **Trần Văn Vũ (2015).** "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân bệnh thận mạn". Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, Chuyên ngành Nội thận - Tiết niệu.
6. **Nguyễn Thị Diệp (2020).** "Tỷ lệ suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu tại bệnh viện Thống Nhất". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược TP.HCM.
7. **Nguyễn Thị Nhật Tuyền (2017).** "Tỷ lệ suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ ở bệnh viện Nguyễn Tri Phương Thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 23(2),107-112.
8. **Lâm Vĩnh Niên, Lê Việt Thắng (2017).** "Kiến thức và tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ". *Tạp chí Y học TP.HCM*, 21(2),48-54.
9. **Rua MC. (2010).** "Malnutrition in chronic kidney failure: what is the best diagnostic method to assess?". *J Bras Nefrol*, 32(1),55-68.
10. **Nguyễn An Giang (2013).** "Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ". *Tạp chí Y - Dược học quân sự*, 9,115-122.
11. **Nguyễn Tuyết Nhi (2018).** "Tỷ lệ suy dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu tại bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược TP.HCM.
12. **Morais, A. A. C. et al (2005).** "Correlation of nutritional status and food intake in hemodialysis patients". *Clinics*, 60 (3),185-192.