



# Y HỌC

VIỆT NAM

*Năm thứ sáu mươi tư*

**VIETNAM MEDICAL JOURNAL**



**THÁNG 1 - SỐ 2**  
**2018**

**TẬP 462**

**TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM**  
**VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION**  
68A Bà Triệu - Hà Nội; Tel/Fax: 84-4-39439323; Tel: 39431866  
email: [vgamp@fpt.vn](mailto:vgamp@fpt.vn); website: [www.tonghoiyhoc.vn](http://www.tonghoiyhoc.vn)

**TẠP CHÍ**  
**Y HỌC VIỆT NAM**  
**VIETNAM MEDICAL JOURNAL**

**TỔNG BIÊN TẬP**

Nguyễn Thị Xuyên

**PHÓ TỔNG BIÊN TẬP**

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

**HỘI ĐỒNG CỐ VẤN**

Hoàng Bảo Châu (Chủ tịch Hội đồng)	
Trần Quán Anh	Đỗ Kim Sơn
Lê Đức Hình	Tôn Thị Kim Thanh
Nguyễn Văn Hiếu	Trần Hữu Thắng
Phạm Gia Khải	Nguyễn Việt Tiến
Phạm Gia Khánh	Nguyễn Khánh Trạch
Phan Thị Phi Phi	Lê Ngọc Trọng
Đặng Vạn Phước	Đỗ Đức Vân
Trần Quy	Nguyễn Vương

**ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP**

Nguyễn Quốc Anh	Nguyễn Đức Hình	Trương Hồng Sơn
Mai Hồng Bằng	Lê Thị Hợp	Võ Tấn Sơn
Nguyễn Gia Bình	Trần Hậu Khang	Lê Ngọc Thành
Vũ Quốc Bình	Mai Trọng Khoa	Trần Văn Thuấn
Hoàng Minh Châu	Lương Ngọc Khuê	Công Quyết Thắng
Ngô Quý Châu	Nguyễn Văn Kính	Phạm Minh Thông
Nguyễn Đức Công	Trương Thị Xuân Liễu	Phạm Văn Thúc
Đỗ Tất Cường	Phạm Đức Mục	Trịnh Lê Trâm
Trần Văn Cường	Nguyễn Việt Nhung	Nguyễn Quốc Trung
Bùi Diệu	Nguyễn Ngọc Quang	Nguyễn Quốc Trường
Trần Trọng Hải	Bùi Đức Phú	Trần Diệp Tuấn
Trịnh Đình Hải	Nguyễn Tiến Quyết	Nguyễn Văn Út
Nguyễn Khắc Hiền	Đỗ Quyết	Nguyễn Lâm Việt
Nguyễn Trần Hiền	Nguyễn Trường Sơn	Nguyễn Văn Vy

**BAN THƯ KÝ**

Tạ Thị Kim Oanh (Trưởng ban)  
Nguyễn Duy Bắc  
Nguyễn Tiến Dũng

Huỳnh Anh Lan  
Nguyễn Quốc Trường

**TÒA SOẠN QUẢN LÝ VÀ PHÁT HÀNH**  
**TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM**

**68A Bà Triệu - Hoàn Kiếm - Hà Nội; Tel/Fax: 024.39431866 - 0915070336**  
**Email: tapchihocvietnam@gmail.com; Website: www.tonghoiuhoc.vn**

*GPXB: Số 291/GP-BTTTT, Ngày 03/6/2016 do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp.*  
*In tại Xí nghiệp in - Nhà máy Z176*

# NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ST2 HUYẾT TƯƠNG Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH KHỎE MẠNH

Lương Công Thức\*, Nguyễn Văn Hùng\*, Dương Hồng Niên\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ ST2 huyết tương ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh và mối liên quan với tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận. **Đối tượng và phương pháp:** 47 người trưởng thành khỏe mạnh được khám lâm sàng, cận lâm sàng để xác định nồng độ ST2 huyết tương và mối liên quan với tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận. **Kết quả:** Nồng độ ST2 huyết tương trung bình ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh là  $3,94 \pm 3,16$  ng/ml. Nồng độ ST2 huyết tương giữa các nhóm tuổi, giới, mức lọc cầu thận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nồng độ ST2 huyết tương có mối tương quan thuận mức độ trung bình với chỉ số BMI ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Nồng độ ST2 huyết tương trung bình ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh là  $3,94 \pm 3,16$  ng/ml. Nồng độ ST2 huyết tương ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh không có mối liên quan giới, tuổi và mức lọc cầu thận nhưng có mối tương quan thuận với chỉ số khối cơ thể.

**Từ khóa:** ST2 hòa tan huyết tương; Người trưởng thành khỏe mạnh.

## SUMMARY

### INVESTIGATING THE LEVELS OF PLASMA ST2 IN VIETNAMESE HEALTHY ADULTS

**Objectives:** To investigate the levels of plasma ST2 in Vietnamese healthy adults and the relationship with age, gender, body mass index and glomerular filtration rate. **Subjects and methods:** Plasma soluble ST2 levels in 47 healthy participants were measured using ELISA method. The relationship between ST2 levels and age, gender, body mass index and glomerular filtration rate was analysed. **Results:** The mean level of plasma ST2 in Vietnamese healthy persons was  $3,94 \pm 3,14$  ng/ml. The levels of plasma ST2 were not significantly different in age, gender, glomerular filtration rate groups ( $p > 0,05$ ). The levels of plasma ST2 had a moderately correlation with body mass index ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ). **Conclusion:** The mean level of plasma ST2 in Vietnamese healthy adults was  $3,94 \pm 3,14$  ng/ml, the levels of plasma ST2 had no the relationship with age, gender, glomerular filtration rate but had a positive correlation with body mass index.

**Key words:** Plasma soluble ST2; Healthy adults.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ST2 (suppression of tumorigenicity 2) là một

thành viên trong họ receptor interleukin-1, bao gồm 2 dạng chính: dạng tồn tại xuyên qua màng tế bào (ST2L) và dạng hòa tan trong huyết tương (sST2). Các nghiên cứu cho thấy rằng ST2L và sST2 đều được tăng biểu hiện ở tế bào cơ tim và tế bào xơ cơ tim dưới tác động của những tình trạng gây quá tải cơ tim. Chất gắn của ST2, interleukin-33 là một protein cũng được tăng tiết bởi tế bào xơ cơ tim do tình trạng quá tải cơ tim. Hệ thống tín hiệu ST2/IL-33 có chức năng bảo vệ tim khỏi những đáp ứng tái cấu trúc đáp ứng với những tình trạng gây quá tải cơ tim như nhồi máu cơ tim; tăng huyết áp, ngược lại sST2 ức chế hoạt động của hệ thống tín hiệu ST2/IL-33 thông qua cơ chế là receptor môi, tăng nồng độ ST2 huyết tương có liên quan đến biến đổi cấu trúc và chức năng tim do tái cấu trúc ở những người có bệnh tim mạch [3]. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu xác định nồng độ ST2 huyết tương ở các quần thể khác nhau, tuy nhiên ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *khảo sát nồng độ ST2 huyết tương ở người Việt Nam khỏe mạnh và mối liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương với tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 47 người khỏe mạnh được khám tuyển chọn từ nhân viên công tác tại trường Trung cấp quân y I.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** người đang bị mắc các bệnh viêm cấp tính và mạn tính, người bị mắc các bệnh lý tim mạch.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang  
- Đối tượng nghiên cứu được đánh giá tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận.  
- Đối tượng nghiên cứu được lấy 3ml máu tĩnh mạch chống đông bằng Heparin hoặc EDTA, sau đó được tách huyết tương và bảo quản ở nhiệt độ  $-800C$  tại khoa Sinh lý bệnh, Học viện Quân y. Xét nghiệm nồng độ ST2 huyết tương được thực hiện bằng phương pháp ELISA bởi bộ xét nghiệm the Presage ST2 assay (Critical Diagnostics, New York, NY, USA)[4].

- **Xử lý số liệu:** số liệu được trình bày dưới dạng số trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc tỷ lệ phần trăm. So sánh hai giá trị trung bình bằng t-

\*Bệnh viện 103 – Học viện Quân y

\*\*Bệnh viện 198

Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức

Email: lcthuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2017

Ngày duyệt bài: 02/1/2017

student test hoặc trên hai giá trị trung bình bằng ANOVA. Giá trị  $p < 0,05$  được coi có ý nghĩa thống kê. Hệ số tương quan  $r$  để phân tích tương quan giữa hai biến.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		XD±SD hoặc n (%)
Tuổi (năm)		40,63 ± 6,73
Giới	Nam	28 (59,6%)
	Nữ	19 (40,4%)
ST2 (ng/ml)		3,94 ± 3,16

Độ tuổi trung bình là 40,63 năm, nam giới 59,6% (n=28). Đây là lực lượng chiếm tỷ lệ phần lớn trong dân số Việt Nam và không bị mắc các bệnh tim mạch, đặc biệt là tăng huyết áp đang trẻ hóa.

Nồng độ ST2 huyết tương trung bình là 3,94 ± 3,16ng/ml, giá trị này thấp hơn các nghiên cứu của J.E. Ho các cộng sự (2013)[5]: 19,9ng/ml. Kết quả các nghiên cứu cũng có giá trị nồng độ ST2 huyết tương khác nhau, điều này có thể do sự khác nhau của các quần thể đối tượng nghiên cứu về vùng địa lý, chủng tộc khác nhau cũng như tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu.

**2. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và giới tính**

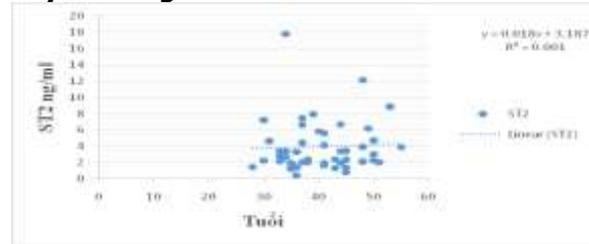
**Bảng 2: Liên quan giữa ST2 và giới**

Giới	ST2 (ng/ml)	p
Nam(n = 28)	4,51 ± 3,66	p>0,05
Nữ (n = 19)	3,09 ± 2,04	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ ST2 huyết tương ở nam giới là 4,51 ± 3,66ng/ml không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nồng độ ST2 huyết tương ở nữ giới là 3,09±2,04ng/ml (p>0,05). Kết quả nghiên cứu của Jun Lu và cộng sự (2010)[6]: nồng độ ST2 huyết tương ở nam giới 24,9ng/ml cao hơn ở nữ giới 14,9ng/ml(p<0,05), trong khi đó nghiên cứu của K. Wojtczak-Soska và cộng sự (2013): nồng độ ST2 huyết tương ở nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính không có mối liên quan với giới tính, từ các nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy rằng nồng độ ST2 huyết tương chịu sự ảnh hưởng của các yếu tố như địa lý, chủng tộc và của chính đối tượng nghiên, đặc biệt tình trạng bệnh lý kèm theo ảnh hưởng trực tiếp đến nồng độ ST2 huyết tương.

**3. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và tuổi, chỉ số khối cơ thể, mức lọc cầu thận**

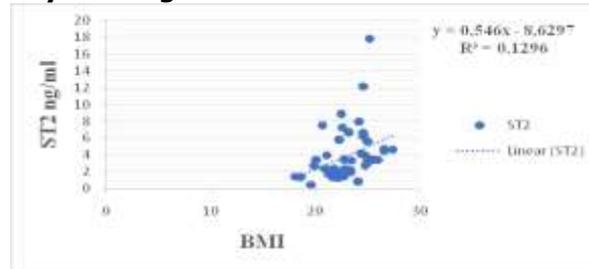
**3.1. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và tuổi**



**Biểu đồ 1. Tương quan giữa ST2 và tuổi**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ ST2 huyết tương không có mối tương quan với tuổi đối tượng người khỏe mạnh ( $y = 0,0186x + 3,1874$ ;  $r = 0,04$ ;  $p = 0,792$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu của K. Wojtczak-Soska và cộng sự (2013) trên đối tượng suy tim mạn tính; Jun và cộng sự (2010) và Wang. Y và cộng sự (2015) trên người khỏe mạnh nhưng kết quả chung cho thấy nồng độ ST2 huyết tương không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu (p>0,05) [6],[7]. Điều này cho thấy nồng độ ST2 huyết tương không bị ảnh hưởng bởi yếu tố tuổi của đối tượng nghiên cứu.

**3.2. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và chỉ số khối cơ thể**

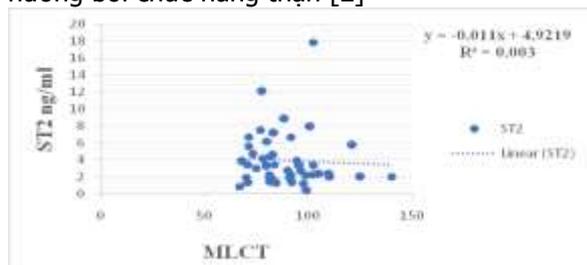


**Biểu đồ 2. Tương quan giữa ST2 và BMI**

Kết quả cho thấy nồng độ ST2 huyết tương ở người khỏe mạnh có mối tương quan thuận mức độ trung bình với chỉ số khối cơ thể ( $y = 0,546x - 8,6297$ ;  $r = 0,36$ ;  $p = 0,013$ ). Chỉ số khối cơ thể càng tăng, nồng độ ST2 huyết tương càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Zeyda và cộng sự (2013): nghiên cứu 2 nhóm đối tượng: nhóm béo phì nặng BMI > 40kg/m<sup>2</sup> (n=20) và nhóm chứng BMI < 30kg/m<sup>2</sup> (n=20) tương đồng cả tuổi và giới, kết quả cho thấy ở đối tượng béo phì (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) có sự tăng biểu hiện ST2 ở mô mỡ và nồng độ ST2 huyết tương, đặc biệt ở nhóm béo phì nặng nồng độ ST2 huyết tương tăng 1,5 lần so với nhóm chứng (p<0,05).

**3.3. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và mức lọc cầu thận**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ ST2 huyết tương không có mối tương quan với mức lọc cầu thận ( $y = -0,011x + 4,9219$ ;  $r = -0,054$ ;  $p = 0,716$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với của tác giả A. Bayes-Genis và cộng sự (2013) ( $n = 879$ ): nghiên cứu mối liên quan chức năng thận và nồng độ ST2 huyết tương trên đối tượng bệnh nhân suy tim và cho kết quả nồng độ ST2 huyết tương không bị ảnh hưởng bởi chức năng thận [2]



**Biểu đồ 3. Tương quan giữa ST2 và MLCT**

Tuy nhiên Y. S. Bao và cộng sự (2012)[1]: tiến hành nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và mức độ nặng của bệnh thận mạn tính kết quả nồng độ ST2 huyết tương tăng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính và liên quan mức độ nặng của bệnh, mức độ bệnh thận mạn càng nặng nồng độ ST2 huyết tương càng tăng ( $p < 0,001$ ). Nhưng chúng tôi thấy rằng nguyên nhân gây bệnh thận mạn tính trong nghiên cứu đó là viêm cầu thận mạn chiếm chủ yếu (55,07%), trong khi đó viêm cầu thận mạn có cơ chế tự viêm miễn dịch và cơ chế viêm gây tăng nồng độ ST2 huyết tương. Do đó khi phản ứng viêm tự miễn dịch càng mạnh thì nồng độ ST2 huyết tương càng tăng và mức độ bệnh thận mạn tính càng nặng, vì vậy để đánh giá chính xác mối liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và

mức độ nặng bệnh thận mạn tính cần đánh giá ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn tính có nguyên nhân không do cơ chế viêm miễn dịch.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu nồng độ ST2 huyết tương của 47 người trưởng thành khỏe mạnh tại Việt Nam, chúng tôi rút ra một số kết luận: Nồng độ ST2 huyết tương trung bình ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh là  $3,94 \pm 3,16$  ng/ml. Nồng độ ST2 huyết tương ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh không có mối liên quan với các yếu tố tuổi, giới và mức lọc cầu thận nhưng có mối tương quan thuận với chỉ số khối cơ thể.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Y. S. Bao và các cộng sự (2012)**, "Characterization of interleukin-33 and soluble ST2 in serum and their association with disease severity in patients with chronic kidney disease", *J Clin Immunol.* 32(3), tr. 587-94.
2. **A. Bayes-Genis và các cộng sự (2013)**, "Soluble ST2 serum concentration and renal function in heart failure", *J Card Fail.* 19(11), tr. 768-75.
3. **M. M. Ciccone và các cộng sự (2013)**, "A novel cardiac bio-marker: ST2: a review", *Molecules.* 18(12), tr. 15314-28.
4. **CRITICAL DIAGNOSTICS (2013)**, "Presage® ST2 Assay - Instructions for Use". PN 201028(5).
5. **J. E. Ho và các cộng sự (2013)**, "Soluble ST2 predicts elevated SBP in the community", *J Hypertens.* 31(7), tr. 1431-6; discussion 1436.
6. **J. Lu, J. V. Snider và D. G. Grenache (2010)**, "Establishment of reference intervals for soluble ST2 from a United States population", *Clin Chim Acta.* 411(21-22), tr. 1825-6.
7. **Y. Wang và các cộng sự (2015)**, "[Reference value and clinical correlates of soluble ST2 in healthy community-based Chinese population]", *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi.* 43(10), tr. 900-3.

## NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH

Phạm Hồng Vân\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định sự biến đổi một số chỉ số lâm sàng (các triệu chứng của thoái hóa khớp gối, mạch,

nhịp thở, huyết áp) và một số chỉ số cận lâm sàng (sinh hóa, huyết học) ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng điện châm kết hợp tập dưỡng sinh. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tiến hành trên 30 bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ 4/2017 đến tháng 9/2017 bằng điện châm kết hợp tập dưỡng sinh theo bài tập của Nguyễn Văn Hưởng liệu trình 30 ngày. **Kết quả và kết luận:** điện châm kết hợp tập dưỡng sinh cải thiện tốt triệu chứng đau và hạn chế vận động khớp gối.

\*Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Vân

Email: vankhth@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 16/12/2017

Ngày duyệt bài: 05/1/2018

Các triệu chứng lục cục khớp gối, phá vỡ khớp gối, dấu hiệu bào gổ ít được cải thiện; Điện châm kết hợp tập dưỡng sinh không làm thay đổi tần số mạch, nhịp thở, huyết áp của người bệnh và không làm thay đổi số lượng hồng cầu, bạch cầu, hàm lượng hemoglobin trong máu ngoại vi của bệnh và cũng không gây biến đổi các chỉ số hóa sinh (AST, ALT, ure và creatinin) liên quan đến chức năng gan và thận của người bệnh ( $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Thoái hóa khớp gối; điện châm; tập dưỡng sinh

## SUMMARY

### RESEARCH THE CHANGING OF SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL INDEXES IN KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS WAS TREATED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED QIGONG

**Objectives:** To determine the changing of some clinical index (symptoms of osteoarthritis, frequency of pulse, breathing rate, blood pressure) and some subclinical indexes (biochemical, hematological) in patients with knee osteoarthritis was treated with electro- acupuncture combined qigong. **Subjects and Methods:** 30 patients with knee osteoarthritis are treated at the National hospital of Acupuncture from 4/2017 to 9/2017 by electro- acupuncture combined qigong during 30 days. **Result and Conclusion:** The symptoms of pain and restrain knee joint mobility was good improving under effect of electro- acupuncture combined qigong. Frequency of pulse, breathing rate, blood pressure; Red blood cell counts, white blood cells, Hemoglobin; Concentration of AST, ALT, urea and creatinine in blood had no statistically significant change under the influence of electro- acupuncture combined qigong ( $p > 0.05$ )

**Keywords:** Knee osteoarthritis; Electro-acupuncture; Qigong

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh thường gặp trong nhóm bệnh lý mạn tính của khớp. Có khoảng 18% nữ và 9,5% nam giới trên toàn cầu mắc bệnh THK nói chung, trong đó THK gối chiếm tới 15% dân số [1]. THKG với các triệu chứng đau và hạn chế vận động gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và kinh tế của người bệnh. Có nhiều phương pháp để điều trị THKG như dùng thuốc tây y, các phương pháp của y học cổ truyền nhưng việc điều trị THKG thường dai dẳng, tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh, chủ yếu là điều trị triệu chứng bằng các thuốc giảm đau, chống viêm..., nhưng dùng thuốc lâu ngày thường gây tổn thương đường tiêu hóa, tim mạch....Đối với các trường hợp đau mạn tính không thể sử dụng thuốc chống viêm giảm đau thường xuyên thì việc sử dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc, ít tác dụng không mong muốn là vấn đề được các nhà khoa học quan tâm nghiên cứu. Điện châm kết

hợp khí công dưỡng sinh là phương pháp điều trị kết hợp giữa kích thích huyết vị bằng dòng xung điện với phương pháp tự tập luyện có hiệu quả trong điều trị một số chứng bệnh trong đó có các chứng đau do thoái hóa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu xác định sự biến đổi một số chỉ số lâm sàng (các triệu chứng của thoái hóa khớp gối, mạch, nhịp thở, huyết áp) và một số chỉ số cận lâm sàng (sinh hóa, huyết học) ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng điện châm kết hợp tập dưỡng sinh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối, điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, thời gian từ tháng 04/2017 đến tháng 09/2017.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:*

+ Theo YHHĐ: Bệnh nhân ở cả hai giới, tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuổi trên 40, được chẩn đoán xác định THK gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (ACR) (1991) và ở giai đoạn 1 và 2 theo phân loại Kellgren và Lawrence [1]. Bệnh nhân đang không sử dụng bất kỳ thuốc giảm đau chống viêm nào và bất kỳ phương pháp nào khác để điều trị thoái hóa khớp gối.

+ Theo YHCT: Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn YHHĐ và thuộc thể phong hàn thấp tý theo YHCT.

- *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:* Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây, bệnh nhân tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu hoặc bỏ điều trị từ trên 3 ngày. Bệnh nhân mắc kèm theo các bệnh mạn tính khác: Suy tim, suy thận, viêm gan cấp, xơ gan, rối loạn tâm thần, phụ nữ có thai...

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

**2.1 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tự đối chứng so sánh trước – sau điều trị, cỡ mẫu 30

**2.2. Phương pháp tiến hành:** Bệnh nhân đau khớp gối được lựa chọn phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được điều trị theo liệu trình: điện châm 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 5 ngày/tuần (20 lần điện châm); Tập dưỡng sinh 45 phút/lần x 1 lần/ngày x 30 ngày theo thứ tự điện châm trước, nghỉ 10 phút rồi tập dưỡng sinh [2].

**2.4 Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

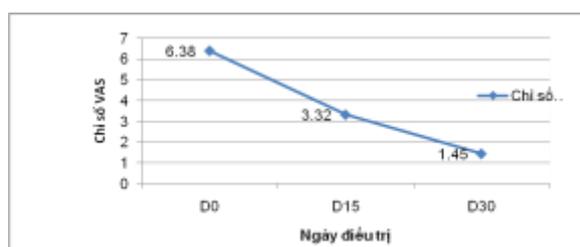
## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Hiện nay, người ta quan niệm rằng cảm giác đau là chức năng tích hợp của cơ thể nhằm động viên các hệ thống chức năng khác nhau để bảo vệ cơ thể khỏi các yếu tố gây hại. Đau là cảm giác phức tạp có sự tham gia của nhiều hệ thống các cơ quan chức năng khác nhau như ý thức, cảm giác, trí nhớ, động lực, phản ứng thực vật [3]. Trong bệnh thoái hoá khớp gối với đặc điểm là bệnh có diễn biến từ từ, tiến triển qua nhiều năm thì đau khớp thường là triệu chứng đầu tiên biểu hiện trên lâm sàng đặc điểm đau một bên

khớp gối, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi. Đau cũng chính là nguyên nhân đầu tiên khiến bệnh nhân đi khám bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá mức độ đau bằng thang nhìn, sử dụng thước đo VAS là thang điểm được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu để đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh. Mức độ đau được biểu diễn thông qua một thước đo chia vạch từ 0 tới 10 điểm, người bệnh tự lượng giá và chỉ ra mức độ đau của mình.

**Bảng 3.1.** Biến đổi mức độ đau theo thang điểm VAS.

Triệu chứng	D0		D15		D30	
	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	12	40,0	25	83,3
Đau nhẹ	1	3,3	18	60,0	4	13,4
Đau vừa	10	33,3	0	0	1	3,3
Đau nặng	19	63,4	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>p1-2</b>	<b>&gt; 0,05</b>					



Hiệu suất giảm: D15-0:  $-3,06 \pm 0,22$ , D30-0:  $-4,93 \pm 0,27$

**Biểu đồ 3.1.** Biến đổi giá trị trung bình điểm đau theo thang VAS

Qua bảng 3.1 và biểu đồ 3.1 cho thấy, tại thời điểm trước điều trị 29/30 BN (96,7%) số bệnh nhân nghiên cứu có mức độ đau từ đau vừa đến đau nặng, trong đó mức độ đau nặng chiếm 63,4%, đau vừa chiếm 33,3% với giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS là  $6,38 \pm 0,99$ . Sau 15 ngày điều trị, đã có và sau 30 ngày điều trị không còn bệnh nhân ở mức độ đau vừa và đau nặng, có 12/30 bệnh nhân hết đau (40,0%), 18/30 (60%) BN ở mức đau nhẹ với giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS là  $6,38 \pm 0,99$  ( $p < 0,01$ ). Giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS được cải thiện theo thời gian điều trị với hiệu suất giảm tại thời điểm

sau 15 ngày điều trị là  $3,06 \pm 0,22$  và sau 30 ngày điều trị là  $-4,93 \pm 0,27$  ( $p < 0,01$ ). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả cho thấy bệnh nhân THKG trước điều trị chủ yếu ở mức độ đau nặng và vừa [4], [5].

Sự biến đổi mức độ đau sau 15 ngày và 30 ngày điều trị đã phản ánh hiệu quả giảm đau của phương pháp điều trị bằng điện châm kết hợp với tập dưỡng sinh. Các xung điện của máy điện châm tại các huyệt kết hợp với các động tác của dưỡng sinh đã kích thích làm tăng khả năng chịu đau của cơ thể. Đau theo YHCT gọi là "Thông", sách Tố vấn, thiên "Âm dương ứng tượng đại luận" có viết "Thông tắc bất thông, thông tắc bất thông" tức là khí huyết lưu thông thì không đau, khi kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không lưu thông thì gây đau [3]. Có được kết quả về sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS như vậy có thể là do chúng tôi đã lựa chọn sử dụng phác đồ điều trị có các huyệt ở vùng khớp gối. Châm bổ huyệt Thận du để bổ thận, châm tả các huyệt Dương lăng tuyền, Thử liêu, Giáp tích L1-L5, Ủy trung làm mềm cơ, qua đó tăng cường thận khí, giúp kinh lạc thông suốt, khí huyết lưu thông phục hồi nên đau giảm.

**Bảng 3.2.** Diễn biến lâm sàng các triệu chứng tại khớp thoái hóa

Triệu chứng	D0		D15		D30	
	n	%	n	%	n	%
Đau khớp	30	100	12	40	5	16,7
Phá gỉ khớp	30	100	20	66,7	15	50
Lục cục tại khớp	30	100	20	40	15	50
Dấu hiệu bào gồ	25	83,3	19	76	13	43,3

Nóng da tại khớp	7	23,3	0	0	0	0
Hạn chế gập duỗi	30	100	18	60	5	16,7
p	> 0,05					

Các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu thường xuất hiện trong THK gối gồm đau khớp, phá vỡ lực cục tại khớp, lực cục tại khớp và hạn chế gập duỗi xuất hiện ở 100% số đối tượng nghiên cứu, dấu hiệu bào gỗ xuất hiện ở 83,3% số BN nghiên cứu, còn triệu chứng nóng da tại khớp chỉ xuất hiện ở 7/30 bệnh nhân (23,3%). Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Cẩm Thị Hương [4] khi nghiên cứu trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối cho thấy các triệu chứng đau, dấu hiệu phá vỡ khớp, tiếng lục khục trong khớp, hạn chế gập duỗi đều gặp ở 100% số đối tượng nghiên cứu, dấu hiệu bào gỗ gặp ở 80% số bệnh nhân nghiên cứu. Các kết quả trên bảng 3.2 cũng cho thấy triệu chứng nóng da tại khớp chỉ xuất hiện ở 7/30 BN và đã hoàn toàn biến mất ở ngày điều trị thứ 15, các triệu chứng chủ quan như đau và hạn chế vận động khớp gối đã giảm nhanh sau 15 ngày điều trị và 30 đến thời điểm sau 30 ngày điều trị các triệu chứng này chỉ còn xuất

hiện ở 5/30 BN. Ít cải thiện nhất là các triệu chứng phá vỡ khớp, lực cục tại khớp, dấu hiệu bào gỗ. Sau 30 ngày điều trị các triệu chứng này vẫn còn xuất hiện ở 15/30 số BN nghiên cứu, nguyên nhân có thể là do đây là biểu hiện của các tổn thương thực thể tại khớp gối. Theo quan điểm của YHCT, bệnh tật phát sinh ra do sự mất thăng bằng về âm dương trong cơ thể, chữa bệnh là điều hòa lại sự mất thăng bằng về âm dương của cơ thể tùy theo tình trạng hư – thực, hàn – nhiệt của bệnh bằng các phương pháp khác nhau như châm cứu, thuốc, xoa bóp, khí công...[3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp điện châm kết hợp tập dưỡng sinh để điều trị thoái hóa khớp gối là phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT, kích thích cơ thể lập lại cân bằng trong hoạt động của tạng phủ kinh mạch nên các triệu chứng gây ra bởi các tổn thương thực thể tại khớp gối không được cải thiện nhiều.

**Bảng 3.3.** Biến đổi tần số mạch, huyết áp, nhịp thở.

Các chỉ tiêu NC	Thời điểm	Trước điều trị (1)	Sau 15 ngày điều trị (2)	Sau 30 ngày điều trị (3)
Mạch (lần/phút)		75,36 ± 3,41	76,21 ± 4,15	75,02 ± 2,40
p		p <sub>1-2</sub> >0,05	P <sub>2-3</sub> >0,05	p <sub>1-3</sub> >0,05
Nhịp thở (lần/phút)		19,60 ± 0,73	19,50 ± 0,99	19,26 ± 1,43
p		p <sub>1-2</sub> >0,05	P <sub>2-3</sub> >0,05	p <sub>1-3</sub> >0,05
HA tâm thu (a)		112,83 ± 7,61	118,86 ± 8,56	116,75 ± 4,54
p		p <sub>1-2</sub> >0,05	P <sub>2-3</sub> >0,05	p <sub>1-3</sub> >0,05
HA tâm trương (b)		75,85 ± 5,54	76,87 ± 5,85	75,70 ± 4,25
p		p <sub>1-2</sub> >0,05	P <sub>2-3</sub> >0,05	p <sub>1-3</sub> >0,05

Nghiên cứu một số chỉ số sinh lý ở bệnh nhân THK gối được điều trị bằng điện châm kết hợp tập dưỡng sinh trong nghiên cứu này nhằm tìm hiểu các yếu tố liên quan đến điện châm và tập dưỡng sinh trên cơ thể người bệnh, qua đó cho phép đánh giá khách quan hiệu quả của điện châm kết hợp tập dưỡng sinh trong điều trị. Từ kết quả nghiên cứu thu được trong bảng 3.3 cho thấy tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân tại các thời điểm nghiên cứu là không có sự khác biệt (p > 0,05). Bài tập dưỡng sinh với các động tác luyện thư giãn có tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần, giúp vỏ não nghỉ ngơi, làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng, làm giảm chuyển hóa cơ bản vì toàn bộ cơ bắp được thả lỏng và từ đó làm giảm sự tiêu

thu oxygen của cơ thể tiết kiệm năng lượng. Giúp máu về tim dễ dàng hơn, giúp làm chủ được giác quan và cảm giác và xóa bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể. Luyện tập chống xơ cứng với những bài tập phù hợp và ảnh hưởng tốt đến cơ xương khớp giúp bệnh nhân tự điều chỉnh cân bằng trong cơ thể và phòng bệnh hiệu quả nhất. Tự xoa bóp bấm huyệt rất có hiệu quả giúp tăng tuần hoàn tại chỗ, mềm gân cơ, kinh mạch khí huyết được lưu thông và điều hòa, có tác dụng giảm đau và tăng tâm vận động của khớp [6], [7]. Như vậy, điện châm kết hợp tập dưỡng sinh điều trị thoái hóa khớp gối không ảnh hưởng đến các chỉ số sinh lý của người bệnh.

**Bảng 3.4.** Biến đổi một số chỉ số huyết học và hóa sinh

Chỉ số nghiên cứu	Thời điểm	D0 (1)	D30 (2)	p
Hồng cầu (G/l)		6,02 ± 4,23	6,11 ± 4,23	

Bạch cầu (G/l)	6,23 ± 2,34	6,31 ± 1,54	p <sub>2-1</sub> >0,05
HGB (g/l)	125,79 ± 12,34	125,75 ± 12,34	
Ure (mmol/l)	5,87 ± 2,67	5,76 ± 1,32	
Creatinin (μmol/l)	72,10 ± 13,69	72,15 ± 13,12	
AST (UI/l)	23,56 ± 11,45	23,43 ± 8,79	
ALT (UI/l)	26,87 ± 14,54	26,58 ± 11,12	

Điều này chứng tỏ điện châm kết hợp tập dưỡng sinh không ảnh hưởng đến các chỉ số huyết học của người bệnh. Các kết quả nghiên cứu sự biến đổi các chỉ số hóa sinh liên quan đến chức năng gan và thận cho thấy chỉ số AST, ALT, ure và creatinin trong máu bệnh nhân không có sự khác biệt tại các thời điểm trước và sau điện châm các huyết (p>0,05). Như vậy, điện châm kết hợp tập dưỡng sinh không làm ảnh hưởng đến chức năng gan cũng như chức năng lọc của thận. Có được kết quả này là do điện châm và tập dưỡng sinh là các phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền đều dựa trên lý luận của y học cổ truyền YHCT cho rằng con người và thế giới xung quanh là một chỉnh thể thống nhất, chữa bệnh là điều hòa lại sự mất thăng bằng về âm dương của cơ thể trên nguyên tắc giúp cơ thể tự điều chỉnh mà không đưa bất cứ một loại thuốc nào vào cơ thể. Chúng tôi đã kết hợp hai phương pháp này để ứng dụng điều trị thoái hóa khớp gối, một chứng bệnh thường gặp ở người cao tuổi là đối tượng được khuyến cáo hạn chế dùng các thuốc giảm đau do lo ngại ảnh hưởng tới người bệnh các tác dụng phụ... Đó chính là ưu điểm của phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền, an toàn, dễ áp dụng và hiệu quả. Các kết quả thu được trong nghiên cứu này cho phép đánh giá thành công của phương pháp điều trị. Điện châm kết hợp tập dưỡng sinh giúp bệnh nhân giảm đau và nhanh chóng phục hồi chức năng vận động của khớp gối.

#### IV. KẾT LUẬN

- Dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp tập

dưỡng sinh, giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS giảm từ 6,38 ± 0,99 trước điều trị xuống còn 1,45 ± 0,94 sau điều trị (p< 0,01), trong đó 12/30 BN hết đau chiếm 40,0%, 18/30 (60%) BN ở mức đau nhẹ, không còn BN nào ở mức độ đau vừa và đau nặng.

- Điện châm kết hợp tập dưỡng sinh không làm thay đổi tần số mạch, nhịp thở và huyết áp của người bệnh (p>0,05).

- Điện châm kết hợp tập dưỡng sinh không làm thay đổi số lượng hồng cầu, bạch cầu, hàm lượng hemoglobin trong máu ngoại vi của bệnh và cũng không gây biến đổi các chỉ số hóa sinh (AST, ALT, ure và creatinin) liên quan đến chức năng gan và thận của người bệnh (p>0,05).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân** (2004), Hư khớp, *Bệnh học nội khoa tập II*, Nhà xuất bản Y học, tr. 327-342.
2. **Bộ Y tế** (2013) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, NXB Y học, tr. 603-605.
3. **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
4. **Cầm Thị Hương** (2008), *Đánh giá hiệu quả của cồn đắp thuốc Boneal Cốt Thống Linh trong điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 47-67.
5. **Nguyễn Thị Tuyết Minh** (2010), *Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối của chế phẩm Bảo Cốt Khang*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 33-60.
6. **Phạm Thúc Hạnh** (2010), *Giáo trình khí công dưỡng sinh*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
7. **Nguyễn Văn Hoàng** (2012) Phương pháp dưỡng sinh, nhà xuất bản Y học

## NGHIÊN CỨU ĐIỀU CHỈNH ĐỘ AN THẦN TCI PROPOFOL BẰNG NỒNG ĐỘ ĐÍCH DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA ĐIỆN NÃO SỐ HÓA QUA CHỈ SỐ PSI KẾT HỢP VỚI GÂY TÊ VÙNG CHO PHẪU THUẬT BỤNG DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Nguyễn Mạnh Hồng\*, Công Quyết Thắng\*

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ đích Ce và Cp của propofol để bệnh nhân đạt mức an thần tĩnh với chỉ

#### TÓM TẮT

\* *Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội*  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hồng  
 Email: nguyenvanhhong2001@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/11/2017  
 Ngày phản biện khoa học: 19/12/2017  
 Ngày duyệt bài: 03/1/2018

số PSI trong khoảng  $70 < \text{PSI} < 80$  và chỉ số  $\text{OAA/S} = 3$  và tìm ra phương pháp chuẩn độ tốt nhất với độ tin cậy cao để có thể áp dụng tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. 100 bệnh nhân tuổi từ  $\geq 60$  tuổi. Có ASA II, được chia thành hai nhóm, mỗi nhóm có 50 bệnh nhân theo phương pháp rút thăm. Cả hai nhóm đều được dùng an thần bằng TCI propofol kết hợp với gây tê vùng. Nhóm 1 được bắt đầu an thần từ nồng độ 1mcg/ml, cứ tăng 0,5mcg/ml sau khi cân bằng ở lần chuẩn độ trước để tìm được mục tiêu an thần như trên. Nhóm 2 được bắt đầu an thần từ nồng độ 3mcg/ml, cứ giảm 0,5mcg/ml sau khi cân bằng ở lần chuẩn độ trước để tìm được mục tiêu an thần như trên. Các phẫu thuật là các tạng ở tầng dưới mạc treo đại tràng ngang và sau phúc mạc. Thời gian thực hiện từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 3 năm 2017 tại khoa gây mê hồi sức bệnh viện hữu nghị. **Kết luận:** Để đạt được chỉ số PSI trong khoảng  $70 < \text{PSI} < 80$  và chỉ số  $\text{OAA/S} = 3$ . Nồng độ Ce trung bình là 1,25mcg/ml với khoảng tin cậy 95% là 1,22 – 1,29. Tương ứng nồng độ Cp trung bình chung là 1,98 mcg/ml. Tương ứng chỉ số PSI là 75,27 với khoảng tin cậy 95% là 74,76 – 75,78. Nên sử dụng phương pháp chuẩn độ theo nhóm 1 là 1mcg/ml vì nhanh chóng đạt được và kết quả bền vững hơn

**Từ khóa:** An thần TCI propofol

## SUMMARY

### STUDY ADJUSTING TCI PROPOFOL SEDATION BY TARGET CONCENTRATION COMBINED WITH REGIONAL ANESTHESIA FOR LOWER ABDOMINAL SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

**Study method:** Conducted controlled clinical trial. 100 patients aged  $\geq 60$  years. There were ASA II, divided into two groups, each with 50 patients in randomized form. Both groups were given sedation with TCI propofol in combination with regional anesthesia. Group 1 was started sedating from 1mcg/ml, increasing by 0.5mcg/ml after equilibration at the previous titration to find the sedative goal as above. Group 2 was started sedating from 3mcg/ml, dropping 0.5mcg/ml after equilibration at the previous titration to find the sedative goal as above. Surgery is the lower abdominal mesentery of colon and the posterior of peritoneum. The implementation period is from January 2011 to March 2017 at the department of anesthesia and resuscitation of the Friendship hospital. **Conclusion:** To achieve a PSI of about  $70 < \text{PSI} < 80$  and  $\text{OAA/S} = 3$ . The average Ce concentration was 1.25mcg/ml with a 95% confidence interval of 1.22 - 1.29. Corresponding mean Cp is 1.98mcg/ml. The corresponding PSI is 75.27 with a 95% confidence interval of 74.76 - 75.78. Diagnosis should be based on group 1 of 1mcg/ml as it is quicker to achieve and more stable results.

**Key words:** TCI propofol Analgesic

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An thần có thể được mô tả như là một chuỗi liên tục. Từ an thần tối thiểu như giảm lo âu cho đến gây ngủ. Ngược lại với gây mê toàn thân, khi bệnh nhân được an thần, bệnh nhân và thầy

thuốc vẫn giao tiếp được với nhau qua lời nói. Bệnh nhân ở trong tình trạng thỏa mái, tránh lo âu và giảm đi những điều ám ảnh về quá trình phẫu thuật, tạo điều kiện cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật.

"An thần tỉnh" là một thuật ngữ nói đến một kỹ thuật được áp dụng vào lâm sàng như cho các thủ thuật, chẩn đoán, bổ sung cho các gây tê vùng. Tuy nhiên việc đánh giá sao cho đủ thuốc để bệnh nhân đủ mức an thần là điều cần thiết vì nếu sâu quá bệnh nhân chuyển sang trạng thái mê. Nếu nông quá bệnh nhân có thể ở trong trạng thái kích thích, vật vã khó chịu. Chính vì lý do này mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: Xác định nồng độ đích (Ce) của propofol và Cp tương ứng với chỉ số PSI  $70 < \text{PSI} < 80$  và với chỉ số  $\text{OAA/S}$  bằng 3 điểm. tìm ra phương pháp chuẩn độ tốt nhất với độ tin cậy cao để có thể áp dụng tại Việt Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

**1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đối tượng là các bệnh nhân tuổi  $\geq 60$  tuổi phẫu thuật bụng dưới theo kế hoạch có chỉ định GTTS - NMC tại khoa Gây mê Hồi sức - Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 3 năm 2017. Các bệnh nhân có điều kiện như sau:

- Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật theo chương trình. Các tạng được phẫu thuật là ở tầng dưới mạc treo đại tràng ngang và sau phúc mạc. Tuổi  $\geq 60$ . Có thể trạng ASA II

**1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân suy hô hấp

**1.3. Tiêu chuẩn loại khỏi nhóm nghiên cứu**

- Bệnh nhân không đạt đủ mức giảm đau, Các bệnh nhân phải chuyển sang phương pháp vô cảm khác.

- Có biến chứng trong mổ: Chảy máu nhiều, sốc, trào ngược. Suy hô hấp phải chuyển sang phương pháp vô cảm khác

**1.4. Thuốc và liều dùng:** Các bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm với thuốc và liều dùng như sau:

**-Nhóm I :** 50 bệnh nhân được GTTS (bupivacain heavy 0,5%) kết hợp catheter NMC bupivacain plain 100mg + sufentanil 25mcg pha vừa đủ 50 ml với dung dịch NaCl 0,9% và duy trì bơm tiêm điện 5ml/h khi bắt đầu rạch da, sau đó được an thần với propofol 1% bằng máy TCI theo chương trình kiểm soát nồng độ đích Schnider 1mcg/ml, tăng dần nồng độ đích lên 0,5mcg sau khi Ce và Cp cân bằng sao cho chỉ số PSI trong khoảng  $70 < \text{PSI} < 80$ . Để bệnh nhân tự thở qua đường tự nhiên. Cứ 60 phút hoặc

PRST  $\geq 3$  thì bơm qua catheter NMC 10 ml dung dịch lidocain 2% để hạ điểm PRST. Thuốc GTTS là bupivacaine heavy 0,5% 7mg/bệnh nhân.

- **Nhóm II:** 50 bệnh nhân được GTTS (bupivacaine heavy 0,5%) kết hợp catheter NMC bupivacaine plain 0,5% 100 mg + sufentanil 25mcg pha vừa đủ 50ml với dung dịch NaCl 0,9% và duy trì bơm tiêm điện 5ml/h khi bắt đầu rạch da. Bệnh nhân được an thần với propofol 1% bằng máy TCI theo chương trình kiểm soát nồng độ đích Schnider 3mcg/ml. Hạ dần 0,5mcg/ml sau khi Ce và Cp đạt cân bằng. Sao cho chỉ số PSI đạt được trong khoảng  $70 < PSI < 80$ . Để bệnh nhân tự thở qua đường tự nhiên. Cứ 60 phút hoặc khi hoặc PRST  $\geq 3$  thì bơm qua catheter NMC 10ml dung dịch lidocain 2% để hạ điểm PRST. Thuốc GTTS là bupivacaine heavy 0,5% 7mg/ bệnh nhân

**2. Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu thử nghiệm lâm sàng, có đối chứng

**3. Xử lý số liệu:** Kết quả số liệu nghiên cứu được xử lý theo chương trình SPSS 16.0.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 1. Về tuổi giới, cân nặng, chiều cao và phân loại phẫu thuật

**1.1. Tuổi:** Nhóm 1 trung bình là  $72,76 \pm 6,61$  tuổi, nhóm 2 là  $72,86 \pm 8,40$  tuổi. Tuổi cao nhất là 69 nhóm 1 và nhóm 1 là 89. Độ tuổi bệnh nhân khá cao vì rằng đối tượng phục vụ của chúng tôi chủ yếu là người cao tuổi.

**1.2. Giới:** Nhóm 1: Nam có 36 bệnh nhân, chiếm 72%, nữ có 14 bệnh nhân chiếm 28%. Nhóm 2: Nam có 39 bệnh nhân chiếm 75,59%, nữ có 10 bệnh nhân chiếm 20,41%. Trong số 99 bệnh nhân cả hai nhóm thì tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 75,76% nhiều hơn nữ 24,24%. Tỷ lệ bệnh nhân nam ở nhóm 1 và nhóm 2 đều lớn hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ ở cả 2 nhóm là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Yếu tố giới cũng cần được đòi hỏi trong mô hình được động học của Schnider. Yếu tố giới được tính đến trong các thuật toán để kiểm soát nồng độ thông qua việc tính chỉ số BMI.

**1.3. Cân nặng:** Nhóm 1 là  $53,70 \pm 9,10$ kg nhóm 2 là  $55,67 \pm 6,67$ kg. Cân nặng trung bình giữa hai nhóm sần sần như nhau, khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên trung bình là  $53,70 \pm 9,10$  và  $58,67 \pm 6,67$  cho thấy số cân cũng không cao. Điều này cho thấy ngoài việc giảm sinh lý khối cơ theo tuổi bệnh lý cũng có thể đã tác động tới thể chất nhiều.

**1.4. Chiều cao:** Nhóm 1 là  $158,88 \pm 6,96$ cm nhóm 2 là  $160,67 \pm 5,63$ cm. Kết quả nghiên cứu cho thấy chiều cao của 2 nhóm tương đương như nhau là  $158,88 \pm 6,96$  cm và  $160,67 \pm 5,63$ cm.

Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao khác nhau không có ý nghĩa thống kê cho thấy nghiên cứu đồng nhất giữa hai nhóm.

**1.5. Phân loại phẫu thuật:** K trực tràng có 55 bệnh nhân chiếm 55,56%, k đại tràng xích ma 23 bệnh nhân chiếm 23,23%, K đại tràng 12 bệnh nhân chiếm 12,12%, K manh tràng 2 bệnh nhân chiếm 2,02%, u xơ tử cung bệnh nhân chiếm 2,02%, k bàng quang 1 bệnh nhân chiếm 1,01%, rò bàng quang trên bệnh nhân k trực tràng 1 chiếm 1,01%, u ruột non 1 trường hợp chiếm 1,01%, K tiền liệt tuyến trường hợp chiếm 1,01%, k thận 1 trường hợp chiếm 1,01%. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân phẫu thuật nhiều nhất là ung thư trực tràng 55,56%, sau đó là ung thư đại tràng xích ma 23,23%, sau đó là đại tràng. Các phẫu thuật đã bao phủ toàn bộ tầng dưới mạc treo đại tràng và sau phúc mạc.

**2. Thời gian phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm 1 là  $151,10 \pm 53,32$  phút khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm 2 là  $147,73 \pm 56,22$  phút ( $p > 0,05$ )

#### 3. Đánh giá mức độ an thần trong mổ của hai nhóm qua các lần chuẩn độ có để $70 < PSI < 80$ và $OAA/S = 3$ điểm

**3.1. Mức an thần của hai nhóm ở lần chuẩn độ thứ nhất:** Ở nhóm 1 có 44 thời điểm/29 bệnh nhân có Ce là  $0,98 \pm 0,03$ mcg/ml, Cp là  $1,18 \pm 0,16$ mcg/ml, và chỉ số PSI là  $75,07 \pm 3,03$ . Ở nhóm 2 có 14 bệnh nhân có 31 thời điểm có Ce  $2,07 \pm 0,41$ mcg/ml, Cp là  $3,69 \pm 2,55$ mcg/ml và chỉ số PSI là  $75,13 \pm 2,99$

Nồng độ Cp và Ce ở nhóm 1 thấp hơn nhiều so với Cp và Ce ở nhóm 2 và sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Trong khi đó chỉ số PSI của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nồng độ Cp của nhóm 2 cao có lẽ là do khi đặt nồng độ 3mcg/ml thì nồng độ propofol trong huyết tương tăng rất nhanh do tốc độ bơm của máy TCI rất nhanh nên nó nhanh chóng đạt được ở mức cao hơn nhóm I. Sở dĩ nồng độ Cp và Ce nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 là do nhóm 2 khởi đầu với nồng độ cao hơn (3mg/ml), nên để đạt an thần hơn nhưng nó cũng nhanh chóng chuyển sang mức an thần mới. Cp sẽ đạt được cao hơn do lúc đầu thuốc được bơm rất nhanh vào trong mạch máu làm nồng độ thuốc trong huyết tương tăng cao[1].

**3.2. Mức an thần của hai nhóm ở lần chuẩn độ thứ hai:** Ở nhóm 1 có 92 thời điểm/34 bệnh nhân có Ce là  $2,31 \pm 0,40$ mcg/ml, Cp là  $2,31 \pm 0,40$  và chỉ số PSI là  $75,72 \pm 2,65$ .

Nhóm 1 có 34 bệnh nhân đạt OAA/S=3 ở lần chuẩn độ thứ hai. Trong khi đó không có bệnh nhân nào ở nhóm 2 đạt OAA/S = 3. Không có bệnh nhân nào đạt OAA/S =3 có lẽ do đặt nồng độ đích cao quá mà bệnh nhân ngủ sâu chưa tỉnh.

**3.3. Mức an thần của hai nhóm ở lần chuẩn độ thứ ba**

Nhóm 1 có 1 bệnh nhân có 4 thời điểm có Ce là  $1,66 \pm 0,16$ mcg/ml, Cp là  $2,85 \pm 1,13$ mcg/ml và chỉ số PSI là  $66,75 \pm 0,96$ . Nhóm 2 có 1 bệnh nhân có 2 thời điểm có Ce là  $1,12 \pm 0,09$ mcg/ml, Cp là  $3,50 \pm 0,30$ mcg/ml và chỉ số PSI là  $76 \pm 2,83$ . Ta thấy khi chuẩn độ lần 3 nồng độ Cp và Ce đã gần nhau hơn, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Chỉ số PSI xa nhau hơn ở hai nhóm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) do chỉ có 1 bệnh nhân đạt mức an thần OAA/S=3 ở 4 thời điểm đối với nhóm 1 và 2 thời điểm đối với nhóm 2 (n rất nhỏ).

**3.4. Mức an thần của hai nhóm ở lần chuẩn độ thứ tư**

Nhóm I có 1 bệnh nhân có 3 thời điểm mà Ce là  $1,38 \pm 0,08$ mcg/ml, Cp là  $2,34 \pm 0,31$ mcg/ml và chỉ số PSI là  $76 \pm 2,0$ . Nhóm 2 có bệnh nhân có 121 thời điểm Ce là  $1,69 \pm 0,11$ mcg/ml, Cp là  $1,03 \pm 0,18$ mcg/ml và Chỉ số PSI là  $73,97 \pm 3,13$ . Lần chuẩn độ thứ 4 số bệnh nhân nhóm 2 đạt OAA/S nhiều hơn nhóm I. Chỉ số PSI thì không khác biệt ở hai nhóm ( $p > 0,05$ ), nhưng Ce trung bình ở nhóm I cao hơn nhóm 2, còn Cp trung bình của nhóm 2 lại cao hơn nhóm 1 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**3.5. Mức an thần của hai nhóm ở lần chuẩn độ thứ năm**

Nhóm 2 có 5 bệnh nhân có 28 thời điểm Cp là  $0,83 \pm 0,15$ , Ce là  $1,28 \pm 0,14$  và chỉ số PSI là  $74,93 \pm 4,02$ . Lần chuẩn độ thứ 5 chỉ có 5 bệnh nhân đạt mức an thần OAA/S=3 tại 28 thời điểm ở nhóm 2, nhóm 1 không có bệnh nhân nào. Lúc này trung bình Cp, Ce giảm đi khá nhiều so với Cp và Ce của các bệnh nhân đạt được mức an thần OAA/S=3 ở lần chuẩn độ thứ nhất trong cùng nhóm 2, còn chỉ số PSI khi OAA/S=3 thì gần như là tương đương.

Nồng độ propofol huyết tương để bệnh nhân ngủ được khi sử dụng TCI đã được báo cáo nhiều trước đây [2] [3]. Tuy nhiên có sự khác nhau lớn giữa nồng độ tối đa và nồng độ tối thiểu. Trong nghiên cứu của Vuyk [7]. và cộng

sự cho rằng nồng độ propofol huyết tương gây ngủ là từ 2,8mcg/ml đến 5,4mcg/ml. Trong nghiên cứu của Milne và cộng sự lại là 1,3-1,7mcg/ml. Nghiên cứu của Iwakiri[4], nồng độ đích để ngủ và tỉnh lại là  $2,1 \pm 1,0$ mcg/ml và  $1,9 \pm 0,7$ mcg/ml ở lần chuẩn độ đầu tiên ( $p = 0,27$ ),  $1,9 \pm 0,9$ mcg/ml và  $1,8 \pm 0,8$ mcg/ml ở lần chuẩn độ thứ hai,  $2,0 \pm 0,9$ mcg/ml và  $1,8 \pm 0,7$ mcg/ml ở lần chuẩn độ thứ ba. Kết hợp 3 lần chuẩn độ là  $2,0 \pm 0,9$  và  $1,8 \pm 0,7$ mcg/ml. Như vậy kết quả để đạt được an thần tỉnh ở các nghiên cứu rất khác nhau về giá trị tối thiểu cũng như tối đa giữa các nghiên cứu nên cũng rất khó đưa ra một nồng độ Ce lý tưởng để áp dụng đại trà. Nồng độ Cp và Ce của chúng tôi cũng nằm gần với nghiên cứu của Iwakiri hơn. Ngoài ra chúng tôi còn có một chỉ số quan trọng khác có giá trị tin cậy cao hơn so với các nghiên cứu khác. Đó là chỉ số PSI. Ở nồng độ này chỉ số PSI trung bình của nhóm 1 ( $75,28 \pm 3,08$ ) và chỉ số PSI trung bình của nhóm 2 ( $74,34 \pm 3,27$ ) với độ tin cậy 99% ( $p < 0,01$ ). Chỉ số này được máy đánh giá khách quan, giá trị của nó lại nằm trong dải an thần tỉnh nên có giá trị áp dụng lâm sàng cao[6], có thể được sử dụng trong hướng dẫn điều chỉnh nồng độ thuốc khi áp dụng.

**4. Nồng độ chung Ce,Cp và PSI ở các mức của OAA/S qua các lần chuẩn độ**

- **Lần 1:** Nhóm 1:  $1,52 \pm 0,13$ (n=34),  $1,60 \pm 0,26$ ,  $54,44 \pm 6,64$ . Nhóm 2:  $2,24 \pm 0,45$ (n=64),  $2,12 \pm 0,79$ ,  $53,28 \pm 5,01$

- **Lần 2:** Nhóm 1:  $1,42 \pm 0,19$ (n= 98),  $1,70 \pm 0,40$ ,  $63,22 \pm 3,37$ . Nhóm 2:  $2,03 \pm 0,40$  (n= 227),  $1,82 \pm 1,02$ ,  $61,91 \pm 4,20$

- **Lần 3:** Nhóm 1.  $1,25 \pm 0,21$  (n=144),  $1,99 \pm 0,66$ ,  $75,28 \pm 3,08$ . Nhóm 2:  $1,69 \pm 0,30$  (n=182),  $1,48 \pm 1,48$ ,  $74,34 \pm 3,27$

- **Lần 4:** Nhóm 1:  $0,96 \pm 0,20$  (n= 237),  $1,96 \pm 1,08$ ,  $84,07 \pm 3,08$ . Nhóm 2:  $1,49 \pm 0,19$  (n= 130),  $1,78 \pm 1,94$ ,  $81,74 \pm 3,13$

- **Lần 5:** Nhóm 1:  $0,66 \pm 0,29$  (n= 358),  $2,16 \pm 0,81$ ,  $92,97 \pm 3,75$

Nồng độ Ce ở các lần chuẩn độ có các mức an thần giữa hai nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

Ở các lần chuẩn độ thứ nhất và thứ ba Cp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

**5. Môi tương quan giữa các tham số Ce, Cp và chỉ số PSI chung cho cả hai nhóm**

**5.1. Môi tương quan giữa Cp và PSI:** Đối với nhóm I, Cp có tương quan đồng biến với PSI với phương trình  $PSI = 0,343Cp + 74,604$ , tuy nhiên tương quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Đối với nhóm II, Cp có tương quan đồng biến có ý nghĩa thống kê với PSI theo phương trình:  $PSI = 0,450Cp + 73,669$  nhưng tương quan này không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**5.2. Môi trường quan giữa Ce và PSI:** Đối với nhóm I, ta thấy Ce tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) với PSI theo phương trình:  $PSI = -2,577Ce + 78,513$  có ý nghĩa là khi Ce tăng thì PSI giảm. Điều này là hợp lý vì khi nồng độ đích tăng dần thì bệnh nhân cũng dần chuyển từ trạng thái tỉnh sang các mức an thần khác nhau. Cp có tương quan đồng biến với PSI, với phương trình là:  $PSI = 1,284Cp - 5,051Ce + 79,059$ , có nghĩa là khi Cp tăng thì PSI cũng tăng. Vì lúc này nồng độ Cp trong máu tăng rất nhanh, trong khi bệnh nhân vẫn ở trạng thái tỉnh táo, và nó sẽ giảm dần khi cân bằng với nồng độ đích. Tuy nhiên tương quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Ce và Cp tương quan đồng biến có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ) với phương trình  $Ce = 0,186Cp + 0,882$  (hoặc phương trình  $Cp = 1,926Ce - 0,426$ ). Như vậy, khi Cp tăng thì Ce cũng tăng, giữa PSI có tương quan đa biến có ý nghĩa thống kê với Cp và Ce ( $p < 0,01$ ) theo phương trình:  $PSI = 1,284Cp - 5,051Ce + 79,059$ . Điều này rất phù hợp khi Ce và Cp đang trong quá trình cân bằng để đạt nồng độ ổn định và chỉ số PSI cũng dịch chuyển theo khi đạt mức an thần tương ứng.

Đối với nhóm 2, ta thấy Ce có tương quan nghịch biến với PSI theo phương trình  $PSI = -1,181Ce + 76,332$ , khi Ce tăng, PSI giảm tuy nhiên mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ). PSI có tương quan đồng biến có ý nghĩa thống kê với Cp theo phương trình:  $PSI = 0,450Cp + 73,669$  ( $p < 0,01$ ), Cp tăng thì PSI tăng. Điều này hoàn toàn hợp lý vì khi đặt nồng độ đích cao thì khi đó máy bơm rất nhanh và nồng độ propofol huyết tương lúc đó rất cao sau đó mới giảm dần. Cp và Ce giống như nhóm I, cũng có tương quan tuyến tính chặt chẽ, có ý nghĩa thống kê theo phương trình  $Ce = 0,122Cp + 1,509$ . Hoặc phương trình  $Cp = 3,000Ce - 3,590$ . Ngoài ra, PSI còn có tương quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê đồng thời với Cp và Ce theo phương trình  $PSI = 0,938Cp - 3,995Ce + 79,699$ .

### 5.3. Môi trường quan đa biến giữa Ce, Cp và chỉ số PSI

Đối với nhóm 1, PSI có tương quan đa biến có ý nghĩa thống kê với Cp và Ce ( $p < 0,01$ ) theo phương trình  $PSI = 1,284Cp - 5,051Ce + 79,059$ .

Đối với nhóm 2, PSI cũng có tương quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê đồng thời với Cp và Ce

theo phương trình  $PSI = 0,938Cp - 3,995Ce + 79,699$  ( $p < 0,001$ ).

### 6. Nồng độ Ce, Cp và chỉ số PSI và độ tin cậy trên lâm sàng

Ta thấy đối với các lần chuẩn độ tính chung: Nồng độ Cp trung bình của nhóm I là  $1,99 \pm 0,66$  cao hơn nồng độ Cp trung bình của nhóm II ( $1,48 \pm 1,48$ ) một cách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Để chỉ số PSI nằm trong khoảng  $< 70 PSI < 80$  và OAA/S=3 nồng độ Ce trung bình của nhóm 1 ( $1,25 \pm 0,21$ ) lại thấp hơn nồng độ Ce trung bình của nhóm II ( $1,69 \pm 0,30$ ) với  $p < 0,001$ . Chỉ số PSI trung bình của nhóm I ( $75,28 \pm 3,08$ ) cao hơn chỉ số PSI trung bình của nhóm 2 ( $74,34 \pm 3,27$ ) với độ tin cậy 99% ( $p < 0,01$ ). Điều này cũng phù hợp trên lâm sàng vì nhóm 1 chạy từ 1mcg/ml và nhóm 2 chạy từ 3mcg/ml xuống, nên nó đạt an thần nhanh và ở nồng độ cao hơn. Đối với cách chạy an thần từ 1mcg/ml ở nhóm 1, để đạt được an thần mức OAA/S=3 ở lần chuẩn độ thứ hai (1,5mcg/ml) đã là 48 bệnh nhân chiếm 96%. Trong khi đó phải đến lần chuẩn độ thứ ba (2,5mcg/ml) nhóm 2 mới có 31% đạt mức an thần OAA/S=3. Chỉ số PSI giữa hai nhóm có khác nhau nhưng vẫn nằm trong khoảng an thần tỉnh. Ở nồng độ cao rất dễ gây tích lũy liều làm cho bệnh nhân có thể chuyển sang mức an thần khác. Nồng độ để đáp ứng với gọi tên là 1,3mcg/ml (1,0-1,8mcg/ml), đáp ứng khi gọi to và nhắc lại tên là 1,7mcg/ml (1,22-2,2mcg/ml), đáp ứng khi véo cơ thang là 2,4mcg/ml (1,8-3,0mcg/ml) và mất đáp ứng khi véo cơ thang là 2,8mcg/ml (2,0-3,6mcg/ml). Kết quả này cũng gần giống kết quả mà chúng tôi thu được Cp là  $1,99 \pm 0,66$  (1,87;2,09) ở nhóm 1 và  $1,48 \pm 1,48$  (1,26;1,70) với chỉ số PSI là  $75,28 \pm 3,08$  ở nhóm 1 và  $74,34 \pm 3,27$  ở nhóm 2. Chỉ số này nằm trong khoảng an thần tỉnh của hãng khuyến cáo. Các thông số trên cũng là con số gợi ý khi thực hành cho các bác sỹ gây mê.

### IV. KẾT LUẬN

1. Nồng độ đích(Ce) của propofol và Cp tương ứng với chỉ số PSI  $70 < PSI < 80$  và với chỉ số OAA/S bằng 3 điểm là

- Để đạt  $70 < PSI < 80$  và OAA/S=3 điểm nồng độ Ce trung bình của nhóm I ( $1,25 \pm 0,21$ ) thấp hơn nồng độ Ce trung bình của nhóm II ( $1,69 \pm 0,30$ ) với  $p < 0,001$  và nhanh chóng đạt được hơn và vững bền hơn.

- Chỉ số PSI trung bình của nhóm 1 ( $75,28 \pm 3,08$ ) cao hơn chỉ số PSI trung bình của nhóm II ( $74,34 \pm 3,27$ ) với độ tin cậy 99%

( $p < 0,01$ ) nhưng vẫn nằm trong khoảng an thần mong muốn là  $70 < \text{PSI} < 80$ .

- Cp là  $1,99 \pm 0,66$  (1,87;2,09) ở nhóm I và  $1,48 \pm 1,48$  (1,26;1,70) với chỉ số PSI là  $75,28 \pm 3,08$  ở nhóm I và  $74,34 \pm 3,27$  ở nhóm 2.

2. Nên tiến hành an thần tĩnh theo phương pháp I để đạt được chỉ số PSI trong khoảng  $70 < \text{PSI} < 80$  và OAA/S=3 sớm nhất và giảm được số lần phải chuẩn độ. Nồng độ Cp trung bình  $1,98 \pm 0,06 \text{mcg/ml}$  và nồng độ nồng Ce trung bình là  $1,25 \text{mcg} \pm 0,21 \text{mcg/ml}$ .

Nồng độ Cp trung bình chung là  $1,98 \text{mcg/ml}$  với khoảng tin cậy 95% là (1,87 – 2,09). Nồng độ Ce trung bình là  $1,25 \text{mcg/ml}$  với khoảng tin cậy 95 là (1,22-1,29) và chỉ số PSI trung bình 75,27 với khoảng tin cậy 95% là (74,76-75,78). Nếu giá trị của nghiên cứu khác nằm trong khoảng tin cậy 95%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Basavana Goudra, Preet Mohinder Singh, Gowri Gouda, Anuradha Borle et al (2015). Propofol and non-propofol based sedation for

- outpatient colonoscopy – prospective comparison of depth of sedation using an EEG based SEDLine monitor. *J Clin Monit Comput.* 10877-015-9769-5.
2. Casati, Fanelli G., Casaletti E., et al (1999), "Clinical assessment of target - controlled infusion of propofol during monitored anesthesia care", *Can. J. Anaesth.*, Mar, 46(3), pp. 235-9.
3. Höhener D, S. Blumenthal and A. Borgeat (2008). Sedation and regional anaesthesia in the adult patient. *British Journal of Anaesthesia* 100(1): pp8-16
4. Iwakiri, Hiroko, Nishihara, et al (2005). Individual Effect – Site Concentrations of Propofol are similar at loss of consciousness and at awakening. *Anesthesia & Analgesia.* volume 100, 1, pp.107-110.
5. Lee KH, Kim Y H and Oh M K (2015). The patient state index is well balanced for propofol sedation. *Hippokratia.* 19(3): 235-238.
6. Thomas D, Michael A.E, Ramsay MD, et al (2011). Evaluation of the SEDline to improve the safety and efficiency of conscious sedation. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2011 Jul; 24(3): 200–204.
7. Vuyk J, Frank H, Engber M.(1992) "Pharmacodynamics of propofol in female patients". *Anesthesiology*,77: 3-9.

## NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ INSULIN, C-PEPTID, CHỈ SỐ KHÁNG INSULIN ĐỘ NHẠY INSULIN VÀ CHỨC NĂNG TẾ BÀO $\beta$ Ở BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Phan Văn Đoàn\*, Hoàng Trung Vinh\*\*, Nguyễn Văn Tiến\*\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát sự biến đổi nồng độ insulin, c-peptid huyết thanh, các chỉ số kháng insulin, độ nhạy insulin và chức năng tế bào  $\beta$  (CNTB  $\beta$ ) ở bệnh nhân tiền đái tháo đường (BN TĐTĐ). **Đối tượng và phương pháp:** 202 BN TĐTĐ chẩn đoán theo tiêu chuẩn IDF-2010 được định lượng glucose, insulin, c-peptid huyết thanh lúc đói. Các chỉ số kháng insulin (HOMA2-IR), chức năng tế bào  $\beta$  (CNTB  $\beta$  - HOMA2-%B), độ nhạy insulin (HOMA2-%S) xác định dựa vào cặp glucose - insulin và glucose - c-peptid theo mô hình HOMA2 vì tính so sánh với các chỉ số tương ứng ở 90 người khỏe mạnh thuộc nhóm chứng. **Kết quả:** giá trị trung bình (GTTB) nồng độ insulin, c-peptid ở BN cao hơn. Tỷ lệ BN tăng insulin, c-peptid tương ứng: 72,3% và 89,1%. GTTB chỉ số kháng insulin cao hơn. Giá trị chỉ số kháng insulin tăng tương ứng 57,8% và 106,6%. Tỷ lệ BN tăng chỉ số kháng

insulin tương ứng 75,2% và 92,1%. GTTB độ nhạy insulin thấp hơn. Giá trị chỉ số độ nhạy insulin giảm tương ứng: 35,4% và 53,8%. Tỷ lệ BN giảm độ nhạy insulin tương ứng 74,3% và 72,8%. GTTB CNTB  $\beta$  tính theo cặp glucose-insulin thấp hơn, tính theo cặp glucose -c-peptid khác biệt không có ý nghĩa. Tỷ lệ BN giảm CNTB  $\beta$  tính theo cặp glucose-insulin là 7,4% cao hơn so với nhóm chứng. **Kết luận:** BN TĐTĐ có sự biến đổi nồng độ insulin, c-peptid, kháng insulin, độ nhạy insulin và CNTB  $\beta$  tương tự như ở giai đoạn đầu của BN ĐTĐ type 2.

**Từ khóa:** Tiền đái tháo đường, đái tháo đường type 2, kháng insulin, độ nhạy insulin, CNTB  $\beta$ .

#### SUMMARY

#### THE INSULIN, CPEPTIDE CONCENTRATION, INSULIN RESISTANCE, INSULIN SENSITIVITY AND BETA-CELL FUNCTION IN PREDIABETES

**Aim:** This study surveyed the modified insulin levels, serum c-peptide, insulin resistance index, insulin sensitivity and beta-cell function in patients with pre-diabetes. **Subjects and Methods:** 202 pre-diabetes patients diagnosed with the IDF-2010 standard were examined with glucose insulin, serum C-peptide during their empty stomachs. The insulin resistance index (HOMA2-IR), beta cell function - HOMA2-% B, insulin sensitivity HOMA2-% S were determined based on pairs of glucose - insulin and glucose - C-peptide in the

\*Trường Cao đẳng Y tế Kiên Giang

\*\*Bệnh viện 103, Học viện Quân y

\*\*\*Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Đoàn

Email: doantu28@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 18/12/2017

Ngày duyệt bài: 05/1/2018

model HOMA2 and compared with the corresponding index in 90 healthy people in the control group.

**Results:** The average value of insulin levels, C-peptide in patients were higher. The proportion of patients with increased insulin, C-peptide was 72.3% and 89.1%. The average value of insulin resistance index was also higher. Insulin resistance index value respectively increased 57.8% and 106.6. The proportion of patient's insulin resistance index respectively increased 75.2% and 92.1. The average value of insulin sensitivity was lower. The decreased insulin sensitivity index value was 35.4% and 53.8%. The proportion of patients with decreased insulin sensitivity was 72.8% and 74.3%. The average value of  $\beta$ -cell function of glucose-insulin was lower, the pair C-peptide - glucose had no significant difference. The proportion of patients with decreased cell function  $\beta$  in the pair glucose-insulin was 7.4% higher than that in the control group.

**Conclusions:** Pre-diabetes patients had the same modified insulin levels, C-peptide, insulin resistance, insulin sensitivity and  $\beta$ -cell function as those in the early stages of diabetes.

**Keywords:** Pre-diabetes, Type 2 diabetes, insulin resistance, insulin sensitivity,  $\beta$ -cell function.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường týp 2 là giai đoạn tiến triển tiếp theo của TĐTĐ. Cả TĐTĐ và ĐTĐ týp 2 ngày càng gia tăng trong cộng đồng. Tiền ĐTĐ có nhiều yếu tố nguy cơ (YTNC), cơ chế bệnh sinh tương tự như ở BN ĐTĐ týp 2 trong đó biểu hiện chủ yếu là kháng insulin, giảm độ nhạy cảm insulin và tăng tiết insulin của tế bào  $\beta$ . Xác định các chỉ số kháng insulin ở BN TĐTĐ làm cơ sở cho việc chứng minh cơ chế bệnh sinh chủ yếu đồng thời giúp cho việc lựa chọn biện pháp dự phòng, điều trị thích hợp. Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát sự biến đổi nồng độ insulin, c-peptid huyết thanh, chỉ số kháng insulin, độ nhạy cảm insulin và CNTB  $\beta$  theo mô hình HOMA2 ở BN TĐTĐ.*

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. So sánh tuổi, giới giữa 2 nhóm**

Chỉ số	Nhóm chứng (n=90)	Nhóm bệnh (n=202)	P	
Giới n (%)	Nam	31 (34,4%)	67 (33,2%)	> 0,05
	Nữ	59 (65,6%)	135 (66,8%)	> 0,05
Tuổi TB (năm)	55,26 ± 6,58	55,56 ± 8,55	> 0,05	

- Tỷ lệ giới, tuổi trung bình giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2. So sánh GTTB các chỉ số glucose, insulin, c-peptid giữa 2 nhóm**

Chỉ số	Nhóm chứng (n =90)	Nhóm bệnh (n =202)	p
Glucose (mmol/L)	4,73 ± 0,44	5,94 ± 0,56	< 0,001
HbA1c (%)	5,12 ± 0,33	6,07 ± 0,21	< 0,001
Insulin ( $\mu$ U/mL)	8,96 ± 1,34	13,55 ± 2,69	< 0,001
C-peptid (ng/mL)	0,85 ± 0,22	1,66 ± 0,26	< 0,001

- GTTB của các chỉ số glucose, HbA1c, insulin, c-peptid của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa (p < 0,001).

**Bảng 3. Tỷ lệ BN dựa vào nồng độ insulin, c-peptid (n=202)**

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p	
Insulin	Bình thường	56	27,7	

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** 292 đối tượng bao gồm 2 nhóm: 202 BN TĐTĐ thuộc nhóm nghiên cứu và 90 người khỏe mạnh thuộc nhóm chứng

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu

+ Thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán TĐTĐ khi có 1 trong 3 biểu hiện: glucose máu lúc đói ( $G_0$ ) 5,6-6,9mmol/l glucose máu giờ thứ 2 của nghiệm pháp dung nạp glucose ( $G_2$ ): 7,8 -11,0mmol/l hoặc kết hợp cả 2 tình trạng trên.

+ Tuổi > 40

+ Có thể mắc một số bệnh mạn tính đã được xác định

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

+ Đã được chẩn đoán ĐTĐ các thể lâm sàng.

+ Đang dùng các thuốc ảnh hưởng đến glucose, insulin máu.

+ Mắc các bệnh: suy thận, xơ gan, suy tim nặng.

**2.2. Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả, cắt ngang so sánh nhóm bệnh với nhóm chứng.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu:

*\*Đối với nhóm bệnh:* Hỏi tiền sử, khám lâm sàng

+ Xét nghiệm glucose, HbA<sub>1c</sub>, insulin, c-peptid lúc đói.

+ Tính toán các chỉ số kháng insulin - HOMA2 - IR, độ nhạy insulin - HOMA2-% S và CNTB  $\beta$  - HOMA2-% B dựa vào cặp glucose - insulin và glucose - c-peptid theo mô hình HOMA2 vi tính.

*\*Đối với nhóm chứng:* định lượng glucose, insulin, c-peptid lúc đói và xác định các chỉ số kháng insulin, độ nhạy insulin và CNTB  $\beta$  tương tự như ở BN NC.

**2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 17.0. Các chỉ số ở BN được coi là tăng khi >  $\bar{x} + 2SD$ ; giảm khi <  $\bar{x} - 2SD$ .

(μU/ml)	Tăng (>11,64)	146	72,3	> 0,05
	$\bar{X} \pm SD$	13,55 ± 2,69		>0,05
C-peptid (ng/ml)	Bình thường	22	10,9	
	Tăng (>1,29)	180	89,1	
	$\bar{X} \pm SD$	1,66 ± 0,26		>0,05

- BN nghiên cứu có nồng độ insulin, C-peptid ở hai mức bình thường và tăng với tỷ lệ khác nhau.
- BN có nồng độ insulin, C-peptid ở mức tăng là chủ yếu và chiếm tỷ lệ cao.

**Bảng 4. So sánh chỉ số HOMA2-IR giữa nhóm bệnh và chứng**

Chỉ số		Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm bệnh (n = 202)	p
HOMA2- IR (Glucose-Insulin)	$\bar{X} \pm SD$	1,15 ± 0,18	1,81 ± 0,36	< 0,001
	Độ lệch tương đối		Tăng 57,8%	
HOMA2- IR (Glucose-C-peptid)	$\bar{X} \pm SD$	0,62 ± 0,16	1,29 ± 0,21	< 0,001
	Độ lệch tương đối		Tăng 106,6%	

- HOMA2-IR tăng so với chỉ số tương ứng của nhóm chứng
- Tỷ lệ tăng HOMA2-IR tương ứng 57,8% và 106,6%.

**Bảng 5. So sánh tỉ lệ kháng insulin theo HOMA2-IR giữa nhóm bệnh và nhóm chứng**

Chỉ số	Nhóm chứng(n =90)	Nhóm bệnh(n = 202)	p
HOMA2- IR (Glucose-Insulin) >1,51	2 2,2%	152 75,2%	< 0,001
HOMA2- IR (Glucose-C-peptid) >0,94	2 2,2%	186 92,1%	<0,001

BN có biểu hiện kháng insulin chiếm tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng.

**Bảng 6. So sánh HOMA2 - %B giữa nhóm bệnh và chứng**

Chỉ số		Nhóm chứng(n = 90)	Nhóm bệnh (n = 202)	p
HOMA2- %B (Glucose-Insulin)	$\bar{X} \pm SD$	120,52 ± 25,00	102,31 ± 26,23	< 0,001
	Chỉ số giới hạn	70,52 – 170,52		
	Độ lệch tương đối		Giảm 15,1%	
HOMA2- %B (Glucose-C-peptid)	$\bar{X} \pm SD$	78,76 ± 20,98	80,17 ± 18,07	> 0,05
	Chỉ số giới hạn	36,8 – 120,72		
	Độ lệch tương đối		Tăng 1,8%	

- Nhóm bệnh có chỉ số CNTB β tính theo cặp glucose-insulin thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa (p<0,001).

- Không thấy sự khác biệt về GTTB chỉ số CNTB β tính theo cặp glucose-c-peptid giữa hai nhóm.

**Bảng 7. So sánh tỉ lệ BN dựa vào HOMA2-%B giữa nhóm bệnh và chứng**

Chỉ số		Nhóm chứng(n =90)	Nhóm bệnh (n =202)	p
<b>HOMA2- %B</b> (Glucose-Insulin)	Giảm(<70,52)	0	15(7,4%)	<0,05
	Bình thường	86(95,6%)	182(90,1%)	
	Tăng(> 170,52)	4 (4,4%)	5 (2,5%)	
<b>HOMA2- %B</b> (Glucose-C-peptid)	Bình thường	85 (94,4%)	195 (96,5%)	>0,05
	Tăng (>120,72)	5(5,6%)	7 (3,5%)	

- Chỉ số HOMA2-%B tính theo cặp glucose-insulin phân bố ở ba mức giảm, bình thường và tăng trong đó mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Chỉ số HOMA2-%B tính theo cặp glucose-c-peptid phân bố ở hai mức bình thường và tăng trong đó mức bình thường chiếm tỷ lệ cao hơn.

- BN với HOMA2-%B tính theo cặp glucose-insulin ở mức bình thường có tỷ lệ thấp hơn so với chỉ số tương ứng ở nhóm chứng

- BN với HOMA2-%B tính theo cặp glucose-c-peptid ở mức bình thường và tăng giữa nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa.

**Bảng 8. So sánh HOMA2 - %S giữa nhóm bệnh và chứng**

Chỉ số		Nhóm chứng(n =90)	Nhóm bệnh(n =202)	p
<b>HOMA2- %S</b> (Glucose-Insulin)	$\bar{X} \pm SD$	89,38 ± 12,63	57,75 ± 13,44	< 0,001
	Chỉ số giới hạn	64,12 – 114,64		
	Độ lệch tương đối		Giảm 35,4%	

<b>HOMA2- %S</b> (Glucose-C-peptid)	( $\bar{X} \pm SD$ )	173,66 ± 44,60	80,28 ± 16,08	< 0,001
	Chỉ số giới hạn	84,46 – 262,86		
	Độ lệch tương đối	Giảm 53,8%		

- GTTB độ nhạy insulin tính theo cặp ở BN đều giảm hơn so với chỉ số tương ứng ở nhóm chứng.
- Giá trị HOMA2-%S giảm tương ứng 35,4% và 53,8%.

**Bảng 9. So sánh tỉ lệ BN theo các mức dựa vào độ nhạy insulin giữa hai nhóm**

Chỉ số		Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm bệnh (n = 202)	p
<b>HOMA2-%S</b> (Glucose-Insulin)	Giảm (< 64,12)	1 (1,1%)	150 (74,3%)	< 0,001
	Bình thường (64,12 – 114,64)	89 (98,9%)	52 (25,7%)	
<b>HOMA2- %S</b> (Glucose-C-peptid)	Giảm (< 84,46)	0	147 (72,8%)	< 0,001
	Bình thường (84,46 – 262,86)	87 (96,7%)	55 (27,2%)	
	Tăng (> 262,86)	3 (3,3%)	0	

-Chỉ số HOMA2- %S tính theo cặp glucose-insulin và glucose-c-peptid phân bố ở hai mức bình thường và giảm.

-Tỷ lệ BN giảm HOMA2- %S ở bệnh nhân tính theo cặp glucose-insulin và glucose-c-peptid đều cao hơn có ý nghĩa so với chỉ số tương ứng ở nhóm chứng.

**IV. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm BN TĐTĐ có nồng độ glucose máu, HbA1C, Insulin, C-peptid cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa, p < 0,001. Nghiên cứu của Trần Thị Đoàn trên đối tượng TĐTĐ cho thấy nồng độ trung bình glucose máu lúc đói là 5,82 ± 0,63mmol/l và nồng độ trung bình G<sub>2</sub> là 9,00 ± 1,01mmol/l [1].

Biswas SK và cộng sự cũng trên BN TĐTĐ cho thấy nồng độ glucose máu lúc đói là 5,1 ± 0,6mmol/l và G<sub>2</sub> là 8,2 ± 1,4 mmol/l [4]. Nồng độ glucose máu nhóm BN TĐTĐ cao hơn nhóm chứng thường có ý nghĩa p < 0,001 G<sub>0</sub> và G<sub>2</sub>. Như vậy, kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả các tác giả đã nghiên cứu trước đó [4]. Đặc điểm glucose máu lúc đói nhóm bệnh trong nghiên cứu cũng như đặc điểm glucose máu giờ thứ 2 sau nghiệm pháp chứng minh BN TĐTĐ có rối loạn glucose máu cả lúc đói và cả khi làm nghiệm pháp. Điều này chứng tỏ rối loạn đường liên quan đến CNTB β và kháng insulin là cơ chế của TĐTĐ. Tỷ lệ tăng nồng độ insulin trong máu bệnh nhân TĐTĐ là 72,3% và tăng C-peptid là 89,1%.

**Bảng 10. Nồng độ glucose máu lúc đói, insulin ở BN TĐTĐ của một số tác giả.**

Tác giả	Glucose máu (mmol/l)		Insulin máu (μU/ml)	
	Bệnh	Chứng	Bệnh	Chứng
Kết quả nghiên cứu	5,94 ± 0,56	4,73 ± 0,44	13,55 ± 2,69	8,96 ± 1,34
Trần Thị Đoàn [1]	5,82 ± 0,63			
Biswas SK và cs [4]	5,1 ± 0,6	4,7 ± 0,5	11,5(8,6 -17,8)	9,3(6,7- 14,8)
Ariel D và cs [2]	5,7 ± 0,5	4,8 ± 0,5	110,4 ± 65,7 (pmol/l)	70,3 ± 36,4 (pmol/l)

Kháng insulin là đặc điểm đặc trưng của BN ĐTĐ tít 2. Sử dụng mô hình HOMA2 để đánh giá kháng insulin ở 202 BN TĐTĐ so sánh với 90 người bình thường bởi 2 chỉ số HOMA2-IR chúng tôi nhận thấy: Nhóm bệnh có GTTB HOMA2-IR tính theo cả 2 chỉ số đều cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa p < 0,001. Nhóm bệnh cũng có tỷ lệ BN với chỉ số HOMA2-IR tăng cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa p < 0,001. Như vậy cả tỷ lệ và GTTB của HOMA2-IR tính theo cả 2 cặp insulin và C-peptid nhóm bệnh nhân TĐTĐ đều cao hơn nhóm chứng thường có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. So với kết quả của các tác giả nước ngoài chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Biswas SK và cộng sự, của Ariel D và cộng sự, của Sliem H và cộng sự, của Onishi Y và cộng sự [2],[4],[6],[7].

Sử dụng chỉ số HOMA2-% B để đánh giá CNTB β ở BN TĐTĐ so sánh với người bình thường chúng tôi thu được các kết quả: Chỉ số HOMA2-% B ở BN tính theo insulin là 102,31 ± 26,23, thấp hơn nhóm chứng thường là 120,52 ± 25,00, p < 0,001, tuy nhiên tính theo C-peptid chỉ số này ở nhóm bệnh không khác biệt với nhóm chứng, p > 0,05. Tương tự, tỷ lệ BN có giảm CNTB β nhóm bệnh là 7,4% trong khi đó nhóm chứng không có trường hợp nào. Điều này cho thấy có hiện tượng giảm CNTB β ở BN TĐTĐ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với quan sát của các tác giả nước ngoài [3],[4],[5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HOMA2-%S ở BN tính theo insulin là 57,75 ± 13,44 thấp hơn nhóm chứng là 89,38 ± 12,63 có ý nghĩa, p < 0,001. Tính theo C-peptid thì HOMA2-%S của nhóm bệnh là 80,28 ± 16,08

thấp hơn nhóm chứng là  $173,66 \pm 44,60$ ,  $p < 0,001$ . Tỷ lệ BN giảm độ nhạy insulin tính theo insulin ở nhóm bệnh là 74,3%, tính theo C-peptid là 72,8% trong khi đó nhóm chứng không gặp trường hợp nào. Như vậy, giảm độ nhạy insulin là phổ biến ở BN TĐTĐ.

## V. KẾT LUẬN

+ GTTB nồng độ insulin, c-peptid ở BN cao hơn. Tỷ lệ BN tăng insulin, c-peptid tương ứng: 72,3% và 89,1%.

+ GTTB chỉ số kháng insulin cao hơn. Giá trị chỉ số kháng insulin tăng tương ứng 57,8% và 106,6%. Tỷ lệ BN tăng chỉ số kháng insulin tương ứng 75,2% và 92,1%.

+ GTTB độ nhạy insulin thấp hơn. Giá trị chỉ số độ nhạy insulin giảm tương ứng: 35,4% và 53,8%. Tỷ lệ BN giảm độ nhạy insulin tương ứng 74,3% và 72,8%.

+ GTTB CNTB  $\beta$  tính theo cặp glucose-insulin thấp hơn, tính theo cặp glucose -c-peptid khác biệt không có ý nghĩa. Tỷ lệ BN giảm CNTB  $\beta$  tính theo cặp glucose-insulin là 7,4Z% cao hơn so với nhóm chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Đoàn (2012)**, "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường được chẩn đoán lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", Luận văn cao học, Trường ĐHY Hà Nội.
2. **Ariel D., Reaven G. (2014)**, "Modulation of coronary heart disease risk by insulin resistance in subjects with normal glucose tolerance or prediabetes." *Acta Diabetol.* 51(6):1033-9.
3. **Bergman R.N., Ader M., Huecking K., Van Citters G. (2002)**, "Accurate assessment of  $\beta$  cell function: The hyperbolic correction", *Diabetes*, Vol.51(Suppl. 1), S212 - S220.
4. **Biswas S.K., Mohtarin S., Mudi S.R., et al. (2015)** "Relationship of Soluble RAGE with Insulin Resistance and Beta Cell Function during Development of Type 2 Diabetes Mellitus." *J Diabetes Res.* 150325. doi: 10.1155/2015/150325.
5. **Masharani U. (2011)**, "Pancreatic hormones and Diabetes mellitus", In: Gardner D.G., Shoback D.; Greenspan's basic & clinical endocrinology, Ed: 9<sup>th</sup>, The McGraw-Hill company, Inc, 590 - 600.
6. **Onishi Y., Hayashi T., Sato K.K., et al. (2010)**, "Fasting tests of insulin secretion and sensitivity predict future prediabetes in Japanese with normal glucose tolerance." *J Diabetes Investig.* 1(5):191-5.
7. **Sliem H., Nasr G. (2011)**, "Left ventricular structure and function in prediabetic adults: Relationship with insulin resistance." *J Cardiovasc Dis Res.* 2(1):23-8.

## TỐI ƯU HÓA CÔNG THỨC BÀO CHẾ VIÊN NÉN ASPIRIN GIẢI PHÓNG KÉO DÀI

Nguyễn Văn Bạch\*, Trịnh Nam Trung\*, Nguyễn Mạnh Hùng\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Bằng các phần mềm tin học, tối ưu hóa được công thức bào chế viên nén aspirin giải phóng kéo dài (GPKD). **Phương pháp:** Định lượng và đánh giá độ giải phóng của viên nén aspirin GPKD theo phương pháp của Dược điển Việt Nam IV; Bào chế viên nén bằng phương pháp sát hạt ướt; Khảo sát ảnh hưởng các tá dược giải phóng (metholose, gồm xanthan) đến độ giải phóng của aspirin từ viên nén GPKD; Thiết kế tối ưu hóa công thức bằng phần mềm Modde 8.0 và Inform 3.2. **Kết quả:** Đã lựa chọn được metholose (16,11 mg tương đương 4,6%) và gồm xanthan (86,78 mg tương đương 24,8%) để xây dựng công thức tối ưu bào chế viên nén aspirin GPKD. **Kết luận:** Sử dụng phần mềm thông minh Modde 8.0 và Inform 3.2 đã giảm được số thí nghiệm. Đồng thời, có thể dự đoán được ảnh hưởng của tá dược kiểm soát giải phóng đến độ giải phóng của aspirin từ viên nén aspirin GPKD. Kết quả dự đoán tỷ lệ giải phóng aspirin

của phần mềm không có sự khác biệt so với công thức tối ưu thực nghiệm với chỉ số  $f_2 = 76,23$ .

**Từ khóa:** Aspirin, Giải phóng kéo dài, Tối ưu hóa.

### SUMMARY

#### OPTIMIZING THE FORMULA OF ASPIRIN SUSTAINED RELEASE TABLETS

**Objective:** To optimize the formula of sustained release tablets of aspirin by Modde 8.0 and Inform 3.2 software. **Methods:** Determination and dissolution tests of aspirin were evaluated according to Vietnamese Pharmacopoeia IV; The tablets were formulated by a wet granulation method; study on influences of controlling release excipients (metholose, xanthan gum) on the liberation of aspirin from sustained release tablets; Applying Modde 8.0 and Inform 3.2 software to design and optimize the formula. **Results:** Metholose (16,11 mg equivalent 4,6%) and xanthan gum (86,78 mg equivalent 24,8%) were selected to prepare the sustained release tablet of aspirin. **Conclusion:** Using intelligent Modde 8.0 and Inform 3.2 softwares has limited the number of experiments required. The effect of release controlling excipients on dissolution profiles of aspirin from sustained release tablets can be predicted. The results showed that the rate of releasing aspirin is not difference between the predicted formula from

\*Học viện Quân y

\*\*Bệnh viện 17, Quận khu 5

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bạch

Email: bachqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 25/12/2017

Ngày duyệt bài: 06/1/2018

softwares and the experimental optimal formulation with  $f_2 = 76,23$ .

**Key words:** Aspirin, Sustained release tablets, Optimizing.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Aspirin là thuốc chống viêm, giảm đau và hạ sốt phi steroid. Ngoài ra, aspirin còn có tác dụng ức chế ngưng kết tiểu cầu, làm giảm khả năng tổng hợp thromboxan A2 và prothrombin. Vì vậy, aspirin được sử dụng rộng rãi để phòng chống viêm tắc tĩnh mạch, huyết khối, phòng nhồi máu cơ tim và đột quỵ [1]. Nhưng aspirin có thời gian bán thải ngắn (khoảng 4 – 6 giờ), nên bệnh nhân phải dùng thuốc nhiều lần trong ngày. Vì vậy, việc nghiên cứu bào chế viên nén aspirin GPKD là điều cần thiết. Vì dạng thuốc này cải thiện sinh khả dụng và giảm số lần dùng thuốc trong ngày [4]. Nghiên cứu thiết kế và xây dựng công thức bào chế dạng thuốc GPKD là công việc phức tạp, tốn nhiều thời gian và phải thực hiện nhiều thí nghiệm. Để đơn giản và khoa học hơn trong thiết kế thí nghiệm, người ta sử dụng các phương pháp tối ưu hóa bằng các phần mềm tin học [5, 6]. Ở giai đoạn trước [3], chúng tôi đã nghiên cứu xây dựng được công thức cơ bản của viên aspirin GPKD.

## II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

**2.1. Nguyên liệu và hóa chất:** Aspirin chuẩn: Hàm lượng 99,6% do viện kiểm nghiệm thuốc trung ương cung cấp; Aspirin: Tiêu chuẩn USP 32 (Trung quốc); Avicel PH 101: tiêu chuẩn USP 32 (Trung Quốc); Lactose: Tiêu chuẩn USP 32 (Trung Quốc); Metholose: Tiêu chuẩn USP 32 (Nhật Bản); Gôm xanthan: Tiêu chuẩn USP 32 (Trung Quốc); PVP: Tiêu chuẩn USP 32 (Trung Quốc); Bột Talc: Tiêu chuẩn USP 32 (Trung Quốc).

**2.2. Thiết bị:** Máy thử độ hòa tan SR8 plus (Mỹ); Máy quang phổ UV-VIS Cintra 40 (Australia); Máy dập viên tâm sai – Trung quốc; Thiết bị đo lực gãy vỡ viên (Việt Nam); Cân phân tích Mettler có độ chính xác 0,1 mg – Đức; Các dụng cụ khác đạt tiêu chuẩn thí nghiệm bào chế và phân tích; Phần mềm Modde 8.0 và INForm 3.2.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

*\*Bào chế viên nén aspirin GPKD*

- Xây dựng công thức: Viên nén aspirin GPKD được bào chế theo phương pháp xát hạt ướt. Mỗi mẫu 100 viên gồm các thành phần sau [3]:

Aspirin, lactose, metholose, gôm xanthan, avicel PH101, bột talc và cồn PVP 5% vừa đủ.

+ Các yếu tố cố định: Aspirin 100mg, bột talc 3% so với khối lượng cốt khô, 10ml dung dịch PVP 5% trong ethanol 96<sup>o</sup>, khối lượng viên 350 mg (không kể tá dược dính).

+ Các yếu tố thay đổi: Chủng loại và tỷ lệ các loại tá dược điều khiển giải phóng, tá dược độn...

- Kỹ thuật bào chế: Cân aspirin và tá dược, cho vào cối sứ nghiền trộn kỹ thành hỗn hợp đồng nhất. Dập viên bằng máy dập viên tâm sai, với bộ chày cối có  $\Phi=10\text{mm}$ . Hàm lượng aspirin 100 mg/viên, khối lượng viên là 350mg.

\*Phương pháp thiết kế thí nghiệm và tối ưu hóa công thức

- Các bước của quá trình tối ưu hoá dựa trên ANN (Artificial Neural Networks) gồm: Bào chế công thức mẫu dựa trên thiết kế thí nghiệm; Dự đoán biến phụ thuộc dựa trên ANN; Phân tích và tối ưu hóa đồng thời nhiều biến phụ thuộc.

- Thiết kế công thức bằng phần mềm Modde 8.0 và tối ưu hóa công thức bằng phần mềm Inform 3.2.

\*Định lượng aspirin và đánh giá tốc độ giải phóng aspirin từ viên nén GPKD theo phương pháp của Dược điển Việt Nam IV [2], cụ thể:

- Định lượng aspirin: Bằng phương pháp quang phổ hấp thụ UV tại bước sóng 205nm. Nồng độ dung dịch kiểm tra được tính theo công thức.

- Đánh giá độ hòa tan của aspirin: Ở các điều kiện chuẩn và các thời điểm lấy mẫu: 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7 và 8 giờ.

- So sánh đồ thị giải phóng aspirin từ viên nén GPKD: Sử dụng chỉ số  $f_2$  theo quy định của FDA. Chỉ số  $f_2$  được tính theo công thức. Hai đường cong hòa tan được coi là tương đương nếu chỉ số  $f_2$  nằm trong khoảng 50 – 100.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Lựa chọn các thông số bào chế

*\*Lựa chọn biến độc lập và khoảng biến thiên:* Để khảo sát ảnh hưởng của các thành phần tá dược đến tốc độ giải phóng của aspirin từ viên GPKD tại các thời điểm. Hai yếu tố là khối lượng metholose và gôm xanthan được chọn là biến độc lập. Các mức và khoảng biến thiên của các biến độc lập được xác định bằng cách sàng lọc công thức thực nghiệm (Bảng 1).

**Bảng 1. Các biến độc lập và khoảng biến thiên**

Các biến độc lập	Ký hiệu	Mức biến thiên			Khoảng biến thiên
		Mức trên (+1)	Mức cơ sở (0)	Mức dưới (-1)	
Khối lượng gôm xanthan (mg)	X1	100	60	20	40

Khối lượng metholose (mg)	X2	50	30	10	20
---------------------------	----	----	----	----	----

**\*Lựa chọn biến phụ thuộc:** Các công thức được thiết kế nhằm mục đích lựa chọn thành phần tá dược tối ưu để bào chế viên nén aspirin GPKD. Trên thị trường thuốc ở Việt Nam hiện nay, chưa có chế phẩm đối chiếu. Vì vậy, để đánh giá khả năng GPKD và lựa chọn thành phần tá dược, chúng tôi lựa chọn biến phụ thuộc là tỷ lệ (%) giải phóng aspirin của viên nén aspirin GPKD theo tiêu chuẩn của USP 30 [7]. Các tiêu chuẩn được mô tả trong bảng 2.

**Bảng 2. Tiêu chuẩn giải phóng aspirin từ viên GPKD**

Biến phụ thuộc	Ký hiệu	Yêu cầu (%)
Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng sau 1h	Y1	15 – 40
Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng sau 2h	Y2	25 – 60
Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng sau 4h	Y4	35 – 75
Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng sau 8h	Y8	>70

**\*Thiết kế thí nghiệm:** Với sự trợ giúp của phần mềm Modde 8.0, các thí nghiệm được bố trí như ở bảng 3 (gồm 17 công thức thực nghiệm).

**Bảng 3. Các công thức thực nghiệm bào chế viên nén aspirin GPKD**

CT	Metholose (mg)	Gôm xanthan(mg)	Avicel PH101(mg)	Lactose(mg)	Aspirin(mg)
N1	10	20	170	50	100
N2	10	100	90	50	100
N3	50	20	130	50	100
N4	50	100	50	50	100
N5	10	20	170	50	100
N6	10	100	90	50	100
N7	50	20	130	50	100
N8	50	100	50	50	100
N9	30	20	150	50	100
N10	30	100	70	50	100
N11	10	60	130	50	100
N12	50	60	90	50	100
N13	30	60	110	50	100
N14	30	60	110	50	100
N15	30	60	110	50	100
N16	30	60	110	50	100
N17	30	60	110	50	100

### 3.2. Bào chế và đánh giá độ giải phóng của viên nén aspirin giải phóng kéo dài.

\*Tiến hành bào chế viên nén aspirin GPKD theo phương pháp ở phần trên. Các thí nghiệm được tiến hành theo thứ tự ngẫu nhiên để tránh sai số hệ thống. Hạt được đo độ trơn chảy trước khi dập viên. Trong quá trình thực nghiệm, chúng tôi nhận thấy: Do tá dược dính là cồn PVP 5%, nên khả năng bay hơi rất cao. Do đó, phải chú ý đậy kín khối bột ẩm, tránh bay hơi cồn gây khó khăn trong quá trình sát hạt. Sát hạt phải nhanh, đồng thời chú ý thời gian sấy trước khi sửa hạt hợp lý. Tránh hạt khô sẽ khó sát hạt và tạo ra hạt xấu không đều. Nhiệt độ sấy không được quá nhiệt độ quy định, vì aspirin sẽ bị thủy phân. Sau đó tiến hành dập viên.

**Bảng 4. Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng từ viên nén aspirin GPKD được bào chế từ các công thức thực nghiệm**

Công Thức	Tỷ lệ % Aspirin giải phóng theo thời gian							
	1 giờ	2 giờ	3 giờ	4 giờ	5 giờ	6 giờ	7 giờ	8 giờ
<b>N1</b>	58,40 ± 1,86	66,27 ± 2,03	91,33 ± 2,90	95,52 ± 1,82	97,69 ± 2,19	99,34 ± 1,99	100,02 ± 1,64	101,30 ± 1,48
<b>N2</b>	22,16 ± 2,55	34,94 ± 1,91	40,47 ± 1,62	45,10 ± 2,15	54,62 ± 1,79	59,98 ± 2,35	65,77 ± 1,61	69,56 ± 1,94
<b>N3</b>	47,59 ± 1,62	48,17 ± 1,64	57,88 ± 2,63	62,14 ± 1,98	81,09 ± 2,51	86,48 ± 2,30	96,14 ± 1,85	100 ± 1,49
<b>N4</b>	15,79 ± 2,15	26,32 ± 2,58	35,12 ± 1,71	38,44 ± 1,91	42,24 ± 2,25	51,05 ± 2,26	58,76 ± 1,68	67,35 ± 2,12
<b>N5</b>	54,04 ±	59,43	71,06	75,67	85,68	96,97	100	102,59

	1,83	± 1,60	± 2,10	± 1,58	± 1,84	± 2,32	± 1,30	± 1,14
<b>N6</b>	22,31 ± 2,45	32,94 ± 1,69	38,48 ± 2,00	42,77 ± 2,04	52,63 ± 3,04	59,34 ± 1,98	62,52 ± 2,15	72,82 ± 2,07
<b>N7</b>	44,12 ± 1,85	47,59 ± 2,34	55,24 ± 2,57	57,89 ± 1,71	73,67 ± 1,98	84,19 ± 2,71	91,87 ± 1,97	100 ± 1,26
<b>N8</b>	14,91 ± 1,77	15,79 ± 1,60	20,90 ± 1,69	30,73 ± 2,31	40,09 ± 1,97	44,01 ± 1,75	53,55 ± 1,68	64,85 ± 2,03
<b>N9</b>	48,50 ± 1,90	49,49 ± 1,93	70,27 ± 3,15	72,94 ± 2,03	83,89 ± 1,85	91,93 ± 2,08	97,36 ± 1,75	102,97 ± 1,83
<b>N10</b>	21,55 ± 1,71	29,30 ± 1,77	37,83 ± 1,68	39,13 ± 2,29	48,62 ± 1,98	57,88 ± 1,79	60,12 ± 1,68	70,34 ± 2,02
<b>N11</b>	35,13 ± 1,89	44,71 ± 1,76	53,12 ± 2,25	56,82 ± 2,04	68,41 ± 1,94	78,37 ± 2,04	86,48 ± 2,30	92,08 ± 1,85
<b>N12</b>	23,68 ± 1,77	38,94 ± 1,83	42,10 ± 1,97	44,71 ± 2,15	56,33 ± 2,01	60,52 ± 2,33	71,69 ± 1,93	75,24 ± 1,86
<b>N13</b>	30,93 ± 1,71	35,13 ± 2,03	48,62 ± 2,01	53,12 ± 2,21	64,64 ± 2,32	76,30 ± 2,03	79,77 ± 1,74	81,55 ± 1,97
<b>N14</b>	25,68 ± 1,86	39,37 ± 1,67	43,53 ± 2,03	47,35 ± 1,93	57,88 ± 1,99	61,82 ± 1,98	74,33 ± 1,89	76,32 ± 1,91
<b>N15</b>	27,30 ± 2,09	41,60 ± 1,85	47,35 ± 2,22	52,63 ± 1,87	58,65 ± 2,02	65,77 ± 2,09	77,93 ± 1,99	81,29 ± 1,82
<b>N16</b>	28,88 ± 1,62	40,43 ± 2,05	47,59 ± 2,07	51,61 ± 1,96	58,32 ± 1,94	63,77 ± 2,04	78,33 ± 1,90	80,30 ± 1,93
<b>N17</b>	29,45 ± 1,64	39,98 ± 1,84	46,26 ± 1,95	52,63 ± 2,06	58,16 ± 1,83	65,77 ± 1,99	77,43 ± 1,99	81,29 ± 1,94

Từ kết quả ở bảng 4, chúng tôi thấy: Ở tất cả 17 công thức nghiên cứu, đều có khả năng kéo dài quá trình giải phóng aspirin. Tuy nhiên, tốc độ giải phóng aspirin từ các công thức là khác nhau do hàm lượng các loại tá dược khác nhau. Để khảo sát ảnh hưởng của các thành phần tá dược tới tốc độ giải phóng aspirin sử dụng phần mềm Inform 3.2.

### 3.3. Ảnh hưởng của yếu tố đến độ giải phóng của aspirin từ viên nén kéo dài.

Phân tích kết quả có sự trợ giúp của phần mềm Inform 3.2 với yêu cầu đặt ra là hệ số tương quan  $R^2$  luyện và R thử từ 80 – 100. Kết quả luyện và R thử của công thức ở bảng 5.

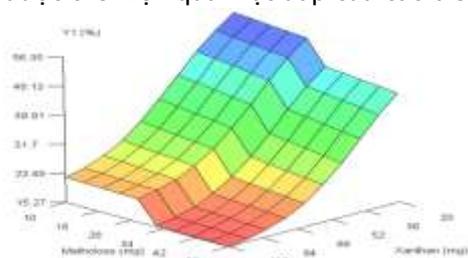
**Bảng 5. Kết quả  $R^2$  luyện và R thử của công thức**

	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8
$R^2$ luyện	99,8	96,1	97,5	99,1	99,4	99,0	99,9	98,2
R thử	100	100	100	100	100	100	100	100

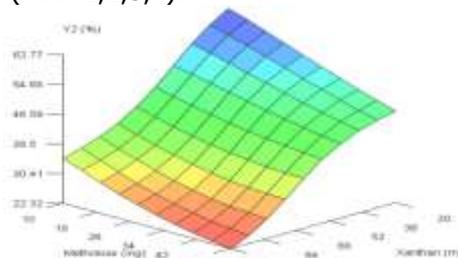
Kết quả ở bảng 5 cho thấy: Các giá trị  $R^2$  luyện và R thử đều nằm trong khoảng 90 – 100. Do đó, mô hình có sự tương quan giữa các biến độc lập và các biến phụ thuộc. Chúng tôi lựa chọn biến phụ thuộc là: Y1, Y2, Y4 và Y8 cho các nghiên cứu tiếp theo.

Tiến hành nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố lên khả năng giải phóng aspirin từ các mẫu viên nén aspirin GPKD qua phép phân tích mặt đáp.

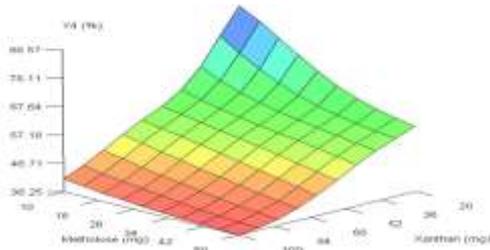
\*Ảnh hưởng của khối lượng metholose và gôm xanthan đến độ giải phóng của aspirin từ viên nén GPKD được thể hiện qua mặt đáp của các biến phụ thuộc (Hình 1,2,3,4).



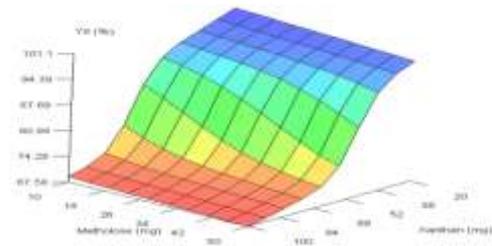
**Hình 1. Mặt đáp Y1 theo Metholose và Gôm xanthan**



**Hình 2. Mặt đáp Y2 theo Metholose và Gôm xanthan**



Hình 3. Mặt đáp Y4 theo Metholose và Gôm xanthan



Hình 4. Mặt đáp Y8 theo Metholose và Gôm xanthan

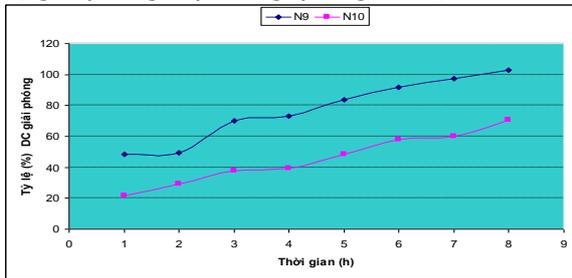
Dựa trên các mặt đáp biểu diễn sự ảnh hưởng của metholose và Gôm xanthan đến tốc độ giải phóng aspirin ở các hình 1, 2, 3, 4, chúng tôi thấy:

- Với gôm xanthan: Hàm lượng gôm xanthan càng tăng, thì tỷ lệ giải phóng aspirin càng giảm. Vì khi hàm lượng càng cao, thì lớp gel này sẽ làm chậm sự giải phóng aspirin ra môi trường hòa tan. Tuy nhiên, sự giải phóng của aspirin vẫn nhanh, đặc biệt là giai đoạn đầu. Điều này có thể giải thích là: Tại giai đoạn đầu của quá trình hòa tan, lớp gel vẫn chưa hình thành, đồng thời có sự hòa tan nhanh aspirin ở bề mặt. Cụ thể:

+ Ở công thức N9 (hàm lượng gôm xanthan là 20mg/viên), thì tỷ lệ aspirin được giải phóng ở giờ thứ 1 là 48,50%, giờ thứ 4 là 72,94% và giờ thứ 8 là 102,97%.

+ Ở công thức N10 (hàm lượng gôm xanthan là 100mg/viên), thì tỷ lệ aspirin được giải phóng ở giờ thứ 1 giảm xuống còn 21,55%, giờ thứ 4 là 39,13% và giờ thứ 8 là 70,34%. Các kết quả trên được thể hiện ở hình 5.

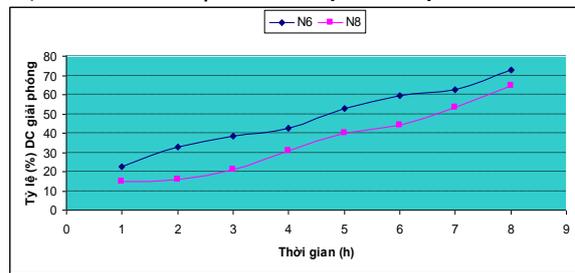
- Với metholose: Ở mặt đáp Y1, dù hàm lượng Gôm xanthan cao (100mg/viên như công thức N6), nhưng tốc độ giải phóng aspirin vẫn nhanh. Hàm lượng metholose tăng thì tốc độ giải phóng aspirin của viên giảm. Do metholose có khả năng hút nước trương nở tạo thành lớp gel, làm cho độ dày lớp gel tăng lên và làm giảm tốc độ giải phóng aspirin ngay từ giai đoạn đầu.



Hình 5. Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng theo thời gian từ công thức N9 và N10

- Ở công thức N6 (hàm lượng metholose là 10mg/viên), thì tỷ lệ aspirin được giải phóng ở giờ thứ 1 là 22,31%, giờ thứ 4 là 39,77% và giờ thứ 8 là 72,82%.

- Ở công thức N8 (hàm lượng metholose là 50mg/viên), thì tỷ lệ aspirin được giải phóng ở giờ thứ 1 là 14,91%, giờ thứ 4 là 33,73% và giờ thứ 8 là 64,85%. Các kết quả trên được thể hiện ở hình 6.



Hình 6. Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng theo thời gian từ công thức N6 và N8

### 3.4. Tối ưu hóa công thức.

Từ các số liệu thực nghiệm và mục tiêu của đề tài, chúng tôi đặt ra các yêu cầu tối ưu cho các biến phụ thuộc như sau:  $15 \leq Y1 \leq 40\%$ ;  $25 \leq Y2 \leq 60\%$ ;

$35 \leq Y4 \leq 75\%$ ;  $70\% \leq Y8$

\*Kết quả tối ưu như sau: X1 = 86,78 mg; X2 = 16,11 mg

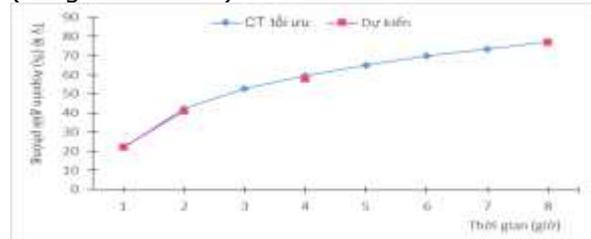
\*Giá trị dự đoán của các biến phụ thuộc:

- Y1= 24,17%; - Y2= 32,91%

- Y4= 45,85%; - Y8= 73,07%

\*Công thức tối ưu được lựa chọn dựa trên mạng thần kinh nhân tạo gồm các thành phần: Aspirin: 100mg; Gôm xanthan: 86,78mg; metholose: 16,11mg; avicel: 97,11mg; lactose: 50mg; talc: 3% và cồn PVP 5% vừa đủ.

Chúng tôi tiến hành bào chế theo phương pháp được mô tả ở phần trên và khảo sát tỷ lệ aspirin giải phóng từ viên nén GPKD theo công thức tối ưu. Kết quả dự đoán tỷ lệ giải phóng của aspirin từ công thức tối ưu và công thức dự đoán (Bảng 6 và Hình 7).



**Hình 7. Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng theo thời gian**

Kết quả thử độ hòa tan aspirin từ công thức tối ưu cho thấy: Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng tại các thời điểm tương đương với mô hình tính toán

bởi chương trình Inform 3.2 với chỉ số  $f_2 = 76,23$  ( $> 50$ ). Đồng thời, thỏa mãn tất cả các yêu cầu của bài toán tối ưu và đáp ứng các quy định của USP 30 áp dụng với viên nén aspirin GPKD.

**Bảng 6. Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng theo thời gian của công thức tối ưu và công thức dự đoán**

Công thức	Tỷ lệ (%) aspirin giải phóng theo thời gian								$f_2$
	1 giờ	2 giờ	3 giờ	4 giờ	5 giờ	6 giờ	7 giờ	8 giờ	
<b>Tối ưu (n = 5)</b>	21,81± 0,73	42,35 ± 1,52	52,64 ± 1,64	59,51 ± 2,08	65,07 ± 2,33	69,72 ± 2,46	73,55 ± 2,54	77,43 ± 2,73	76,23
<b>Dự đoán</b>	22,17	40,91		57,85				76,87	

**IV. KẾT LUẬN**

Bằng phần mềm thông minh Modde 8.0 và Inform 3.2, đã thiết kế, xây dựng được công thức bào chế viên nén aspirin 100mg GPKD. Hàm lượng 16,11mg metholose/viên (tỷ lệ 4,6%) và 86,78 mg gồm xanthan/viên (tỷ lệ 24,8%) trong công thức tối ưu đã kiểm soát được khả năng giải phóng của aspirin từ viên nén GPKD. Tỷ lệ aspirin được giải phóng từ viên GPKD thực nghiệm ở thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 8 giờ tương đương với tỷ lệ giải phóng từ phần mềm dự đoán với chỉ số  $f_2 = 76,23$  (21,81%; 42,35%; 59,51%; 77,43% so với 22,17%; 40,91%; 57,85% và 76,87%). Tỷ lệ giải phóng của aspirin từ viên nén GPKD tại các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ và 8 giờ cũng đáp ứng được các yêu cầu về độ hòa tan của USP 30.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Bộ môn Dược lý, Trường đại học Y Hà Nội, 2007.** *Dược lý học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 124-140.
- Bộ Y tế, 2009.** *Dược điển Việt Nam IV*, Nhà xuất bản y học, tr. 11 – 12
- Nguyễn Mạnh Hùng, 2011.** *Nghiên cứu bào chế viên nén aspirin giải phóng kéo dài*, Luận văn Thạc sĩ Dược học. Học viện Quân y, tr. 30 – 31 và tr. 40 – 44.
- Võ Xuân Minh, 2005.** *Thuốc tác dụng kéo dài dùng qua đường tiêu hóa. Một số chuyên đề bào chế hiện đại, Tài liệu sau đại học*, Nhà xuất bản y học, tr. 132-158
- Anathong A.N, 2006.** *Pharmaceutical Experimental design and interpretation. Second edition*, pp. 78 -133.
- Rowe R.C, Roberts R.J., 1998.** *Intelligent Software for product formulation. Taylor and Francis*, pp. 102 – 186.
- USP 30, 2007.** *Aspirin Extended Release Tablets.*

## NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ST2 HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Văn Hùng\*, Lương Công Thức\*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ ST2 huyết tương BN THA nguyên phát và mối liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** 60 BN THA nguyên phát và 30 người khỏe mạnh được khám lâm sàng, cận lâm sàng để xác định nồng độ ST2 huyết tương và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Kết quả:** Nồng độ ST2 huyết tương BN THA nguyên phát ( $7,55 \pm 6,9$  ng/ml) cao hơn nồng độ ST2 huyết tương ở người khỏe mạnh ( $2,22 \pm 0,8$  ng/ml) với  $p < 0,05$ . Nồng độ ST2 huyết tương BN THA có PĐTT ( $10,12 \pm 4,97$  ng/ml) cao hơn nhóm BN THA không có PĐTT ( $5,47 \pm 4,1$  ng/ml) với  $p < 0,05$ . Nồng độ ST2 huyết tương BN THA nguyên phát có mối

tương quan thuận với LVMI, Dd, Vd và có mối tương quan nghịch với D%, EF ( $p < 0,05$ ). Nồng độ ST2 huyết tương không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Nồng độ ST2 huyết tương tăng ở BN THA nguyên phát so với người khỏe mạnh. Nồng độ ST2 huyết tương có mối liên quan với tái cấu trúc và rối loạn chức năng thất trái. Nồng độ ST2 huyết tương không phụ thuộc vào tuổi, giới, BMI và mức lọc cầu thận ở BN THA nguyên phát.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp nguyên phát; ST2 hòa tan huyết tương.

**SUMMARY**

### INVESTIGATING THE LEVELS OF PLASMA ST2 IN ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS

**Objectives:** To investigate the levels of plasma ST2 in essential hypertensive patients and the relationship with some clinical, subclinical characteristics. **Subjects and methods:** Plasma soluble ST2 levels in 60 essential hypertensive patients and 30 healthy participants were measured using ELISA method. The relationship between ST2 levels and some clinical, subclinical characteristics was analysed. **Results:** Essential hypertensive patients had significantly higher

\*Bệnh viện 103- Học viện Quân y

\*\*Bệnh viện 198

Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức

Email: lcthuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2017

Ngày duyệt bài: 02/1/2017

level of plasma ST2 than healthy participants ( $7,55 \pm 6,9\text{ng/ml}$  versus  $2,22 \pm 0,8\text{ng/ml}$ ,  $p < 0,05$ ). The level of plasma ST2 in hypertensive patients with left ventricular hypertrophy was significantly higher than those without left ventricular hypertrophy ( $10,12 \pm 4,97\text{ ng/ml}$  versus  $5,47 \pm 4,1\text{ng/ml}$ ;  $p < 0,05$ ). The levels of plasma ST2 had a positive correlation with LVMI, Dd, Vd and negative correlation with FS, EF ( $p < 0,05$ ). The level of plasma ST2 was not significantly different amongst age, gender, body mass index, glomerular filtration rate groups.

**Conclusion:** The level of plasma ST2 was higher in patients with hypertension than in healthy people. The level of plasma ST2 was associated with left ventricular remodeling and dysfunction. The level of plasma ST2 in essential hypertension was independent on age, gender, body mass index and glomerular filtration rate.

**Key words:** Essential hypertension; Plasma soluble ST2.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp là một trong những bệnh tim mạch thường gặp nhất và đang ngày càng gia tăng ở tất cả các nước trên thế giới. Tăng huyết áp gây ra các tổn thương ở cơ quan đích, đặc biệt ở tim, dẫn đến các biến chứng gây tử vong và tàn phế cao. ST2 là một thành viên trong họ receptor interleukin-1, bao gồm 2 dạng chính: dạng tồn tại xuyên qua màng tế bào (ST2L) và dạng hòa tan trong huyết tương (sST2). ST2L và sST2 được tăng biểu hiện ở tế bào cơ tim và tế bào xơ cơ tim do tình trạng gây quá tải cơ tim ở BN THA. Chất gắn của ST2, interleukin-33 là một protein cũng được tăng tiết bởi tế bào xơ cơ tim do tình trạng gây quá tải cơ tim. Hệ thống tín hiệu IL-33/ST2 có chức năng bảo vệ tim từ những đáp ứng tái cấu trúc do những tình trạng gây quá tải lên tim như tăng huyết áp. Ngược lại, sST2 ức chế hoạt động của IL-33 thông qua vai trò là receptor môi. Tăng nồng độ ST2 huyết tương dẫn đến biến đổi cấu trúc và chức năng tim do tái cấu trúc ở những BN THA[3]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu nồng độ ST2 huyết tương ở BN THA nguyên phát, tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *khảo sát nồng độ ST2 huyết tương BN THA nguyên phát và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương với một số đặc lâm sàng, cận lâm sàng.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu**

**\*Nhóm bệnh:**

-*Tiêu chuẩn lựa chọn:* bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán THA nguyên phát tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103 [2].

-*Tiêu chuẩn loại trừ:* bệnh nhân mắc các bệnh viêm cấp tính và mạn tính; bệnh nhân THA thứ

phát; bệnh nhân đang mắc các bệnh mạn tính giai đoạn cuối khác.

**\*Nhóm chứng:**

-*Tiêu chuẩn lựa chọn:* 47 người khỏe mạnh được khám tuyển chọn tại trường Trung cấp quân y I.

-*Tiêu chuẩn loại trừ:* người đang mắc các bệnh viêm cấp tính và mạn tính; người đang mắc các bệnh lý tim mạch.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh với nhóm chứng.

- Đối tượng nghiên cứu được đánh giá tuổi, giới, BMI, mức lọc cầu thận [1],[ 6].

- Nhóm bệnh nhân THA nguyên phát được làm siêu âm tim xác định tình trạng phì đại thất trái [7].

- Đối tượng nghiên cứu được lấy 3ml máu tĩnh mạch chống đông bằng Heparin hoặc EDTA, sau đó được tách huyết tương và bảo quản ở nhiệt độ -800C ở khoa Sinh lý bệnh, Học viện Quân y. Xét nghiệm nồng độ ST2 huyết tương được thực theo phương pháp ELISA bởi bộ xét nghiệm the Presage ST2 assay (Critical Diagnostics, New York, NY, USA) [4].

- *Xử lý số liệu:* số liệu trình bày dưới dạng số trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc tỷ lệ phần trăm. So sánh các giá trị trung bình bằng t-student test hoặc ANOVA. Giá trị  $p < 0,05$  được coi có ý nghĩa thống kê. Hệ số tương quan r để phân tích tương quan giữa hai biến.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**1. Nồng độ ST2 của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1.1. Nồng độ ST2 của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm THA (n=60)	p
	XD±SD	XD±SD	
ST2 (ng/ml)	2,22±0,8	7,55±6,9	<0.05

Nghiên cứu trên hai nhóm đối tượng bao gồm: 30 người khỏe mạnh và 60 bệnh THA kết quả cho thấy nồng độ ST2 huyết tương trung bình của nhóm bệnh nhân THA là  $7,55 \pm 6,9\text{ng/ml}$ , cao hơn nồng độ ST2 huyết tương trung bình của nhóm chứng người khỏe mạnh là  $2,22 \pm 0,8\text{ng/ml}$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

ST2 (Suppression of Tumorigenicity 2) là một protein trong họ receptor Interleukin – 1, bao gồm hai dạng chính là dạng nằm xuyên qua màng tế bào (ST2L) và dạng hòa tan lưu hành trong huyết tương (sST2: soluble ST2) có thể định lượng được bằng phương pháp miễn dịch gắn men (ELISA). Gen ST2 tồn tại trong hầu hết các loại tế bào nhưng nguồn gốc chủ yếu của

nồng độ ST2 hòa tan trong huyết tương có nguồn gốc từ tế bào cơ tim và tế bào xơ cơ tim. Dưới tác động của các tình trạng quá tải lên tim sẽ làm tăng mạnh biểu hiện của cả hai dạng ST2L và sST2, làm nồng độ ST2 hòa tan trong huyết tương tăng lên [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nhóm bệnh là bệnh nhân THA nguyên phát, tình trạng THA sẽ gây quá tải áp lực lên cơ thất trái, làm cơ thất trái tăng cường co bóp hoạt động gây ra sự căng giãn mạnh lên tế bào cơ tim và tế bào xơ cơ tim, hai loại tế bào cơ tim đáp ứng tăng sự biểu hiện của ST2L và sST2, điều này sẽ gây tăng nồng độ ST2 huyết tương ở những bệnh nhân THA nguyên phát.

**2. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận.**

**2.1. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và giới**

**Bảng 2.1. Nồng độ ST2 và giới**

Đặc điểm	THA		p
	Nam	Nữ	
ST2(ng/ml)	8,11±8,98	7,2±5,38	p>0.05

Kết quả nghiên cứu 60 bệnh nhân THA nguyên phát: nồng độ ST2 huyết tương trung bình của nam giới là 8,11±8,98ng/ml, cao hơn nồng độ ST2 huyết tương trung bình nữ giới là 7,2±5,38ng/ml, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p> 0.05). Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của tác giả K. Wojtczak-Soska và cộng sự (2012): nghiên cứu nồng độ ST2 huyết tương ở 66 bệnh nhân suy tim độ NYHA I-III, kết quả nồng độ ST2 huyết tương độc lập với giới tính đối tượng nghiên cứu.

**2.2. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương với tuổi, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận**

**Bảng 2.2 Tương quan giữa nồng độ ST2 và tuổi, BMI, MLCT**

Đặc điểm	r	p
Tuổi	0,133	0,313
BMI	0,119	0,367
MLCT	-0,191	0,144

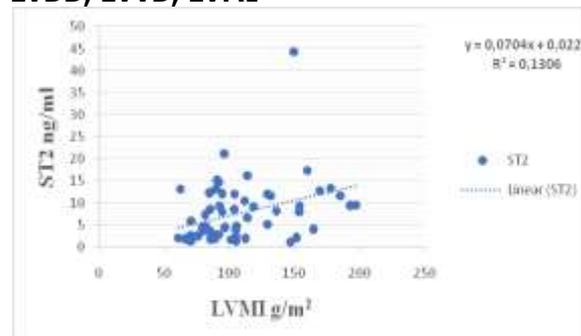
Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối tương quan giữa tuổi, BMI và mức lọc cầu thận và nồng độ ST2 huyết tương (p > 0,05). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng các nghiên cứu của các tác giả nghiên cứu trên các đối tượng khác nhau, đều phát hiện nồng độ ST2 huyết tương không bị ảnh hưởng bởi tuổi, mức lọc cầu thận của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả cũng tương đồng nghiên cứu của tác giả K. Wojtczak-Soska và cộng sự (2012): nghiên

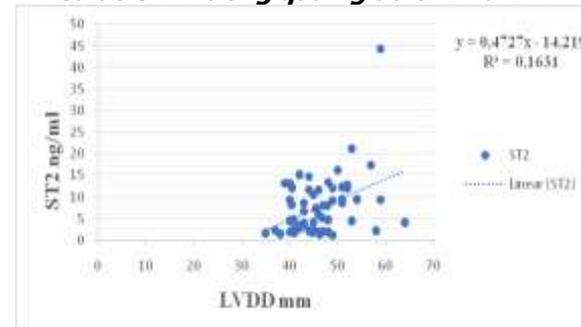
cứu nồng độ ST2 huyết tương ở 66 bệnh nhân suy tim độ NYHA I-III, kết luận nồng độ ST2 huyết tương độc lập với các yếu tố tuổi, BMI, mức lọc cầu thận.

**3. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 huyết tương và các thông số siêu âm tim**

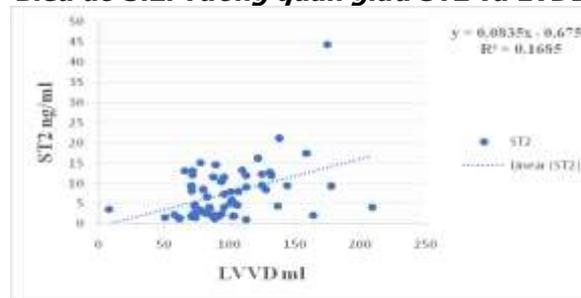
**3.1. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 và LVDD, LVVD, LVMI**



**Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa ST2 và LVMI**



**Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa ST2 và LVDD**



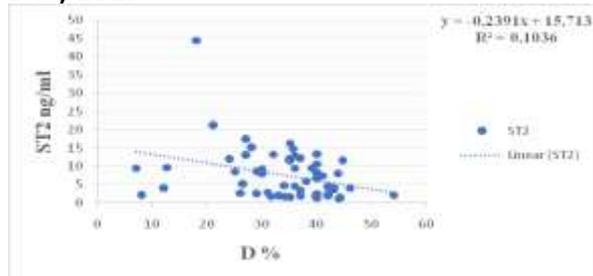
**Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa ST2 và LVVD**

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ ST2 huyết tương có mối tương quan thuận mức độ trung bình với LVMI (r = 0,361; p = 0,005), LVDD (r = 0,404; p = 0,001), LVVD (r = 0,416; p = 0,001). Đường kính thất trái, thể tích thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái càng lớn, nồng độ ST2 hòa tan trong huyết tương càng cao.

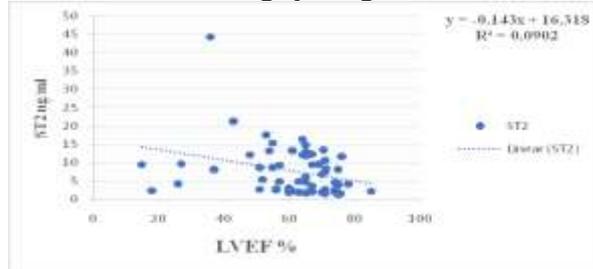
Từ các kết quả trên chúng tôi nhận thấy, biến đổi cấu trúc thất trái nặng xuất hiện ở các bệnh nhân có nồng độ ST2 huyết tương cao hơn. THA gây quá tải lên tế bào cơ tim và tế bào xơ cơ

tim, những tế bào này đáp ứng bằng cách tăng biểu hiện ST2 cả 2 dạng ST2L và sST2, gây tăng nồng độ ST2 huyết tương [3]. Hệ thống tín hiệu ST2/IL-33 ở tế bào cơ tim đã giúp bảo vệ tế bào cơ tim chống lại quá trình phì đại, chết tế bào theo chương trình và xơ hóa cơ tim. Tuy nhiên do ST2 hòa tan kết hợp với IL-33 với vai trò như là receptor mỗi, ức chế tác dụng bảo vệ cơ tim của hệ thống tín hiệu ST2/IL-33 nên khi nồng độ ST2 huyết tương tăng sẽ làm giảm tác dụng bảo vệ cơ tim và gây phì đại tế bào cơ tim, chết tế bào, xơ hóa cơ tim. Nếu tình trạng quá tải do THA không được khắc phục, nồng độ ST2 huyết tương tiếp tục tăng sẽ gây phì đại cơ tim và rối loạn chức năng co bóp thành tim gây phì đại thất trái, giãn buồng thất trái. Điều này càng làm tình trạng quá tải áp lực và thể tích lên tế bào cơ tim càng lớn, biểu hiện ST2L và sST2 càng tăng, nồng độ ST2 huyết tương càng cao.

**3.2. Môi liên quan giữa nồng độ ST2 và D%, LVEF**



**Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa ST2 và D%**



**Biểu đồ 3.5. Tương quan giữa ST2 và LVEF**

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ ST2 huyết tương có mối tương quan nghịch mức độ trung bình với chỉ số phân suất tống máu thất trái (LVEF) và phân suất cơ thất trái (D%) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), LVEF và D% càng giảm thì nồng độ ST2 càng cao, kết quả tương đồng với nghiên cứu của DB Ojji và cộng sự

(2014): Nồng độ ST2 huyết tương có mối tương quan nghịch với LVEF ( $r = -0,60$ ;  $p < 0,05$ ). Như hệ quả tất yếu, nồng độ ST2 hòa tan trong huyết tương tăng càng làm cho quá trình chết tế bào cơ tim tăng, mô xơ thay thế dẫn đến chức năng co bóp cơ tim giảm, ứ máu buồng tâm thất càng nhiều, quá tải lên tế bào cơ tim còn sống sót càng lớn, điều này lại càng làm cho tăng biểu hiện ST2L và ST2 hòa tan, tạo nên vòng xoắn bệnh lý. Do đó để chấm dứt vòng xoắn bệnh lý này cần điều trị tích cực để làm giảm quá tải thể tích và áp lực nên tế bào cơ tim thông qua kiểm soát huyết áp và lợi tiểu để lập lại cân bằng cho tế bào cơ tim, làm giảm nồng độ ST2 hòa tan, cải thiện cấu trúc và chức năng tim.

**IV. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu nồng độ ST2 huyết tương của 60 BN THA nguyên phát và 30 người khỏe mạnh, chúng tôi rút ra một số kết luận: Nồng độ ST2 huyết tương tăng ở BN THA nguyên phát so với người khỏe mạnh. Nồng độ ST2 huyết tương có mối liên quan với tải cấu trúc và rối loạn chức năng thất trái. Nồng độ ST2 huyết tương không phụ thuộc vào tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể và mức lọc cầu thận ở BN THA nguyên phát.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Bộ Y tế (2015)**, "Bệnh béo phì", *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, HÀ NỘI.
2. **Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (2015)**, "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp".
3. **M. M. Ciccone và các cộng sự (2013)**, "A novel cardiac bio-marker: ST2: a review", *Molecules*. 18(12), tr. 15314-28.
4. **CRITICAL DIAGNOSTICS (2013)**, "Presage® ST2 Assay - Instructions for Use". PN 201028(5).
5. **A. D. Farcas và các cộng sự (2017)**, "Serum Soluble ST2 and Diastolic Dysfunction in Hypertensive Patients", *Dis Markers*. 2017, tr. 2714095.
6. **Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013)**, "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease". 3(1).
7. **R. M. Lang và các cộng sự (2015)**, "Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging", *J Am Soc Echocardiogr*. 28(1), tr. 1-39 e14.

**ĐÁNH GIÁ CÁI THIỆT TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP SÓNG XUNG KÍCH TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá sự cải thiện tầm vận động khớp vai ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai (VQKV) thể đơn thuần dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích. **Đối tượng và Phương pháp:** 60 bệnh nhân (BN) viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo y học hiện đại và thuộc thể kiên thống của y học cổ truyền, tự nguyện tham gia điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, chia làm hai nhóm: Nhóm nghiên cứu 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày kết hợp sóng xung kích 10 phút/lần x 5 ngày/1 lần x 5 lần. Nhóm đối chứng 30 bệnh nhân chỉ điều trị bằng sóng xung kích. Thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng. **Kết quả:** Điện châm kết hợp sóng xung kích có tác dụng cải thiện rõ trên các động tác của khớp vai: 83,3% số BN vận động bình thường và 16,7% hạn chế vận động nhẹ ở động tác dạng; 53,3% số BN vận động bình thường và 46,7% còn hạn chế vận động nhẹ ở động tác xoay trong; 30% vận động bình thường và 70% hạn chế vận động nhẹ ở động tác xoay ngoài ( $p < 0,01$ ). **Kết luận:** Điện châm kết hợp sóng xung kích có tác dụng cải thiện tốt tầm vận động khớp vai ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

**Từ khóa:** Điện châm, sóng xung kích, viêm quanh khớp vai, tầm vận động khớp vai

**SUMMARY**

**EVALUATING THE IMPROVEMENT OF SHOULDER JOINT MOBILITY IN PATIENTS WITH PERIARTHRITIS OF THE SHOULDER UNDER THE INFLUENCE OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED SHOCK WAVE THERAPY**

**Objectives:** To evaluate the improvement of shoulder joint mobility in patients with periartthritis of the shoulder under the influence of electro acupuncture (EA) combined shock wave therapy. **Subjects and Method:** 60 patients with periartthritis of the shoulder were treated at National Hospital of Acupuncture, divided into two groups: study group (30 patients) treated by EA for 20 days combined shock wave therapy for 5 times. The control group (30 patients) treated by shock wave therapy only. Randomized controlled clinical trial, comparing after and before treatment. **Result:** EA combined shock waves therapy improved the movement of the shoulder joints: Stretch of limbs: 83.3% % of patients had normal movement, 36.7% of patients had limited movement slightly; Internal version: 53.3% of patients had normal movement, 46.7% of patients had limited movement; External version: 30% of patients had no

\*Bệnh viện Châm cứu Trung ương  
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Vân  
 Email: vankhth@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 20/11/2017  
 Ngày phản biện khoa học: 16/12/2017  
 Ngày duyệt bài: 05/1/2018

**Phạm Hồng Vân\*, Nguyễn Bá Quang\***

limited movement. 70% of patients had slight limited movement. **Conclusion:** EA combined shock wave therapy have good effect to improve of shoulder joint mobility.

**Keywords:** Electro-acupuncture, Shock wave therapy, Periarthritis of the shoulder

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm quanh khớp vai là hội chứng bệnh lý hay gặp do tổn thương ở mô mềm quanh khớp. Bệnh thường kéo dài, hay tái phát, ảnh hưởng tới khả năng lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Điều trị VQKV thường bằng nội khoa, chủ yếu sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau, các thuốc này thường có các tác dụng phụ như suy giảm sức đề kháng của cơ thể, viêm loét dạ dày... làm bệnh nhân không thể sử dụng dài ngày hoặc thậm chí có bệnh nhân không thể sử dụng thuốc [7]. Do đó, tìm phương pháp điều trị đơn giản, hiệu quả, an toàn là vấn đề cần đặt ra.

Trong những năm gần đây, Y học đã đặc biệt quan tâm đến phương pháp điều trị không dùng thuốc của cả y học hiện đại và y học cổ truyền, trong đó phương pháp trị liệu bằng sóng xung kích là một trong những phương pháp điều trị không dùng thuốc hiện đại và điện châm là phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền đã được nghiên cứu và chứng minh có hiệu quả trong điều trị một số chứng bệnh, đặc biệt hiệu quả với các chứng đau, bệnh thoái hóa.

Nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và xuất phát từ nhu cầu điều trị của bệnh nhân, từ thực tế ứng dụng điện châm kết hợp sóng xung kích trong điều trị VQKV tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần thông qua sự cải thiện tầm vận động khớp vai dưới tác dụng điều trị của điện châm kết hợp sóng xung kích.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** là 60 bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017 với tiêu chuẩn như sau:

**- Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại:**

\***Tiêu chuẩn lâm sàng:** Đau vai kiểu cơ học, đau tăng khi vận động. Hạn chế vận động chủ động.

\***Tiêu chuẩn cận lâm sàng:** XQ khớp vai thường quy không có tổn thương hoặc có thể có can xi hóa dây chằng bao khớp, gai xương.

- Siêu âm có thể có hình ảnh bình thường hoặc 1 trong các hình ảnh:

- + Hình ảnh gân nhị đầu đường kính gân tăng giảm âm thanh, ranh giới bao khớp không rõ ràng.
- + Hình ảnh bao thanh dịch dày lên, có dịch tại vùng bao thanh dịch có thể phối hợp với hình ảnh đứt gân mũ cơ quay
- + Hình ảnh tăng hoặc giảm âm trong các gân khớp vai

**- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền**

- + Đau và hạn chế vận động khớp vai, đau không lan, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm nóng đỡ đau, đau tăng khi vận động và về đêm.
- + Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng mỏng
- + Mạch phù hoặc huyền khẩn.

**- Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu:**

- Viêm quanh khớp vai thể giả liệt, thể đông cứng, thể đau vai cấp.
- Viêm quanh khớp vai do các nguyên nhân khác như VQKV do lao, viêm khớp dạng thấp, chấn thương hay do các tổn thương lồng ngực...
- Viêm quanh khớp vai có kèm theo các bệnh thực thể khác như tổn thương rễ thần kinh C5, bệnh Paget, hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay...

- Phụ nữ có thai, không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ thời gian và phương pháp điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**\*Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

**\*Cỡ mẫu nghiên cứu:** 60 bệnh nhân chia 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm các huyệt theo phác đồ 30 phút/lần x 1 lần/ngày trong 20 ngày kết hợp điều trị bằng sóng xung kích 10 phút/lần x 5 ngày/1 lần x 5 lần. Nhóm đối chứng chỉ điều trị bằng sóng xung kích theo phác đồ như nhóm nghiên cứu [3], [4].

**\*Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- *Đặc điểm của bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần:* tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị gồm đặc điểm về tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh.
- *Đánh giá tầm vận động khớp vai ở các động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài* theo tiêu chuẩn của McGill - Mc ROMI tại thời điểm trước và sau điều trị.

**Bảng 2.1. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI**

Động tác	Tâm vận động khớp vai	Mức độ vận động	Đánh giá hạn chế vận động khớp vai
Dạng	> 150°	Độ 0	Không hạn chế
	từ 101 - 150°	Độ 1	Hạn chế nhẹ
	từ 51 - 100°	Độ 2	Hạn chế trung bình
	0 - 50°	Độ 3	Hạn chế nặng
Xoay trong và Xoay ngoài	> 85°	Độ 0	Không hạn chế
	từ 61 - 85°	Độ 1	Hạn chế nhẹ
	từ 31 - 60°	Độ 2	Hạn chế trung bình
	từ 0 - 30°	Độ 3	Hạn chế nặng

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu thu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng chương trình EPI - INFO 6.04.

**2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành ở Bệnh viện Châm cứu TW, thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

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

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tuổi dưới 40</b>	2	6,7	2	6,7	4	6,7
<b>Tuổi từ 40 - 49</b>	7	23,3	6	20,0	13	21,7
<b>Tuổi từ 50 - 59</b>	11	36,7	13	43,3	24	40,0
<b>Tuổi trên 60</b>	10	33,3	9	30,0	19	31,6
<b>Tuổi trung bình ( <math>\bar{x} \pm SD</math> )</b>	54,87 $\pm$ 10,52		54,97 $\pm$ 9,89		54,92 $\pm$ 10,12	
<b>Giới nam (a)</b>	13	43,3	13	43,3	26	43,3
<b>Giới nữ (b)</b>	17	56,7	17	56,7	34	56,7
<b>Tổng</b>	30	100	30	100	60	100

<b>p</b>	$p_{2-1} > 0,05, p_{a-b} < 0,05$
----------	----------------------------------

Bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân mắc viêm quanh khớp vai ở tuổi trên 50 (chiếm 73,3% ở nhóm đối chứng và 70% ở nhóm nghiên cứu), tiếp đến là lứa tuổi 40 đến 49 (23,3% ở nhóm nghiên cứu và 20% ở nhóm đối chứng). Không có sự khác biệt về phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới giữa hai nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ). Lứa tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm tỷ lệ 6,7% ở cả 2 nhóm. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $54,92 \pm 10,12$  tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác đều đưa ra nhận xét rằng VQKV thể đơn thuần thường gặp ở lứa tuổi 40 - 60 tuổi [2],[7]. Đối với nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi, có thể do sự thoái hóa của các nhóm cơ xoay do hoạt động lâu dài và quá nhiều, đồng

thời các vi chấn thương liên tiếp được tạo ra bởi sự tồn tại vùng cọ sát của mỏm cùng - quạ là yếu tố thuận lợi gây VQKV thể đơn thuần.

Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới với  $p < 0,05$  (tỷ lệ mắc viêm quanh khớp vai ở nữ giới chiếm 56,7%, cao hơn so với tỷ lệ này ở nam giới là 43,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu đã công bố đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc viêm quanh khớp vai ở nữ giới cao hơn nam giới và để lý giải cho sự khác biệt này, các tác giả cho rằng tỉ lệ VQKV thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới có thể là do phụ nữ thường phải làm nhiều công việc liên quan đến nội trợ, đồng thời quá trình lão hóa của phụ nữ tiến triển nhanh hơn nam giới [2], [7].

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.**

Thời gian	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số		
	n	%	n	%	n	%	
<1 tháng	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
1-3 tháng	24	80,0	25	83,3	49	81,7	
>3 tháng	6	20,0	5	16,7	11	18,3	
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	
<b>p</b>	$p > 0,05$						

Đối với VQKV thể đơn thuần, đau là triệu chứng nổi trội nhất, thường kéo dài 3 đến 6 tuần, đau liên tục tăng dần, và sau đó tự khỏi, quá trình này cứ lặp đi lặp lại nhiều lần cho đến khi bệnh nhân không còn khả năng vận động do hạn chế tầm vận động quá nhiều, kèm theo bệnh nhân đau quá mức chịu đựng của cơ thể nên cũng ngừng cử động tay bên đau. Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy 100% số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 1 tháng, không có bệnh nhân nào có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng, trong đó thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (80% ở nhóm NC và 83,3% ở nhóm ĐC). Như vậy, bệnh nhân VQKV có xu hướng điều trị từ sau tháng thứ nhất (tuần thứ 4 của bệnh).

Khớp vai là một khớp có tầm vận động biên độ lớn nhất trong cơ thể, khớp vai có thể quay theo 3 trục thẳng góc với nhau tạo ra các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài. Các động tác này phối hợp với nhau một cách nhuần nhuyễn, liên tục ở điều kiện bình thường. Khi có tổn thương xảy ra, người bệnh có thể bị hạn chế vận động ở một số động tác nhất định. Hạn chế vận động khớp vai là triệu chứng quan trọng bắt người bệnh phải đến khám và điều trị bệnh. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho rằng hạn chế vận động gặp ở 100% bệnh nhân viêm quanh khớp vai từ mức độ nhẹ đến nặng, làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh [1], [6], nên việc đánh giá hiệu quả điều trị theo tầm vận động khớp là điều quan trọng và chính xác. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát tầm vận động khớp vai gồm 3 động tác dạng xoay trong và xoay ngoài.

**3.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động khớp vai theo McGill- McROMI**

**Bảng 3.3. Cải thiện tầm vận động khớp vai động tác dạng**

Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Độ 0</b>	0	0,0	25	83,3	0	0,0	16	53,3
<b>Độ 1</b>	2	6,7	5	16,7	2	6,7	14	46,7
<b>Độ 2</b>	25	83,3	0	0,0	24	80,0	0	0,0
<b>Độ 3</b>	3	10,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>(<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	$78,87 \pm 18,18$		$164,10 \pm 17,66$		$76,67 \pm 18,46$		$148,53 \pm 16,97$	
<b>p</b>	$p_{a1-2} > 0,05, p_{b1-2} < 0,05, p_{a-b} < 0,01$							

Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai ở động tác dạng với mức độ hạn chế từ nhẹ đến nặng và chủ yếu hạn chế vận động động tác dạng ở mức độ 2 (chiếm 83,3% ở nhóm nghiên cứu và 80% ở nhóm đối chứng), tiếp đến là hạn chế ở mức độ 3 (7/60 BN), với giá trị trung bình của động tác dạng khớp vai là  $78,87 \pm 18,18$  ở nhóm nghiên cứu và  $76,67 \pm 18,46$  ở nhóm đối chứng. Không có sự khác biệt về tầm vận động của động tác dạng trước điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ). Sau 20 ngày điều trị tầm vận động của động tác dạng khớp vai đã tăng lên rõ rệt.

**Bảng 3.4. Cải thiện tầm vận động khớp vai động tác xoay trong**

Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Độ 0</b>	0	0,0	24	80,0	0	0,0	9	30,0
<b>Độ 1</b>	10	33,3	6	20,0	9	30,0	21	70,0
<b>Độ 2</b>	19	63,3	0	0,0	20	66,7	0	0,0
<b>Độ 3</b>	1	3,4	0	0,0	1	3,3	0	0,0
<b>Tổng</b>	30	100	30	100	30	100	30	100
<b>(<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	$56,10 \pm 13,13$		$85,0 \pm 12,88$		$55,86 \pm 12,09$		$79,93 \pm 12,75$	
<b>p</b>	$p_{a1-2} > 0,05, p_{b1-2} < 0,05, p_{a-b} < 0,01$							

Qua bảng 3.4 cho thấy, trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác xoay trong) từ nhẹ đến nặng. Bệnh nhân có hạn chế vận động động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 65% ở cả hai nhóm nghiên cứu, đứng thứ 2 là mức độ 1 với tỷ lệ 31,7% (19 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0 với giá trị trung bình động tác xoay trong khớp vai là  $55, 56,10 \pm 13,13$  ở nhóm nghiên cứu và  $55,86 \pm 12,09$  ở nhóm đối chứng ( $p > 0,05$ ). Sau 20 ngày điều trị tầm vận động của động tác xoay trong khớp vai đã được cải thiện rõ rệt: 80% BN ở nhóm nghiên cứu và 30% BN ở nhóm đối chứng vận động động tác xoay trong khớp vai

Hạn chế tầm vận động khớp vai do đau, do cơ, xơ hóa gân, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân VQKV có hạn chế vận động từ nhẹ đến nặng. Triệu chứng đau kéo theo các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng khó khăn, ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh khiến họ có tâm lý ngại làm việc, giao tiếp cũng như hoạt động dẫn đến vòng xoắn bệnh lý tăng lên, các triệu chứng đau và cứng khớp sẽ tái xuất hiện sau một thời gian dài nếu tiếp diễn liên tục. Điện châm kết hợp sóng xung kích có tác dụng giảm đau, do đó vận động khớp vai cũng được cải thiện.

bình thường, không còn bệnh nhân nào có tầm vận động khớp vai động tác xoay trong ở mức hạn chế trung bình và nặng ( $p < 0,05$ ). Giá trị trung bình động tác xoay trong sau điều trị là  $85,0 \pm 12,88$  ở nhóm nghiên cứu và  $79,93 \pm 12,75$  ở nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ).

Như vậy, điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm kết hợp sóng xung kích hay sóng xung kích đơn thuần đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong ( $p < 0,01$ ), nhưng mức độ tăng tầm vận động khớp vai động tác xoay trong ở nhóm điện châm kết hợp sóng xung kích cao hơn so với nhóm sóng xung kích đơn thuần ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.5. Cải thiện tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài**

Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Độ 0</b>	0	0,0	24	80,0	0	0,0	10	33,3
<b>Độ 1</b>	10	33,3	6	20,0	11	30,0	20	66,7
<b>Độ 2</b>	19	63,3	0	0,0	18	66,7	0	0,0
<b>Độ 3</b>	1	3,4	0	0,0	1	3,3	0	0,0
<b>Tổng</b>	30	100	30	100	30	100	30	100
<b>(<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	$55,53 \pm 13,00$		$85,5 \pm 12,89$		$56,90 \pm 12,37$		$80,33 \pm 12,45$	
<b>p</b>	$p_{a1-2} > 0,05, p_{b1-2} < 0,05, p_{a-b} < 0,01$							

Sau liệu trình 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai ở động tác xoay ngoài đã tăng lên rõ rệt, 80% số bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và 33,3% số bệnh nhân ở nhóm đối chứng có tầm vận động khớp vai động tác dạng bình thường,

không còn bệnh nhân hạn chế vận động ở mức trung bình và nặng ( $p < 0,01$ ).

Theo quan niệm của YHCT, đau là do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ trệ, tức là sự vận hành của khí huyết trong kinh mạch không thông nên gây đau, do đó chữa bệnh cần

"làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết". Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh của cơ thể, đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái cân bằng đó làm cho khí huyết lưu thông thì triệu chứng đau sẽ hết. Mặt khác, theo cơ chế thần kinh, điện châm có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ, do đó làm giảm đau. Có được sự cải thiện theo chiều hướng tốt này là do chúng tôi đã lựa chọn công thức huyết gồm các huyết tại chỗ gồm Kiên ngưng, Kiên liêu, Kiên trinh, Thiên tông có tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai kết hợp với huyết Hợp cốc là huyết nguyên của kinh dương minh Đại trường có tác dụng điều khí vùng đầu mặt cổ. Mặt khác, khi sử dụng phương pháp sóng xung kích là một dạng sóng âm có áp lực biến đổi đột ngột, biên độ lớn và ngắt quãng từ đó có tác dụng tăng chuyển hóa nhóm gân, mô cơ làm giảm căng cơ, làm mất các điểm đau do khai thông kênh calci, tăng quá trình tái tạo sửa chữa các mô bị tổn thương, làm giảm quá trình viêm, giảm phù nề các tổ chức quanh khớp vai nên làm giảm các chèn ép mạch máu thần kinh, cắt vòng xoắn gây đau. Khi mức độ đau giảm thì tầm vận động khớp vai cũng sẽ được cải thiện nhanh chóng [5].

#### IV. KẾT LUẬN

- Trước điều trị 100% số bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai ở động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài. Sau điều trị, 83,3% số bệnh nhân vận động khớp vai bình

thường ở động tác dạng, 80% số bệnh nhân vận động khớp vai bình thường ở động tác gấp và 80% số bệnh nhân vận động khớp vai bình thường ở động tác duỗi ( $p < 0,01$ ), cao hơn so với nhóm điều trị sóng xung kích đơn thuần lần lượt ở các động tác là 53,3%, 30% và 33,3% ( $p < 0,05$ ).

- Trước điều trị, giá trị trung bình tầm vận động động tác dạng khớp vai là  $78,86^{\circ} \pm 18,18$ , động tác xoay trong là  $56,10^{\circ} \pm 13,13$ , động tác xoay ngoài là  $55,53^{\circ} \pm 13,0$ . Sau điều trị động tác dạng khớp vai tăng lên  $164,1^{\circ} \pm 15,32$ , động tác xoay trong là  $85^{\circ} \pm 5,02$  và động tác xoay ngoài là  $85,5^{\circ} \pm 4,14$  ( $p < 0,01$ ), tăng cao hơn so với nhóm điều trị sóng xung kích đơn thuần ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, 364-374.
2. **Lê Thị Hoài Anh (2001)**, *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **BỘ Y TẾ (2013)**, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản y học.
4. **BỘ Y TẾ (2014)**, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản y học.
5. **BTL medical (2016)**, *Liệu pháp sóng xung kích nền tảng lâm sàng và nghiên cứu*
6. **Hà Hoàng Kiệm (2015)**, *Viêm quanh khớp vai chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản thể dục thể thao.
7. **Nguyễn Hữu Huyền, Võ Xuân Nội (2009)**, *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đồng cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động*, Tạp chí Y Dược học quân sự số 4, tr. 78-85.

## NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ VÔ CẢM CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TỦY SỐNG KẾT HỢP GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG CHO PHẪU THUẬT BỤNG DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê tủy sống kết hợp đặt catheter giảm đau ngoài màng cứng cho phẫu thuật bụng dưới ở bệnh nhân cao tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Lâm sàng tiến cứu mô tả cắt ngang. Nhóm nghiên cứu thực hiện

\**Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hồng

Email: nguyenvanhhong2001@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 19/12/2017

Ngày duyệt bài: 03/1/2018

#### Nguyễn Mạnh Hồng\*, Công Quyết Thắng\*

cho 100 bệnh nhân, tuổi từ  $\geq 60$  tuổi, mổ chương trình. Tạng phẫu thuật là ở tầng dưới mạc treo đại tràng và sau phúc mạc. Dụng cụ chọc ngoài màng cứng và tủy sống là bộ kết hợp Espocan của hãng B-Braun. Vị trí chọc là L3-L4. Độ sâu catheter là 12cm. Liều thuốc tủy sống là 7mg marcain heavy 0,5%. Thuốc ngoài màng cứng là hỗn dịch marcain plain 0,5% 20ml + sufentanil 25mcg + nước cất vừa đủ 50ml và chạy trong mổ là 5ml/h. Cứ khoảng 60 phút hoặc khi điểm PRST  $\geq 3$  điểm thì tiêm 200mg lidocain vào khoang ngoài màng cứng. Đánh giá về thời gian chờ tác dụng mất cảm giác đau, thời gian giảm đau, mức độ giảm đau cho cuộc mổ. Đánh giá về mức độ ức chế vận động. Đánh giá ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng phụ khác. **Kết luận:** Sử dụng

phương pháp vô cảm này đáp ứng được cho các phẫu thuật ổ tạng dưới mạc treo đại tràng và sau phúc mạc

**Từ khóa:** Gây tê tủy sống kết hợp giảm đau ngoài màng cứng

## SUMMARY

### EFFECT OF SPINAL ANESTHESIA COMBINED WITH EPIDURAL ANESTHESIA FOR LOWER ABDOMINAL SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

**Objectives:** To evaluate the anesthetic effect of spinal anesthesia combined with epidural anesthesia for lower abdominal surgery in elderly patients.

**Methods:** Cross-sectional prospective clinical trial. The study group consisted of 100 patients, aged  $\geq 60$  years, who had surgery. The surgical procedure is performed on the lower and lower abdomen of the colon and retroperitoneal. Scapulae and spinal sticks are B-Braun's Espocan combination. The location is L3-L4. Depth of catheter is 12cm. The dose of spinal fluid is 7mg of marcain heavy 0.5%. The epidural fluid is a 0.5% solution of marcain plain 20 ml + sufentanil 25mcg + 50ml of distilled water and 5ml / h in the operation. Approximately 60 minutes or PRST score  $\geq 3$  points, injection of 200 mg lidocaine into the epidural space. Estimation of waiting time for pain, duration of pain, pain level for surgery. Evaluation of the level of inhibitory activity. Assess effects on circulation, respiration and other side effects.

**Conclusion:** This method of anesthesia is suitable for lower abdominal and retroperitoneal surgery

**Key words:** Spinal analgesia combined with epidural analgesia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê vùng tủy sống là một phương pháp gây tê vùng phổ biến cho các phẫu thuật tầng dưới ổ bụng, đáy chậu, sau phúc mạc và hai chi dưới với kỹ thuật dễ thực hiện bệnh nhân ở trong tình trạng tỉnh táo, sớm tiếp xúc với người thân. Trong quá trình gây tê các chức năng hô hấp, tim mạch ổn định, bình phục nhanh sau mổ và đặc biệt là phản xạ bảo vệ đường hô hấp được giữ nguyên. Không dùng giãn cơ cũng là một lợi điểm quan trọng và sau mổ bệnh nhân không bị ảnh hưởng của tồn dư thuốc giãn cơ. Sự phối hợp với giảm đau ngoài màng cứng cũng mang lại những lợi ích cho bệnh nhân là giảm đau trong và sau mổ tốt, tránh được dùng morphin toàn thân. Do có đặt catheter ngoài màng cứng nên người ta có thể kéo dài được thời gian vô cảm, đáp ứng được cho phẫu thuật có thời gian kéo dài. *Mục tiêu nghiên cứu:*

1. *Đánh giá hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê tủy sống và kết hợp đặt catheter ngoài màng cứng cho phẫu thuật bụng dưới ở bệnh nhân cao tuổi.*

2. *Nhận xét ảnh hưởng của gây tê tủy sống kết hợp đặt catheter ngoài màng cứng trên tuần*

*hoàn, hô hấp và một số tác dụng không mong muốn khác.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Các bệnh nhân có chỉ định mổ phiền. Các tạng được phẫu thuật là ổ tạng dưới mạc treo đại tràng ngang và sau phúc mạc. Tuổi  $\geq 60$  tuổi, ASA II. Không có chống chỉ định của GTTS và NMC. Tiêu chuẩn loại khỏi nhóm nghiên cứu: Bệnh nhân không đạt đủ mức giảm đau, Các bệnh nhân phải chuyển sang phương pháp vô cảm khác. Có biến chứng trong mổ: Chảy máu nhiều, sốc, trào ngược.

**Thiết kế nghiên cứu:** Lâm sàng tiến cứu mô tả cắt ngang

**2. Thuốc và liều lượng:** 100 bệnh nhân được GTTS (bupivacain heavy 0,5%) kết hợp đặt catheter NMC. Pha bupivacain plain 100mg + sufentanil 25mcg pha vừa đủ 50 ml với dung dịch NaCl 0,9% và duy trì bơm tiêm điện 5ml/h khi bắt đầu rạch da. Để bệnh nhân tự thở qua đường tự nhiên. Cứ 60 phút hoặc PRST  $\geq 3$  thì bơm qua catheter NMC 10 ml dung dịch lidocain 2% để hạ điểm PRST. Thuốc GTTS là bupivacaine heavy 0,5% 7mg/ bệnh nhân.

**3. Xử lý số liệu:** Kết quả nghiên cứu được xử lý trên máy tính theo chương trình SPSS 16.0

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

**1.1. Tuổi.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được lựa chọn tuổi trung bình là  $72,84 \pm 7,51$  tuổi. Tuổi cao nhất là 89 tuổi. Độ tuổi bệnh nhân khá cao vì rằng đối tượng phục vụ của chúng tôi chủ yếu là người cao tuổi.

**1.2. Chiều cao.** Kết quả nghiên cứu cho thấy, chiều cao trung bình của nhóm nghiên cứu là  $159,77 \pm 6,37$ cm cho thấy chiều cao của nhóm nghiên cứu không cao lắm.

**1.3. Cân nặng.** Cân nặng trung bình là  $54,68 \pm 8,01$ kg Điều này cho thấy ngoài việc giảm sinh lý khối cơ theo tuổi bệnh lý cũng có thể đã tác động tới thể chất nhiều.

**1.4. Giới.** Tỷ lệ nam chiếm nhiều hơn nữ 75 bệnh nhân (75,8%), nữ là 24 bệnh nhân (24,2%). Yếu tố giới cũng cần được đòi hỏi trong mô hình được động học của Schnider. Yếu tố giới được tính đến trong các thuật toán để kiểm soát nồng độ thông qua việc tính chỉ số IBM.

**1.5. Đặc điểm phân bố phẫu thuật.** Phân loại phẫu thuật: K trực tràng có 56 bệnh nhân chiếm 56,57%, k đại tràng xích ma 23 bệnh nhân chiếm 23,23%, k đại tràng 12 bệnh nhân

chiếm 12,12%, k mạnh tràng 2 bệnh nhân chiếm 2%, u xơ tử cung bệnh có 2 nhân chiếm 2%, k bàng quang 1 bệnh nhân chiếm 1%, rò bàng quang trên bệnh nhân k trực tràng 1 chiếm 1%, u ruột non 1 trường hợp chiếm 1%, k tiền liệt tuyến trường hợp chiếm 1%, k thận 1 trường hợp chiếm 1%. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân phẫu thuật nhiều nhất là ung thư trực tràng 56,56%, sau đó là ung thư đại tràng xích ma 23,23%, sau đó là đại tràng. Các phẫu thuật đã bao phủ toàn bộ tầng dưới mạc treo đại tràng và sau phúc mạc. Tổng kê cho thấy các phẫu thuật là phẫu thuật tầng dưới mạc treo đại tràng ngang, sau phúc mạc. Các nghiên cứu trước cũng cho thấy cách phẫu thuật này có thể GTTS và kết hợp giảm đau mang lại hiệu quả cao.

**1.6. Thời gian phẫu thuật.** Thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu là 149,43 ± 54,52 phút.

**2. Ức chế cảm giác ở các mức**

**2.1. Về thời gian xuất hiện ức chế cảm giác**

- Thời gian xuất hiện UCCG ở các mức: T12 là 2,40 ± 0,68 phút. T10 là 3,68 ± 1,08 phút. T6 là 5,51 ± 1,16 phút. Kết quả trong nghiên cứu này thời gian xuất hiện UCCG ở mức T6 lại thấp hơn một số tác giả khác như Nguyễn Anh Tuấn, ở T6 là 11,96 phút hay của Chamber là 13 – 15 phút.

- Trong 99 bệnh nhân thì có 37 bệnh nhân có mức UCCG ở mức T4. Thời gian trung bình là

7,73 ± 1,74 phút. Như vậy càng lên cao thì UCCG cũng không đồng đều ở giữa các cá thể. Thuốc càng lên cao càng ức chế giao cảm mạnh và gây ra tụt huyết áp động mạch nhiều hơn. Điều này cũng giải thích vì sao bệnh nhân có mức tụt huyết áp không đều nhau.

**2.2. Thời gian kéo dài UCCG ở các mức T4, T6 và T10**

- T4: Có 37 bệnh nhân vô cảm đạt ở mức T4 và kéo dài là 39,62 ± 6,97 phút. T6: Có 99 bệnh nhân vô cảm đạt ở mức T6 và kéo dài là 86,16 ± 15,29 phút. Thời gian kéo dài giảm đau ở các mức là khác nhau. Hầu hết các bệnh nhân đều giảm đau được ở mức T6, ở mức sẽ làm mềm cơ hơn, thăm dò các tạng bệnh nhân không đau. Thời gian kéo dài giảm đau ở mức T10 (là thời gian giảm đau hoàn toàn) chỉ 115,54 ± 15,75 phút. Trong khi thời gian phẫu thuật trung bình là 149,43 ± 54,52, dài nhất là 273 phút, điều chứng minh hiệu quả rõ ràng của vai trò của giảm đau NMC. Kết quả này của chúng tôi gần giống với Nguyễn Đức lam thời gian kéo dài UCCG đau mức T6 là 86,33 ± 18,84 phút.

**3. Thời gian xuất hiện UCCVD ở các mức:**

Thời gian khởi phát liệt vận động ở M1 là 2,91 ± 0,69 phút, M2 là 4,04 ± 0,81 phút, M3 là 5,47 ± 1,01 phút. Kết quả này của chúng tôi cũng giống như kết quả của Bùi Ích Kim ở M3 là 5,5 ± 2,7 và sớm hơn so với F Atalah là 10,0 ± 9,0 phút.

**4. Ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác**

**4.1. Ảnh hưởng trên HAĐMTTh(mmHg), HAĐMTTr(mmHg), tần số tim ở một số thời điểm**

Giá trị Thời điểm	HAĐMTTh X ± SD	p	HAĐMTTr X ± SD	p	Nhịp tim X ± SD	p
0	146,82 ± 21,12		81,56 ± 18,62		79,00 ± 14,51	
5	134,00 ± 26,12	p < 0,01	76,31 ± 15,83	p < 0,01	79,42 ± 14,03	p > 0,05
10	129,47 ± 27,05	p < 0,01	73,00 ± 15,27	p < 0,01	79,91 ± 13,987	p > 0,05
15	122,95 ± 25,536	p < 0,01	70,37 ± 13,86	p < 0,01	79,02 ± 14,05	p > 0,05
20	125,68 ± 23,05	p < 0,01	71,69 ± 13,11	p < 0,01	80,39 ± 14,95	p > 0,05
25	125,93 ± 24,48	p < 0,01	70,26 ± 12,84	p < 0,01	79,77 ± 14,02	p > 0,05
30	121,56 ± 22,917	p < 0,01	68,10 ± 13,20	p < 0,01	79,86 ± 13,83	p > 0,05
35	118,61 ± 24,98	p < 0,01	67,51 ± 15,06	p < 0,01	79,48 ± 13,86	p > 0,05
40	115,65 ± 23,45	p < 0,01	65,55 ± 13,48	p < 0,01	78,68 ± 13,05	p > 0,05
45	112,24 ± 22,03	p < 0,01	64,06 ± 13,12	p < 0,01	80,31 ± 13,50	p > 0,05
50	110,26 ± 19,30	p < 0,01	62,38 ± 13,20	p < 0,01	81,31 ± 14,19	p > 0,05
55	111,53 ± 19,65	p < 0,01	62,57 ± 13,56	p < 0,01	80,94 ± 14,27	p > 0,05
60	112,55 ± 20,36	p < 0,01	63,71 ± 12,53	p < 0,01	81,14 ± 13,96	p > 0,05

- Bảng trên chúng tôi thấy HAĐMTTh đều giảm và so với trước GTTS có ý nghĩa thống kê với p, < 0,01. Hầu hết ở các nghiên cứu có GTTS khác HAĐMTTh đều giảm và giảm nhiều trong 25 phút đầu sau GTTS. Việc giảm HAĐMTTh gần suốt thời gian phẫu thuật có lẽ là do bệnh nhân cao tuổi, ăn uống kém, phẫu thuật, phải thụt tháo trước mổ. Hơn nữa việc giảm HAĐMTTh

ngoài việc GTTS còn có góp phần của việc chạy giảm đau NMC trong suốt thời gian phẫu thuật thêm nữa là phải thêm thuốc giảm đau NMC và chạy thuốc an thần propofol. Điều này càng gây ức chế giao cảm nhiều gây tụt HAĐMTTh. Cũng có thể góp phần nữa là do khi GTTS để đầu thấp, để có thể đạt được mức giảm đau ở các mức cao hơn như T6. Tuy nhiên trong các

trường hợp có tụt HADMTTh so với thời điểm trước lúc gây tê đều cải thiện sau khi dùng ephedrin và truyền dịch.

- HADMTTr cũng giảm ở các thời điểm sau GTTS có ý nghĩa thống kê  $p < 0,01$ .

- Ảnh hưởng trên tần số tim (lần/phút): Bảng trên cho chúng ta thấy trong nghiên cứu của

chúng tôi mạch giảm sau GTTS ở một số thời điểm nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi ghi nhận được mạch chậm nhất là thời điểm này là 51 lần/phút. Và đã phải dùng đến 0,75 mg Atropin sau đó mạch lại lên ngay. Chúng tôi không gặp trường hợp nào ức chế mạnh gây ngừng tuần hoàn.

**4.2. Sự thay đổi về tần số thở (Lần/phút) và SpO2 (%) sau GTTS ở một số thời điểm**

Thời điểm	Giá trị	Tần số thở $\bar{X} \pm SD$	p	SpO2 $\bar{X} \pm SD$	p
0		17,54 ± 2,09		98,64 ± 1,381	
5		17,18 ± 2,15	$p > 0,05$	98,98 ± 1,385	$< 0,01$
10		17,25 ± 2,24	$p > 0,05$	99,32 ± 1,17	$< 0,01$
15		16,99 ± 2,42	$p < 0,01$	99,43 ± 1,00	$< 0,01$
20		16,75 ± 2,69	$p < 0,01$	99,31 ± 1,22	$< 0,01$
25		16,68 ± 2,53	$p < 0,01$	99,20 ± 1,54	$< 0,01$
30		16,59 ± 2,57	$p < 0,01$	99,12 ± 1,61	$< 0,01$
35		16,55 ± 2,51	$p < 0,01$	99,18 ± 1,56	$< 0,01$
40		16,38 ± 2,80	$p < 0,01$	98,35 ± 9,24	$> 0,05$
45		16,69 ± 2,27	$p < 0,01$	99,30 ± 1,37	$< 0,01$
50		16,95 ± 2,83	$p > 0,05$	99,34 ± 1,47	$< 0,01$
55		16,83 ± 2,94	$p < 0,01$	99,34 ± 1,46	$< 0,01$
60		16,52 ± 2,64	$p < 0,01$	99,34 ± 1,40	$< 0,01$

- Ảnh hưởng trên tần số hô hấp: Theo kết quả ở bảng này chúng ta thấy tần số thở của bệnh nhân hầu hết là tăng ở các thời điểm so với trước gây tê. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Nguyễn Anh Tuấn thấy tần số thở trước và sau GTTS khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) và Nguyễn Tiến Dũng thấy sau GTTS tần số thở không giảm mà lại còn tăng. Nhịp thở chậm nhất chúng tôi quan sát được là 13 lần, động viên bệnh nhân thở là tần số thở lại về bình thường. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có tần số thở dưới 10 lần / phút phải bóp bóng hỗ trợ.

- Ảnh hưởng trên SpO<sub>2</sub> (%): Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấy độ bão hòa oxy trong mao mạch ngoại vi không giảm mà còn tăng so với trước thời điểm GTTS và chạy an toàn.

**5. Đánh giá trên tiêu thụ thuốc và dịch truyền trong 2 nhóm:** Về việc thêm lidocain trung bình là 298,19 ± 165,06mg, có bệnh nhân không phải dùng vì thời gian phẫu thuật ngắn, nhiều nhất là thêm 3 lần lidocain. Có 3 bệnh nhân phải cho thêm lidocain NMC sau 20 phút rạch da vì bệnh nhân đau, có PRST >3. Sau khi bệnh nhân yên tĩnh và vẫn tiếp tục phẫu thuật.

Sử dụng ephedrine trung bình là 18,43 ± 10,60mg. Có 11 bệnh nhân không phải dùng, có bệnh nhân dùng nhiều nhất là 40mg. Sử dụng ephedrin của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Nguyễn Trung Kính là 16,67 ± 6,45mg trong gây tê tùy sống để mổ chỉnh hình hai chi dưới,

Sử dụng atropin của chúng tôi trung bình là 0,18 ± 10,06mg. Có 1 trường hợp dùng tới 0,75mg thì mạch từ 51 mới lên được bình thường.

Sử dụng dịch truyền tinh thể: Quan sát sử dụng dịch truyền tinh thể trong quá trình phẫu thuật thấy dịch tiêu thụ trung bình là 776,77 ± 303,66ml. Nhiều nhất là 1500ml. Dịch keo là dung dịch gelofusin trung bình 836,36 ± 307,87ml, cao nhất là 2000ml. Trường hợp truyền nhiều dịch keo này là trường hợp bệnh nhân có huyết áp động mạch tụt nhiều và thời gian phẫu thuật kéo dài. Lượng dịch truyền tinh thể của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu của Nguyễn quốc Khánh là 1402 ± 346ml. Tuy nhiên trong nghiên cứu này của tác giả lại không truyền dịch keo. Trong khi đó chúng tôi lại truyền dịch keo, nếu tổng hợp lại hai loại dịch này thì tổng lượng dịch truyền của chúng tôi không cao hơn mấy. Sử dụng dịch keo đảm bảo cho khối lượng tuần hoàn ổn định hơn, đỡ thoát dịch ra gian bào hơn.

**6. Các tác dụng không mong muốn** của phương pháp vô cảm này chủ yếu là nôn và buồn nôn trong mổ. Tuy nhiên cũng chỉ thoáng qua, không cần điều trị gì vẫn có thể tiếp tục phẫu thuật. Không có trường hợp nào suy hô hấp hoặc ngừng thở phải bóp bóng hỗ trợ. Không có trường hợp nào ngừng tim phải cấp cứu.

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Tác dụng vô cảm:** Thời gian xuất hiện ƯCCG ở các mức: T12 là 2,40 ± 0,68 phút. T10

là  $3,68 \pm 1,08$  phút. T6 là  $5,51 \pm 1,16$  phút. Thời gian trung bình T4 là  $7,73 \pm 1,74$  phút.

- Thời gian kéo dài UCCG đau mức T4 là  $39,62 \pm 6,97$  phút. Thời gian kéo dài UCCG đau mức T6 là  $86,16 \pm 15,29$  phút. Thời gian kéo dài UCCG đau mức T10 là  $115,54 \pm 15,75$  phút

- Thời gian khởi phát liệt vận động ở M1 là  $2,91 \pm 0,69$  phút, M2 là  $4,04 \pm 0,81$  phút, M3 là  $5,47 \pm 1,01$  phút

**2. Ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp** là thấp, không có trường hợp nào ngừng tim, suy hô hấp phải can thiệp tích cực.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aldrete JA. (1996), "Torrieri and combined spinal-epidural technique", *Regional Anesthesia*, 21, pp. 599-600.

2. B Fredman, E Zohar, U Rislick, O Sheffer, R Jedeikin. Intrathecal anaesthesia for the elderly patient: the influence of the induction position on perioperative haemodynamic stability and patient comfort. Volume 29, Issue 4.

3. Berardi G., Ferrero E., Fadde M., et al. (2010), "Combined spinal and epidural anesthesia for open abdominal aortic aneurysm surgery in vigil patients with severe chronic obstructive pulmonary disease ineligible for endovascular aneurysm repair. Analysis of results and description of the technique", *Int. Angiol*, Jun, 29(3), pp. 278-83.

4. B Fredman, E Zohar, U Rislick, et al. Intrathecal anaesthesia for the elderly patient: the influence of the induction position on perioperative haemodynamic stability and patient comfort. Volume 29, Issue 4.

## SỰ LIÊN QUAN CỦA BỆNH QUANH RĂNG VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

Lê Long Nghĩa\*, Nguyễn Thị Thu Vân\*

### TÓM TẮT

Bệnh quanh răng có liên quan đến vệ sinh, thực hành chăm sóc răng miệng cá nhân cũng như mức sống, mức độ hiểu biết. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với bệnh vùng quanh răng ở người cao tuổi thành phố Cần Thơ. **Đối tượng:** Những người có độ tuổi từ 60 trở lên tại thời điểm điều tra. Có hộ khẩu thường trú tại thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** tỷ lệ có bệnh quanh răng ở nam giới (72,9%) cao hơn nữ giới (67,8%). Tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng giảm. Những người có tiền sử bệnh khớp cũng có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2 lần những đối tượng không có tiền sử bệnh khớp. **Kết luận:** Bệnh quanh răng có liên quan với giới, tuổi và một số bệnh toàn thân

**Từ khóa:** bệnh quanh răng, người cao tuổi

### SUMMARY

#### THE INVOLVEMENT OF PERIODONTAL DISEASE WITH SOME FACTORS OF THE ELDERLY IN CAN THO CITY

Periodontal disease is related to hygiene, personal oral hygiene practices as well as living standards and levels of understanding. **Aim:** Determined the relationship between some factors and periodontal disease in the elderly in Can Tho city. **Subjects:** People aged 60 and over at the time of the survey and have permanent residence in Can Tho city. **Results:** The incidence of periodontal disease in men (72.9%) was higher than that of females (67.8%). Increasing age decreased the incidence of disease. People with a history of arthritis had about twice the incidence of periodontal disease as those without a history of arthritis. **Conclusion:** Periodontal disease was associated with gender, age and some systemic diseases.

**Key words:** periodontal disease, elderly people

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, trong những năm gần đây do chất lượng cuộc sống người dân dần được nâng cao, tuổi thọ trung bình của người dân và số lượng người cao tuổi tăng nhanh trong cộng đồng. Vấn đề già hóa dân số gắn liền với chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cần phải được quan tâm đúng mức. Trong đó công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi của ngành Răng Hàm Mặt nói riêng là một nhiệm vụ rất quan trọng. Mặc dù có nhiều nỗ lực trong phòng

chống và nâng cao sức khỏe răng miệng, bệnh quanh răng hiện vẫn có xu hướng gia tăng ở mọi lứa tuổi trong đó có người cao tuổi. Số người trên 45 tuổi có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh chỉ chiếm có 5% [5]. Người cao tuổi với những thay đổi do lão hóa trên mô nha chu và tổ chức cứng của răng, kèm theo thói quen vệ sinh răng miệng chưa thích hợp càng làm tăng tỷ lệ mắc bệnh quanh răng. Mức độ bệnh quanh răng trên các cá thể người cao tuổi không giống nhau do có sự liên quan với nhiều yếu tố. Các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam chưa chỉ ra sự liên quan giữa bệnh quanh răng với các yếu tố giới, sinh hoạt và lối sống, vì vậy chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu: « Sự liên quan của bệnh quanh răng với một số yếu tố của người cao tuổi » với mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với bệnh vùng quanh răng ở người cao tuổi thành phố Cần Thơ.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những người có độ tuổi từ 60 trở lên tại thời điểm điều tra. Có hộ khẩu thường trú tại thành phố Cần Thơ. Có đủ năng lực trí tuệ và thể chất để trả lời phỏng vấn và phối hợp trong lúc khám. Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những người từ 60 tuổi trở lên tại thời điểm điều tra nhưng không trả lời được phỏng vấn, đang mắc bệnh toàn thân cấp tính hoặc có rối loạn tâm thần tại thời điểm điều tra. Những người đến sinh sống tạm thời trong thời gian ngắn ở địa bàn điều tra (cư trú trong thời gian ngắn dưới 6 tháng). Những người không hợp tác để khám hoặc phỏng vấn điều tra.

**Địa điểm lấy số liệu:** 30 xã (phường) được chọn ngẫu nhiên ở thành phố Cần Thơ.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2016.

#### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang (kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính).

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu trong nghiên cứu này được tính theo công thức dựa trên hướng dẫn của WHO cho mẫu nghiên cứu ước tính một tỷ lệ tuyệt đối. Cỡ mẫu là 1350 người.

**Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên

\*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa

Email: nghia.lelong@gmail.com

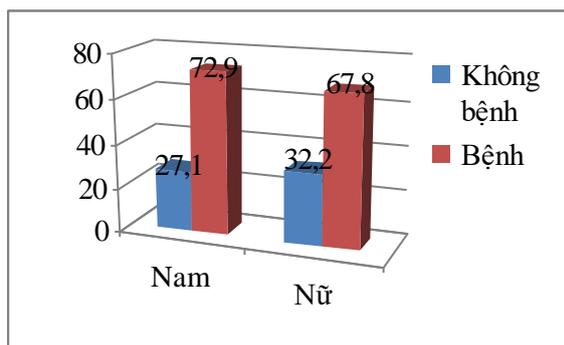
Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2017

Ngày duyệt bài: 18.12.2017

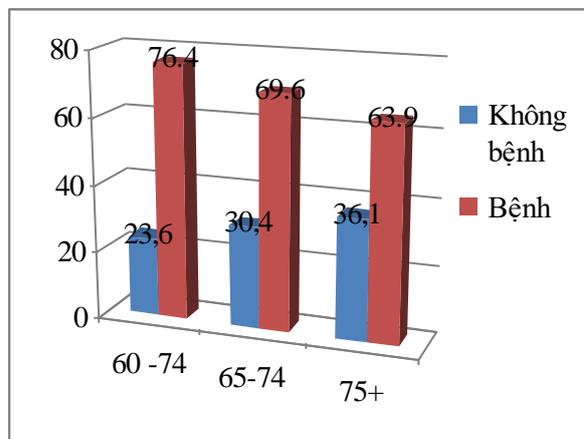
cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu khi đối tượng hoàn toàn tự nguyện. Mọi thông tin thu nhập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác.

### III. KẾT QUẢ



**Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ bị bệnh theo giới tính**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ có bệnh quanh răng ở nam giới (72,9%) cao hơn nữ giới (67,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 2: Phân bố tỷ lệ bị bệnh theo nhóm tuổi**

Về độ tuổi, tỷ lệ bị bệnh quanh răng cao nhất ở nhóm 60-64 tuổi là 76,4%, tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng giảm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 1: Liên quan giữa bệnh quanh răng với các yếu tố kinh tế xã hội**

Yếu tố kinh tế xã hội	Không BQR		Có BQR		OR (95%CI)	P	
	n	%	n	%			
Nghề nghiệp	Nông dân	173	29,8	408	70,2	1	.
	Công nhân	21	22,6	72	77,4	1,45(0,87-2,44)	0,16
	Viên chức	31	22,7	102	77,3	1,44(0,92-2,24)	0,11
	Khác	182	33,5	362	66,5	0,84(0,66-1,09)	0,19
Trình độ học vấn	Không biết chữ	83	30,3	191	69,7	1	.
	Tiểu học	237	31,3	520	86,7	0,95(0,71-1,29)	0,76
	Trung học	13	19,7	180	80,3	0,72(0,74-1,56)	0,72
	TC/CD/ĐH	73	17,1	53	82,9	0,84(0,66-1,09)	0,09
Điều kiện kinh tế	Đủ	302	31,5	656	68,5	1	.
	Phải vay	83	27,9	225	73,1	1,24(0,94-1,66)	0,13
	Tích lũy	21	25,0	63	75,0	1,38(0,83-2,31)	0,22

Test khi bình phương. (TC/CD/ĐH: trung cấp, cao đẳng, đại học)

Về nghề nghiệp tỷ lệ bệnh cao nhất ở nhóm công nhân (77,4%). Mặc dù vậy, những sự khác biệt này không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh tăng khi trình độ học vấn tăng lên, sự khác biệt này không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh của nhóm còn để tiết kiệm cao nhất, thấp nhất là nhóm vừa đủ chi tiêu, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2: Liên quan giữa bệnh quanh răng với các bệnh toàn thân kèm theo**

Tiền sử	BQR	Không BQR (n=406)		Có BQR (n=944)		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Tim mạch	Không	220	29,0	538	71,0	1	
	Có	186	31,4	406	68,6	0,89 (0,71-1,13)	0,34
Đái đường	Không	351	29,5	838	70,5	1	
	Có	55	34,2	106	65,8	0,81 (0,57-1,14)	0,23
Thận	Không	400	30,7	905	69,4	1	
	Có	6	13,3	39	86,7	2,87 (1,21-6,84)	0,02*
Phổi	Không	395	30,4	906	69,6	1	
	Có	11	22,5	38	77,6	1,51 (0,76-2,98)	0,24

<b>Khớp</b>	<b>Không</b>	364	32,2	767	67,8	1	
	<b>Có</b>	42	19,2	177	80,8	2 (1,40-2,86)	<0,01*
<b>Cấy ghép</b>	<b>Không</b>	404	30,1	939	69,9	1	
	<b>Có</b>	2	28,6	5	71,4	1,08 (0,21-5,57)	0,93

*Test khi bình phương*

\**sự khác biệt có ý nghĩa thống kê*  $p < 0,05$ : Đối tượng có tiền sử mắc các bệnh về thận có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2,87 lần các đối tượng không có tiền sử mắc. Những đối tượng có tiền sử bệnh khớp cũng có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2 lần những đối tượng không có tiền sử bệnh khớp. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bị bệnh ở nam cao hơn ở nữ 72,9% so với 67,8%, và khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ , cho thấy giới nữ có nguy cơ bị bệnh thấp hơn so với nam nếu chỉ xét ảnh hưởng của yếu tố giới.

Biểu đồ 2 về tuổi thì nhóm tuổi càng cao thì tỷ lệ bị bệnh quanh răng càng giảm hơn, ở nhóm 75+ thấp hơn hẳn là 64%, nhóm 75+có nguy cơ mắc bệnh thấp hơn nhóm 60 – 64, sự khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Kết quả này có khác biệt với nhận định trong các nghiên cứu khác ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Có thể lý giải do tỷ lệ mất răng ở và răng bị loại khi khám tại Cần Thơ là rất cao và tỷ lệ này tăng theo tuổi dẫn đến tỷ lệ bệnh quanh răng giảm theo độ tuổi.

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng có xu hướng tăng theo trình độ học vấn, cao nhất ở đối tượng từ trung cấp trở lên 80,3%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Có thể lý giải do kiến thức tăng làm tăng ý thức chăm sóc răng miệng, làm tăng số răng và số vùng lục phân hiện hữu trong miệng người cao tuổi dẫn tới tăng khả năng bị bệnh ở nhóm bệnh nhân này. Ở nhóm người cao tuổi có trình độ học vấn thấp hơn làm mất răng nhiều hơn và giảm số vùng lục phân dẫn tới giảm tỷ lệ mắc bệnh.

Kết quả cũng cho thấy về đặc điểm nghề nghiệp, đối tượng làm công nhân, cán bộ có nguy cơ mắc bệnh quanh răng cao hơn so với đối tượng là nông dân, tuy nhiên mỗi liên quan không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ .

Bảng 1 cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở thành thị thấp hơn ở nông thôn, đối tượng càng nghèo tỷ lệ mắc bệnh quanh răng càng cao, mỗi liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Ở điều kiện nước ta có thể giải thích do những người kinh tế kém thường cho rằng bệnh ở vùng răng miệng là không quan trọng lắm. Họ cũng ít có điều kiện khám chữa bệnh, thường chỉ quan tâm bệnh tật khi đã có những ảnh hưởng nặng đến toàn thân hoặc gây nhiều đau đớn khó chịu. Các nghiên cứu trên thế

giới nhiều nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa thu nhập và bệnh, ở nhóm có thu nhập thấp thường có tỷ lệ bệnh quanh răng cao hơn, do chi phí điều trị ở các nước là đắt đỏ.

Đối tượng có tiền sử mắc các bệnh về thận có nguy cơ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2,87 lần (95%CI: (1,21-6,84)) so với nhóm không có tiền sử bệnh này, những đối tượng có bệnh về khớp có nguy cơ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2 lần so với nhóm không có tiền sử (95%CI: 1,40-2,86), mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Nhiều nghiên cứu trên thế giới nhận thấy rằng có sự liên quan giữa những nhóm bệnh này với bệnh quanh răng khi bệnh kèm theo ở trạng thái không được kiểm soát. Bartold và CS cũng cho rằng viêm khớp nặng cũng có thể làm giảm chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và mất xương ổ răng có liên quan đến viêm khớp hay nghiên cứu tại Nhật Bản thấy có sự liên quan giữa loãng xương là bệnh quanh răng. Shultis và cộng sự cũng có nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa bệnh thận và bệnh vùng quanh răng.

Chưa thấy có mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe về tim mạch, đài tháo đường, phổi, cấy ghép với nguy cơ mắc bệnh quanh răng.

**V. KẾT LUẬN**

Bệnh có liên quan với giới, tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới nhiều hơn nữ giới, tuổi càng cao tỷ lệ bệnh càng giảm. Không có mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế với bệnh quanh răng. Đối tượng có tiền sử mắc các bệnh về thận có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2,87 lần các đối tượng không có tiền sử mắc. Những đối tượng có tiền sử bệnh khớp cũng có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao gấp 2 lần những đối tượng không có tiền sử bệnh khớp. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trinh Đình Hải** và cộng sự (2001). *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 75 – 81.

2. **Krustrup U, Erik Petersen (2006)**, Periodontal conditions in 35- 44 and 65 -74 year old adults in Denmark. *Acta odontol scand*, 64(2).
3. **The National health and Nutrition Examination survey (NHANES)**, collage 1999 -2004. <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/GumDisease/PeriodontaldiseaseSeniors65over.htm>
4. **Gina Thornton Evans et al (2013)**, *Periodontitis Among Adults Aged ≥30 Years — United States, 2009–2010*, CDC Health Disparities and Inequalities report, United States 2013, 129.
5. **Bartold PM, Marshall RI et al (2005)**, Periodontitis and rheumatoid arthritis: a review. *J Periodontol*; 76 (supplement 11) 2066-74.
6. **Yoshihara et al (2004)**. A longitudinal study of the relationship between periodontal disease and bone mineral density in community dwelling older adults. *Acticle in Journal of clinical periodontology* 9,(31), 680 – 684.
7. **Shultis, Wendy A., et al**. Effect of periodontitis on overt nephropathy and end-stage renal disease in type 2 diabetes. *Diabetes care* 30.2 (2007): 306-311.

## ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN CỦA BỆNH NHÂN PHONG TẠI BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU VĂN MÔN VÀ BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU TRUNG ƯƠNG QUỲNH LẬP

Ninh Thị Nhung\*, Phạm Thị Dung\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm khẩu phần của bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong Da liễu Văn môn và bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân phong đang điều trị tại 2 bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Mức tiêu thụ lương thực thực phẩm chủ yếu của bệnh nhân phong là gạo và rau, nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ của bệnh viện (BV) Văn Môn tiêu thụ gạo là 311,8g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 293,3g/ngày; Năng lượng khẩu phần ở BV Quỳnh Lập là 1693±227,3 Kcal/người/ngày cao hơn BV Văn Môn là 1387±191,2 Kcal/người/ngày

**Từ khóa:** Bệnh phong, Khẩu phần.

### SUMMARY

#### FOOD INTAKE OF LEPROSY PATIENTS AT VAN MON LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL AND QUYNH LAP NATIONAL LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL

**Objective:** Describe the ration characteristics of leprosy patients at Van Mon leprosy dermatology hospital and Quynh Lap national leprosy dermatology hospital. **Subject:** Leprosy patients are treated in two hospitals. **Method:** The epidemiological method described by cross-sectional investigation. **Results:** The main foodstuffs of leprosy patients are rice and vegetables; Group of leprosy patients with mild disability of Van Mon leprosy dermatology Hospital consuming 311.8g/day of rice and group of leprosy patients with severe disability is 293.3g/day; Dietary energy in Quynh Lap national leprosy dermatology Hospital was

1693±227.3 Kcal/ person/day higher than Van Mon Hospital is 1387 ± 191.2 Kcal/ person/day.

**Keywords:** Leprosy; food intake.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mãn tính gây bệnh ở da và thần kinh ngoại biên, do trực khuẩn *Mycobacterium leprae* gây nên. Hoàn cảnh kinh tế - xã hội được coi là một yếu tố quyết định lớn, nhưng không chắc chắn tồn tại liên quan đến mối quan hệ giữa bệnh phong và nghèo đói. Bên cạnh đó về mặt xã hội hiện nay vẫn còn có tình trạng cô lập, phân biệt đối xử với những bệnh nhân này khiến tình trạng điều trị bệnh và chế độ được chăm sóc của các bệnh nhân còn rất hạn chế. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phong nhằm hỗ trợ trong điều trị bệnh tốt hơn.

Trên thế giới cũng như Việt Nam chúng ta đã có rất nhiều những cuộc điều tra dinh dưỡng và cho thấy tỷ lệ được đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng trong bệnh viện và dinh dưỡng trực tiếp điều trị vẫn còn thấp. Hiện nay, mặc dù có nhiều tiến bộ hơn về các kiến thức y học, nhưng những nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân phong thì chưa có nhiều tác giả đi sâu nghiên cứu cùng với đánh giá về chất lượng dinh dưỡng tại bệnh viện phong.

Bệnh viện Phong Da liễu Văn môn và bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập là 2 bệnh viện chuyên khoa điều trị bệnh phong cho những người mắc bệnh phong các tỉnh khu vực Bắc bộ. Đặc điểm khẩu phần của bệnh nhân phong chưa được nghiên cứu nào đánh giá. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm khẩu phần của bệnh nhân phong tại bệnh viện phong tỉnh Thái Bình và tỉnh Nghệ An.*

\*Trường Đại học Y Dược Thái Bình,  
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Nhung  
Email: nhungntytb@yahoo.com  
Ngày nhận bài: 2.11.2017  
Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017  
Ngày duyệt bài: 20.12.2017

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phong Da liễu Văn môn và bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân phong đang điều trị tại 2 bệnh viện.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 3/2013 –6/2013

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

a/ Cỡ mẫu

$$n = Z^2 (1-\alpha/2) \frac{S^2}{\Delta^2}$$

Vậy n= 86 bệnh nhân/bệnh viện x2 bệnh viện =172 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi đã điều tra khẩu phần 180 bệnh nhân.

b/ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện lấy 2 bệnh viện để nghiên cứu là Bệnh viện Phong Da liễu Văn môn và bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập.

Lập danh sách toàn bộ bệnh nhân phong đang điều trị nội trú tại 2 bệnh viện được chọn vào nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn chọn đối tượng và tiêu chuẩn loại trừ. Tại mỗi bệnh viện bốc thăm ngẫu nhiên 400 bệnh nhân nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng.

Sau đó chia thành 2 nhóm: Nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ và nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng. Tại mỗi nhóm bốc thăm ngẫu nhiên cho đủ số bệnh nhân để điều tra khẩu phần theo cỡ mẫu đã tính.

**2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu**

+ Điều tra tập tính dinh dưỡng và tần suất thức ăn.

Xác định tần số tiêu thụ thực phẩm trong tuần qua, tháng qua, năm qua theo phương pháp thường quy của Viện Dinh Dưỡng (FFQ:Food-Frequency-Questionnaire). Phòng vấn trực tiếp đối tượng theo bảng kiểm đã chuẩn bị sẵn với danh mục các thực phẩm phổ biến tại Thái Bình và Nghệ An.

Các thực phẩm sử dụng ở mức thường xuyên là: Sử dụng ở mức hàng ngày hoặc 4-7 lần/tuần.

Các thực phẩm sử dụng ở mức không thường xuyên là: Sử dụng ở mức 1-3 lần/tuần hoặc đôi khi, thỉnh thoảng mới sử dụng.

+ Kỹ thuật hỏi ghi khẩu phần 24 giờ

Các bước trong quá trình hỏi ghi khẩu phần bao gồm: Đối tượng nhanh chóng nhớ lại các thực phẩm và đồ uống đã dùng trong 24 giờ nhắc lại trong 3 ngày không liên tiếp (Trừ những ngày liên hoan).

Người phỏng vấn hỏi về thực phẩm có thể bị quên. Sử dụng danh mục các loại thực phẩm.

Hỏi về thời gian, địa điểm ăn, cách chế biến, mô tả chi tiết thành phần của món ăn, trọng lượng các loại thực phẩm.

+ Sử dụng bộ câu hỏi bán cấu trúc được thiết kế sẵn phỏng vấn trực tiếp các đối tượng.

**2.4. Các phương pháp hạn chế sai số:**

Cán bộ tham gia nghiên cứu là những cán bộ đã có kinh nghiệm trong điều trị, phỏng vấn, đã được tập huấn thống nhất kỹ thuật điều tra. Chọn mẫu nghiên cứu đúng tiêu chuẩn. Dụng cụ khám bệnh và trang thiết bị được chuẩn hóa.

**2.5. Xử lý số liệu:** Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm EPI DATA. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 13.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1: Mức tiêu thụ lương thực, thực phẩm (g/người/ngày) của bệnh nhân phong**

Nhãm LTTP	Mức tiêu thụ (g/người/ngày)			
	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập	
	BN tàn tật nhẹ (n= 45) X ±SD	BN tàn tật nặng (n=45) X ±SD	BN tàn tật nhẹ (n=45) X ±SD	BN tàn tật nặng (n=45) X ±SD
Gạo	311,8 ± 38,1	293,3 ± 50,5	377,6 ± 42,7	283,3 ± 55,7
LT khác	68,3 ± 43,2	17,5 ± 10,7	38,0 ± 27,1	46,6 ± 36,1
Đậu phụ	40,0 ± 23,1	31,5 ± 18,6	45,5 ± 20,4	40,6 ± 31,5
Dầu mỡ	13,3 ± 3,9	5,5 ± 3,7	10,4 ± 2,9	4,8 ± 3,2
Rau	199,8 ± 70,5	182,4 ± 33,6	167,4 ± 59,6	166,0 ± 51,6
Quả chín	30,7 ± 36,5	4,0 ± 12,6	42,4 ± 36,5	10,6 ± 8,7
Thịt	41,7 ± 26,0	13,5 ± 8,4	57,2 ± 42,8	30,1 ± 42,4
Cá, thủy sản	35,6 ± 21,8	13,3 ± 10,6	26,7 ± 23,9	10,0 ± 14,4
Trứng	7,2 ± 4,5	6,8 ± 5,7	25,2 ± 18,7	25,0 ± 20,3
Sữa	0,0	0,0	5,1 ± 1,5	4,5 ± 0,8

Kết quả bảng 3.1 cho thấy mức tiêu thụ chủ yếu của bệnh nhân là gạo, nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ của BV Văn Môn tiêu thụ gạo là 311,8g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 293,3g/ngày, mức tiêu thụ gạo của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Quỳnh Lập là 377,6g/ngày cũng cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 283,3g/ngày. Mức tiêu thụ đậu phụ, dầu mỡ, rau, quả chín, thịt, cá, thủy sản của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ đều cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng. Bệnh nhân dùng sữa rất ít, không có bệnh nhân ở BV Văn Môn dùng sữa.

**Bảng 3.2: Giá trị trung bình năng lượng khẩu phần (Kcal/ngày) của bệnh nhân phong theo phân loại bệnh nhân tại 2 bệnh viện**

Bệnh viện	Nhóm bệnh	BN tàn tật nhẹ (n= 45) $\bar{X} \pm SD$	BN tàn tật nặng (n=45) $\bar{X} \pm SD$	Chung (n= 90) $\bar{X} \pm SD$	P
Văn Môn		1506 $\pm$ 173,3	1268 $\pm$ 125,8	1387 $\pm$ 191,2	<0,01
Quỳnh Lập		1873 $\pm$ 178,9	1512 $\pm$ 64,8	1693 $\pm$ 227,3	<0,01
Chung		1690 $\pm$ 254,7	1390 $\pm$ 158,8	1540 $\pm$ 258,4	<0,01
So sánh 2 bệnh viện		<0,01	<0,01	<0,01	

Năng lượng khẩu phần của bệnh nhân phong tại 2 bệnh viện là 1540Kcal/ngày trong đó nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 1690Kcal/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 1390Kcal/ngày sự khác biệt với  $p < 0,01$ . Ở cả hai BV thì năng lượng khẩu phần của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ đều cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng với  $p < 0,01$ . Năng lượng khẩu phần của bệnh nhân ở BV Quỳnh Lập đều cao hơn BV Văn Môn ở cả 2 nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ và bệnh nhân phong tàn tật nặng với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.3: Giá trị trung bình protein khẩu phần (g/ngày) của bệnh nhân phong theo phân loại bệnh nhân tại 2 bệnh viện**

Bệnh viện	Nhóm bệnh	Bệnh nhân tàn tật nhẹ (n= 45) $\bar{X} \pm SD$	Bệnh nhân tàn tật nặng (n=45) $\bar{X} \pm SD$	Chung(n= 90) $\bar{X} \pm SD$	p
Văn Môn		49,1 $\pm$ 9,0	35,2 $\pm$ 5,9	42,1 $\pm$ 10,3	<0,01
Quỳnh Lập		62,6 $\pm$ 18,4	49,1 $\pm$ 10,5	55,8 $\pm$ 15,9	<0,01
Chung		55,8 $\pm$ 15,6	42,2 $\pm$ 10,7	49,0 $\pm$ 14,9	<0,01
So sánh 2 bệnh viện		<0,01	<0,01	<0,01	

Giá trị Protein khẩu phần của bệnh nhân phong là 49,9g/ngày, trong đó nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 55,8g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 42,2g/ngày có sự khác biệt với  $p < 0,01$ . Protein khẩu phần của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Quỳnh Lập là 62,6g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Văn Môn là 49,1g/ngày với  $p < 0,01$ . Protein khẩu phần của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng của BV Quỳnh Lập là 49,1g/ngày cũng cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng BV Văn Môn là 35,2g/ngày với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.4: Giá trị trung bình Lipid khẩu phần (g/ngày) của bệnh nhân phong theo phân loại bệnh nhân tại 2 bệnh viện**

Bệnh viện	Nhóm bệnh	BN tàn tật nhẹ (n= 45) $\bar{X} \pm SD$	BN tàn tật nặng (n=45) $\bar{X} \pm SD$	Chung (n= 90) $\bar{X} \pm SD$	P
Văn Môn		19,3 $\pm$ 10,4	14,8 $\pm$ 10,9	17,1 $\pm$ 10,6	<0,05
Quỳnh Lập		29,6 $\pm$ 8,7	29,1 $\pm$ 13,7	29,3 $\pm$ 11,1	>0,05
Chung		24,5 $\pm$ 10,7	21,9 $\pm$ 14,1	23,2 $\pm$ 12,4	>0,05

Giá trị Lipid trung bình trong khẩu phần của bệnh nhân là 23,2g/ngày ở nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ đều cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng ở cả 2 BV và ở BV Văn Môn Lipid khẩu phần của nhóm phong tàn tật nhẹ cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5: Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng khẩu phần của bệnh nhân phong theo phân loại bệnh nhân**

Các chất sinh năng lượng	BN tàn tật nhẹ (n= 90)	BN tàn tật nặng (n= 90)	P
Năng lượng khẩu phần (Kcal)	1690 $\pm$ 254,7	1390 $\pm$ 158,8	<0,01
Protein (%)	13,3 $\pm$ 3,1	12,0 $\pm$ 2,1	>0,05
Lipid (%)	12,8 $\pm$ 5,5	13,7 $\pm$ 8,0	>0,05
Carbohydrate (%)	73,9 $\pm$ 5,7	73,3 $\pm$ 9,3	>0,05

Cơ cấu năng lượng khẩu phần P:L:G không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân tại hai BV (13,3:12,8:73,9 và 12,0:13,7:73,3).

**Bảng 3.6: Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng khẩu phần của đối tượng theo bệnh viện**

Các chất sinh năng lượng	BV Văn Môn(n= 90)	BV Quỳnh Lập(n= 90 )	p
Năng lượng khẩu phần (Kcal)	1387 ± 191,2	1693 ± 227,3	<0,01
Protein (%)	12,2 ± 2,5	13,1 ± 2,9	>0,05
Lipid (%)	10,7 ± 6,4	15,6 ± 6,0	<0,05
Carbohydrate (%)	77,0 ± 6,9	71,2 ± 7,3	<0,05

Protein khẩu phần của bệnh nhân phong tại BV Văn Môn chiếm 12,2% thấp hơn ở BV Quỳnh Lập là 13,1% không có sự khác biệt với  $p>0,05$ . Lipid khẩu phần tại BV Quỳnh Lập là 15,6% cao hơn BV Văn Môn là 10,7%,  $p<0,05$ . % Carbohydrate khẩu phần có sự khác biệt giữa hai bệnh viện (77% so với 71,2%).

**Bảng 3.7: Hàm lượng một số chất khoáng trong khẩu phần bệnh nhân phong tại 2 bệnh viện**

Các chất khoáng	BV Văn Môn (n=90)	BV Quỳnh lập (n=90)	Chung (n= 180)	p
Canxi (mg)	284,6 ± 177,9	336,8 ± 169,4	310,6 ± 172,9	<0,05
Phospho (mg)	489,7 ± 119,3	634,9 ± 182,6	562,3 ± 168,8	<0,05
Sắt (mg)	7,4 ± 1,8	9,8 ± 4,3	8,6 ± 3,5	<0,05
Kẽm (mg)	5,5 ± 0,9	6,9 ± 1,8	6,2 ± 1,6	<0,05

Hàm lượng Canxi khẩu phần là 310,6 mg/ngày, Phospho là 562,3 mg/ngày, hàm lượng sắt là 8,6mg/ngày, hàm lượng kẽm là 6,2 mg/ngày. Hàm lượng Canxi, Phospho, sắt, kẽm trong khẩu phần của bệnh nhân tại BV Quỳnh Lập đều cao hơn tại BV Văn Môn có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .

**Bảng 3.8: Hàm lượng một số vitamin trong khẩu phần bệnh nhân phong tại 2 bệnh viện**

Các vitamin	BV Văn Môn(n= 90)	BV Quỳnh Lập(n=90)	Chung(n=180)	p
Retinol (µg)	36,1 ± 26,6	179,1 ± 100,4	107,5 ± 97,9	<0,01
Caroten	2690,7 ± 592,3	2419,8 ± 454,7	2555,2 ± 523,4	>0,05
Vitamin B1	0,54 ± 0,16	0,88 ± 0,36	0,71 ± 0,3	<0,01
Vitamin B2	0,28 ± 0,08	0,46 ± 0,22	0,37 ± 0,19	<0,01
Vitamin PP	7,0 ± 1,4	9,0 ± 2,6	8,0 ± 2,3	<0,01
Vitamin C(mg)	58,9 ± 40,5	48,4 ± 18,1	52,6 ± 34,1	>0,05

Hàm lượng Retinol khẩu phần của bệnh nhân là 107,5µg/ngày, Vitamin B1 là 0,71 mg/ngày, Vitamin B2 là 0,37mg/ngày, Vitamin PP là 8mg/ngày ở khẩu phần của bệnh nhân tại BV Quỳnh Lập đều cao hơn ở BV Văn Môn có ý nghĩa thống kê với  $p<0,01$ . Hàm lượng caroten là 2555,1µg/ngày, và hàm lượng Vitamin C là 52,6 mg/ngày ở BV Quỳnh Lập lại thấp hơn BV Văn Môn, tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu về thói quen ăn uống của người dân Việt Nam đã chỉ ra rằng gạo vẫn là thực phẩm chủ yếu cung cấp năng lượng trong bữa ăn, chiếm tới 83% tổng số năng lượng khẩu phần. Gạo cũng là nguồn chính cung cấp protein, tới 70% trong tổng số protein khẩu phần. Việc tiêu thụ thực phẩm giàu protein động vật và chất béo đặc biệt thấp. Trong những năm gần đây, lượng gạo tiêu thụ trung bình giảm, các loại lương thực khác (bánh mì, bột mì) có tăng nhưng lượng khoai củ giảm đi nhiều. Lượng gạo giảm là điều bình thường nhưng cần chú ý vai trò khoai củ trong chế độ dinh dưỡng hợp lý nhất là để giảm bớt nguy cơ thừa cân ở các đối tượng có nguy cơ [5].

Các loại khoai củ: Là nhóm thực phẩm quan trọng trong khẩu phần ăn của dân ta so với năm 1985, tiêu thụ bình quân theo đầu người rất cao (68,2g), cùng với thời gian và sự phát triển của

đất nước, khẩu phần ăn của người dân cũng thay đổi theo, mức tiêu thụ gạo, ngũ cốc và các loại khoai củ đang từ chỗ là thực phẩm chủ yếu trong khẩu phần ăn bắt đầu giảm xuống và thay thế vào là các nhóm thực phẩm khác giàu giá trị dinh dưỡng tăng lên. Đến năm 1990 mức tiêu thụ khoai là 37,6g/người/ngày và gần đây nhất theo tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000 mức tiêu thụ loại thực phẩm này chỉ còn 8,9g/người/ngày [3]. So sánh với tổng điều tra dinh dưỡng 2000, bình quân mức tiêu thụ khoai củ của sinh viên là 20,8g/người/ngày [4],[6].

Kết quả bảng 3.1 cho thấy mức tiêu thụ chủ yếu của bệnh nhân là gạo, nhóm bệnh nhân bình thường của BV Văn Môn tiêu thụ gạo là 311,8g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân nặng là 293,3g/ngày, mức tiêu thụ gạo của nhóm bệnh nhân bình thường tại BV Quỳnh lập là 377,6g/ngày cũng cao hơn nhóm bệnh nhân nặng là 283,3g/ngày.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Phạm Thị Thanh Nhân tiến hành nghiên cứu trên 6 xã của huyện Đông Anh năm 2005 mức tiêu thụ gạo là 340,8g [7] và so với nghiên cứu gần đây nhất là cuộc điều tra thực trạng dinh dưỡng của người dân Việt Nam năm 2010 do Lê Thị Hợp tiến hành, cho thấy lượng gạo tiêu thụ là 373g/người/ngày [2].

Tìm hiểu về mức tiêu thụ rau và các loại quả chín: Theo khuyến nghị của WHO mỗi người cần trên 400g/người/ngày, Tại Việt Nam thực hiện "10 lời khuyên dinh dưỡng cho người Việt Nam giai đoạn 2001 – 2005" khuyến khích nên ăn trên 300g rau/người/ngày [1]. Kết quả nghiên cứu bằng 3.1 cho thấy: Mức tiêu thụ rau bình quân là xấp xỉ 200g/người/ngày. Mức tiêu thụ này cao hơn so với tổng điều tra toàn quốc năm 2000: tổng lượng rau (rau ăn thân, lá, hoa và ăn củ, quả) là (147,02g/người/ngày và năm 2010 (190g/người/ngày).

Như vậy mức tiêu thụ rau của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi so với tiêu chuẩn là chưa đủ. Sở dĩ có kết quả trên có lẽ là do: đối với bệnh nhân phong do mức độ tàn tật của bệnh nên bệnh nhân rất hạn chế về vận động đặc biệt là những bệnh nhân tàn tật nặng họ hoàn toàn mất khả năng lao động họ không có việc làm, không có thu nhập, không gia đình, người thân. Cuộc sống của họ chủ yếu nhờ vào sự giúp đỡ của cán bộ y tế hàng ngày từ ăn, ở, tắm giặt, sinh hoạt, chăm sóc, vệ sinh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng cho đến tận khi họ qua đời phải đưa ra nghĩa địa xây cất mồ mả.

Như vậy qua nghiên cứu cho thấy mức tiêu thụ gạo và lương thực khác; cá và hải sản của bệnh nhân ở 2 bệnh viện phong thấp hơn mức tiêu thụ trung bình toàn quốc năm 2000.

Trong nghiên cứu này tại bảng 3.2 cho thấy: Năng lượng khẩu phần là 1540Kcal/ngày của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 1690Kcal/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 1390Kcal/ngày với  $p < 0,01$ . Ở cả hai bệnh viện thì năng lượng khẩu phần của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ đều cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng với  $p < 0,01$ . Năng lượng khẩu phần ở bệnh viện Quỳnh Lập đều cao hơn bệnh viện Văn Môn ở cả 2 nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ và bệnh nhân phong tàn tật nặng với  $p < 0,01$ . So với mức năng lượng khuyến nghị thì đây là điều đáng báo động.

Tìm hiểu về giá trị protein khẩu phần của bệnh nhân kết quả bảng 3.3 cho thấy: Protein khẩu phần là 49,9g/ngày, của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 55,8g/ngày cao hơn nhóm

bệnh nhân phong tàn tật nặng là 42,2g/ngày có sự khác biệt với  $p < 0,05$  ở cả 2 BV. Protein khẩu phần của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Quỳnh Lập là 62,6g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Văn Môn là 49,1g/ngày với  $p < 0,01$ . Protein khẩu phần của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng của BV Quỳnh Lập là 49,1g/ngày cũng cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng BV Văn Môn là 35,2g/ngày với  $p < 0,01$ . So với lượng protein trung bình trong khẩu phần của người dân năm 2000 (61,95g) là thấp hơn.

Hàm lượng Calci khẩu phần là 310,6 mg/ngày, Phospho là 562,3 mg/ngày, hàm lượng Sắt là 8,6 mg/ngày, hàm lượng kẽm là 6,2 mg/ngày. Hàm lượng Calci, Phospho, Sắt, kẽm trong khẩu phần của bệnh nhân tại BV Quỳnh Lập đều cao hơn tại BV Văn Môn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Hàm lượng Retinol khẩu phần của bệnh nhân là 107,5µg/ngày, Vitamin B1 là 0,71 mg/ngày, Vitamin B2 là 0,37mg/ngày, Vitamin PP là 8mg/ngày ở khẩu phần của bệnh nhân tại BV Quỳnh Lập đều cao hơn ở BV Văn Môn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Hàm lượng caroten là 2555,1µg/ngày, và hàm lượng Vitamin C là 52,6 mg/ngày ở BV Quỳnh Lập lại thấp hơn BV Văn Môn, tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

Do đặc điểm của bệnh nhân phong nên khẩu phần ăn nên phải giàu vitamin A và caroten để bảo vệ biểu mô và tăng tuổi thọ cho mắt. Tuy nhiên lượng vitamin trong khẩu phần của bệnh nhân còn thấp,

Xét về tính cân đối giữa các chất dinh dưỡng trong khẩu phần kết quả bảng 3.6 cho thấy: Năng lượng khẩu phần của bệnh nhân tại BV Quỳnh Lập là 1693 Kcal/ngày cao hơn ở BV Văn Môn là 1387Kcal/ngày, có sự khác biệt với  $p < 0,01$ . Protein khẩu phần tại BV Văn Môn chiếm 12,2% thấp hơn ở BV Quỳnh Lập là 13,1% không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Lipid khẩu phần tại BV Quỳnh Lập là 15,6% cao hơn BV Văn Môn là 10,7%,  $p < 0,05$ . % Carbohydrate khẩu phần có sự khác biệt giữa hai bệnh viện (77% so với 71,2%). Xét về tỷ lệ các chất sinh năng lượng cũng cho thấy: Tỷ lệ % năng lượng do protein cung cấp là xấp xỉ 12,2% thấp hơn nghiên cứu của Thanh Nhân (14,3%) và tỷ lệ năng lượng do Lipid cung cấp từ 15% thấp hơn ở nghiên cứu của Thanh Nhân (24,2%) cũng như của Lê Thị Hợp (17,6%). Như vậy khẩu phần ăn này đã đạt yêu cầu về tỷ lệ năng lượng đóng góp do protein và glucid theo nhu cầu khuyến nghị (Protein: 12 – 14% và Glucid: 61 – 67%) [2],[7].

**V. KẾT LUẬN**

- Mức tiêu thụ lương thực thực phẩm chủ yếu của bệnh nhân phong là gạo và rau, nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ của BV Văn Môn tiêu thụ gạo là 311,8g/ngày cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 293,3g/ngày, mức tiêu thụ gạo của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Quỳnh Lập là 377,6g/ngày cũng cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 283,3g/ngày.

- Năng lượng khẩu phần ở BV Quỳnh Lập là 1693±227,3 Kcal/người/ngày cao hơn BV Văn Môn là 1387±191,2 Kcal/người/ngày sự khác biệt với  $p < 0,01$ . Năng lượng do protid: Lipid: Glucid cung cấp là 12,2%: 10,7%: 77% (bệnh viện Văn Môn) và 13,1%: 15,6%: 71,2% (bệnh viện Quỳnh Lập).

**KHUYẾN NGHỊ**

1. Cần tăng kinh phí nuôi dưỡng cho người bệnh đảm bảo mức tối thiểu 20.000 đồng/ngày nhằm đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng từng bước cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân phong.

2. Nâng cấp cơ sở vật chất đáp ứng các hoạt

động chăm sóc bệnh nhân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Deborah Dean (2010)**, "Vòng luẩn quẩn của suy dinh dưỡng và các bệnh nhiễm trùng, một thách thức toàn cầu" *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 6(3+4), tr. 8-9
2. **Lê Thị Hợp, Lê Danh Tuyên (2012)**, "Mấy vấn đề dinh dưỡng hiện nay và chiến lược dinh dưỡng dự phòng", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 8(1), tr. 1-8.
3. **Hà Huy Khôi (2001)**, *Dinh dưỡng trong thời kỳ chuyển tiếp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Hà Huy Khôi, Từ Giây (2009)**, *Dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe*, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Lê Bạch Mai, Hà Huy Khôi (2007)**, "Xu hướng diễn biến về tiêu thụ thực phẩm trong bữa ăn của người Việt Nam 1985-2005", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 3(2+3), tr. 36-43.
6. **Lê Bạch Mai, Hà Huy Khôi, Nguyễn Công Khanh (2007)**, "Xu hướng tiêu thụ thực phẩm trong bữa ăn của người Việt Nam giai đoạn 1985-2000", *Tạp chí Y học Việt Nam*, (335), tr. 149-155
7. **Phạm Thị Thanh Nhân, Phạm Duy Tường (2006)**, "Biến đổi khẩu phần ăn hộ gia đình sau 6 năm 1999-2005 tại 6 xã huyện Đông Anh, Hà Nội", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 2(3+4), tr. 81-84.

## ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA SINH VIÊN LỚP ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA 4 TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG, THÁNG 10 NĂM 2015

Lê Văn Thêm\*, Đoàn Thị Thanh Hồng\* và CS

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu.** Đánh giá thực trạng kiến thức về sức khỏe sinh sản của sinh viên lớp Điều dưỡng Sản phụ khoa 4 tại trường Đại học Kỹ Thuật Y Tế Hải Dương, tháng 10 năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 41 sinh viên lớp Sản phụ khoa 4 đang học. **Kết quả:** Kiến thức đúng về các nguy hiểm của nạo phá thai là 80,5% và nơi nạo phá thai an toàn 100%. Số lần quan hệ tình dục không dùng biện pháp tránh thai 82,9%, thời điểm dễ có thai 75,6%. Kiến thức về các dấu hiệu và cách phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục (lần lượt là 80,5%; 92,7%). Kiến thức về đường lây, cách phòng tránh HIV/AIDS (lần lượt là 87,8%; 75,6%).

**SUMMARY**

### EVALUATION OF THE REPRODUCTIVE HEALTH KNOWLEDGE OF OBSTETRICS AND

*\*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

### GYNECOLOGY NURSING STUDENTS 4<sup>TH</sup>- COURSE AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY IN OCTOBER 2015

**Purpose:** To evaluate the knowledge status of reproductive health of Obstetrics and Gynecology nursing students 4<sup>th</sup>-course at Hai Duong medical technical university in October 2015. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performs on 41 Obstetrics and Gynecology nursing students 4<sup>th</sup>-course. **Results:** The right knowledge about the dangers of abortion is 80.5% and the abortion safe place is 100%. The number of unprotected relationships is 82.9%, the time of easy pregnancy is 75, 6%. The knowledge about signs and prevention of sexually transmitted diseases is 80.5% and 92.7%, respectively. The knowledge of transmission routes, prevention of HIV/ AIDS is 87,8% and 75.6%, respectively.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trong những năm gần đây, kinh tế - xã hội Việt Nam có những bước phát triển mới, vấn đề sức khỏe cũng có những đặc điểm riêng, nhiều loại bệnh tật của mô hình cũ như suy dinh dưỡng, nhiễm khuẩn vẫn tồn tại nhưng mô hình

bệnh tật mới đã xuất hiện và gia tăng một số bệnh rất nguy hiểm LTQĐTD và HIV/AIDS [1]. Với lối sống hiện nay, quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân ở lứa tuổi VTN tăng, tình trạng nạo phá thai tăng, hiện tượng lạm dụng tình dục trong sinh viên (SV) cũng có xu hướng tăng cao. Những vấn đề này đe dọa trực tiếp đến SKSS của VTN [2]. Với SV năm nhất ĐH ở độ tuổi 18 vẫn đang ở giai đoạn cuối cùng của lứa tuổi VTN, thường thích thử sức mình, thích tự khẳng định mình và mới bắt đầu thoát ly sự kiểm soát của bố mẹ. Do vậy đôi khi cũng dễ có những hành vi, ứng xử lệch chuẩn hoặc vi phạm pháp luật bởi sự lôi kéo của bạn bè. Đây cũng là lứa tuổi đang phát triển và hình thành nhân cách, nhiều yếu tố tâm lý chưa được hình thành vững chắc. SV nữ lại là nhóm đối tượng SV yếu thế, các em mới bắt đầu cuộc sống tự lập, xa nhà, làm quen với môi trường học tập mới nên tâm lý tình cảm vẫn chưa ổn định. Thời kỳ này có nhiều biến động về tâm lý và sinh lý. Cơ thể của các SV nữ trong độ tuổi này thường bắt đầu chú ý đến việc hoàn thiện mình, chăm sóc thân thể, sắc đẹp, đời sống tình cảm cũng phong phú hơn nên về mặt sinh lý, cơ thể các em cũng tăng cường sản xuất các hormone sinh dục nên có sự phát triển các cảm xúc về sinh lý giới tính, tình bạn khác giới trở nên có ý nghĩa quan trọng và mang một sắc thái riêng biệt [2]. Mục tiêu của chăm sóc SKSS là cung cấp thông tin giúp các em hiểu rõ về giới tính, sinh lý sinh dục, sinh lý sinh sản, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh bộ phận sinh dục. Cung cấp thông tin và những hiểu biết về sinh lý thụ thai để giúp TN phòng tránh có thai ngoài ý muốn, phòng các bệnh LTQĐTD, nguy cơ dẫn đến vô sinh, tuyên truyền thực hiện tình yêu lành mạnh, tình dục an toàn và có trách nhiệm. Kiến thức của các em về các bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS cũng rất hạn chế như về thời điểm để có thai trong chu kỳ kinh nguyệt, các biện pháp tránh thai. Hầu hết các em không biết biện pháp tính vòng kinh và xuất tinh ngoài âm đạo. Mặc dù là một nội dung quan trọng nhưng chăm sóc SKSS của đối tượng SV mới chỉ được đề cập trong một vài năm gần đây [2]. Nhằm đánh giá thực trạng kiến thức về SKSS của SV Hải Dương nói chung và của SV nữ tại trường Đại học Kỹ Thuật y tế Hải Dương (ĐHKTYTHD) nói riêng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau: *Đánh giá thực trạng kiến thức về sức khỏe sinh sản của sinh viên lớp Điều dưỡng Sản phụ khoa 4 tại trường Đại học Kỹ Thuật Y Tế Hải Dương, tháng 10 năm 2015.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 41 sinh viên lớp điều dưỡng sản phụ khoa 4 tại trường ĐHKTYTHD đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**2.2.2. Xử lý số liệu:** Số liệu thu được nhập và xử lý trên phần mềm Excel 2007. Số liệu được tính tần số, tỷ lệ % và được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm liên quan đến sinh viên

**Bảng 3.1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số sinh viên	Tỷ lệ (%)
Tôn giáo	Không	38	92,7
	Có	3	7,3
Môi trường sống	Sống cùng gia đình	5	12,2
	Tro ngoài/ ký túc	36	87,8

**Nhận xét:** Đa số sinh viên không theo tôn giáo chiếm tới 92,7%. Tỷ lệ sinh viên trọ ngoài và ký túc là 87,8%

**Bảng 3.2. Đặc điểm học vấn của bố mẹ sinh viên**

Đặc điểm		Số người	Tỷ lệ (%)
Học vấn của bố	Cấp 1	2	4,9
	Cấp 2	16	39
	Cấp 3	17	41,5
	Đại học/Cao đẳng/ Trung cấp	6	14,6
Học vấn của mẹ	Cấp 1	4	9,8
	Cấp 2	19	46,3
	Cấp 3	14	34,1
	Đại học/Cao đẳng/ Trung cấp	4	9,8

**Nhận xét:** Đa số bố mẹ sinh viên có học vấn cấp 2 và cấp 3: Học vấn của bố: cấp 2 và cấp 3 lần lượt là 39% và 41,5%. Học vấn của mẹ: cấp 2 và cấp 3 lần lượt là 46,3 và 34,1%

**Bảng 3.3. Đặc điểm hôn nhân và kinh tế của bố mẹ sinh viên**

Đặc điểm		Số người	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng nhau	36	87,8
	Ly hôn, ly thân, bố/mẹ mất	5	12,2
Kinh tế gia đình	Nghèo	2	4,9
	Trung bình	30	73,2
	Khá/giàu có	9	21,9

**Nhận xét:** Đa số bố mẹ của sinh viên sống cùng nhau chiếm 87,8%. Theo đánh giá của SV, kinh tế gia đình thuộc loại trung bình là 73,2%, khá giàu là 21,9% và nghèo chiếm tỷ lệ 4,9%.

**3.2. Kiến thức của sinh viên về sức khỏe sinh sản**

**Bảng 3.4. Kiến thức về các nội dung sức khỏe sinh sản, tuổi dậy thì, nạo phá thai và biện pháp tránh thai**

Kiến thức		Số sinh viên	Tỷ lệ (%)
Các nội dung về sức khỏe sinh sản	Đúng	15	36,6
	Sai	26	63,4
Các nguy hiểm của nạo phá thai	Đúng	33	80,5
	Sai	8	19,5
Nơi nạo phá thai	Đúng	41	100
	Sai	0	0

**Nhận xét:** Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về các nội dung của SKSS thấp chỉ 36,6%. Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về các nguy hiểm của nạo phá thai cao là 80,5%. Tất cả các sinh viên đều hiểu biết đúng về nơi nạo phá thai an toàn.

**Bảng 3.5. Kiến thức đúng về khả năng có thai trong quan hệ tình dục**

Kiến thức		Số sinh viên	Tỷ lệ (%)
Có thể mang thai trong lần QHTD đầu tiên	Đúng	34	82,9
	Sai	7	17,1
Không thể mang thai nếu QHTD khi chưa có kinh lần đầu	Đúng	31	75,6
	Sai	10	24,4
Số lần QHTD không dùng BPTT có khả năng có thai	Đúng	39	95,1
	Sai	2	4,9
Thời điểm dễ có thai nhất	Đúng	9	22
	Sai	32	78

**Nhận xét:** Tỷ lệ sinh viên cho rằng có thể mang thai trong lần QHTD đầu tiên chiếm tỷ lệ cao là 82,9%. Tỷ lệ sinh viên chưa biết rằng không thể mang thai nếu QHTD khi chưa có kinh lần đầu chiếm tỷ lệ cao là 24,4%. Có tới 95,1% sinh viên hiểu biết đúng về số lần QHTD không dùng BPTT có khả năng có thai. Tỷ lệ sinh viên biết về thời điểm dễ có thai nhất là 22%.

**Bảng 3.6. Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS**

Kiến thức		Số sinh viên	Tỷ lệ (%)
Các dấu hiệu của bệnh lây truyền qua đường tình dục	Đúng	33	80,5
	Sai	8	19,5
Phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục	Đúng	38	92,7
	Sai	3	7,3
Các đường lây truyền của	Đúng	36	87,8
	Sai	5	12,2

HIV/AIDS			
Cách phòng tránh HIV/AIDS	Đúng	31	75,6
	Sai	10	24,4

**Nhận xét:** Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về các dấu hiệu của bệnh LTQĐTD và cách phòng tránh bệnh LTQĐTD chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 80,5% và 92,7%. Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về các đường lây truyền của HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao 87,8%. Tỷ lệ sinh viên chưa có kiến thức về cách phòng tránh HIV/AIDS cao là 24,4%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm liên quan đến đối tượng nghiên cứu**

**4.1.1. Về tôn giáo:** Tôn giáo là một trong những yếu tố góp phần ảnh hưởng đến quan điểm quan hệ tình dục ở giới trẻ hiện nay. Có một số nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ quan hệ tình dục trước hôn của những người theo thiên chúa giáo thấp hơn so với những người không theo tôn giáo nào. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng đa số sinh viên lớp Điều dưỡng Sản phụ 4 đều không theo tôn giáo (92,7%). Những người không theo tôn giáo nào thường có suy nghĩ thoáng hơn về quan hệ tình dục hiện nay. Do đó đây có thể là một yếu tố làm tăng tỷ lệ quan hệ tình dục ở thanh niên hiện nay.

**4.1.2. Về môi trường sống.** Hiện nay, đa số sinh viên đều phải sống xa đình, phải sống tự lập, thay đổi hoàn cảnh sống, thiếu sự quản lý của gia đình, kinh nghiệm sống còn ít... là những yếu tố thuận lợi làm tăng tỷ lệ quan hệ tình dục ở thanh niên hiện nay. Nghiên cứu của chúng tôi có 87,8% sinh viên phải sống xa gia đình. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của Hoàng Thị Tâm (2003), tác giả thấy rằng đa số sinh viên sống xa đình (91%) và tỷ lệ sinh viên nữ quan hệ tình dục trong nhóm sống xa đình cao hơn nhóm sống cùng gia đình (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê)

**4.1.3. Về gia đình của đối tượng nghiên cứu:** Trình độ học vấn của bố mẹ SV tương đối cao. Học vấn bố hầu hết là từ THPT trở lên chiếm 56,1%. Trình độ học vấn mẹ từ THPT trở lên là 43,9%, không có bố/mẹ không biết đọc, không biết viết. Học vấn của bố mẹ cũng phản ánh phần nào đến cách dạy bảo con cái. Bố mẹ có học vấn cao, có kiến thức xã hội tốt sẽ giúp con cái của họ hiểu rõ hơn về sức khỏe sinh sản, từ đó giúp con cái của họ có cái nhìn đúng đắn hơn về sức khỏe sinh sản. Đa số bố mẹ của sinh viên sống cùng nhau chiếm 87,8%. Theo đánh giá của sinh viên, kinh tế gia đình thuộc loại trung bình là 73,2%, khá giàu là 21,9% và

nghèo chiếm tỷ lệ 4,9%. Gia đình là cái gốc của con cái, gia đình bố mẹ có hòa thuận, kinh tế có ổn định thì con cái của họ mới được chăm sóc tốt nhất về đời học vật chất và tình cảm. Là một yếu tố góp phần ảnh hưởng đến kiến thức về sức khỏe sinh sản.

#### **4.2. Kiến thức của sinh viên về sức khỏe sinh sản**

**4.2.1. Hiểu biết về có thai:** Kết quả nghiên cứu về sự hiểu biết của sinh viên về nguyên nhân và thời điểm có thai cho thấy có 82,9% sinh viên hiểu đúng về việc có thể mang thai trong lần QHTD đầu tiên, nhưng chỉ có 32% hiểu biết đúng về thời điểm có thai, có tới 68% SV không biết ở thời điểm nào nếu có QHTD để có thai nhất. Kết quả nghiên cứu về thời điểm dễ thụ thai của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế [2] có 27,8% trả lời đúng thời điểm dễ có thai và cũng thấp hơn trong báo cáo điều tra ban đầu chương trình RHIYA Việt Nam có 29,3% thanh niên trong vùng can thiệp trả lời đúng được câu hỏi: "Giai đoạn nào trong chu kỳ kinh nguyệt người phụ nữ rất dễ có thai nếu có quan hệ tình dục". Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong những năm gần đây công tác tuyên truyền, tư vấn về SKSS được quan tâm, sự hiểu biết của học sinh về SKSS đã được nâng lên so với những nghiên cứu trước đây. Mặt khác có thể do trước đây hiểu rằng thời điểm có thai phải đúng giữa chu kỳ kinh nguyệt hoặc thời điểm trước và sau khi phóng noãn 1 tuần nên việc đánh giá học sinh hiểu biết về vấn đề này chưa được chính xác. Bởi về mặt lý thuyết hiểu như vậy là đúng nhưng chỉ đúng với người có vòng kinh đều hàng tháng, không có sự thay đổi lớn về sinh lý khi QHTD [1], [4]. Trong thực tế những trường hợp khi cơ thể có hưng phấn cao, nhất là lứa tuổi VTN thì tỷ lệ có thai rất cao khi có QHTD. Vấn đề này cần được quan tâm tuyên truyền rộng rãi cho lứa tuổi VTN bởi lứa tuổi này hiện nay chưa thực sự hiểu rõ về thời điểm có thai khi có QHTD. Cần đặc biệt quan trọng hơn là các bạn nữ không biết nguyên nhân và thời điểm có thai sẽ vô cùng khó khăn trong việc phòng tránh thai, do vậy thực tiễn trong xã hội hiện nay tỷ lệ VTN có thai và phải nạo phá thai chiếm tỷ lệ khá lớn hằng năm.

**4.2.2. Hiểu biết về nạo phá thai.** Về sự hiểu biết của các em với nguy hiểm của việc nạo phá thai, kết quả cho thấy có 80,5% sinh viên có hiểu biết tốt về các nguy hiểm của việc nạo phá thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của Đặng Quỳnh Hoa nghiên cứu tại Hà Tây [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi cho thấy 100% SV có hiểu biết tốt về nơi nạo phá thai an toàn. Do đối tượng trong nghiên cứu này là điều dưỡng Sản phụ khoa nên về tất cả cá bạn đều biết nơi nạo phá thai an toàn.

**4.2.3. Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS:** Vấn đề hiểu biết các bệnh LTQĐTD và đường lây truyền HIV là nội dung được tìm hiểu trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả nghiên cứu cho thấy có 80,5% SV có kiến thức tốt về dấu hiệu của các bệnh LTQĐTD, và có tới 92,7% SV có hiểu biết tốt về phòng tránh các bệnh LTQĐTD. Về đường lây truyền HIV có 87,2% SV được nghiên cứu có hiểu biết đúng về các đường lây truyền của HIV, mặc dù còn tỉ lệ nhỏ chưa nhận biết đúng về các đường lây truyền. Tỉ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Sở Y tế Quảng Nam [7]. Xu hướng hiện nay thanh niên dậy thì sớm hơn, mặt khác nhiều tác động có tính kích dục trên nhiều luồng thông tin nên vấn đề QHTD trước hôn nhân có chiều hướng gia tăng hơn trước đây. Vì vậy cần giáo dục cho SV hiểu rõ về tình dục an toàn và lành mạnh; lành mạnh là trong giới hạn của tình yêu và hôn nhân, an toàn là không bị mắc bệnh LTQĐTD và không có thai ngoài ý muốn. Việc hiểu biết về các BPTT và nơi cung cấp phương tiện tránh thai là một trong những yếu tố tác động đến tình dục an toàn. Tình dục an toàn và lành mạnh có liên quan đến việc phòng tránh các bệnh LTQĐTD, đó là việc đặt ra cho hai người khi QHTD mà không ảnh hưởng đến sức khỏe, không bị lây truyền bệnh và không có thai ngoài ý muốn. Có thai và lây truyền bệnh trong QHTD không chỉ là mối quan tâm của riêng Việt Nam mà là mối quan tâm của nhiều nước trên thế giới hiện nay. Cần phối hợp đẩy mạnh việc thông tin tuyên truyền sử dụng các BPTT hiện đại, đặc biệt là sử dụng BCS vì BCS vừa có tác dụng tránh thai, vừa có tác dụng phòng chống các bệnh LTQĐTD. Tuy nhiên cần tăng cường tuyên truyền tốt hơn nữa để mọi người hiểu toàn diện hơn về việc sử dụng BCS bởi điều tra quốc gia về VTN và TN Việt Nam đã đánh giá: "mặc dù thanh thiếu niên biết được hiệu quả của BCS nhưng thái độ đối với BCS còn khá tiêu cực, đồng nhất BCS với những quan hệ không đoàng hoàng như mại dâm" [1]

**4.2.4. Kiến thức chung về SKSS của SV.** Mức kiến thức chung về SKSS của sinh viên tương đối cao mong đợi. Chỉ có 24,4% SV chưa có số điểm tốt về kiến thức chung, đa số (75,6%) có kiến thức tốt về SKSS. SV là đối tượng có điều kiện tiếp cận các kênh thông tin. Qua kết quả nghiên cứu này, chứng tỏ hiểu biết về SKSS của học sinh lớp ĐH sản phụ khoa 4 khá cao.

**V. KẾT LUẬN**

- Đa số SV có kiến thức đúng về sức khỏe sinh sản (75,6%). Trong đó:

+ Đa số SV có kiến thức đúng về các nguy hiểm của nạo phá thai và nơi nạo phá thai an toàn (lần lượt là 80,5%; 100%).

+ Đa số SV biết đúng về khả năng mang thai trong quan hệ tình dục: trong lần quan hệ tình dục đầu tiên, khi chưa có kinh lần đầu, số lần quan hệ tình dục không dùng biện pháp tránh thai, thời điểm dễ có thai (lần lượt là 82,9%; 75,6%; 95,1%; 22%).

+ Đa số SV có kiến thức tốt về các dấu hiệu và cách phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục (lần lượt là 80,5%; 92,7%).

+ Đa số SV có kiến thức tốt về đường lây, cách phòng tránh HIV/AIDS (lần lượt là 87,8%; 75,6%).

-Tuy nhiên, SV có kiến thức đúng về các nội dung của sức khỏe sinh sản chưa cao (36,6%).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Mỹ Hồng (1999), *Sức khỏe sinh sản vị thành niên - Khảo sát đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của thanh thiếu niên Hải Phòng với các vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản*, Ủy ban Quốc gia Dân số-kế hoạch hóa gia đình, Hà Nội, tr.8-67.
2. Bộ Y tế - Vụ BVBMTE/KHHGD (1997), "Cách tiếp cận sức khỏe vị thành niên", *Sức khỏe sinh sản vị thành niên*, Chương trình hợp tác Y tế Việt Nam-Thụy Điển, Lĩnh vực BMTE/KHHGD, Hà Nội, tr.7-15.
3. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, UNICEF, WHO (2005), *Điều tra quốc gia về Vị Thành niên và Thanh niên Việt Nam 2003*, Hà Nội, tr.37-47, tr.51-56, tr.58-61.
4. Trần Thị Trung Chiến, Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Thị Thơm (2001), "Sức khỏe sinh sản", *Dẫn số - sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình Việt Nam*, Ủy ban Quốc gia Dân số-kế hoạch hóa gia đình, Hà Nội, tr.52-62.
5. Grand Ducny of Luxembourg, VINAFA, UNFPA (2002), *Bình đẳng giới trong chăm sóc sức khỏe sinh sản và chống bạo lực trong gia đình* tr.42.
6. Trường Đại học Y Dược Huế-Khoa YTCC (2009), *Giáo trình giáo dục sức khỏe*, Huế, tr.79-106.
7. Trường Đại học Y- Dược Huế (2011), *Giáo trình sức khỏe sinh sản*, tr.1, tr.9.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ TRONG THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Trần Phương Đông\*, Trần Lê Minh\*\*

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tác dụng giảm đau, tính an toàn của điện châm kết hợp siêu âm điều trị thoái hóa khớp gối. Kết quả cho thấy sau 20 ngày điều trị, thang điểm VAS giảm là  $-5,1 \pm 1,24$  (điểm) và chỉ số WOMAC đau giảm  $-9,30 \pm 2,02$  (điểm). Điện châm và siêu âm điều trị có tác dụng giảm đau tốt trong điều trị thoái hóa khớp gối. Chưa phát hiện tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.

**Từ khóa:** điện châm, siêu âm điều trị, thoái hóa khớp gối

**SUMMARY**

### EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF RELIEVING PAIN OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH ULTRASOUND THERAPY IN OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE

The study was conducted to evaluate the efficacy and safety of electroacupuncture combined with ultrasound therapy for the treatment of pain for

osteoarthritis of the knee. Results showed that after 20 days of treatment, the VAS score was reduced to  $-5.1 \pm 1.24$  (points) and the WOMAC pain decreased to  $-9.30 \pm 2.02$  (points). Electroacupuncture combined with ultrasound therapy have good pain relief in the treatment of knee osteoarthritis. No undesirable effects of the intervention have been detected.

**Keywords:** electroacupuncture, ultrasound therapy, osteoarthritis of the knee

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoái hóa khớp là một trong những căn bệnh phổ biến nhất của bệnh lý về khớp và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới, đau là lý do chính khiến người bệnh đi khám và điều trị [1]. Tại Mỹ có khoảng 46 triệu người, hay 10 – 12% người trưởng thành mắc bệnh lý thoái hóa khớp có triệu chứng [2]. Khớp gối là khớp lớn chịu sức nặng và hoạt động nhiều, do đó tỷ lệ thoái hóa khớp gối khá cao. Có khoảng 20 – 30% người trên 64 tuổi bị thoái hóa khớp gối. Hiện nay điều trị thoái hóa khớp gối, Y học hiện đại có nhiều phương pháp như nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu – phục hồi chức năng [3]. Y học cổ truyền cũng có các phương pháp như châm cứu, xoa bóp, thuốc đắp ngoài, thuốc thang... [4]. Các phương pháp không dùng thuốc với ưu thế ít tác dụng không mong muốn, ph

\*Bệnh viện Châm cứu Trung Ương

\*\*Bệnh viện đa khoa Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: dongmaitom@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2017

Ngày duyệt bài: 14.12.2017

hợp với tính chất bệnh lý thoái hóa khớp mạn tính, hay tái phát của người lớn tuổi đang ngày càng được quan tâm. Điện châm là phương pháp điều trị không dùng thuốc rất phổ biến và được sử dụng rộng rãi của chuyên ngành Y học cổ truyền. Siêu âm điều trị là một phương pháp nhiệt sâu trong vật lý trị liệu thường được sử dụng trong điều trị thoái hóa khớp gối [5], [6]. Nhằm kết hợp và tận dụng các ưu thế của Y học hiện đại và Y học cổ truyền với mục đích nâng cao hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp siêu âm trong điều trị thoái hóa khớp gối.*
2. *Khảo sát tính an toàn của điện châm kết hợp siêu âm trong điều trị thoái hóa khớp gối.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối, điều trị nội trú tại bệnh viện Châm cứu Trung ương.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (American College of Rheumatology – ACR) (1991); Chỉ chọn bệnh nhân có X-Quang khớp gối giai đoạn 1, 2 theo phân loại của Kellgren và Lawrence.

**Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi nghiên cứu:** Bệnh nhân thoái hóa khớp gối thứ phát; Thoái hóa khớp gối có tràn dịch khớp gối; Nhiễm khuẩn tại khớp hoặc nhiễm khuẩn toàn thân; Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.

### 2. Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyệt: Theo phác đồ điều trị thoái hóa khớp gối của bệnh viện Châm cứu Trung ương: Châm tả các huyệt: Lương khâu, Độc tỵ, Tật nhãn, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Hạc đỉnh; Đối với thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp: châm bổ Thái Khê, Tam âm giao; Đối với thể phong thấp nhiệt: châm tả Khúc trì, Hợp cốc.

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tiến cứu, can thiệp theo dõi dọc có nhóm chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 60 bệnh nhân, chọn theo phương pháp ghép cặp, được phân bổ vào nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng sao cho có sự tương đồng về tuổi, giới và mức độ tổn thương.

Nhóm nghiên cứu (30 bệnh nhân): can thiệp bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị; Nhóm đối chứng (30 bệnh nhân): can thiệp bằng siêu âm điều trị đơn thuần.

Mỗi bệnh nhân được đánh giá 4 lần: Trước

khi tiến hành nghiên cứu ( $D_0$ ); Sau 7 ngày điều trị ( $D_7$ ); Sau 14 ngày điều trị ( $D_{14}$ ); Sau 20 ngày điều trị ( $D_{20}$ ).

**4. Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2017

### 5. Liệu trình điều trị

*\*Nhóm đối chứng:* Tiến hành siêu âm điều trị đơn thuần. Sử dụng đầu điều trị diện tích  $5\text{cm}^2$ , tần số 1KHz, kỹ thuật di động đầu điều trị dịch chuyển theo vòng xoay hoặc ngang dọc trên vùng da điều trị với tốc độ chậm và đầu điều trị luôn tiếp xúc với da qua môi trường gel. Chế độ liên tục, tần số  $0,8\text{ W/cm}^2$ , 8 phút trên 1 khớp, 1 lần/ngày trong 20 ngày.

*\*Nhóm nghiên cứu:* Tiến hành siêu âm điều trị trước, sau đó điện châm. Điện châm 30 phút/lần, ngày 1 lần trong 20 ngày. Điều chỉnh cường độ và tần số cho phù hợp với Bộ pháp: Tần số 1 – 3 Hz, cường độ 1 – 5 microampe; Tả pháp: Tần số 5 – 10 Hz, cường độ 10 – 20 microampe.

### 6. Nội dung nghiên cứu: Chỉ tiêu theo dõi:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, phân bố mức độ tổn thương trên X-Quang.
- Các chỉ tiêu lâm sàng theo dõi trước điều trị  $D_0$  và sau điều trị  $D_7$ ,  $D_{14}$ ,  $D_{20}$ : Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, chỉ số WOMAC đau.
- Tác dụng không mong muốn: vệt châm, chảy máu, mẫn ngứa, nhiễm trùng, bong,...

### 7. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu: sử dụng kim châm cứu tiết trung dùng 1 lần của hãng Nam Hải, kích thước  $0,3 \times 25\text{mm}$ , kim được tiệt trùng; Máy điện châm M8 do Viện Châm Cứu Việt Nam sản xuất. Máy siêu âm điều trị Physioson – Basic do hãng Physiomed- Germany sản xuất.

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

**9. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được nghiên cứu với mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe của bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng y đức của bệnh viện Châm cứu Trung ương thông qua và phê chuẩn. Bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia chương trình nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu, nếu bệnh không đỡ hoặc nặng thêm thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu

## III. KẾT LUẬN

**1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** Sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới và phân bố mức độ tổn thương khớp gối trên X-Quang theo Kellgren và Lawrence giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		Tổng		p <sub>NC-ĐC</sub>
	n	%	n	%	n	%	
Tuổi: ≤ 49	3	10,0	2	6,7	5	8,3	> 0,05
50 – 59	10	33,3	11	36,6	21	35,0	
60 – 69	10	33,3	10	33,3	20	33,3	
≥ 70	7	23,4	7	23,3	14	23,3	
X ± SD	61,57 ± 9,95		63,07 ± 9,44		62,32 ± 9,66		> 0,05
<b>Giới</b>							
Nữ	24	83,3	23	76,7	48	80,0	> 0,05
Nam	5	16,7	7	23,3	12	20,0	
<b>Giai đoạn trên X-Quang</b>							
Giai đoạn 1	2	6,7	3	10,0	5	8,3	
Giai đoạn 2	28	93,3	27	90,0	55	91,7	

**2. Kết quả điều trị**

**Bảng 2. Kết quả điều trị theo VAS của 2 nhóm tại các thời điểm điều trị**

Thời điểm nghiên cứu	Điểm đau trung bình theo VAS (X ± SD)		p <sub>NC-ĐC</sub>	
	Nhóm nghiên cứu (n=30)	Nhóm đối chứng (n=30)		
D <sub>0</sub>	6,70 ± 1,34	6,53 ± 1,20	> 0,05	
D <sub>7</sub>	4,37 ± 1,19	5,23 ± 1,19	> 0,05	
D <sub>14</sub>	2,77 ± 1,10	4,10 ± 1,09	< 0,01	
D <sub>20</sub>	1,60 ± 1,10	3,30 ± 1,09	< 0,01	
p <sub>(20 - 0)</sub>	< 0,01	< 0,01		
Hiệu suất giảm	p <sub>(7 - 0)</sub>	-2,33 ± 0,80	-1,30 ± 0,60	< 0,01
	p <sub>(14 - 0)</sub>	-3,93 ± 1,11	-2,43 ± 0,68	< 0,01
	p <sub>(20 - 0)</sub>	-5,1 ± 1,24	-3,23 ± 1,01	< 0,01
p <sub>(20 - 0)</sub>	< 0,01	< 0,01		

Ở các thời điểm đánh giá sau quá trình điều trị, chỉ số VAS trung bình của cả hai nhóm đều có cải thiện, tuy nhiên nhóm nghiên cứu cải thiện rõ hơn so với nhóm đối chứng với p < 0,01. Sau 20 ngày điều trị (D<sub>20</sub>), hiệu suất giảm của nhóm nghiên cứu theo thang điểm VAS là -5,1 ± 1,24 (điểm) và nhóm đối chứng là -3,23 ± 1,01 (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

**Bảng 3. Kết quả điều trị theo chỉ số WOMAC đau**

Thời điểm nghiên cứu	Điểm WOMAC đau trung bình (X ± SD)		p <sub>1-2</sub>	
	Nhóm NC (n=30)	Nhóm ĐC (n=30)		
D <sub>0</sub>	11,23 ± 2,01	10,43 ± 1,85	> 0,05	
D <sub>7</sub>	7,17 ± 1,84	7,93 ± 1,66	> 0,05	
D <sub>14</sub>	4,23 ± 1,61	5,80 ± 1,85	< 0,01	
D <sub>20</sub>	1,93 ± 1,31	4,27 ± 1,46	< 0,01	
Hiệu suất giảm	p <sub>(7 - 0)</sub>	-4,07 ± 1,20	-2,50 ± 1,31	> 0,05
	p <sub>(14 - 0)</sub>	-7,00 ± 1,89	-4,63 ± 1,25	< 0,01
	p <sub>(20 - 0)</sub>	-9,30 ± 2,02	-6,17 ± 1,58	< 0,01
p <sub>(20 - 0)</sub>	< 0,01	< 0,01		

Trước điều trị, chỉ số WOMAC đau của hai nhóm là như nhau (p > 0,05). Hiệu suất giảm đau sau từng tuần của nhóm NC và của nhóm ĐC là rõ ràng (p < 0,01). Sau 2-3 tuần mức giảm đau của nhóm nghiên cứu hơn hẳn nhóm đối chứng (p < 0,01).

**3. Tác dụng không mong muốn**

Trong 20 ngày điều trị ở 2 nhóm can thiệp, không có bệnh nhân nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn như vệt thâm, chảy máu, tụ máu, mẩn ngứa, nhiễm trùng hay bóng.

**IV. BÀN LUẬN**

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là

61,57 ± 9,95 (tuổi), và nhóm đối chứng là 63,07 ± 9,44 (tuổi). Đặc điểm phân bố về tuổi giữa hai nhóm là tương đồng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Tuổi trung bình của hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,32 ± 9,66 (tuổi), trong đó đa số bệnh nhân ở độ tuổi ≥ 50. Tỷ lệ BN từ 50 tuổi trở lên ở nghiên cứu chiếm đến 90%, còn nhóm đối chứng là 93,3%. Thoái hóa khớp gối có nhiều yếu tố nguy cơ tác động, trong đó lão hóa là yếu tố nguy cơ chính. Theo quy luật tự nhiên, tuổi càng cao thì các tế bào sụn càng già đi, khả

năng tổng hợp collagen và mucopolysaccharid giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn sẽ kém đi, cùng với sự giảm khả năng đàn hồi và chịu lực [7].

Cả hai giới đều có thể bị thoái hóa khớp nói chung và thoái hóa khớp gối nói riêng. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm tỷ lệ trội hơn so với nam giới, và nguy cơ tiến triển của thoái hóa khớp gối cũng lớn hơn. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1/4, với bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ đến 83,3% ở nhóm nghiên cứu và 76,7% ở nhóm đối chứng. Đặc điểm về giới tính giữa hai nhóm là tương đồng với nhau và sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới về thoái hóa khớp gối đều cho thấy nữ giới chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao với nam giới. Nữ giới thường có tỷ lệ mắc và độ nghiêm trọng về thoái hóa khớp gối cao hơn nam giới.

Đặc điểm về mức độ tổn thương khớp gối trên X- Quang được sử dụng rộng rãi nhất cho đến hiện nay vẫn là theo tiêu chuẩn của Kellgren và Lawrence năm 1957, trong đó được phân loại theo 4 giai đoạn. Khoảng 85% dân số trên 65 tuổi có bằng chứng X- Quang về thoái hóa khớp, tuy nhiên, mức độ tổn thương trên X-Quang cũng không hoàn toàn tương ứng với triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thoái hóa khớp gối ở giai đoạn 1 là 8,3%, giai đoạn 2 là 91,7%, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tổn thương khớp gối trên X- Quang giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

Theo kết quả của chúng tôi (bảng 2), chỉ số VAS trung bình trước điều trị của nhóm nghiên cứu là  $6,7 \pm 1,34$  (điểm) và nhóm đối chứng là  $6,53 \pm 1,20$  (điểm) không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). Khi bắt đầu can thiệp điều trị, chỉ số VAS trung bình của cả hai nhóm cải thiện dần theo từng tuần điều trị ( $p < 0,01$ ). Tại thời điểm D<sub>20</sub>, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là  $1,6 \pm 1,1$  (điểm) thấp hơn hẳn so với nhóm đối chứng là  $3,3 \pm 1,09$  (điểm) ( $p < 0,01$ ). Hiệu suất giảm của chỉ số VAS vào từng thời điểm đánh giá là có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,01$ ) giữa hai nhóm bệnh nhân, trong đó nhóm nghiên cứu có hiệu suất giảm ở các thời điểm đều cao hơn so với nhóm đối chứng đặc biệt ở thời điểm sau 20 ngày điều trị, hiệu suất giảm của nhóm nghiên cứu là  $-5,1 \pm 1,24$  (điểm) và nhóm đối chứng là  $-3,23 \pm 1,01$  (điểm) ( $p < 0,01$ ).

Tại thời điểm trước điều trị, chỉ số WOMAC đau của nhóm nghiên cứu là  $11,23 \pm 2,01$

(điểm) và nhóm đối chứng là  $10,43 \pm 1,85$  (điểm), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sau điều trị, chỉ số WOMAC đau của hai nhóm có xu hướng giảm, trong đó nhóm nghiên cứu tại các thời điểm giảm nhanh và mạnh hơn so với nhóm đối chứng, tại thời điểm D<sub>20</sub>, khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,01$ ). Hiệu suất giảm của hai nhóm tại các thời điểm 7 ngày, 14 ngày và 20 ngày điều trị là có ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày, hiệu suất giảm của nhóm nghiên cứu là  $-9,30 \pm 2,02$  (điểm) nhiều hơn so với mức giảm của nhóm đối chứng là  $-6,17 \pm 1,58$  (điểm) ( $p < 0,01$ ).

Trong quá trình tiến hành phương pháp can thiệp điện châm và siêu âm điều trị trên lâm sàng, chúng tôi nhận thấy không xuất hiện bất kỳ tác dụng không mong muốn nào như vụng châm, chảy máu, tụ máu, mất ngủ, nhiễm trùng hay bỏng. Điều này thể hiện được tính an toàn của phương pháp điều trị.

## V. KẾT LUẬN

1. Phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị có tác dụng giảm đau trong điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối:

+ Hiệu suất cải thiện chỉ số VAS trung bình sau 20 ngày điều trị so với trước điều trị là  $-5,1 \pm 1,24$  (điểm).

+ Hiệu suất cải thiện chỉ số WOMAC đau sau 20 ngày so với trước điều trị là  $-9,30 \pm 2,02$  (điểm).

2. Phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị chưa phát hiện tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tuhina Neogi** (2013), The Epidemiology and Impact of Pain in Osteoarthritis, *Osteoarthritis Cartilage*, pp. 1145- 1153, 21(9).
2. **David J. Hunter** (2015), Viscosupplementation for Osteoarthritis of the Knee, *The New England Journal of Medicine*.
3. **Nguyễn Mai Hồng** (2012), Thoái hóa khớp gối, *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Hội thảo khớp học Việt Nam, pp. 185- 191.
4. **Khoa Y học cổ truyền- Trường Đại học Y Hà Nội** (2006), Viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp và đau nhức khớp, *Chuyên đề Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học pp.470-475.
5. **Dương Xuân Đạm** (2004), Điều trị bằng siêu âm, *Vật lý trị liệu đại cương- Nguyên lý và thực hành*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, pp. 164- 186.
6. **Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, and Vũ Thị Bích Hạnh** (2010), *Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, pp. 188- 194.
7. **A. Shane Anderson, Richard F. Loeser** (2010), Why is Osteoarthritis an Age-Related Disease, *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 24(1): 15.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I-III A TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Văn Quảng\*, Nguyễn Xuân Hậu\*, Trịnh Lê Huy\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IA-III A được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 30 BN được chẩn đoán là UTP nguyên phát không phải tế bào nhỏ GD I-III A, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2009 đến 2014. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** tuổi trung bình 57.1; nam/nữ: 2.75/1; tiền sử hút thuốc 43.4%; đau ngực 56.7%; CT: u thùy trên P 43.4, ranh giới không rõ: 83.4%, kích thước từ 3-7cm 63.4%, hạch rốn phổi 76.7%, u xâm lấn lá tạng màng phổi 66.7%; mô bệnh học: tuyến: 60%; giai đoạn: T2 63.3%; N0 76.7%, giai đoạn IB: 46.7%; cắt 1 thùy phổi: 96.7%; thời gian mổ trung bình: 3.4 giờ; máu mất trung bình 150 ml; biến chứng 6.6%; thời gian nằm viện 6 ngày; tỷ lệ tái phát 33.3%; **Kết luận:** phẫu thuật là phương pháp chính điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-III A.

**Từ khóa:** ung thư phổi, giai đoạn, chẩn đoán, điều trị, sống thêm

### SUMMARY

#### SURGICAL RESULTS OF NON SMALL CELL LUNG CANCER WITH STAGE I-III A AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Purposes:** To evaluated of results of treatment of non small cell lung cancer stage I-III A were operated at Hanoi medical university hospital. **Subjects and Methods:** 30 patients diagnosed as primary non-small cell lung cancer I-III A stage, treated surgically at the Hanoi Medical University Hospital from 2009 to 2014. Descriptive retrospective study. **Results:** mean of age 57.1; male / female: 2.75 / 1; smoking history 43.4%; chest pain 56.7%; CT: upper right lobe 43.4 %, irregular boundary 83.4%, tumor size from 3-7 cm 63.4%, lung hilar lymph node 76.7%, pleural membrane invasion 66.7%; Histopathology: Adenocarcinoma 60%; T2 stage 63.3%; N0 stage 76.7%, IB stage: 46.7%; only lobectomy: 96.7%; Average surgery time: 3.4 hours; average blood loss 150 ml; complication 6.6%; hospital stay: 6 day; recurrence rate 33.3%; **Conclusions:** Surgery is the primary treatment for non small-cell lung cancer in stage I-III A.

**Key words:** lung cancer, stage, diagnosis, treatment, survival

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTP đứng hàng đầu trong các loại ung thư

\*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: hxn86@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 15.12.2017

(UT) ở nam giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại UT.UTP có xu hướng tăng nhanh trong nhiều năm trở lại đây ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam[1]. UTP không phải tế bào nhỏ thường gặp (80%), có diễn biến tương đối khu trú tại chỗ, tại vùng. Chỉ định điều trị PT thường được chỉ định đối với GD I-III A. Phẫu thuật UTP tại bệnh viện đại học Y Hà Nội đã được triển khai từ năm 2009. Tuy nhiên, kết quả này phải được đánh giá một cách chính xác và khoa học bằng số liệu cụ thể.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** Gồm 30 BN được chẩn đoán là UTP nguyên phát không phải tế bào nhỏ GD I III A, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2009 đến 2014.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có hồ sơ đầy đủ.
- Có chẩn đoán dựa trên dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và nhất thiết phải có khẳng định về MBH UTPKPTBN.

- Được chẩn đoán GD IA, IB, IIA, IIB và IIIA sau phẫu thuật dựa trên GPB theo phân loại của UICC và AJCC 2010.

- Được điều trị phẫu thuật và có hoặc không có điều trị phối hợp với hóa trị, xạ trị.

- Chưa qua can thiệp ở tuyến trước.

- Không mắc bệnh ung thư khác.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** không phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn

**Phương pháp nghiên cứu:** Là phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Số liệu được xử lý** bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng thuật toán trung bình, giá trị max, min, tần suất, crosstabs tạo bảng hai chiều.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

**Tuổi, giới:** Tuổi trung bình 57.1.

Tỷ lệ Nam/ Nữ là 2.75/1

**Tiền sử:** hút thuốc lá, thuốc lào 43.4%

**Lý do vào viện:** đau ngực 56.7%, ho kéo dài 40%.

#### Đặc điểm u trên CT

#### Bảng 1. Đặc điểm u trên CT

	Số BN	Tỉ lệ %
<b>*Vị trí khối u</b>		
Thùy trên phổi phải	13	43,4
Thùy dưới phổi phải	7	23,3

Thùy trên phổi trái	4	13,3
Thùy dưới phổi trái	6	20,0
U trung tâm	9	30,0
U ngoại vi	21	70,0
<b>*Hình thể u</b>		
U nhẵn, rõ	5	16,7
U bờ nham nhở, có tua, có gai	25	83,4
<b>*Kích thước U</b>		
< 3 cm	4	13,3
3 cm ≤ U ≤ 6 cm	19	63,4
> 6 cm	7	23,3

Vị trí khối u nằm ở phổi phải chiếm tỷ lệ (66,7%), số lượng hạch N1 xác định được qua chẩn đoán CLVT có tỷ lệ 43,3%.

### **Đặc điểm mô bệnh học**

**Bảng 2. Mô bệnh học**

Loại mô bệnh học	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
UTBM tế bào vảy	5	22,7	2	25,0	7	23,3
UTBM tuyến	12	54,5	6	75,0	18	60,0
UTBM tuyến vảy	2	9,0	0	0	2	6,7
UTBM TB lớn	3	13,8	0	0	3	10,0
<b>Tổng số</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 60,0%; sau đó đến UTBM tế bào vảy 23,3%.

**Xếp loại TNM và giai đoạn bệnh:** T2 có tỷ lệ cao nhất 63,3%, hạch N0 tỷ lệ 76,7%, giai đoạn IB chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,7%.

### **Kết quả điều trị**

#### **Điều trị phẫu thuật**

**Bảng 3. Các loại phẫu thuật**

Phân loại PT	Số BN	Tỷ lệ
<b>*Cắt thùy phổi</b>		
Cắt thùy trên phổi phải	12	40,0
Cắt thùy dưới phổi phải	7	23,3
Cắt thùy trên phổi trái	4	13,4
Cắt thùy dưới phổi trái	6	20,0
<b>*Cắt 2 thùy phổi</b>		
Cắt 2 thùy trên và giữa phải	1	3,3
Cắt 2 thùy giữa và dưới phải	0	0

Cắt thùy phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 96,7%.

Thời gian phẫu thuật: 3,4 ± 0,8 giờ

Số lượng máu mất: 150 ± 25 ml

Biến chứng PT: 6,6%

Thời gian nằm viện: 6 ngày

## **IV. BÀN LUẬN**

### **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**Tuổi, giới:** Trong NC của chúng tôi nhận thấy

trước tuổi 39 tỷ lệ mắc ung thư là thấp và không có sự khác nhau 2 giới. Đỉnh cao nhất ở lứa tuổi 50-59 tuổi. Trên tuổi 70 tỷ lệ mắc UT thấp hơn. Độ tuổi trung bình là 57,1 tuổi. Theo Colby và Gatzemeier (1995) tần số mắc UTP hay gặp ở lứa tuổi trên 40 và đỉnh cao nhất từ 50-70 tuổi[2]. Trong NC của chúng tôi số BN hút thuốc lá thuốc lào nhiều năm là 66,7%, số BN hút cả thuốc lá và thuốc lào chiếm tỷ lệ khá cao 43,4%. Tỷ lệ nam giới hút thuốc lá thuốc lào là 86,4% trong khi đó nữ giới là 12,5%. Thời gian hút thuốc lá trên 20 năm là 56,6%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của một số công trình nghiên cứu của các tác giả Việt Nam như Đỗ Kim Quế (1993-2002) là 92%[3].

**Triệu chứng lâm sàng:** Triệu chứng đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 56,7%. Kết quả này có thấp hơn so với các kết quả nghiên cứu khác như Nguyễn Thị Minh Hương (2005) là 86,6% điều này có thể được giải thích là do phần lớn BN của các tác giả trên khối u ở giai đoạn T3 là giai đoạn xâm lấn thành ngực gây đau nhiều hơn trong khi đó NC của chúng tôi chủ yếu khối u ở GD T2 (xâm lấn màng phổi) là 63,3% và T3 là 23,4% do vậy kết quả trên là phù hợp[3].

**Cắt lớp vi tính:** Trong NC này chúng tôi ghi nhận khối u nằm chủ yếu ở phổi phải với tỷ lệ 66,7%. Trong các thùy thì thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,4%. Kết quả NC của chúng tôi là tương đồng với kết quả của Hoàng Trọng Tùng (2006)[4]. NC của chúng tôi bắt gặp tỷ lệ khối u có bờ nham nhở, tua gai là 83,4% trong khi đó NC của Hoàng Trọng Tùng (2006) là 57,14%. Sự khác biệt này có thể được gây nên bởi sự khác biệt về vị trí khối u giữa hai nghiên cứu [5]. Kích thước trung bình của khối u trong NC của chúng tôi là 4,2±2,3cm. phần lớn khối u có kích thước từ 3cm đến 7cm chiếm 63,4%. Tỷ lệ khối u > 7cm chiếm 23,3%. NC của Nguyễn Đại Bình (1999) với 39,7% số BN có u >5cm, của Phan Lê Thăng (1999-2001) và Nguyễn Thị Minh Hương (2005) tỷ lệ u>6cm đều lớn hơn 50%. Đây chính là do khác biệt về cách chọn mẫu, quần thể nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ u T2 cao hơn u T3. Các khối u có kích thước càng nhỏ thì chỉ định PT sẽ càng tốt hơn [6]. NC của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ di căn hạch tại rốn phổi hoặc di căn hạch trung thất là 23,3% trong đó 6,6% có cả di căn hạch rốn phổi và di căn hạch trung thất.

**Mô bệnh học:** Tại Việt Nam các NC về những BN UTP được PT trong những thời gian

gần đây, GD I chiếm tỷ lệ thấp hơn hẳn so với các GD II và GD IIIA. Kết quả Nguyễn Thị Minh Hương (2005) là 62,2%[7].

#### **Điều trị phẫu thuật**

**Phương pháp phẫu thuật:** NC của chúng tôi ghi nhận GD I có tỷ lệ PT cắt thùy phổi là 100%. Các tác giả khác cũng khẳng định GD I là giai đoạn lý tưởng nhất để PT cắt thùy phổi.

#### **Số lượng máu mất trong phẫu thuật, thời gian phẫu thuật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là 105±25ml. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 3,4 giờ. Sutoro công bố thời gian phẫu thuật của mình cho các bệnh nhân ung thư phổi năm 2010 là 2,4 giờ. Tỷ lệ phẫu thuật u chiếm 100%, kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả [7].

**Biến chứng sau PT:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân bị chảy máu sau phẫu thuật vào ngày hậu phẫu thứ nhất. Chưa có bệnh nhân nào bị tràn khí màng phổi kéo dài

**Số ngày nằm viện sau mổ:** Thời gian nằm viện của bệnh nhân mổ phổi không vượt qua 8 ngày.

### **V. KẾT LUẬN**

#### **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.**

- Nhóm tuổi thường gặp ở cả 2 giới là nhóm tuổi từ 50 đến 59 tuổi. Độ tuổi trung bình là 57,1 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2,75/1.

- Tỷ lệ BN hút thuốc lá, thuốc lào là 66,7%, tỷ lệ BN hút thuốc lá trên 20 năm là 56,6%.

- Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện trung bình là 3,06 tháng; 70% BN phát hiện bệnh trước 6 tháng. Đau ngực 36,7% và ho khan kéo dài 30% là triệu chứng hàng đầu khiến BN đi khám.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau ngực 56,7%; ho khan kéo dài 40%; ho có đờm 30%; ho đờm lẫn máu 23,3%; đau nhức xương khớp 10%; ngón tay dùi trống 3,3%.

- Chẩn đoán hình ảnh cho thấy U thùy trên phổi phải cao nhất 43,4%. Tỷ lệ u ngoại vi và u trung tâm tương ứng là (70%: 30%). Kích thước u từ 3cm đến 6cm là cao nhất chiếm 63,4%.

- Chẩn đoán MBH hay gặp nhất là UTBM tuyến 60% sau đến UTBM TB vảy 23,3%, UTBM TB lớn 10%, UTBM tuyến vảy 6,7%. BN uT2 có tỷ lệ cao nhất 63,3%, sau đó là uT3 23,4%, uT1 là 13,3%. Tỷ lệ di căn hạch tại rốn phổi hoặc trung thất là 23,3%.

- GD IB có tỷ lệ cao hơn cả 46,7%, GD IIB là 26,7%, IIIA là 20%. Thấp nhất là giai đoạn IA

và IIA là 3,3%.

#### **Kết quả phẫu thuật BN UTPKPTBN GD I-III A**

- PT UTPKPTBN chủ yếu là cắt thùy phổi chiếm 96,7%, cắt 2 thùy phổi chỉ chiếm 3,3%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 3,4 ± 0,8 giờ

- Số lượng máu mất trung bình là 150 ± 25ml

- Biến chứng sau phẫu thuật ít : 6,6% (3,3% chảy máu vết mổ, 3,3% tràn khí dưới da)

- Thời gian nằm viện trung bình là 6 ± 1,5 ngày.

- Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 6±1,5 ngày.

- Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là 7±1,5 ngày.

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 12-24-36 tháng của tất cả các giai đoạn là: 86%-76%-66%

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 12-24-36 tháng của giai đoạn I, II và IIIA lần lượt là: 93%-86%-80%; 88%-77%-73% và 71% - 50%-33%.

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12-24-36 tháng của tất cả các giai đoạn là: 100%-93%-86,6%

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12-24-36 tháng của giai đoạn I, II và IIIA lần lượt là: 100%-100%-93%; 100%-88%-77% và 100-83% - 50%.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. John G. Armstrong M.D (2000), "Tumors of the lung and mediastinum". Textbook of clinical radiotherapy, Philadelphia p.567- 579.
2. Hoàng Đình Chân và cộng sự (2004), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư phổi tại bệnh viện K", Tạp Chí Y học thực hành, số 489/2004, Hội thảo quốc gia, Bộ Y tế xuất bản, trang 147.
3. Nguyễn Thị Minh Hương (2005), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư phế quản phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn II-III A bằng phẫu thuật phổi hợp xạ trị hậu phẫu". Luận văn Thạc sỹ Y học, Hà Nội.
4. Bùi Chí Việt, Diệp Bảo Tuấn, Phó Đức Mẫn (2003), "Phẫu thuật ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ", Số đặc biệt chuyên đề ung thư bướu, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, trang 256-267.
5. Hoàng Trọng Tùng (2006), "Đánh giá kết quả điều trị đa phương thức ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIB-III A tại bệnh viện K 2001-2006". Luận văn Thạc sỹ Y Học, Hà Nội.
6. Phan Lê Thăng (2002), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ung thư phổi nguyên phát tại bệnh viện K 1991-2001", luận văn Thạc sỹ Y học, Hà Nội.
7. Chí Việt, Diệp Bảo Tuấn, Phó Đức Mẫn (2003), "Phẫu thuật ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ", Số đặc biệt chuyên đề ung thư bướu, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, trang 256-267.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP TĂNG TRIGLYCERIDE MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA PHÚ THỌ

Nguyễn Huy Ngọc\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng triglyceride (TG) là nguyên nhân gây viêm tụy cấp (VTC) thứ 3 sau sỏi mật và nghiện rượu. Điều trị VTC có tăng TG đạt được nhiều tiến bộ từ khi có lọc máu liên tục và thay huyết tương (THT). Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ đã thực hiện thành công kỹ thuật THT cứu sống nhiều bệnh nhân (BN) VTC có tăng TG. **Phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập mô tả, can thiệp trên 28 BN VTC có tăng TG máu mức độ nặng được điều trị theo phác đồ tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 9/2015 đến tháng 09/2016. Có 16 BN được điều trị bằng THT và 21 BN điều trị nội khoa chuẩn. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân điều trị bằng THT giảm TG 68%, cholesterol 57%; Sau THT cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ nhất là nhóm VTC tăng TG không liên quan đến rượu, giảm thang điểm SOFA; Thời gian khỏi bệnh 5 -7 ngày; Cải thiện thất bại (13,6%), tử vong do điều trị muộn, biến chứng suy đa tạng; Biến chứng hay gặp khi PEX: tắc quả lọc 23,2%. Nhóm không PEX: Điều trị hồi sức nội và thuốc hạ TG máu; Tỷ lệ ra viện 20/21 BN; Tỷ lệ chết 1/37 BN thuộc nhóm TG > 11,3 mmol/l. Kết quả điều trị chung: Tỷ lệ BN ra viện: 86,4%; Tỷ lệ BN chuyển viện và tử vong: 13,6%; Nguyên nhân tử vong: Suy đa tạng: 6/6 BN; Nhiễm trùng bệnh viện: 4/6 BN. **Kết luận:** Thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp tăng triglyceride máu có là biện pháp điều trị có hiệu quả.

**Từ khóa:** Viêm tụy cấp, tăng triglyceride, thay huyết tương, Phú Thọ.

### SUMMARY

#### EFFICIENCY OF THERAPEUTIC PLASMA EXCHANGE FOR HYPERTRIGLYCERIDEMIA-INDUCED ACUTE PANCREATITIS AT PHU THO HOSPITAL

**Background:** Hypertriglyceridemia (HTG) is the third most common cause of acute pancreatitis (AP) after alcohol and gallstones. Management of hypertriglyceridemia - associated pancreatitis (HTGP) has been shown to improve progressively since continuous renal replacement therapy (CRRT) and therapeutic plasma exchange (TPE). Phu Tho Provincial hospital has successfully implemented TPE to save many patients HTGP. **Methods:** Cohort study, intervention in 28 HTGP patients at the intensive care unit of Phu Tho hospital from September 2015 to September 2016. There were 16 patients treated with TPE and 21 patients with standard medical. **Results:**

\*Bv Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: Huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 21.12.2017

Patients treated with TPE reduced 68% TG, 57% cholesterol; After TPE improved clinical symptoms, decreased SOFA; length of hospital stay are 5 -7 days. Common complication when TPE: filter filter 23.2%. Overall treatment outcome: 86.4%. Causes of death: multiple organ failure: 6/6patients; hospital infections: 4/6 patients. **Conclusion:** administrate TPE in the treatment of HTGP is an effective.

**Key words:** acute pancreatitis, hypertriglyceridemia, therapeutic plasma exchange, Phu Tho

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật ứng dụng trong y học (siêu âm, CT, chụp cộng hưởng từ, máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học...) đã giúp cho việc chẩn đoán bệnh VTC được dễ dàng hơn, đánh giá mức độ nặng của bệnh tốt hơn, và biết rõ nguyên nhân gây ra bệnh để phục vụ cho công tác tiên lượng và điều trị được tốt hơn. Đồng thời với sự phát triển của khoa học kỹ thuật ứng dụng trong y học, sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của VTC đã rõ ràng tuy bị tổn thương do nhiều cơ chế và hậu quả giải phóng ra các cytokines như IL-1, TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-8..., tăng phản ứng tế bào bạch cầu và các tế bào nội mạc mạch máu và tăng ALOB. Do đó điều trị VTC cũng có nhiều tiến bộ như điều trị nguyên nhân VTC và biện pháp can thiệp điều trị nguyên nhân như nội soi ngược dòng lấy sỏi, các biện pháp điều trị hỗ trợ, các biện pháp về hồi sức: bù dịch trong 48h đầu, CVVH, PEX, lọc máu ngắt quãng...

Viêm tụy cấp ngày càng được tìm hiểu sâu hơn và tìm hiểu rõ hơn về bệnh cảnh lâm sàng, cơ chế của nguyên nhân gây ra. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra VTC, đứng hàng đầu là do sỏi mật và nghiện rượu chiếm khoảng 80%, tiếp sau đó là do tăng TG chiếm 1,3-3,8%. Viêm tụy cấp do tăng TG và là một nguyên nhân thường không được chú ý tới và hay bị bỏ qua trong chẩn đoán, nó chỉ được chú ý tới khi không tìm được các nguyên nhân khác hoặc tình cờ phát hiện (xét nghiệm thấy TG rất cao) hoặc thấy mẫu máu đục như sữa. Cùng với sự phát triển của xã hội, chất lượng cuộc sống ngày càng nâng cao, với chế độ ăn không hợp lý, nguy cơ mắc bệnh viêm tụy cấp do tăng TG nhiều hơn<sup>(3,4,6)</sup>. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp tăng triglyceride máu theo phác đồ tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 9/2015 đến tháng 09/2016.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán VTC tăng TG tại khoa HSTC bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 09/2015 đến tháng 09/2016.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu**

**Chẩn đoán VTC:** Theo khuyến cáo của hội nghị Tiêu hoá Thế giới năm 2006. Tiêu chuẩn là một triệu chứng lâm sàng kèm với ít nhất một trong hai triệu chứng cận lâm sàng (Triệu chứng lâm sàng: cơn đau bụng điển hình; Amylase máu tăng cao > 3 lần so với giá trị bình thường; Chụp cắt lớp vi tính: Chẩn đoán xác định viêm tụy cấp).

Xét nghiệm TG ≥ 5,7mmol/l (500mg/dl)- TG được xét nghiệm 1 lần khi vào viện và xét nghiệm lại sau ăn 12h. VTC được chẩn đoán loại trừ do các nguyên nhân khác: sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương...

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị VTC TG

**Bảng 1. Lượng dịch bù trong ngày đầu**

Lượng dịch	Chung (n= 37)	Nhóm 1 (n= 9)	Nhóm 2 (n= 28)	
			KoPEX (n=12)	PEX (n=16)
Trung bình	5911,6 ± 1654,40	5606,3 ± 1329,83	5511,8 ± 1356,44	6189,8 ± 1842,17
Cao nhất	11800	8500	8500	11800
Thấp nhất	3000	3000	3700	3000
P			p <sub>1-23</sub> > 0.05; p <sub>2-3</sub> > 0.05	

Quy ước: Bên dưới góc phải p<sub>1-23</sub> là so sánh nhóm 1 và nhóm 2 và p<sub>2-3</sub> là so sánh nhóm 2 không PEX và nhóm 2 có PEX.

**Bảng 2. Thuốc vận mạch**

Thuốc vận mạch	Chung (%) (n=37)	Nhóm 1 (%) (n= 9)	Nhóm 2 (n=28) (%)	
			KoPEX (n=12)	PEX (n=16)
Không dùng	20 (54,5)	7 (77,8)	9 (82,4)	11 (68,5)
Dùng 1 loại	12 (32,4)	2 (22,2)	2 (16,7)	1 (6,5)
Phối hợp >2 loại	5 (13,5)	0 (0)	1 (8,3)	4 (25)
P			p <sub>1-23</sub> > 0.05; p <sub>2-3</sub> > 0.05	

Chú ý: Các thuốc vận mạch: dopamin, dobutamin, adrenalin và noradrenalin.

Quy ước: bên dưới góc phải p<sub>1-23</sub> là so sánh nhóm 1 và nhóm 2 và p<sub>2-3</sub> là so sánh nhóm 2 không PEX và nhóm 2 có PEX.

**Bảng 3. Thời gian nhịn ăn**

Thời gian nhịn ăn (ngày)	Chung (%) (n = 37)	Nhóm 1 (%) (n= 9)	Nhóm 2 (n= 28) (%)	
			KoPEX (n=12)	PEX (n=16)
< 3	16 (43,2)	5 (55,6)	6 (50,0)	5 (31,2)
3 – 5	16 (43,2)	3 (33,3)	5 (41,7)	7 (43,8)
> 5	5 (13,6)	1 (11,1)	1 (8,3)	4 (25)
P			p <sub>1-23</sub> >0.05; p <sub>2-3</sub> > 0.05	

Quy ước: bên dưới góc phải p<sub>1-23</sub> là so sánh nhóm 1 và nhóm 2 và p<sub>2-3</sub> là so sánh nhóm 2 không PEX và nhóm 2 có PEX.

**Bảng 4. Sử dụng kháng sinh**

Kháng sinh	Chung (%) (n=37)	Nhóm 1 (%) (n= 9)	Nhóm 2 (n= 28) (%)	
			KoPEX (n=12)	PEX (n=16)
Dùng 01 kháng sinh	6 (16,2)	01 (0)	4 (33,3)	01 (6,3)
Phối hợp 2 kháng sinh	21 (56,7)	1(11,1)	8 (66,7)	12 (42,9)
Phối hợp 3 kháng sinh	10 (27,0)	5 (18,7)	2 (16,7)	3 (31,0)
P			p <sub>1-23</sub> > 0.05; p <sub>2-3</sub> > 0.05	

< 5,7 mmol/l.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thuần tập mô tả, can thiệp.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:** Chúng tôi chia BN ra làm 2 nhóm:

+ *Nhóm 1:* nhóm VTC có mức TG từ 5,7-11,3mmol/l (500mg/dl).

+ *Nhóm 2:* nhóm VTC có mức TG ≥ 11,3mmol/l (1000mg/dl). Sang phần điều trị chia nhóm 2 thành 2 nhóm: Nhóm không thay huyết tương (ký hiệu: KoPEX) và nhóm (ký hiệu: PEX) có thay huyết tương.

Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ VTC tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ.

**Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 18.0.

**III. KẾT QUẢ**

**Điều trị chung của nhóm BN nghiên cứu.**

Quy ước: bên dưới góc phải  $p_{1-23}$  là so sánh nhóm 1 và nhóm 2 và  $p_{2-3}$  là so sánh nhóm 2 không PEX và nhóm 2 có PEX.

#### Điều trị hạ mỡ máu của nhóm BN nghiên cứu

##### Thay đổi của triglyceride trước-sau PEX:

Sự thay đổi TG trung bình sau PEX lần 1:  $15,79 \pm 16,533\text{mmol/l}$ , lần 2:  $8,75 \pm 2,875\text{mmol/l}$ , lần 3:  $5,09 \pm 1,525\text{mmol/l}$  (68%:50%:42%).

##### Thay đổi của cholesterol trước-sau PEX:

Lượng cholesterol giảm trung bình sau PEX lần 1:  $8,44 \pm 5,291\text{mmol/l}$ , sau PEX lần 2:  $4,65 \pm 2,128\text{mmol/l}$ , sau PEX lần 3:  $1,96 \pm 0,544\text{mmol/l}$  (57%:43%:28%).

#### Kết quả điều trị của nhóm BN nghiên cứu

**Bảng 5. Kết quả điều trị chung**

Ngày	Nhóm	Chung (n=37) X ± SD	Nhóm 1 (n=9) X ± SD	Nhóm 2 (n=28)	
				KoPEX (n=12) X ± SD	PEX (n=16) X ± SD
Ngày điều trị		9,9 ± 6,49	8,0 ± 4,65	11,1 ± 4,46	8,5 ± 7,76
Sống		32	9	8	15
Tử vong, chuyển viện		5	0	4	1

**Bảng 6. Đặc điểm nhóm tử vong so với nhóm sống**

Bảng điểm	Nhóm TV, chuyển viện X ± SD	Nhóm sống X ± SD	P
Ranson	4,2 ± 2,48	2,2 ± 1,68	< 0,01
SOFA	8,3 ± 3,93	3,0 ± 2,69	< 0,001
Số tạng suy	4,5 ± 1,37	3,7 ± 2,25	< 0,01
Balthazar	6,3 ± 3,44	0,9 ± 1,54	< 0,01
ALOB	30,3 ± 3,26	20,2 ± 6,81	< 0,01

**Bảng 7. Biến chứng của PEX**

Biến chứng	Số lần lọc	Số lần biến chứng	Tỷ lệ %
Tắc quả	26	4	30,2
Hạ kali máu	26	11	26,1
Dị ứng	26	2	4,8
Sốc phản vệ	26	1	2,4

**Bảng 8. Các biến chứng của VTC**

Biến chứng	Chung (n=37)	Nhóm 1 (n=9)	Nhóm 2 (n=28)	
			KoPEX (n=12)	PEX (n=16)
Suy đa tạng	7	1	0	6
Viêm phổi	5	3	0	2
Suy thận	3	2	0	1
ARDS	2	0	1	1
<b>Tổng</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

#### IV. BÀN LUẬN

**Lượng dịch bù trong ngày đầu:** Mất dịch trong VTC là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng sốc, theo các tác giả khi lượng dịch tích tụ > 6000ml là VTC nặng. Khi BN VTC xuất hiện triệu chứng ỉa lỏng sẽ làm cho tình trạng mất nước thêm trầm trọng và thường làm bệnh cảnh VTC nặng lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 24,3% BN ỉa lỏng với lượng dịch truyền trung bình:  $6866,7 \pm 2128,80\text{ml}$ , trong đó có 12 BN phải bù dịch  $\geq 6000\text{ml}$ . Có 2

**Thay đổi TG theo thời gian:** Nhóm 2 có PEX có mức TG cao hơn và giảm nhanh hơn so với nhóm 2 không PEX.

**Thay đổi thang điểm SOFA theo thời gian:** Độ nặng theo thang điểm SOFA của VTC tăng TG có cải thiện sau PEX. Nhóm A: có thang điểm SOFA thấp nhất  $1,8 \pm 1,73$ , từ lúc bị bệnh đến lúc được điều trị thực sự  $2,1 \pm 1,23$  ngày sau PEX có sự giảm nhanh thang điểm SOFA vào ngày thứ 3 của bệnh. Nhóm B: có thang điểm SOFA cao nhất  $4,6 \pm 3,52$ , từ lúc bị bệnh đến lúc được điều trị thực sự  $3,3 \pm 2,60$  ngày sau PEX có sự giảm nhanh thang điểm SOFA vào ngày thứ 4 của bệnh.

BN vào với triệu chứng ỉa lỏng ngay từ ban đầu và dấu hiệu lâm sàng trầm trọng, BN đã được bù dịch ngay từ đầu với lượng dịch truyền trong ngày đầu là  $8000\text{ml} \pm 1800\text{ml}$ , BN này xin về tử vong sau 7 ngày điều trị.

Lượng dịch truyền trong ngày đầu tiên của 2 nhóm VTC tăng TG, khác biệt không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . Lượng dịch truyền trung bình chung trong ngày đầu để duy trì CVP 10- 12  $\text{cmH}_2\text{O}$ :  $5911,6 \pm 1654,40\text{ml}$ , cao nhất  $11800\text{ml}$  và thấp nhất  $3000\text{ml}$ . Kết quả này tương tự

ngiên cứu Đào Xuân Cơ<sup>(3)</sup>, Nguyễn Quang Hải<sup>(6)</sup>, Hà Mạnh Hùng<sup>(5)</sup>, nhưng cao hơn Bùi Văn Khích<sup>(2)</sup> có thể do trong những năm về trước quan điểm điều trị chưa chú trọng nhiều đến liệu pháp bù đủ dịch cho BN.

**Sử dụng thuốc vận mạch:** Thuốc vận mạch được sử dụng khi đã bù đủ dịch, thông qua việc đánh giá CVP ở mức 10-12cmH<sub>2</sub>O mà huyết áp tối đa vẫn không lên trên 90mmHg. Các thuốc vận mạch được sử dụng là dopamine, dobutamin, noradrenalin và adrenalin. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có BN dùng tới 3 loại thuốc vận mạch.

**Nuôi dưỡng BN VTC:** Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch 1-2 ngày sau đó nên bắt đầu cho ăn (có thể qua ống thông dạ dày hoặc đường miệng), kết hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Đối với VTC tăng TG, nuôi dưỡng theo chế độ tăng dần và giảm lượng lipid đưa vào cơ thể. Khởi đầu bằng 1/4-1/3 năng lượng so với nhu cầu bình thường của BN, theo dõi đau bụng và tình trạng bụng. Nếu diễn biến tốt, cho ăn tăng dần với chế độ ăn giảm lipid với mức năng lượng giảm 25-30% năng lượng cơ bản chủ yếu là glucid và các a xít a min, các ngày sau giảm các a xít béo bão hòa < 7-10%, tăng cường ăn hoa quả và các loại ngũ cốc.

Thời gian nhịn ăn trung bình nhiều nhất từ 3-5 ngày chiếm 44%, và số BN nhịn ăn > 5 ngày chiếm 13,3%. Thời gian nhịn ăn trung bình của cả 2 nhóm là 3,5 ± 2,52 ngày, ngắn nhất 1 ngày và dài nhất là 14 ngày. BN cao nhất 14 ngày là BN đang điều trị phải đi mổ sau đó phải nhịn ăn thêm. Như vậy thời gian nhịn ăn phần lớn là nhỏ hơn 5 ngày chiếm 86,7%.

#### **Sử dụng kháng sinh ở nhóm BN nghiên cứu**

Trong VTC chúng tôi sử dụng kháng sinh cho BN khi có bằng chứng nhiễm trùng, hoại tử tụy khi có biến chứng suy tạng, nhiễm trùng và sử dụng kháng sinh dự phòng khi có tổn thương tụy hoại tử. Đối với nhóm BN nhiễm khuẩn nhẹ và vừa chúng tôi sử dụng 1 kháng sinh cephalosporin thế hệ 3, đối với nhóm BN nhiễm khuẩn nặng chúng tôi phối hợp kháng sinh nhóm carbapenem ± quinolon hoặc metronidazol và điều chỉnh theo kháng sinh đồ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phải sử dụng kháng sinh ở hầu hết các BN (92,9%), trong đó dùng phối hợp 2 kháng sinh là nhiều nhất chiếm 56%. Tỷ lệ dùng phối hợp 3 kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 24% trong đó chủ yếu gặp nhóm BN nằm viện trên 1 tuần và có nhiễm trùng bệnh viện. Ngoài ra trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN

không dùng kháng sinh, cả 3 BN này đều đang có thai bị VTC.

**Điều trị giảm lipid máu:** Điều trị giảm TG máu là sự khác biệt lớn nhất của VTC tăng TG, trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 BN khi lấy máu để ra ngoài lắng đọng như sữa chiếm 78,7% đều thuộc nhóm TG > 11,3mmol/l. Có nhiều phương pháp hạ TG nhưng PEX là biện pháp hạ TG nhanh nhất và phù hợp nhất hiện nay.

#### **Thay huyết tương (Plasma Exchange - PEX)**

Trong tổng số 37 BN, chúng tôi thực hiện liệu pháp PEX 16 BN, tổng số 28 lần PEX. Phần lớn BN chỉ sau PEX 1 lần lượng TG trở về bình thường, có 6 BN 2 lần, 2 BN thực hiện 3 lần cá biệt có 2 BN sau khi PEX phải can thiệp phối hợp bằng CVVH. Thời gian PEX trung bình 2,5 giờ/lần, thời gian từ lúc vào khoa đến khi PEX 18,79 ± 16,028 giờ cao nhất 42 giờ, thấp nhất 6 giờ, ngày bị bệnh trung bình của BN đến khi được PEX 2,5 ± 1,33. Chúng tôi dùng dịch thay thế là huyết tương tươi đông lạnh cùng nhóm máu, và thuốc chống đông theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực.

Một yếu tố quan trọng giúp cho liệu pháp PEX được thuận lợi là xét nghiệm TG, nhưng do không được chú ý nhiều đến nên một số BN không được làm, mặt khác TG không là một xét nghiệm cấp cứu và PEX là một liệu pháp kỹ thuật cao, kinh phí lớn nên không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được ngay. Chính vì vậy có những BN của chúng tôi phải đến 72 giờ sau vào viện mới được PEX, có BN không có điều kiện để PEX. Trong số 16 BN được thực hiện liệu pháp PEX có BN được chỉ định dùng dịch thay thế là huyết tương tươi đông lạnh cùng nhóm, duy có 2 trường hợp xuất hiện dị ứng nên chúng tôi quyết định dùng dịch thay thế là albumin 5%.

#### **Thay đổi của cholesterol và TG trước và sau PEX:**

Thay huyết tương làm giảm nhanh lượng TG và cholesterol máu đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu. Sự thay đổi TG và cholesterol máu trước và sau mỗi lần PEX, khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,001 lần 1 và 2, p < 0,05 lần 3.

Bên cạnh hiệu quả làm giảm nhanh lượng TG và cholesterol, chúng tôi nhận thấy lượng TG và cholesterol ở trước PEX lần 2 và 3 tăng cao hơn so với sau PEX lần 1 và 2. Có thể với số lượng BN thực hiện PEX các lần sau ít hơn với 7 BN, và chúng tôi không thực hiện ngay PEX lần tiếp theo mà phải đợi kết quả xét nghiệm TG nên BN vẫn phải nuôi dưỡng tạo điều kiện cho quá trình tổng hợp TG tiếp tục diễn ra đặc biệt TG nội sinh.

Khi PEX ngoài giảm nhanh lượng lipid máu chúng tôi nhận thấy PEX còn làm giảm các triệu chứng lâm sàng rõ rệt: đau giảm hơn, hết buồn nôn, bụng đỡ chướng và BN ăn không đau bụng. Điều đó có thể do lượng TG trong máu giảm đi bởi nó vừa là nguyên nhân vừa là yếu tố thúc đẩy, một phần có thể là do thay hoàn toàn huyết tương làm tăng men lipoprotein lipase, tăng lượng apoprotein C-II bình thường để chuyển hóa TG, mặt khác khi thay huyết tương đồng thời cũng lấy đi lượng cytokines làm cho triệu chứng lâm sàng giảm rõ rệt. Điều này cũng có thể lý giải tại sao một số BN giảm triệu chứng sau PEX nhưng lại tái phát lại ngày hôm sau.

**Các biến chứng của PEX:** Thay huyết tương là một liệu pháp điều trị thay thế gần như hoàn toàn lượng huyết tương của BN, bởi vậy sẽ có biến chứng như biến chứng của truyền máu như dị ứng, sốc phản vệ, viêm gan... Đặc biệt đây là một kỹ thuật xâm lấn nên có thể xảy ra tai biến chảy máu, nhiễm trùng và hay gặp hơn cả là biến chứng về kỹ thuật PEX như tắc quả lọc, hạ kali máu, khí vào đường dây...

Biến chứng kỹ thuật hay gặp nhất của PEX là tắc quả lọc 4/26 lần lọc chiếm 15,3% và kết quả này cao hơn nghiên cứu Gubensek: 3%<sup>(4)</sup> và Kyriatidi: 0%. Theo chúng tôi có thể do đường kính các ống dây trong quả lọc từ 200 – 600 nm, trong khi đó chylomicron có đường kính 500nm, đặc biệt khi gây ra tình trạng VTC kích thước của chylomicron rất lớn đến 1000nm nên khi PEX gây ra hiện tượng tắc quả lọc. Hạ kali máu cũng là biến chứng hay gặp chiếm tỷ lệ 26,1% các trường hợp. Một biến chứng khi sử dụng các chế phẩm máu là dị ứng tại chỗ có 2/26 lần lọc, và đặc biệt 1 trường hợp xảy ra sốc phản vệ sau PEX 1 giờ chúng tôi đã dừng PEX ngay lập tức và xử trí kịp thời, lượng TG của BN này sau PEX cũng giảm đến mức mong muốn.

**Thay đổi TG:** Chúng tôi nhận thấy lượng TG của BN tăng cao và giảm xuống rất nhanh trong vòng 24-48 giờ đầu nhập viện, đặc điểm này cũng tương tự nghiên cứu Gelrud và Yadav. Theo chúng tôi có thể do BN thiếu dịch quá nhiều gây nên tình trạng cô đặc máu làm cho TG tăng cao, sau khi BN được bù đủ dịch thì lượng TG sẽ giảm rất nhanh trở lại trạng thái ban đầu. Mặt khác, khi BN bị VTC tăng TG bao giờ cũng nhịn ăn và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch ngay trong những ngày đầu tiên điều đó có nghĩa là giảm cả 2 con đường tổng hợp TG ngoại sinh và nội sinh đồng thời cơ thể phải tăng cường thoái hóa TG để đảm bảo nhu cầu năng lượng cho cơ thể lại càng làm cho lượng TG giảm nhanh hơn.

**Thay đổi thang điểm SOFA:** Chúng tôi thấy rằng nhóm BN liên quan đến rượu có thang điểm SOFA cao hơn nhóm BN không liên quan đến rượu, điều đó có thể do nhóm BN liên quan đến rượu nặng hơn. Vậy nghiện rượu không những là một nguyên nhân trực tiếp gây VTC mà còn là một nguyên nhân gián tiếp gây tăng TG gây VTC. Không những vậy BN nghiện rượu thường sống ở vùng cao, nông thôn xa trung tâm, vào viện muộn làm cho bệnh cảnh lâm sàng trầm trọng hơn gây nên tình trạng suy tạng, BN nghiện rượu gây xơ gan, làm giảm tiểu cầu, giảm các yếu tố đông máu, suy dinh dưỡng, dễ nhiễm trùng. Chính những nguyên nhân đó làm sai lệch khi chấm bảng điểm SOFA, từ đó đánh giá tình trạng suy tạng không được chính xác.

Xét nhóm không liên quan đến rượu được PEX, chúng tôi thấy rằng nhóm BN này được điều trị sớm hơn, thang điểm SOFA nhẹ hơn và kết quả điều trị tốt hơn nhóm liên quan đến rượu. Từ ngày bị bệnh đến khi được điều trị thực sự:  $2,1 \pm 1,29$  ngày (từ 1 đến 6 ngày), điểm SOFA trung bình thấp nhất:  $1,8 \pm 1,73$  (từ 0 đến 5 điểm), thời gian từ lúc vào khoa đến khi được PEX:  $21,68 \pm 21,108$  giờ (từ 3 đến 72 giờ). Chúng tôi thấy điểm SOFA của nhóm này giảm nhanh vào ngày thứ 3 của bệnh tương ứng với thời gian được PEX, sau đó duy trì giảm dần. Với nhóm BN này chúng tôi thấy rằng dấu hiệu lâm sàng và biểu hiện của các thang điểm nhẹ hơn nhóm có liên quan đến rượu, mặt khác nhóm BN này đến viện và được điều trị sớm hơn, bởi vậy kết quả điều trị tốt hơn. Một điều quan trọng chúng tôi nhận thấy là sau PEX hầu hết các BN đều giảm triệu chứng đau rõ rệt, và bắt đầu ăn được không đau bụng, những BN này đều thoát khỏi tình trạng VTC sau 5 -7 ngày nằm viện. Tuy nhiên chúng tôi vẫn giữ BN lại theo dõi và điều trị ngoại trú nên số ngày nằm viện của nhóm BN cao hơn các nhóm khác:  $12,2 \pm 7,44$  ngày (từ 4 đến 34 ngày).

Thời gian thang điểm giảm SOFA nhanh nhất vào ngày thứ 4 của bệnh tương ứng với thời gian BN được PEX. Khi PEX ở nhóm này chúng tôi chưa nhận thấy được các dấu hiệu lâm sàng giảm đi bởi đây là nhóm BN nặng vào viện muộn với 4/26 BN tử vong vì biến chứng sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và nhiễm trùng bệnh viện. Chính vì vậy thang điểm SOFA giảm đến ngày thứ 5 của bệnh sau đó có xu thế tăng cao dần đến ngày thứ 10 của bệnh thì bắt đầu giảm. Điều đó cũng tương ứng với thời gian giảm đau, đỡ chướng bụng và bắt đầu ăn được lâu hơn nên thời gian thoát khỏi tình trạng VTC lâu hơn nhóm không liên quan đến rượu.

**Kết quả điều trị chung:** Kết quả điều trị VTC phụ thuộc vào mức độ tổn thương tụy, các biến chứng tại chỗ và toàn thân cũng như theo dõi và điều trị sớm, đúng, kịp thời. Số ngày điều trị trung bình chung của 2 nhóm:  $9,89 \pm 6,49$  ngày, trong đó nhóm 1 và nhóm 2 có PEX tương tự nhau. Nhóm 2 không PEX có số ngày điều trị trung bình lớn hơn nhưng lại có độ lệch cao hơn. Trong nhóm 2 có PEX số BN nhiều nhất, và số BN liên quan đến rượu nhiều, được điều trị muộn nên nhóm BN nặng hơn và có số lượng BN tử vong cao nhất. Hơn nữa trong nhóm PEX chúng tôi còn lưu BN theo dõi và điều trị ngoại trú nên càng làm cho ngày điều trị bệnh trung bình cao hơn. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Quang Hải:  $18,6 \pm 5,4$  ngày<sup>(6)</sup>. Tỷ lệ tử vong + chuyển viện của chúng tôi 5/37 BN chiếm 13,5% phần lớn đều thuộc nhóm VTC nặng, kết quả này thấp hơn các nghiên cứu khác bởi nhóm BN nghiên cứu của họ trên những đối tượng BN nặng, Đào Xuân Cơ: 14,5%<sup>(3)</sup>, Bùi Văn Khích: 29%<sup>(2)</sup>, Gubensek: 15%<sup>(4)</sup>. Biến chứng thường gặp nhất là suy đa tạng có 7 BN chiếm 18,9% trong nhóm biến chứng. Đây cũng là biến chứng hay gặp trong bệnh cảnh VTC gây nên tử vong, trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 85,7% BN tử vong kết quả này cao hơn nghiên cứu Bùi Văn Khích: 81,8%<sup>(2)</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị VTC tăng TG như VTC do các nguyên nhân khác, khác biệt là điều trị hạ lipid máu: PEX là biện pháp hạ TG nhanh nhất và ứng dụng phù hợp nhất hiện nay. Có 16 BN PEX, 21 BN không PEX.

PEX: Giảm TG 68%, cholesterol 57%. Sau PEX cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ nhất là nhóm VTC tăng TG không liên quan đến rượu, giảm thang điểm SOFA. Thời gian khỏi bệnh 5 -7

ngày. Cải thiện thất bại (13,6%), tử vong do điều trị muộn, biến chứng suy đa tạng. Biến chứng hay gặp khi PEX: tắc quả lọc 23,2%.

Nhóm không PEX: Điều trị hồi sức nội và thuốc hạ TG máu. Tỷ lệ ra viện 20/21 BN. Tỷ lệ chết 1/37 BN thuộc nhóm TG > 11,3mmol/l.

Kết quả điều trị chung: Tỷ lệ BN ra viện: 86,4%. Tỷ lệ BN chuyển viện và tử vong: 13,6%. Nguyên nhân tử vong: Suy đa tạng: 6/6 BN. Nhiễm trùng bệnh viện: 4/6 BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Humoud H, Alhumoud E, Al-Hilali N** (2008), "Therapeutic plasma exchange for acute hyperlipidemic pancreatitis: a case series", *The Apher Dial*, 12(3): 202-204.
2. **Bùi Văn Khích** (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp nặng tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Đào Xuân Cơ** (2012), *Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp*, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
4. **Gubensek J, Buturovic-Ponikvar J, Marn-Pernat A, et al** (2009), "Treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with plasma exchange: a single-center experience", *The Apher Dial*, 13(4): 314-317.
5. **Hà Mạnh Hùng** (2010), *Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Quang Hải** (2011), *Đánh giá hiệu quả của dẫn lưu ổ bụng kết hợp với lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú Hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y HN.
7. **Stefanutti C, Giacomo S.D, Vivencio A, et al** (2009), "Therapeutic plasma exchange in patients with severe hypertriglyceridemia: a multicenter study", *Artif Organs*, 33(12): 1096-1102.

## KẾT QUẢ THỰC HIỆN ĐỀ ÁN 1816 TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ GIAI ĐOẠN 2011-2015

Nguyễn Thị Hoài Thu<sup>1</sup>, Vũ Văn Tâm<sup>2</sup>,  
Phạm Văn Thắng<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Lượng<sup>4</sup>

Ngày 26/5/2008 Bộ trưởng Bộ Y tế ký Quyết định số 1816/QĐ-BYT về việc phê duyệt Đề án "Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh" (Đề án 1816). Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (BV VNTĐUB) nhằm tìm hiểu việc thực hiện hoạt động chuyển giao kỹ thuật (CGKT) cho các bệnh viện (BV) tuyến dưới. Nghiên cứu định lượng, thu thập

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Hải Dương

<sup>4</sup>Bệnh viện Ung Bướu Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

số liệu từ báo cáo và thống kê của BV. Kết quả nghiên cứu cho thấy, các bước của quy trình chuyển giao kỹ thuật được triển khai một cách nghiêm túc. Trong giai đoạn 2011-2015, BV đã cử 118 lượt bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên đi luân phiên, CGKT cho các BV tuyến dưới và nhận chuyển giao 56 gói kỹ thuật cho 15 bệnh viện thuộc các BV trong tỉnh Quảng Ninh và một số BV ở các tỉnh khác như Hải Dương, Bắc Ninh, Bắc Giang và Hải Phòng. Các lĩnh vực chuyển giao bao gồm: Chẩn đoán và điều trị Nội, Ngoại, Sản, Nhi, Chăm sóc điều dưỡng, Kiểm soát nhiễm khuẩn, các kỹ thuật xét nghiệm, và quản lý trang thiết bị. Có 995 lượt nhân viên (NV) tuyến dưới tiếp nhận các kỹ thuật chuyển giao, và bệnh viện VNTĐUB tổ chức tập huấn tại BV cho 770 lượt NV tại các BV tuyến dưới.

**Từ khóa:** Đề án 1816, chuyển giao kỹ thuật, Bệnh viện đa khoa Việt Nam Thụy Điển Uông Bí

## SUMMARY

### RESULTS IMPLEMENTING THE PROJECT 1816 IN VIETNAM SWEDEN UONG BI HOSPITAL DURING THE PERIOD 2011-2015

On May 26<sup>th</sup> of 2008, the Minister of Health issued the Decision No.1816/ QĐ-BYT approving the scheme on "Sending health staff from high-level hospitals to supporting lower-level hospitals in order to improve quality of medical examination and treatment" (Project 1816). The study was conducted at Uong Bi general hospital to explore the implementation of technical transfer to lower level hospitals. This is quantitative research which data collected from reports and statistics of the hospital. Research results show that the steps of the technology transfer process were taken and implemented seriously. In the period 2011-2015, the hospital sent 118 doctors, nurses, technicians to rotate and transfer techniques for lower level hospitals. This resulted in 56 technology packages transferred for 15 hospitals in the province of Quang Ninh and some other hospitals in Hai Duong, Bac Ninh, Bac Giang and Hai Phong. The technical areas of delivery include: Internal and External Therapies, Pediatrics, Pediatric Nursing, Infection Control, Testing Techniques, and Medical Equipment Management. There were 995 staff members receiving techniques transfer through on-job training, and Uong Bi hospital organised training program for 770 lower level staff at the hospital.

**Key words:** Project 1816, technical transfer, Uong Bi general hospital

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Các nhóm kỹ thuật chuyển giao được thực hiện trong giai đoạn 2011-2015**

TT	Tên nhóm/Kỹ thuật chuyển giao	Số lượng cơ sở y tế nhận chuyển giao	Số lượt NV tham gia chuyển giao
1	Chẩn đoán, điều trị Nội, Ngoại, Sản, Nhi	15	428
2	Chăm sóc Điều dưỡng, Kiểm soát nhiễm khuẩn	06	450
3	Các kỹ thuật Xét nghiệm	04	116
4	Quản lý trang thiết bị y tế	01	01

Nguồn tham khảo: Báo cáo của BV về thực hiện Đề án 1816 trong các năm 2011-2015 [4,5,6,7].

Kết quả bảng 3.1 cho thấy nhóm chăm sóc điều dưỡng, kiểm soát nhiễm khuẩn có 06 BV nhận chuyển giao và 450 NV tham gia chuyển giao, chiếm số lượng cao nhất; nhóm Chẩn đoán, điều trị

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề án "Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh" [1] trong gần 10 năm qua đã được các BV triển khai và thực hiện nghiêm túc, góp phần nâng cao năng lực khám chữa bệnh cho các BV tuyến dưới [2,3]. Bệnh viện VNTĐUB là BV trung ương khu vực trực thuộc Bộ Y tế, phụ trách khu vực Đông Bắc với nhiệm vụ khám chữa bệnh cho nhân dân, phối hợp với các bệnh viện chuyên khoa đầu ngành để đào tạo, hỗ trợ chuyên môn, chỉ đạo tuyển cho các đơn vị y tế tỉnh Quảng Ninh và các khu vực lân cận như Hải Dương, Hải Phòng, Bắc Ninh, Bắc Giang. Bên cạnh những thuận lợi trong việc triển khai Đề án và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới, BV cũng gặp nhiều thách thức trong công tác lập kế hoạch và thực hiện. Để tìm hiểu việc tổ chức, thực hiện Đề án 1816 tại BV VNTĐUB sau 5 năm hoạt động (2011-2015), chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu "Mô tả hoạt động chuyển giao kỹ thuật theo Đề án 1816 tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí giai đoạn 2011-2015".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Số liệu báo cáo, thống kê, sổ sách của BV gồm: Báo cáo tổng kết chuyển giao kỹ thuật theo đề án 1816 từ năm 2011 đến năm 2015; Báo cáo kết quả thực hiện chuyển giao kỹ thuật từ năm 2011 đến năm 2015.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

-Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 1/8/2016 đến ngày 31/12/2016.

-Địa điểm nghiên cứu: BV Việt Nam Thụy Điển Uông Bí

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng.

**2.4. Phương pháp phân tích số liệu:** Phân tích số liệu từ các tài liệu, báo cáo thu thập dựa trên phần mềm Excel.

Nội, Ngoại, Sản, Nhi có số lượng BV, trung tâm y tế (TTYT) nhận chuyển giao cao nhất là 15 đơn vị (trong đó có 11 bệnh viện, 04 trung tâm y tế) và 428 cán bộ tham gia chuyển giao chiếm số lượng cao thứ hai. Trong khi đó nhóm kỹ thuật chuyển giao về Quản lý trang thiết bị y tế chỉ thực hiện tại 01 bệnh viện và 01 cán bộ tham gia chuyển giao kỹ thuật.

**Bảng 3.2. Một số kết quả chuyển giao kỹ thuật năm 2011-2015**

TT	Một số kết quả chuyển giao kỹ thuật	Số liệu qua các năm					Tổng số
		2011	2012	2013	2014	2015	
1	Số lượt NV cử đi CGKT	44	28	46	0	0	<b>118</b>
2	Số lượt NV nhận chuyển giao kỹ thuật	418	188	70	131	188	<b>995</b>
3	Gói kỹ thuật chuyển giao	26	9	7	6	8	<b>56</b>

*Nguồn tham khảo: Báo cáo của BV về thực hiện Đề án 1816 trong các năm 2011-2015 [4,5,6,7].*

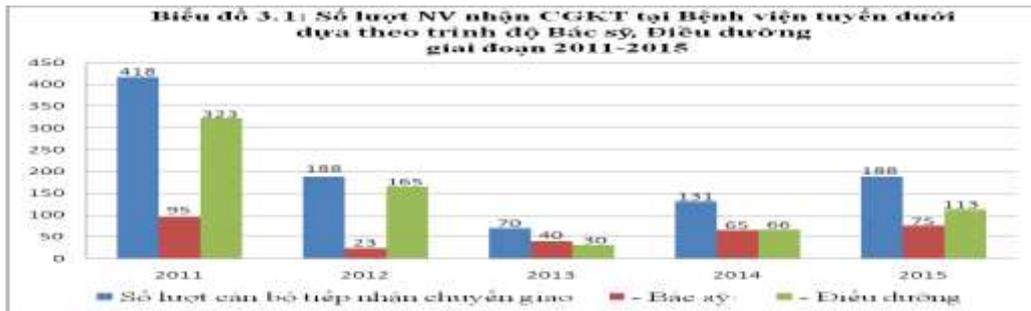
Kết quả trong giai đoạn 2011-2015, Bệnh viện VNTĐUB chuyển giao tổng cộng 56 gói kỹ thuật xấp xỉ bằng bệnh viện Nhi Trung ương là 57 gói kỹ thuật [2] nhiều gần gấp 2.5 lần [3] so với bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương là 22 gói kỹ thuật, trong đó:

+ Chuyển giao 37 gói dịch vụ kỹ thuật cho: 09 bệnh viện thuộc tỉnh Quảng Ninh (BVĐK: Đông Triều, Yên Hưng, Hoàn Bồ, Vân Đồn, Cẩm

Phả, Quảng Yên, BVĐK khu vực Bả Cháy, BV Lao & Phổi).

+ Chuyển giao 17 gói dịch vụ kỹ thuật cho: 06 bệnh viện thuộc các tỉnh Hải Dương (BVĐK: Chí Linh, Nhị Chiểu, Kinh Môn): 03 gói kỹ thuật, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng: 01 gói kỹ thuật, BVĐK Lục Ngạn, Bắc Giang: 08 gói kỹ thuật, BVĐK Bắc Ninh: 05 gói kỹ thuật.

+ Chuyển giao 02 gói dịch vụ kỹ thuật cho: 04 Trung tâm Y tế tỉnh Quảng Ninh: Móng Cái, Tiên Yên, Quảng Yên, Đông Triều.



Biểu đồ 3.1 cho thấy trong giai đoạn 2011-2015 tổng số lượt NV tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật là 995 lượt NV (298 Bác sỹ, 697 Điều dưỡng). Năm 2011 chiếm cao nhất là 418 lượt cán bộ (trong đó có 95 Bác sỹ, 323 Điều dưỡng), tiếp theo là năm 2012 là 188 lượt cán bộ (trong đó có 23 Bác sỹ, 165 Điều dưỡng). Năm 2015 là 188 lượt cán bộ (trong đó có 75 Bác sỹ, 113 Điều dưỡng).

Số lượt cán bộ tiếp nhận CGKT năm 2011 chiếm số lượng cao nhất là do năm 2011 bệnh viện chuyển giao kỹ thuật cho 08 bệnh viện và chuyển giao được 26 gói kỹ thuật. Số lượt cán bộ tiếp nhận CGKT năm 2013 đạt thấp nhất là do năm 2013, số lượng bệnh viện nhận CGKT hạn chế, chỉ chuyển giao được 07 gói kỹ thuật cho 03 bệnh viện là BVĐK khu vực Lục Ngạn, Bắc Giang và BVĐK Quảng Yên, Quảng Ninh, BV Lao & Phổi Quảng Ninh.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thực trạng triển khai Đề án 1816 tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí

So với một số BV trong cả nước, BVVNTĐUB triển khai đề án có chậm hơn, nhưng đã chủ động trong việc đi khảo sát đánh giá nhu cầu thực tế một cách cụ thể phù hợp với từng bệnh viện tuyến dưới nên việc chuyển giao được thuận lợi. Đây là một ưu điểm lớn so với các bệnh viện khác, góp phần quan trọng vào sự thành công khi thực hiện đề án [2].

Kết quả trong giai đoạn 2011-2015, Bệnh viện VNTĐUB chuyển giao tổng cộng 56 gói kỹ thuật xấp xỉ bằng bệnh viện Nhi Trung ương là 57 gói kỹ thuật, nhiều gần gấp 2.5 lần so với bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương là 22 gói kỹ thuật [3].

Với cán bộ tham gia đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho đơn vị nhận chuyển giao, BV có nhiều chế độ, chính sách khuyến khích và động viên ngoài những khoản do các đề án, dự án chi theo ngân sách nhà nước. Bệnh viện thực hiện đầy đủ các chế độ chính sách cho cán bộ được cử đi công tác (Đào tạo, CGKT tại cơ sở) như sau: hưởng 100% tiền lương, phụ cấp ưu đãi nghề nghiệp, phụ cấp độc hại, phụ cấp khu vực theo

quy định; Mức hỗ trợ tăng thêm: giữ nguyên mức thường cao nhất; Thanh toán chế độ công tác phí: Đối với tiền nhà ở áp dụng mức khoán tối đa không quá 250.000đ/ngày, Tiền đi lại = 2 lượt đi và về /1 đợt công tác (trả theo thực tế cung đường). Công tác phí: 150.000đ/ngày, Thanh toán giờ giảng, tập huấn theo dự toán đã được phê duyệt, Cán bộ hoàn thành suất sắc nhiệm vụ có quyết định khen thưởng được xét nâng bậc lương trước thời hạn.

**4.2. Những thuận lợi, khó khăn trong quá trình triển khai Đề án 1816:** Việc triển khai thực hiện Đề án 1816 của Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí giai đoạn 2011-2015 cơ bản có nhiều thuận nhưng cũng gặp không ít khó khăn, cụ thể như sau:

#### 4.2.1. Thuận lợi

**- Về cơ chế chính sách:** Đề án 1816 ra đời có ý nghĩa quan trọng, tiến tới sự công bằng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân tại các vùng, miền trong cả nước. Hiện nay nhiều văn bản, Thông tư, Nghị định hướng dẫn về chế độ chính sách cho cán bộ y tế nói chung, cho hoạt động CGKT nói riêng đã được ban hành. Điều đó giúp cho các đơn vị thực hiện nhất quán, đồng bộ.

**- Đối với bệnh viện VNTĐUB:** BV là đơn vị có kinh nghiệm và đủ năng lực trong chuyển giao kỹ thuật. Với truyền thống 35 năm xây dựng và phát triển, BV luôn là đơn vị đi đầu trong việc phát triển và triển khai các kỹ thuật mới, tiên tiến và nhiều kỹ thuật chuyên sâu của vùng Đông Bắc. Bệnh viện VNTĐUB đã được Bộ Y tế tin tưởng giao nhiệm vụ làm đầu mối tổ chức các Đề án nhằm nâng cao năng lực khám chữa bệnh cho các đơn vị thuộc khu vực Đông Bắc. Sự vào cuộc của cả đơn vị là một đóng góp rất lớn, mặc dù trên quyết định chỉ có tên một cán bộ đi luân phiên nhưng thực tế không phải chỉ những cán bộ này thực hiện đơn độc mà có sự hỗ trợ của các khoa, phòng. Trong thời gian qua, Ban chỉ đạo đánh giá, các khoa, phòng đã thực sự phối hợp rất tốt với cán bộ đi công tác.

Một thuận lợi góp phần vào hiệu quả của các đợt luân phiên cán bộ là cách thức tổ chức "cầm tay chỉ việc" và "đào tạo tại chỗ", là việc cán bộ luân phiên cùng ở và cùng làm việc với lãnh đạo và cán bộ của bệnh viện tuyến dưới nên đã giúp cho các cán bộ nhận CGKT thực hiện một cách bài bản và đúng quy trình.

**- Đối với các bệnh viện nhận chuyển giao:** Các đơn vị nhận chuyển giao ngày càng nhận được quan tâm của các cấp ngành, mặt khác nhiều địa phương cũng đã ban hành các chính sách nhằm thu hút cán bộ có trình độ

chuyên môn sâu về công tác tại tỉnh. Các cơ sở y tế tuyến dưới cũng coi việc CGKT là một cơ hội lớn để nâng cao năng lực do được tiếp xúc với các thầy, cô là những cán bộ có trình độ sau đại học, có bề dày kinh nghiệm, đủ năng lực trong lĩnh vực chuyển giao kỹ thuật và nhiệt tình hướng dẫn chỉ bảo cũng như tạo điều kiện và trao cơ hội để thực hành kỹ thuật.

**4.2.2. Khó khăn:** Bên cạnh những thuận lợi nêu trên trong quá trình triển khai Đề án 1816, các BV cũng gặp phải một số khó khăn sau:

**- Về kinh phí hỗ trợ triển khai Đề án 1816:** Kinh phí dành cho hoạt động chuyển giao kỹ thuật Đề án 1816 ngày càng hạn chế, điều này gây khó khăn trong quá trình triển khai chuyển giao kỹ thuật giữa đơn vị chuyển giao và đơn vị nhận chuyển giao, kinh phí ít cũng đồng nghĩa với việc các đơn vị được thụ hưởng Đề án sẽ hạn chế và số lượng kỹ thuật cũng ít theo. Nguồn thu hàng năm của các đơn vị nhận CGKT, do đó việc cử NV đi tiếp nhận kỹ thuật chuyển giao hết sức khó khăn. Nhân viên đi học tiếp nhận CGKT chỉ được BV trả đủ lương và tiền đi lại, ngoài ra không được hỗ trợ thêm bất kỳ một khoản phí nào, do vậy đa số không muốn đi vì xa nhà, đi lại vất vả và tổn kém nhiều khoản chi phí phát sinh hơn so với ở nhà.

**- Khó khăn trong việc lập kế hoạch thực hiện:** Khi triển khai các gói kỹ thuật thường vào giữa năm mới được phê duyệt do đó phải làm vào 6 tháng cuối năm, thời điểm cuối năm BV bận nhiều công việc liên quan đến quyết toán, thanh toán, con người, chuyên môn, kiểm tra BV cuối năm do vậy cũng gây rất nhiều khó khăn. Đối với Bệnh viện VNTĐUB, một thách thức lớn khi triển khai Đề án 1816 là việc bố trí nhân lực đi thực hiện chuyển giao. Ví dụ các NV được cử đi chuyển giao hầu hết là những người có kinh nghiệm và trình độ cao, do vậy BV sẽ thiếu hụt nguồn nhân lực trong quá trình chuyển giao, khó khăn về nhân lực khi cán bộ đi tuyển thì người trong khoa phải gánh vác.

Khó khăn được nhắc đến nhiều nhất ở các BV nhận chuyển giao là sự đáp ứng về cơ sở vật chất hạ tầng và trang thiết bị y tế. Nhiều đơn vị nhận chuyển giao kỹ thuật còn thiếu trang thiết bị như BV Kinh Môn nhận chuyển giao về điện tim, trên lý thuyết thì giảng về điện tim cơ bản và những kỹ thuật cao như máy sốc điện nhưng trên thực tế thì trang thiết bị không đáp ứng. Về cơ sở vật chất của tuyến dưới thiếu hoặc chưa được đầu tư đồng bộ. Ví dụ như đào tạo về gói kỹ thuật thận nhân tạo cho BV Tiên Yên, Quảng Ninh khi đã đào tạo cho các bác sĩ xong về lý thuyết nhưng khi về cơ sở lại chưa có máy về, do

vậy vẫn phải chờ khi có máy mới cử người xuống để hướng dẫn.

Khó khăn thứ hai là nhân lực nhiều khi không đáp ứng được yêu cầu nhận chuyển giao, thiếu về số lượng, thiếu đội ngũ thầy thuốc có trình độ chuyên sâu, lại cộng thêm nhu cầu phát sinh khi tiếp nhận kỹ thuật mới được chuyển giao từ BV tuyến trên nên khó duy trì các kỹ thuật đã được chuyển giao, có nơi không bố trí sắp xếp được nhân lực nên không có sự thống nhất.

#### V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2011-2015, BV đã cử 118 lượt bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên đi luân phiên, CGKT cho các BV tuyến dưới và nhận chuyển giao 56 gói kỹ thuật cho 15 bệnh viện thuộc khu vực bệnh viện phụ trách. Các lĩnh vực chuyển giao bao gồm: Chẩn đoán và điều trị Nội, Ngoại, Sản, Nhi, Chăm sóc điều dưỡng, Kiểm soát nhiễm khuẩn, các kỹ thuật xét nghiệm, và quản lý trang thiết bị. Có 995 lượt cán bộ tuyến dưới tiếp nhận các kỹ thuật chuyển giao, tổ chức tập huấn tại bệnh viện VNTĐUB cho 770 lượt cán bộ tại các BV tuyến dưới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2008)**, Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26/3/2008 về việc phê duyệt Đề án "Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh".
- Cục Quản lý Khám chữa bệnh (2013)**, "Tài liệu", *Thực hiện Đề án 1816 và các giải pháp tăng cường chất lượng Khám chữa bệnh*, Hà Nội, Bộ Y tế, tr. 145.
- Cục Quản lý Khám chữa bệnh (2016)**, "Tài liệu", *Hội thảo xây dựng tiêu chí, nội dung, nhiệm vụ và phân công chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội, Bộ Y tế,
- Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (2011)**, *Báo cáo Công tác chỉ đạo tuyến và thực hiện Đề án 1816 năm 2011*.
- Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (2013)**, *"Báo cáo công tác chỉ đạo tuyến và các hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho bệnh viện tuyến dưới theo Đề án 1816, Đề án 47, 930 năm 2012 và 2013; Kế hoạch năm 2014"*.
- Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (2014)**, *Báo cáo công tác chỉ đạo tuyến và các hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho bệnh viện tuyến dưới thuộc tỉnh Quảng Ninh theo Quyết định số 14/2014/QĐ-TTg, Đề án 1816, Đề án 47, 930 năm 2014; Kế hoạch 2015*.
- Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (2015)**, *Báo cáo Công tác chỉ đạo tuyến và các hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật hỗ trợ các Bệnh viện tuyến dưới theo Quyết định số 14/2014/QĐ-TTg, Đề án 1816 năm 2015*.

## KHẢO SÁT MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG- BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2017

Nguyễn Phương Sinh\*, Vũ Thị Tâm\*

#### TÓM TẮT

Khảo sát 621 bệnh nhân điều trị tại khoa PHCN cho thấy: người bệnh vào điều trị chủ yếu ở lứa tuổi lao động chiếm tỷ lệ 74,2%, giới nam chiếm 43,3%, nghề nghiệp chủ yếu là hưu trí chiếm 51,5%, Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh cho thấy: 99,5% được nhân viên y tế giải thích, trả lời đầy đủ trong quá trình điều trị. 99,7% hiểu hơn về bệnh sau điều trị. 99% bệnh nhân cho rằng giá dịch vụ hợp lý, 91,8% trả lời thời gian chờ đến khám và điều trị dưới 15 phút, 99,7% bệnh nhân được hướng dẫn bài tập khi về nhà, 99,2% đánh giá chất lượng dịch vụ tại khoa tốt và tin nhiệm bệnh viện. 89,5% thấy môi trường của khoa sạch sẽ, 99,8% thấy thiết bị máy của Khoa là hiện đại và đồng bộ, được bố trí khoa học và hợp

lý. 84% cảm thấy rất hài lòng trong quá trình khám và điều trị tại khoa.

**Từ khóa:** Sự hài lòng, chất lượng dịch vụ, phục hồi chức năng, phỏng vấn, nhân viên y tế

#### SUMMARY

#### A SURVEY OF SATISFACTION LEVEL OF THE PATIENTS TREATED AT REHABILITATION DEPARTMENT OF THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL FOR THE FIRST 6 MONTHS IN 2017

A survey of 621 patients treated at the Rehabilitation Department revealed that: The majority of patients were in working age, accounting for 74.2%; the percentage of male was 43.3%, the amount of retired people made up 51.5%. The results of survey Satisfaction level of the patients shown that: 99.5% were fully explained and answered by the medical staffs during treatment; 99.7% of the patients understood more clearly about the disease after treatment; 99% thought that the service price is reasonable; 91.8% of the patients replied to the waiting time for examination and treatment was less than 15 minutes; 99.7% were instructed to do exercise when they went home; 99.2%

\*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Sinh

Email: sinhn.p.y@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 14.12.2017

felt the quality of service at the department good and trust the hospital; 89.5% found that the environment of the department very clean; 99.8% found that Department's equipments modern and synchronous, were arranged scientifically and reasonably. 84% felt very satisfied during the examination and treatment in the department.

**Key words:** Satisfaction, The quality of service; Rehabilitation, interview, medical staff

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi xã hội ngày càng phát triển nhu cầu con người ngày càng cao, việc đáp ứng nhu cầu con người trong công tác khám, chữa bệnh, điều trị và chăm sóc tại Bệnh viện cần phải hoàn thiện và phát triển về mọi mặt. Chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh (NB) và ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể đánh giá được hiệu quả của các dịch vụ do bệnh viện và ngành y tế cung cấp. Y tế cũng là một trong những lĩnh vực dịch vụ vì vậy chỉ số hài lòng của người bệnh là tiêu chí dùng để đo lường sự đáp ứng của các cơ sở y tế đối với những mong đợi của người bệnh. Trên thế giới, có một số nghiên cứu về sự hài lòng của khách hàng đối với dịch vụ y tế cho thấy đa phần khách hàng (KH) hài lòng với các dịch vụ y tế mà họ nhận được, chỉ có yếu tố mà KH không hài lòng nhất là thời gian chờ đợi, phí dịch vụ và thái độ của nhân viên y tế [1] [2]. Tại Việt Nam, Bộ y tế đã đưa ra quyết định số 2151/QĐ-BYT ban hành ngày 4/6/2015 phê duyệt về việc triển khai thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh" các bệnh viện trên cả nước đã ký cam kết thay đổi thái độ giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế trong khám chữa bệnh, điều này có tác động to lớn đến sự phát triển bền vững của y tế Việt Nam. Khoa Phục hồi chức năng bệnh viện trung ương Thái Nguyên là nơi khám và điều trị bệnh, vừa là cơ sở thực hành của giảng viên và sinh viên. Vì vậy nên việc quan tâm đến sự hài lòng của người bệnh là vô cùng quan trọng và cần thiết. *Mục tiêu đề tài:*

1. *Mô tả thực trạng người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2017.*

2. *Xác định mức độ hài lòng của người bệnh đến điều trị tại khoa Phục hồi chức năng -Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2017.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

*Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2017 đến ngày 30/06/2017

### 2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đến điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2017.

*\*Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:* Tất cả người bệnh điều trị từ ngày 01/01/2017 đến ngày 30/06/2017 và đang điều trị PHCN từ ngày thứ 3 trở đi, được lập danh sách để khảo sát, từ 18 tuổi trở lên. Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

*\*Tiêu chuẩn loại trừ:* Người nhà người bệnh, người bệnh dưới 18 tuổi

### 3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. *Thiết kế nghiên cứu:* phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.2. *Cỡ mẫu:* Cách chọn mẫu thuận tiện người bệnh điều trị từ ngày thứ 3 trở đi tại Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2017 đến ngày 30/06/2017, được lập danh sách để khảo sát.

3.3. *Công cụ đánh giá:* Công cụ đánh giá sự hài lòng của người bệnh là phiếu khảo điều tra thiết kế sẵn. Người bệnh đang được điều trị từ ngày thứ 3 trở đi tại khoa Phục hồi chức năng được phỏng vấn theo mẫu:

- Phần 1: Thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, đối tượng khám chữa bệnh.

- Phần 2: Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám và chữa bệnh tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện TW Thái Nguyên.

### 4. Các biến số của nghiên cứu

- Giới, tuổi, nghề nghiệp

- Tình trạng bệnh: Bác sỹ giải thích về tình trạng bệnh, chẩn đoán, phương pháp điều trị; KTV giải thích và động viên NB trước, trong và sau khi làm các kỹ thuật

- Sự hài lòng của người bệnh: KTV phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi vào viện và trong quá trình điều trị; KTV hợp tác tốt với nhau trong khi điều trị, chăm sóc người bệnh; NB hài lòng với công tác điều trị, chăm sóc, phục vụ của KTV

5. *Phân tích và xử lý số liệu:* Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 21.0

6. *Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:* Nghiên cứu được sự đồng ý và ủng hộ của khoa và bệnh viện. Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia. Mọi thông tin liên quan đến cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

**Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
18-30	81	13
31-40	115	18,5
41-50	120	19,3
51-60	145	23,4
>60	160	25,8
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi trên 60 chiếm 25,8%. Thấp nhất là nhóm tuổi từ 18 – 30 chiếm 13%

**Bảng 2. Phân bố theo giới đối tượng nghiên cứu**

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	269	43,3
Nữ	352	56,7
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Giới nữ có tỷ lệ điều trị cao hơn giới nam, nữ chiếm 56,7%, nam chiếm 43,3%.

**Bảng 3. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Học sinh, Sinh viên, trẻ em	20	3,2
Nội trợ	90	14,5
Hưu trí	320	51,5
Nông dân và lao động tự do	120	19,3
Cán bộ	71	11,5
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Người bệnh hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,5%. Sinh viên, học sinh và trẻ em chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,2%.

**2. Thực trạng người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện**

**Bảng 4. Phân bố đối tượng theo bệnh chẩn đoán tại khoa**

Chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liệt nửa người	70	11,3
Hạn chế tầm vận động của khớp	86	13,8
Bệnh cột sống	250	40,3
Viêm quanh khớp vai	65	10,5
Thoái hóa khớp ngoại vi	110	17,7
Khác	40	6,4
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Người bệnh bị các bệnh về cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,3%. Hạn chế tầm vận động của khớp 13,8%. Lượng người bệnh liệt nửa người chiếm tỷ lệ 11,3%. Các bệnh khác như vết thương lâu lành, tắc tia sữa... chiếm 6,4%.

**Bảng 5. Phân bố đối tượng theo lý do đến khám**

Lý do	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cơ sở vật chất tốt	223	35,9
Sự đón tiếp nhiệt tình chu đáo	182	29,3
Chuyên môn cao	216	34,8
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 35,9% Người bệnh đến vì cơ sở vật chất tốt, 34,8% đến vì chuyên môn của bệnh viện tốt. Còn lại 29,3% người bệnh thấy sự đón tiếp nhiệt tình chu đáo.

**3. Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng phục vụ của nhân viên y tế và cơ sở vật chất**

**Bảng 6. Sự hài lòng về chất lượng phục vụ của nhân viên y tế**

Sự hài lòng của người bệnh	Số lượng	tỷ lệ (%)
Người bệnh được giải thích trong quá trình điều trị	Giải thích đầy đủ	618 99,5
	Không đầy đủ	3 0,5
Hiểu biết hơn về bệnh so với trước khi điều trị	Có	619 99,7
	Không	2 0,3
Đánh giá chất lượng dịch vụ điều trị tại khoa.	Đạt	620 99,8
	Không	1 0,2
Giá dịch vụ	Hợp lý	615 99
	Chưa phù hợp	6 1
Tín nhiệm bệnh viện	Có	621 100
	Không	0 0
Thời gian chờ đợi khám và điều trị	Dưới 15 p	570 91,8
	Lâu quá 15p	51 8,2
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 99,5% cảm thấy được nhân viên y tế giải thích đầy đủ trong quá trình điều trị. Khi hỏi thì luôn nhận được câu trả lời đầy đủ. Người bệnh hiểu hơn về bệnh của họ sau điều trị 99,7. 91,8% không phải chờ đợi quá 15p.

**Bảng 7. Thái độ của nhân viên y tế đối với người bệnh.**

Thái độ	Thái độ bình thường		Thái độ nhiệt tình	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điều dưỡng	3	0,5	618	99,5
Kỹ thuật viên	2	0,3	619	99,7
Bác sỹ	2	0,3	619	99,7

**Nhận xét:** 0,5% người bệnh cảm thấy điều dưỡng có thái độ bình thường.

**Bảng 8. Sự hướng dẫn bài tập về nhà cho người bệnh của kỹ thuật viên.**

Sự hướng dẫn bài tập về nhà	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không được hướng dẫn	0	0
Được hướng dẫn nhưng chưa đầy đủ	2	0,3
Hướng dẫn đầy đủ	619	99,7
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Có 99,7% người bệnh được hướng dẫn bài tập về nhà. 0,3% người bệnh không được hướng dẫn bài tập về nhà.

**Bảng 9. Chất lượng chuyên môn khám chữa bệnh của khoa**

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chất lượng chuyên môn đạt	5	0,8
Chất lượng chuyên môn rất tốt	616	99,2
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 99,2% người bệnh cho rằng chuyên môn của khoa rất tốt.

**Bảng 10. Môi trường vệ sinh tại khoa**

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sạch sẽ	556	89,5
Chấp nhận được	65	10,5
Kém	0	0
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>621</b>

**Nhận xét:** 89,5% người bệnh cảm nhận môi trường vệ sinh tại khoa sạch sẽ.

**Bảng 11. Diện tích của khoa Phục hồi chức năng**

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chật hẹp	2	0,3
Đủ để sử dụng	575	92,6
Rộng rãi	44	7,1
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 92,6% NB cảm thấy diện tích của khoa đủ để sử dụng. 7,1% NB cảm thấy rộng rãi. 0,3% NB cảm thấy diện tích chật hẹp.

**Bảng 12. Sự sắp xếp thiết bị máy móc của khoa**

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hợp lý	620	99,8
Không hợp lý	1	0,2
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 99,8% Người bệnh cảm thấy không gian, sự sắp xếp thiết bị máy móc của khoa là hợp lý. Còn lại 0,2% thấy chưa hợp lý.

**Bảng 13. Cơ sở vật chất, trang thiết bị tại khoa**

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đầy đủ, đa dạng	558	89,9
Chưa đầy đủ, đa dạng	63	10,1
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 89,9% người bệnh thấy cơ sở vật chất, trang thiết bị tại khoa đầy đủ.

**Bảng 14. Sự hài lòng người bệnh trong quá trình khám và điều trị tại khoa**

Sự hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	522	84
Hài lòng	98	15,8
Không hài lòng	1	0,2
<b>Tổng</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 99,8% người bệnh thấy rất hài lòng và hài lòng.

## V. BÀN LUẬN

### 4.1. Một số thông tin chung của người bệnh điều trị tại khoa

Qua kết quả nghiên cứu 621 người bệnh thấy tỷ lệ nam giới chiếm 43,3% thấp hơn so với nữ giới 56,7%. Chủ yếu gặp ở độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ 74,2%. Phần lớn bệnh nhân là đối tượng hưu trí chiếm 51,5%, nông dân lao động chiếm 19,3%, nội trợ chiếm 14,5%, trẻ em và sinh viên chiếm tỉ lệ thấp chỉ 3,2%. Điều này được lý giải vì dạng bệnh điều trị chủ yếu tại khoa PHCN là các bệnh về thoái hóa, các bệnh cột sống và tai biến mạch máu não mà những dạng bệnh trên thường xuất hiện ở những người cao tuổi, hoặc đang trong độ tuổi lao động.

### 4.2. Thực trạng người bệnh đến khám và điều trị tại khoa PHCN

**4.2.1. Phân bố theo lý do vào viện:** Theo kết quả nghiên cứu cho thấy 64,9% số người bệnh đến khoa Phục hồi chức năng để điều trị do đau. người bệnh vào viện do vận động khó khăn chiếm tỷ lệ 19,3% đồng tỷ lệ người bệnh vào viện điều trị với lý do giảm chức năng sinh hoạt là 10%. Lý do khác chiếm tỷ lệ nhỏ là 5,8% chủ yếu là bệnh đau đầu, mất ngủ, hoa mắt, chóng mặt, tắc tia sữa, sẹo dày dính... Như vậy theo kết quả điều tra cho thấy người bệnh đến điều trị chủ yếu là vì lý do đau.

**4.2.2. Phân bố theo các bệnh được chẩn đoán tại khoa:** Người bệnh điều trị tại khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tỷ lệ cao nhất là các bệnh cột sống như thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm với 40,3%. Chủ yếu gặp ở người trung niên, công nhân - viên chức do ngồi nhiều, ít vận động hoặc do sự thoái hóa của cột sống gây nên sự đau nhiều cho người bệnh. Hạn chế tầm vận động của khớp sau chấn thương chiếm tỷ lệ 13,8% bệnh tại khoa. Thường gặp ở người trẻ tuổi do tai nạn giao thông, tai nạn lao động. Trong cứng khớp có cứng khớp gối, cứng khớp bàn ngón tay, cứng khớp cổ chân. Cứng khớp sau chấn thương điều trị cần thời gian lâu dài, sự cố gắng của người bệnh cũng như sự kiên trì tính chuyên môn cao của kỹ thuật viên điều trị. Người bệnh điều trị

viêm quanh khớp vai chiếm tỷ lệ 10,5% chiếm tỷ lệ nhỏ. Với những người bệnh này sau điều trị cần sự tư vấn về việc đảm bảo an toàn trong thể thao thật tốt. Liệt nửa người do tai biến mạch máu não chiếm 11,3% bệnh tai biến mạch máu não đang xảy ra phổ biến trong cộng đồng và khoa PHCN là khoa điều trị có hiệu quả các di chứng sau khi tai biến. Một số mặt bệnh khác chiếm 6,4%. Trong đó có một số bệnh ít gặp như liệt mặt ngoại biên, rối loạn tiền đình, đau đầu mất ngủ, rối loạn tiểu tiện, liệt hai chi dưới do tổn thương tủy sống, tắc tia sữa, vết thương vết loét lâu lành...

**4.2.3. Lý do đến khám tại bệnh viện:** Lý do khiến người bệnh chọn khoa PHCN để điều trị do cơ sở vật chất của bệnh viện tốt chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,9%. Lý do chuyên môn cao chiếm 34,8%. Lý do bệnh viện có sự tiếp đón nhiệt tình, chu đáo chiếm tỷ lệ 29,3%. Các tỷ lệ phân bố khá đồng đều cho thấy sự tin tưởng của người bệnh đối với bệnh viện.

**4.3. Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng phục vụ của nhân viên y tế:** 99,5% người bệnh được nhân viên đón tiếp, kỹ thuật viên, bác sỹ giải thích đầy đủ về quy trình khám chữa bệnh và mục đích của các phương pháp điều trị. 99,7% bệnh nhân có những hiểu biết về bệnh hơn so với trước khi điều trị vì các cán bộ trong khoa cũng đồng thời là những giảng viên mời giảng của Bộ môn PHCN Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên vì thế mà kỹ năng truyền đạt tốt để hiểu đáp ứng được thắc mắc của người bệnh và luôn có sự cập nhật về kiến thức chuyên môn. Kết quả này tương đương với kết quả của Lê Thị Thúy Hằng (2013) "Sự hài lòng của người bệnh và người nhà đối với điều dưỡng và bác sĩ tại khoa khám bệnh bệnh viện tuệ Tĩnh năm 2013" với 99,05% NB được trả lời đầy đủ [4], 91,8% người bệnh không phải chờ đợi để điều trị. Lý giải cho việc này là: Thứ nhất do số lượng các phòng điều trị tại khoa nhiều nên người bệnh có thể luân phiên làm thủ thuật ở các phòng khác nhau. Thứ hai là do sự sắp xếp khoa học ở các khâu, do có đội ngũ kỹ thuật viên và sinh viên khoa PHCN thực tập nhiệt tình, tận tâm, có chuyên môn tốt nên người bệnh đến là có thể tiến hành điều trị luôn, không phải chờ đợi.

**\*Về chất lượng chuyên môn khám chữa bệnh của khoa:** Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có truyền thống lịch sử thành lập gần 30 năm, khoa luôn chú trọng đào tạo nguồn nhân lực chất lượng cao, đồng thời khoa là cơ sở thực hành vừa là nơi học tập của sinh viên nên chất lượng chuyên môn được đánh giá cao: có 99,2% người bệnh cảm thấy chất lượng chuyên môn khám chữa

bệnh của khoa rất tốt. 0,8% người bệnh cảm thấy chất lượng chuyên môn ở mức độ đạt. Và không có người bệnh nào cho rằng chất lượng chuyên môn chưa tốt.

**\*Về môi trường vệ sinh tại khoa:** 89,5% người bệnh đánh giá môi trường vệ sinh của khoa sạch sẽ, không gian thoáng đãng, cơ sở vật chất trang thiết bị mới. Kết quả này phù hợp với kết quả sự hài lòng của người bệnh về tình trạng vệ sinh của phòng khám chuyên khoa trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tuấn, Đào Mai Luyện (2012) đạt 88,02% [5]

**\*Diện tích các phòng của khoa:** Diện tích các phòng trong khoa có 92,6% người bệnh cho rằng diện tích đủ để sử dụng, 7,1% người bệnh cảm thấy diện tích rộng và thoáng khí. Chỉ có 0,3% người bệnh cảm thấy diện tích chật hẹp. Khoa thuộc tầng 10 nhà 15 tầng, số lượng máy móc và các phòng chức năng vừa đủ để phục vụ bệnh nhân.

**\*Cơ sở vật chất tại khoa:** 99,8% người bệnh cảm thấy sự sắp xếp máy móc trong khoa là hợp lý. 0,2% cảm thấy sự sắp xếp là chưa hợp lý. Có 89,9% người bệnh cảm thấy cơ sở vật chất của khoa đầy đủ. Máy móc, cơ sở vật chất, trang thiết bị trong khoa đang được hoàn thiện để đa dạng hơn. Đáp ứng tốt hơn nhu cầu điều trị bệnh cho NB đặc biệt trong lĩnh vực hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

**\*Đánh giá chung:** 84% rất hài lòng trong quá trình khám và điều trị tại khoa, 15,8% cảm thấy hài lòng. Kết quả này được nhận định tốt hơn kết quả của Trần Thị Hợp (2014) nghiên cứu tại khoa nội bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp với sự hài lòng chung là 89,84% [6]. Có thể lý giải rằng do chất lượng điều trị tốt vì nhiều người bệnh giảm đau, chức năng vận động tốt hơn và sự tiếp đón, tư vấn giải thích đối với người bệnh tốt, thái độ phục vụ tận tâm nhiệt tình, thời gian chờ đợi ngắn nên tạo được sự tin tưởng của người bệnh đối với khoa Phục hồi chức năng.

## V. KẾT LUẬN

1. *Thực trạng người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Phục hồi chức năng*

- Nữ giới chiếm 56,7%, nam giới chiếm 43,3%. Độ tuổi trên 60 chiếm 25,8%. Nghề nghiệp hưu trí 51,5%. Đối tượng là người cư trú ở trong tỉnh chiếm 95%. Bảo hiểm y tế 85,7%
- Người bệnh vào viện do đau chiếm 64,9%
- Bệnh hay gặp điều trị tại khoa là bệnh cột sống chiếm 40,3%

- Lý do đến khám vì cơ sở vật chất tốt chiếm 35,9%

2. *Sự hài lòng của người bệnh điều trị tại khoa Phục hồi chức năng*

- 99,5% NB cảm thấy được nhân viên y tế giải thích đầy đủ, trả lời đầy đủ trong quá trình điều trị.
- 99,7% hiểu hơn về bệnh của họ sau điều trị
- 99% Người bệnh thấy giá dịch vụ hợp lý
- 91,8% Người bệnh trả lời thời gian chờ đến khám và điều trị dưới 15 phút
- 99,7% Người bệnh được hướng dẫn bài tập khi về nhà.
- 99,2% Người bệnh đánh giá chất lượng dịch vụ tại khoa đạt và tín nhiệm bệnh viện.
- 89,5% Người bệnh nhận xét môi trường của khoa sạch sẽ
- 99,8% Người bệnh nhận xét sắp xếp máy móc của khoa hợp lý
- 84% Người bệnh cảm thấy rất hài lòng trong quá trình khám và điều trị tại khoa.

### KIẾN NGHỊ

- Tiếp tục duy trì và nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, phục vụ người bệnh để đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.
- Cần mở rộng diện tích, bổ sung trang thiết bị cơ sở vật chất nhằm đáp ứng công tác khám và điều trị Phục hồi chức năng, thu hút đông người bệnh đến khám và điều trị hơn: Người bệnh tai biến mạch máu não, tổn thương tủy sống,.....

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E.P.Y.Muhondwa (2013)**, "Patient satisfaction at the Muhimbili National Hospital in Tanzania". East African Journal of Public Health 5.
2. **Nguyễn Bích Lưu (2002)**, "Những yếu tố liên quan đến chất lượng chăm sóc được đánh giá bởi bệnh nhân xuất viện từ bệnh viện Banpong, tỉnh Ratchaburi, Thailand". Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu cứu tại hội nghị khoa học Điều Dưỡng toàn quốc lần thứ nhất: p. 23-30.
3. **Phạm Thị Vân (2009)**, "Khảo sát thực trạng giao tiếp và ứng xử của Điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang từ tháng 4/2009 đến tháng 8/2009". Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu cứu tại hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ I, Hội Điều dưỡng Việt Nam, tr. 20-22.
4. **Lê Thị Thúy Hằng (2013)**, "Sự hài lòng của người bệnh và người nhà đối với điều dưỡng và bác sĩ tại khoa khám bệnh bệnh viện tuệ tinh năm 2013". Đề tài tốt nghiệp cử nhân hệ vừa làm vừa học, Trường Đại học Thăng Long.
5. **Đinh Thị Minh Phượng (2013)**, "Đánh giá sự hài lòng về thời gian chờ khám bệnh tại bệnh viện đa khoa thống nhất Đồng Nai". Kỷ yếu Đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai, tr.11.
6. **Đoàn Thị Minh Huệ và cộng sự (2011)**, "Đánh giá thực trạng giao tiếp của Điều Dưỡng, Kỹ thuật viên, hộ lý tại bệnh viện Mắt trung ương". tr.17-19.
7. **Nguyễn Thị Minh Tâm (2010)**, "Kết quả điều tra sự hài lòng của người bệnh tại cơ sở y tế Hà Nội 2010". Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, tr.120 - 133.

## TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU VỚI COLLIMATOR ĐA LÁ CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I - II ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Công Hoàng, Bùi Vinh Quang, Vũ Hồng Thăng,  
Lê Hồng Quang, Lê Văn Quảng, Phan Thanh Dương(\*)

### TÓM TẮT<sup>17</sup>

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ. Điều trị bảo tồn UTV áp dụng cho giai đoạn sớm (giai đoạn I-II), sau phẫu thuật bảo tồn xạ trị hỗ trợ là chỉ định bắt buộc. Xạ trị điều biến liều (IMRT-MLC) là kỹ thuật hiện đại sử dụng hệ thống collimator đa lá linh hoạt có khả năng tối ưu hóa kế hoạch xạ trị tăng khả năng tập trung liều vào mô u, hạn chế tối thiểu liều tới tổ chức nguy cấp. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu nhận xét tác dụng không mong muốn của xạ trị điều biến liều với collimator đa lá cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn

I-II điều trị bảo tồn. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2017, chúng tôi nghiên cứu trên 42 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II điều trị bảo tồn tại Bệnh viện K. Bệnh nhân được lập kế hoạch Forward IMRT (FinF). Đánh giá các tác dụng không mong muốn sau tia xạ liều 10 Gy, 20 Gy, 30 Gy, 40 Gy, 50 Gy, 60 Gy, khi kết thúc xạ trị và tại các điểm sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 5 năm. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm điều trị bảo tồn và xạ trị điều biến liều với collimator đa lá, tỷ lệ viêm da độ 3-4 cấp chiếm 14,3%; tỷ lệ đau mức độ 2 - 4 là 19,04%. Tỷ lệ biến chứng muộn thấp với xam da là 7,1%; xơ hóa là 2,4%. Hầu hết bệnh nhân có chất lượng thẩm mỹ tốt chiếm 97,6%. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tác dụng không mong muốn của xạ trị điều biến liều với collimator đa lá là rất thấp.

**Từ khóa:** ung thư vú, xạ trị, xạ trị điều biến liều.

### SUMMARY

(\*)*Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: hoangdoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

## SIDE EFFECTS OF INTENSITY MODULATED RADIOTHERAPY FOR PATIENTS WITH BREAST CANCER IN STAGE I – II CONSERVATION TREATMENT

Breast cancer is the most common cancer in women. While conservative treatment is indicated for early stage breast cancer (stage I-II), adjuvant radiotherapy is mandatory. Intensity modulated radiotherapy (IMRT-MLC) is a modern technique that utilizes multileaf collimator system to optimize radiation plan with increasing the ability to focus the dose on the tumor, minimizing the dose to organ at risks. Our study aims to review the side effects of intensity modulated radiotherapy with multileaf collimators for stage I - II breast cancer with conservative treatment. **Methods:** From June 2016 to June 2017, we studied 42 patients with breast cancer in stage I and II treated conservative surgery at National Cancer Hospital. Patients were planned for Forward IMRT (FinF). Evaluation of side effects after radiation dose 10 Gy, 20 Gy, 30 Gy, 40 Gy, 50 Gy, 60 Gy, at the end of radiotherapy and at points after 1 year, 2 years, 3 years, 5 years. **Result:** In 42 patients with early stage breast cancer treated conservation surgery and adjuvant radiotherapy by IMRT, grade 3-4 dermatitis accounted for 14.3%; the rate of pain level 2-4 is 19.04%. The percent of late complications was low with skin whitening of 7.1%; fibrosis is 2.4%. Most patients with good cosmetic quality accounted for 97.6%. **Conclusion:** In the study, we found that the side effects of intensity modulated radiotherapy with multileaf collimator were very low.

**Key:** breast cancer, radiotherapy, IMRT.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ, xu thế ngày càng hay gặp ở người trẻ. Điều trị bảo tồn UTV áp dụng cho giai đoạn sớm (giai đoạn I-II) được tiến hành từ những năm 1970 (ở cả Mỹ và châu Âu), sau phẫu thuật bảo tồn xạ trị hỗ trợ là chỉ định bắt buộc. Xạ trị điều biến liều (IMRT-MLC) là kỹ thuật hiện đại sử dụng hệ thống collimator đa lá linh hoạt có khả năng tối ưu hóa kế hoạch xạ trị làm tăng độ đồng đều liều xạ tại thể tích điều trị, tăng khả năng tập trung liều vào mô u, hạn chế tối thiểu liều tới tổ chức lành xung quanh hơn so với kỹ thuật xạ trị trước đây. Bệnh viện K áp dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều với collimator đa lá (IMRT-MLC) khoảng gần 2 năm điều trị một số bệnh ung thư trong đó có bệnh nhân ung thư vú điều trị bảo tồn. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Nhận xét tác dụng không mong muốn của xạ trị điều biến liều với collimator đa lá cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – II điều trị bảo tồn tại Bệnh viện K.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 42 bệnh nhân nữ UTV giai đoạn I-II được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện K từ năm 06/2016 đến tháng 06/2017.

#### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện K
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2016 – 6/2017.

#### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng không đối chứng.

##### 2.3.2. Xác định cỡ mẫu nghiên cứu

- Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Trong nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 42 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II điều trị bảo tồn và xạ trị điều biến liều với collimator đa lá.

##### 2.3.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Điều trị phẫu thuật UTV bảo tồn theo hướng dẫn điều trị NCCN 2016 [2].

- Điều trị hóa chất UTV bảo tồn [1]. Bệnh nhân được chỉ định điều trị hóa chất hỗ trợ dựa theo phác đồ tại Bệnh viện K và theo hướng dẫn điều trị NCCN 2016 [2]

##### - Điều trị xạ trị UTV bảo tồn:

❖ **Phương tiện:** Máy CT SIM (chụp cắt lớp mô phỏng). Máy gia tốc với collimator đa lá có chức năng thực hiện kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT-MLC), có phần mềm tính liều: bản quyền, bản đầy đủ. Sử dụng bức xạ photon mức năng lượng 6MV. Dụng cụ cố định ngực, thân



**Hình 2.1. Dụng cụ cố định ngực, thân**

Máy xăm và đánh dấu trên da.

❖ **Các bước thực hiện Xạ trị điều biến liều Forward-IMRT (FinF – IMRT)**

#### + Mô phỏng điều trị

#### + Lập kế hoạch điều trị:

Các vùng thể tích xạ trị, phân liều điều trị được dựa theo khuyến cáo của ICRU 50 và ICRU 62 đối với xạ trị từ ngoài, xác định các thể tích điều trị, tổ chức nguy cấp: phổi, tim, tủy sống.

• Lập kế hoạch điều trị với 2 trường chiếu chéo đối xứng không wedges khảo sát trước.

• Lập 2 trường chiếu chéo đối xứng không wedges 80% liều.

- Lập các trường chiếu subfield tại các thể tích hotspot từ 5-8% liều bắt đầu từ các vùng thể tích nhận liều cao nhất, trường chiếu này cùng góc thân máy, góc collimator... với 2 trường chiếu chéo đối xứng không wedges 80% liều đã lập, thông thường 4-5 subfields.

- Đến khi đạt được phân bố liều tối ưu tại thể tích điều trị và hạn chế tối đa liều tại tổ chức nguy cấp: tim, phổi...

- + Kiểm tra lại để đảm bảo chuẩn chất lượng: Tiến hành trước điều trị và trong quá trình điều trị (QA).

- + Tiến hành điều trị.

- + Thời điểm xạ trị: Thực hiện sau phẫu thuật bảo tồn 3- 4 tuần đảm bảo cho quá trình lành vết thương và giảm tiết dịch. Trường hợp sau phẫu thuật bảo tồn vú có chỉ định thì điều trị hóa chất theo phác đồ sau đó mới tiến hành xạ trị.

- Điều trị nội tiết UTV theo hướng dẫn điều trị NCCN 2016 [2].

- **Đánh giá tác dụng không mong muốn của xạ trị**

Đánh giá sau tia xạ liều 10 Gy, 20 Gy, 30 Gy, 40 Gy, 50 Gy, 60 Gy, khi kết thúc xạ trị và tại các điểm sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 5 năm [3], [4].

- + Tiêu chí đánh giá biến chứng cấp tính của xạ trị (CTCAE v3.0) [1].

- + Tiêu chí đánh giá biến chứng muộn của xạ trị RTOG/EORTC [2], [3], [5].

- + Đánh giá kết quả thẩm mỹ vú bảo tồn sau điều trị (EORTC Scale) [3].

### 2.3.4. Xử lý số liệu

- Số liệu nghiên cứu được quản lý và phân tích trên máy vi tính theo phương pháp thống kê y học trong chương trình SPSS16.0

- Kết quả được tính với độ tin cậy > 95% hay p\_value < 0,05 thì so sánh có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Tác dụng phụ cấp tính

Tác dụng phụ cấp tính	Bệnh viện K	Canadian III Multicentre Trial (2008), n: 331		p
Cấp tính (Độ ≥ 2)	IMRT(%)n: 42	IMRT (%)n: 170	Wedges (%)n: 161	
Viêm da Độ 3-4	6/42 (14,3%)	27,1	36,7	0,06
Viêm da ướt mọi vị trí tại vú	12/42 (28,6%)	31,2	47,8	0,002
Viêm da ướt nếp gấp vú	10/42 (23,8%)	26,5	43,5	0,001
Đau (2-4) (NCI CTC 2.0)	8 (19%)	23,5	25,5	0,68

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm da cấp tính từ độ 3-4 chiếm tỷ lệ thấp với 14,3%; viêm da ướt mọi vị trí tại vú chiếm 28,6%; viêm da ướt nếp gấp vú chiếm 23,8%. Đa số bệnh nhân không đau hoặc chỉ đau nhẹ, tỷ lệ đau mức độ 2 – 4 chỉ chiếm 19,04%. Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [4].

Thử nghiệm pha III đa trung tâm phân tích 331 bệnh nhân ung thư vú điều trị bảo tồn được chia 2 nhóm: Nhóm xạ trị IMRT và nhóm xạ trị thường quy có wedges, cho thấy xạ trị IMRT vú làm cải thiện đáng kể việc phân phối liều so với xạ trị thường quy có wedges. Tỷ lệ viêm da ướt thường xuất hiện từ tuần thứ 4-5 của đợt xạ trị, thậm chí kéo dài sau khi kết thúc tia xạ 6 tuần, tỷ lệ này là 31,2% ở nhóm điều trị IMRT so với 47,8% ở nhóm xạ trị thường quy có wedges, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0.002). Tỷ lệ bệnh nhân viêm da ướt ở nếp gấp vú trong

nghiên cứu của chúng tôi là 23,8% trong khi nghiên cứu đa trung tâm này là 26,5% ở nhóm điều trị xạ IMRT và 43,5% nhóm xạ trị thường quy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,001)[4].

Tỷ lệ bệnh nhân bị viêm da ướt ở mọi vị trí trong trường chiếu ở nghiên cứu của chúng tôi là 28,6% trong khi nghiên cứu đa trung tâm này là 31,2% ở nhóm điều trị xạ IMRT và 47,8% nhóm xạ trị thường quy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,002) [4].

Nghiên cứu của Yang và cộng sự trên 234 bệnh nhân trong đó 103 bệnh nhân xạ trị IMRT và 131 bệnh nhân xạ trị thường quy. Kết quả cho thấy tỷ lệ viêm da cấp từ độ 2 trở lên với xạ IMRT thấp hơn so với xạ thường quy (40,8% so với 56,5%, p = 0.017). Trong nghiên cứu, McDonald và cộng sự cũng cho thấy IMRT làm giảm các độc tính viêm da độ 2-3 so với IMRT (39% so với 52%, p = 0,047) [7].

### 3.2. Tác dụng không mong muốn muộn

Tác dụng phụ muộn	Bệnh viện K, n: 42	Harsolia et all (2007), n: 172		p
Mạn tính (Độ ≥ 2)		IMRT(%) n: 90	Wedges(%) n: 82	

Xạm da	3/42 (7,1%)	7	17	0,06
Xơ hóa, teo lớp mỡ dưới da	1/42 (2,4%)	1	6	0,46
Thẩm mỹ vú (Rất tốt, tốt)	41/42 (97,6%)	99	97	0,60

Trong nghiên cứu, tỷ lệ biến chứng muộn thấp với xạm da là 7,1%; xơ hóa là 2,4%. Hầu hết bệnh nhân có chất lượng thẩm mỹ tốt chiếm 97,6%. Theo nghiên cứu của tác giả Harsolia et al (IJROBP 68-5/2007), với 172 bệnh nhân ung thư vú được điều trị bảo tồn và xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật chia ngẫu nhiên 2 nhóm: 90 bệnh nhân được xạ trị bằng kỹ thuật IMRT và 82 bệnh nhân được xạ trị bằng kỹ thuật xạ thường quy có wedges. Kết quả cho thấy biến chứng phù bạch huyết với xạ IMRT là 1%, trong khi kỹ thuật xạ thường quy có wedges là 28% với  $p < 0.001$ , tác dụng phụ muộn: xạm da với IMRT là 7%, trong khi xạ trị thường quy có wedges là 17% với  $p < 0.05$  [3], [6]. Trong nghiên cứu của Yang cho thấy xạ IMRT so với xạ thường quy không có sự khác biệt trong các độc tính muộn, tỷ lệ xạm da của IMRT là 9,7% so với xạ thường quy là 15,3% ( $p = 0,207$ ); xơ hóa của IMRT là 3,9% so với xạ thường quy là 7,6% ( $p = 0,23$ ); phù bạch huyết là 21,4% so với xạ thường quy là 13% ( $p = 0,088$ ) [7].

#### IV. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tác dụng không mong muốn của xạ trị điều biến liều với collimator đa lá là rất thấp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gorodetsky R, Lotan C, Piggot K, et al. (1999) Late effects of dose fractionation on the mechanical properties of breast skin following post-lumpectomy radiotherapy. [Online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10571195>
2. Carlon R.W, Allred D.C at al. (2016) NCCN clinical practice guideline for breast cancer. [Online]. [www.nccn.org/professional/physician\\_gls/f\\_guideline.asp](http://www.nccn.org/professional/physician_gls/f_guideline.asp)
3. Harsolia A, Kestin L, Grills I, Wallace M, Jolly S, Jones C, et al. "Intensity-modulated radiotherapy results in significant decrease in clinical toxicities compared with conventional wedge-based breast radiotherapy". *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007;68(5):1375-80.
4. Jean-Philippe P, Ivo Olivotto, Eileen R, Sandra G et al "A Multicenter Randomized Trial of Breast IntensityModulated Radiation Therapy to Reduce Acute Radiation Dermatitis" *J Clin Oncol*, vol. 26, pp. 1739-1751, 2008.
5. Alessio G. Morganti,1 Savino Cilla,2 Andrea de Gaetano. "Forward planned intensity modulated radiotherapy (IMRT) for whole breast postoperative radiotherapy". *J Clin Med Phy* 2011 Vol. 12, pp. 539-569
6. Dongen JA, Voogd AC, Fentiman IS et al, "Longterm results of a randomized trial comparing breast conserving therapy with mastectomy: European organization for research and treatment of cancer 10801 trial.", *J Natl Cancer Inst*, vol. 92, pp. 1143-1150, 2000.
7. Yang J.F, Lee M.S, Chao H.L, et al (2016), "Long-term breast cancer patient outcomes after adjuvant radiotherapy using intensity-modulated radiotherapy or conventional tangential radiotherapy", *Medicine* vol 95 (11)

## TÌNH HÌNH BỆNH VÙNG QUANH RĂNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Long Nghĩa\*, Cao Thị Hoàng Yến\*

#### TÓM TẮT

Bệnh quanh răng gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống người cao tuổi. **Mục tiêu:** Xác định tình hình bệnh vùng quanh răng của người cao tuổi thành phố Cần Thơ. **Đối tượng:** Những người có độ tuổi từ 60 trở lên tại thời điểm điều tra sống tại thành phố Cần thơ. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 69,9% người khám mắc bệnh quanh răng. 9,2% người cao tuổi có

từ 3 vùng lục phân lành mạnh trở lên. Tỷ lệ vùng lục phân lành mạnh ở 2 giới nam và nữ là tương đương nhau. Tỷ lệ nhóm CPI3 và CPI4 giữa hai giới là tương đương nhau. **Kết luận:** Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh quanh răng là khá cao

**Từ khóa:** người cao tuổi, bệnh quanh răng

#### SUMMARY

#### THE PERIODONTAL STATUS OF THE ELDERLY PEOPLE LIVING IN CAN THO CITY

Periodontal disease directly affects the health and quality of life of the elderly. **Aim:** Identify the periodontal status of elderly people living in Can Tho city. **Subjects:** People aged 60 and over at the time of the survey living in Can Tho city. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** 69.9% of people had periodontal disease. 9.2% of the elderly have three or more healthy zones. The healthy zones of

\*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa

Email: nghia.lelong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2017

Ngày duyệt bài: 21.12.2017

male and female was the same. The proportions of CPI 3 and CPI 4 were the same. **Conclusion:** The proportion of elderly people having periodontal disease was quite high.

**Key words:** elderly people, periodontal disease

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng là một bệnh rất phổ biến. Theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001, tỷ lệ người có bệnh quanh răng ở nước ta rất cao, lên tới 96,7% [1]. Đặc biệt bệnh có tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi: Số người trên 45 tuổi có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh chỉ chiếm có 5% [1]. Đối với một nước có xu hướng già hóa dân số một cách nhanh chóng như Việt Nam thì những điều tra về bệnh này ở đối tượng người cao tuổi thật sự vô cùng đáng quan tâm. Người cao tuổi với những thay đổi do lão hóa trên mô nha chu và tổ chức cứng của răng, kèm theo thói quen vệ sinh răng miệng chưa thích hợp càng làm tăng tỷ lệ mắc bệnh quanh răng. Tuy nhiên, việc nghiên cứu, đánh giá tình trạng các bệnh quanh răng và thực hành chăm sóc răng miệng ở người cao tuổi chưa có hệ thống, vấn đề đào tạo cán bộ đến tổ chức mạng lưới dịch vụ chưa được quan tâm triển khai thỏa đáng. Xuất phát từ những vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Tình hình bệnh vùng quanh răng của người cao tuổi thành phố Cần Thơ*" với mục tiêu: *Xác định tình hình bệnh vùng quanh răng của người cao tuổi thành phố Cần Thơ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những người có độ tuổi từ 60 trở lên tại thời điểm điều tra. Có hộ khẩu thường trú tại thành phố Cần Thơ. Có đủ năng lực trí tuệ và thể chất để trả lời phỏng vấn và phối hợp trong lúc khám. Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những người dưới 60 tuổi tại thời điểm điều tra. Những người từ 60 tuổi trở lên tại thời điểm điều tra nhưng không trả lời được phỏng vấn, đang mắc bệnh toàn thân cấp tính hoặc có rối loạn tâm thần tại thời điểm điều tra. Những người đến sinh sống tạm thời trong thời gian ngắn ở địa bàn điều tra (cư trú trong thời gian ngắn dưới 6 tháng). Những người không hợp tác để khám hoặc phỏng vấn điều tra.

**Bảng 1: Chi số CPI cao nhất theo giới**

Giới	CPI 0		1		2		3		4		X		Tổng
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nam	44	7,9	51	9,2	304	54,9	43	7,8	6	1,1	106	19,1	554

**Địa điểm nghiên cứu:** 30 xã (phường) được chọn ngẫu nhiên ở thành phố Cần Thơ

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2016.

### Phương pháp nghiên cứu

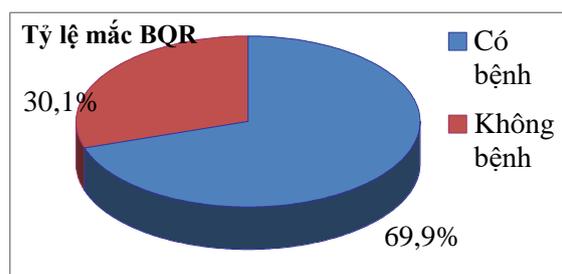
**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang (kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính).

**Cỡ mẫu:** 1350 người.

**Các biện pháp hạn chế sai số:** Chọn đối tượng theo đúng tiêu chuẩn nghiên cứu. Bộ câu hỏi thu thập thông tin được sử dụng theo bộ câu hỏi chuẩn của WHO có bổ sung cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu và hoàn cảnh Việt Nam, được thử nghiệm trước khi thu thập thông tin. Phương pháp khám lâm sàng được thống nhất trong nhóm nghiên cứu, sử dụng cùng bộ dụng cụ. Trong thời gian khám răng miệng, có 5% các mẫu được khám lại để đánh giá độ tin cậy trên cùng người khám và giữa những người khám khác nhau.

**Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu khi đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác. Mọi thông tin thu nhập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng**

Có 944/1350 số người chiếm 69,9% số đối tượng nghiên cứu có bệnh quanh răng, tỷ lệ không có bệnh là 30,1%.

Nữ	81	10,2	98	12,3	369	46,4	64	8,0	9	1,1	175	22,0	796
<b>Tổng</b>	<b>125</b>	<b>9,3</b>	<b>149</b>	<b>11,0</b>	<b>673</b>	<b>49,9</b>	<b>107</b>	<b>7,9</b>	<b>15</b>	<b>1,1</b>	<b>281</b>	<b>20,8</b>	<b>1350</b>

*Test khi bình phương*

CPI0: Tỷ lệ nữ có CPI0 là 10,2% cao hơn nam là 7,9%. CPI1: Tỷ lệ nữ có CPI 1 cao hơn tỷ lệ ở nam là 9,2%. CPI2: Tỷ lệ nam có CPI2 là 54,9% cao hơn của nữ là 46,4%. Tỷ lệ nhóm CPI nặng có túi quanh răng (CPI3, CPI4) giữa 2 giới là tương đương nhau.

**Bảng 2: Chỉ số CPI trung bình theo giới**

Giới	CPI trung bình	0	1	2	3	4	X
	(v/n)	(v/n)	(v/n)	(v/n)	(v/n)	(v/n)	(v/n)
Nam (TB±SD)	0,60±1,55	0,48±1,26	2,36±2,34	0,22±0,83	0,03±0,32	2,31±2,33	
Nữ (TB±SD)	0,58±1,56	0,65±1,51	1,92±2,24	0,21±0,79	0,03±0,37	2,60±2,37	
Tổng (TB±SD)	0,59±1,55	0,58±1,41	2,10±2,29	0,21±0,81	0,03±0,35	2,48±2,36	

(X: vùng bị loại do có ít hơn 2 răng đại diện; v/n: vùng/ người) Kiểm định Mann-Whitney

Số trung bình CPI lành mạnh ở nhóm nam và nữ là tương đương nhau. Ở các nhóm CPI 1, 3 và 4 tỷ lệ giữa nam và nữ tương đương nhau nhưng ở CPI2 tỷ lệ số người nam có trung bình vùng lục phân cao hơn (2,36 so với 1,92).

**Bảng 3: Tỷ lệ có 3 vùng lục phân lành mạnh theo nhóm tuổi, giới**

Nhóm tuổi, giới		Đủ 3 vùng(N=124)		Không đủ 3 vùng(N=1226)	
		n	%	n	%
Nhóm tuổi	60-64	62	10,5	357	89,5
	65-74	58	10,6	488	89,4
	75+	24	5,9	362	94,1
Giới	Nam	52	9,4	502	90,6
	Nữ	72	9,1	724	92,3

*Test khi bình phương*

Có 124 người chiếm 9,2% có từ 3 vùng lục phân lành mạnh trở lên CPI0. Tỷ lệ vùng lục phân lành mạnh ở nhóm 60-64 và 65-74 tuổi gần như tương đương; nhóm 75+ có tỷ lệ thấp hơn chỉ chiếm 5,9% còn lại 94,1% không đủ 3 vùng lục phân lành mạnh. Sự khác biệt có ý nghĩa với p=0,02. Tỷ lệ vùng lục phân lành mạnh ở 2 giới nam và nữ là tương đương nhau.

**IV. BÀN LUẬN**

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng của chúng tôi là 69,9%, tỷ lệ này được thống kê dựa trên CPI của bất cứ vùng nào khác 0 được coi là có bệnh. Người có 3 vùng lục phân lành mạnh trở lên chỉ chiếm 9,2%. Như vậy tỷ lệ mắc bệnh là cao.

Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng trong nghiên cứu của chúng tôi có giảm nhưng vẫn ở mức khá cao. Nghiên cứu của Trần Văn Trường trên toàn quốc có tỉ lệ bệnh quanh răng là 96,7% [1] và Phạm Văn Việt tại Hà Nội có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng 96,1% [2] nhưng những nghiên cứu này đã thực hiện cách đây trên 10 năm, mô hình bệnh tật cũng có thay đổi ít nhiều. Mặt khác, do điều kiện vùng miền và thói quen thăm khám răng miệng tại Cần Thơ vẫn còn hạn chế như phân tích ở trên cũng là một trong những nguyên nhân làm tỷ lệ phát hiện bệnh giảm so với mức độ mắc bệnh thực tế.

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ bị viêm lợi do cao răng, mảng bám CPI2 cao nhất ở hai giới nam và nữ lần lượt là 59,4% và 46,4%, tỷ lệ có túi lợi sâu CPI4 là thấp nhất là 1,1% bằng nhau ở 2 giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi CPI2 chiếm tỷ lệ cao nhất, tương tự với kết quả của Trần Thanh Sơn [4] trên nghiên cứu tại Hà Nội. Số liệu thống kê cũng cho thấy tỷ lệ bị viêm lợi CPI1+CPI2 là 60,9% cao hơn bị viêm quanh răng CPI3+CPI4 là 9%. Điều này được giải thích do tình trạng mất răng một phần và mất răng toàn bộ khá cao (tỷ lệ vùng lục phân bị loại trong nghiên cứu của chúng tôi do hiện tượng mất hết răng hoặc mất răng đại diện không đủ cho vùng lục phân được khám là 20,8%).

So với các nghiên cứu trên thế giới, theo bản đồ WHO năm 2007 về bệnh nha chu thì đa số người già trong độ tuổi 65 -74 cũng có mã CPI2, CPI3 chiếm tỷ lệ lớn nhất, CPI4 chiếm tỷ lệ ít nhất và rơi vào khoảng từ 5 -20% tuy nhiên họ cũng chỉ ra rằng ở con số thống kê này còn ít có dữ liệu ở các nước nghèo và vẫn có một số nước có khác biệt.

Nghiên cứu của Ayma Syed Bds Mphil và CS ở Pakistan trên 470 người từ 60 - 91 tuổi thì thấy có tỷ lệ khoẻ mạnh là 10,4%, chảy máu lợi là 0,8% cao răng là 28%, túi nông là 23,25%, túi sâu là 18,75%, ở hai giới thì tỷ lệ mắc bệnh ở nam cũng nhiều hơn ở nữ [5]. Nghiên cứu tại Deli Ấn Độ [6] khám trên 448 người giai đoạn 2009-2010, trên 60 tuổi cho thấy, tỷ lệ người có

bệnh quanh răng là 96,6%, tỷ lệ người có túi lợi chiếm đến 89,1% trong đó túi lợi nông là 40,5%, túi sâu là 48,6%. Tỷ lệ này khác nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích do chế độ ăn, chế độ chăm sóc răng miệng khác nhau, và NC cũng được thực hiện tại thời điểm khác nhau.

Nghiên cứu tại Đan Mạch năm 2006 ở nhóm người cao tuổi từ 65 - 74 tuổi, chỉ có 2,4% có lợi lành mạnh, tỷ lệ túi lợi sâu trên 5mm là 20%, cao nhất là lợi chảy máu với 93,1% [7].

Một nghiên cứu khác tại Anh, xứ Wales và Bắc Ireland năm 2009, cho kết quả là nhóm 55 - 64 tỷ lệ chảy máu lợi là 58%, ở nhóm 65 - 74 tuổi tỷ lệ có chảy máu lợi là 49% so với nhóm 75 - 84 tuổi tỷ lệ này là 51%, tỷ lệ có túi lợi trên 4mm là 61%, 60% và 61%, túi lợi sâu trên 6mm là 14%, 16% và 14%. Tỷ lệ bệnh ở 2 giới của họ ở nam có cao hơn so với nữ một chút điều này cho thấy mô hình bệnh quanh răng ở nước phát triển khác với chúng ta họ có tỷ lệ bị bệnh chung thì thấp hơn, tỷ lệ túi quanh răng thì cao hơn. Điều này có thể lý giải do họ có chế độ ăn uống khác, chủng tộc khác chúng ta, thêm nữa dịch vụ chăm sóc y tế về răng miệng tốt hơn. Có lẽ vì vậy mà khi các răng có túi lợi nông và sâu tỷ lệ được điều trị phức hợp để giữ răng nhiều hơn ở ta làm tăng tỷ lệ này. Thậm chí các tác giả còn ghi nhận lần lượt ở hai nhóm tuổi trên là 4% và 3% có túi quanh răng > 9mm. Ở ta có lẽ khi răng đến giai đoạn này thì răng đã được nhổ rồi.

Bảng 2 cho thấy trung bình ở mỗi người có 0,59 vùng lục phân có tổ chức quanh răng bình thường trong 6 vùng lục phân hay mỗi người có đến gần 6 vùng lục phân bị bệnh. Số trung bình vùng lục phân nặng nhất (CPI4) là 0,03 vùng ở một người. Số trung bình vùng lục phân có cao răng (CPI2) vẫn cao nhất là 2,10. Tuy nhiên so với các nghiên cứu cũ thực hiện trên 10 năm thì số vùng lục phân lành mạnh đã tăng. Tuy nhiên vùng bị loại do mất răng là khá cao 2.48, có nghĩa ít nhất ở mỗi người cũng có gần ba vùng lục phân bị mất răng hoặc còn dưới hai răng đại diện.

Tác giả Trần Thị Tuyết Phượng và Ngô Đồng Khanh nghiên cứu tại bệnh viện RHM trung ương thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả trung bình vùng lục phân lành mạnh cao hơn của chúng tôi là 2,53, các vùng khác giảm hơn, nhưng có kiểu phân bố vẫn tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi là cao nhất ở vùng có cao răng (CPI2) và thấp nhất là ở vùng có túi quanh răng nông và sâu. Có sự khác biệt do có khác nhau về thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu và quan trọng nhất là tác giả này nghiên cứu trên những bệnh nhân tới

khám ở bệnh viện là những người có ý thức giữ răng quan tâm tới chữa răng hoặc có điều kiện để đi khám chữa răng chứ không giống trong nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng.

Bảng 3 cho thấy số người nhóm tuổi 60 - 64 và nhóm tuổi 65-74 tuổi có tỷ lệ số người có trên 3 vùng lục phân lành mạnh CPI0 xấp xỉ như nhau, nhóm 75+ là 5,9%; tỷ lệ người có trên 3 vùng lục phân lành mạnh ở nam và nữ là tương đương nhau.

Tỷ lệ trên nghiên cứu của chúng tôi là tương đối giống với tỷ lệ của điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2011 của Trần Văn Trường [5]. Kết quả tương đương này là do 2 nghiên cứu được thực hiện cùng trên vùng đồng bằng sông Cửu Long. Tuy nhiên trên nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người có trên 3 vùng lục phân lành mạnh cao hơn một chút (9,18% so với 3,5%), có thể lý giải do nghiên cứu của tôi thực hiện trên địa điểm thu hẹp hơn, và 2 nghiên cứu thực hiện cách nhau 5 năm, mô hình bệnh cũng có những thay đổi.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người mắc bệnh quanh răng là khá cao 69,9% trong đó: CPI1 là 11,0%, CPI2 là 49,9%, CPI3 là 7,9%, CPI4 là 1,1%. Nam có tỷ lệ BQR cao hơn nữ, tuổi càng cao tỷ lệ bị bệnh QR càng giảm.

- Trung bình gần 5 vùng lục phân bị bệnh QR/1 người trong đó: số trung bình vùng lục phân có cao răng cao nhất là 2,10, vùng lục phân có túi quanh răng nhẹ là 0,21 vùng/ người, vùng lục phân có túi quanh răng nặng là 0,03 vùng/người.

- Tỷ lệ người có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh rất thấp chỉ là 9,2%, tỷ lệ này tương đương ở 2 giới nam và nữ, nhóm tuổi 60- 64 và 65-74 có tỷ lệ như nhau, nhóm tuổi 75+ có tỷ lệ này thấp nhất (5,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân**, Trịnh Đình Hải và cộng sự (2001). Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 75 - 81.
2. **Phạm Văn Việt (2004)**. Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 5.
3. **Gina Thornton Evans et all (2013)**, Periodontitis Among Adults Aged  $\geq 30$  Years - United States, 2009-2010, CDC Health Disparities and Inequalities report, United States 2013, 129.

4. **Trần Thanh Sơn (2007)**, Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K.A.P và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai, Hà Nội, Tạp chí y học thực hành 1, 77-81.
5. **Ayma Syed Bds Mphil et all (2012)**, Oral health status of the elderly in Lahore district of Pakistan original article, Pakistan Oral and dental Journal 32(2), 8/2012.
6. **Rahul Srivastava et al (2013)**, Prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio – demographic risk factors among older persons in Delhi, India: a community based study 44(3).
7. **Krustrup U. Erik Petersen (2006)**, Periodontal conditions in 35- 44 and 65 -74 year old adults in Denmark. Acta odontol scand, 64(2).

## MÔ TẢ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC CỦA PHỤ NỮ TỪ 18 ĐẾN 45 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH - BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI DƯƠNG THÁNG 11/ 2015

Lê Văn Thêm\*, Lương Thị Phương Hoa\* và CS

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức và thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ từ 18 đến 45 tuổi đến khám tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Phụ sản Hải Dương tháng 11/2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 384 phụ nữ đi khám phụ khoa. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ nữ có hiểu biết về viêm nhiễm sinh dục chiếm 97,14%. Hai tác nhân gây VNĐSD là vi khuẩn (75,58%), nấm (70,65%). Ít phụ nữ kể được > 3/5 triệu chứng. Tỷ lệ phụ nữ biết dấu bụng dưới chiếm 86,59%. Nguyên nhân bị VNĐSD là sử dụng nước sạch chiếm tỷ lệ 100%. Đa số phụ nữ vệ sinh kinh nguyệt > 3 lần/ngày 73,25%. Thực hành vệ sinh trước quan hệ vợ - chồng là 70,65% và có 92,73% người vệ sinh sau khi quan hệ. Phụ nữ mua băng vệ sinh sẵn chiếm 98,96%. Đa số các phụ nữ đặt vòng tránh thai chiếm 54,81% và bao cao su chiếm 27,01%; có 7,27% phụ nữ không áp dụng BPTT

### SUMMARY

#### DESCRIPTION OF KNOWLEDGE AND PRACTICE FOR PREVENTING THE VAGINAL INFECTIONS IN FEMALES AT THE AGE OF 18 - 45 YEARS IN CLINICAL EXAMINATION DEPARTMENT OF HAI DUONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY NOVEMBER 2015

**Purpose:** To description of knowledge and practice for preventing the vaginal infections in females at the age of 18 - 45 years in clinical examination department of Hai Duong hospital of obstetrics and gynecology November 2015. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performs on 384 women, who take gynecological examination. **Results:** The percentage of women who have knowledge about vaginal infection is 97.14%. The two causes of vaginal infection are bacteria (75.58%) and fungus (70.65%). A few women know about > 3/5 symptoms. The rate of women knows the sign of lower abdomen pain is 86.59%. The most of women menstrual hygiene >3 times/day (73.25%). The practice of hygiene before the husband and wife relationship is 70.65% and 92.73% of the hygiene after the relationship. 98.96% of women buy available tampons. The majority of women have IUDs (54.81%), using condoms (27.01%), and 7.27% of women do not use contraception.

\* Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm nhiễm đường sinh dục là nguyên nhân gây ra nhiều rối loạn ảnh hưởng đến sức khỏe, đời sống, khả năng lao động và đặc biệt là sức khỏe sinh sản. Nếu không phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể gây ra những hậu quả nặng nề như: Viêm tiểu khung, chửa ngoài tử cung, vô sinh, ung thư cổ tử cung, tăng nguy cơ lây truyền HIV, HPV...vv... Ở phụ nữ có thai viêm âm đạo, cổ tử cung có thể gây ra hậu quả như sảy thai, đẻ non, thai lưu, ối vì non, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn sơ sinh và thậm chí dị tật bẩm sinh [1],[4]. Theo Tổ chức Y tế thế giới, hàng năm có 330 - 390 triệu phụ nữ trên thế giới mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, một dạng chủ yếu của nhiễm khuẩn đường sinh dục [7]. Ở Việt Nam với đặc điểm là một nước có nền kinh tế nông nghiệp, hơn 80% dân số sống ở các vùng nông thôn, trong điều kiện vệ sinh, nước sinh hoạt phần nhiều chưa đảm bảo góp phần làm cho tỷ lệ hiện mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục còn rất cao, đặc biệt như: viêm âm hộ, viêm âm đạo, viêm lộ tuyến cổ tử cung..., hiện khá phổ biến. Tỷ lệ viêm nhiễm sinh dục ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ khoảng 50-60%, với tỷ lệ mắc bệnh cao như thế đã làm ảnh hưởng không nhỏ đến Chiến lược Phát triển dân số, phát triển kinh tế xã hội của nước ta. Một trong 10 nội dung lớn được xác định trong mục tiêu của chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản đến năm 2020 của Bộ Y tế là: "Giảm nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục;" [2]. Nghiên cứu của Viện Da liễu Trung ương tại 5 tỉnh (1999) cho biết tỷ lệ phụ nữ độ tuổi 15 - 49 mắc ít nhất một loại nhiễm khuẩn đường sinh dục là 70,56%. Viêm nhiễm đường sinh dục có tính chất phổ biến và gây hậu quả nặng nề và điều trị viêm nhiễm đường sinh dục còn gặp nhiều khó khăn do bệnh dễ tái phát. Để góp phần tích cực vào việc cải thiện và nâng cao sức khỏe cho phụ nữ, chúng tôi tiến hành đề nhằm mục tiêu: *Mô tả kiến thức và thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ từ 18 đến 45 tuổi đến khám tại Khoa Khám bệnh-Bệnh viện Phụ sản Hải Dương tháng 11/2015.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Phụ nữ đến khám tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Phụ sản Hải Dương tháng 11/2015.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

**2.2.1 Thiết kế nghiên cứu** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu**

- Cỡ mẫu: 385 bệnh nhân
- Chọn mẫu thuận tiện

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi**

Tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
18 - 19	8	2,08
20 - 29	182	47,27
30 - 39	141	36,62
40 - 45	54	14,03
<b>Tổng cộng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Có bệnh nhân ở độ tuổi 20-29 được khảo sát về phòng chống viêm nhiễm sinh dục chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,27%, tiếp đến nhóm 30-39 tuổi chiếm 36,62%, nhóm 18-19 tuổi có tỷ lệ thấp nhất là 2,08%.

**Bảng 3.2. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
CNVC	70	18,18
Buôn bán	190	49,35
Nội trợ	100	25,98
Khác	25	6,49
<b>Tổng cộng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Các đối tượng nghiên cứu là buôn bán chiếm tỷ lệ cao nhất 49,35%, CNVC chiếm 18,18%.

**Bảng 3.3. Phân bố đối tượng theo trình độ học vấn**

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiểu học	42	10,91
THCS	153	39,74
THPT	103	26,75
CĐ - ĐH	87	22,60
<b>Tổng cộng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Các đối tượng nghiên cứu có trình độ THCS chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,74%; THPT chiếm 26,75%, CĐ-ĐH chiếm 22,60% và tiểu học thấp nhất chiếm 10,91%.

**Bảng 3.4. Thu nhập bình quân của hộ gia đình đối tượng**

Mức thu nhập	Số lượng (n =385)	Tỷ lệ %
<500.000đ/người/tháng	46	11,95
≥500.000đ/người/tháng	339	88,05
<b>Tổng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Đa số gia đình các đối tượng nghiên cứu có mức thu nhập ≥500.000đ/người/tháng chiếm tỷ lệ cao 88,05%.

**3.2. Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục**

**Bảng 3.5. Tỷ lệ đối tượng tiếp cận các thông tin về VNĐSD**

Tiếp cận các thông tin về VNĐSD	Số lượng	Tỉ lệ %
---------------------------------	----------	---------

Có tiếp cận các thông tin về VNĐSD	374	97,14
Không tiếp cận các thông tin về VNĐSD	11	2,86
<b>Tổng cộng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Có 374 đối tượng nghiên cứu tiếp cận các thông tin về VNĐSD qua các kênh khác nhau (truyền miệng, báo chí, truyền hình, loa đài...) chiếm tỷ lệ 97,14%.

**Bảng 3.6. Kiến thức về các tác nhân gây viêm nhiễm đường sinh dục**

Tác nhân gây VNĐSD	Số lượng (n=385)	Tỷ lệ %
Vi khuẩn	291	75,58
Nấm	272	70,65
Lậu	230	59,74
Trùng roi	113	29,35
Giang mai	174	45,19

**Nhận xét:** Phần lớn các đối tượng nghiên cứu kể tên tác nhân gây VNĐSD là vi khuẩn trùng chiếm tỷ lệ 75,58% và nấm chiếm tỷ lệ 70,65%; trùng roi và giang mai thấp là 29,35% và 45,19%.

**Bảng 3.8. Hiểu biết dấu hiệu viêm nhiễm đường sinh dục**

Dấu hiệu VNĐSD	Số lượng (n=385)	Tỷ lệ %
Ra nhiều khí hư	286	74,29
Ngứa cửa mình	305	79,22
Đau khi giao hợp	254	65,97
Ra máu bất thường	192	49,87

### 3.3. Thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

**Bảng 3.11. Thực hành vệ sinh phụ nữ hàng ngày và vệ sinh kinh nguyệt**

Kết quả		Thực hành vệ sinh hàng ngày (n=385)			
		Vệ sinh BPSD		Vệ sinh kinh nguyệt	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Có	Một lần	169	43,90	0	0,00
	Hai lần	131	34,03	103	26,75
	≥ Ba lần	85	22,07	282	73,25
	<b>Tổng cộng</b>	<b>385</b>	<b>100</b>	<b>385</b>	<b>00,00</b>
Không		0	0,0	0	0,0

**Nhận xét:** Có 22,07% thực hành vệ sinh bộ phận sinh dục ngày 03 lần trở lên; đối tượng nghiên cứu thực hành vệ sinh kinh nguyệt ≥ 3 lần/ngày chiếm 73,25%.

**Bảng 3.12. Thực hành vệ sinh trước và sau quan hệ vợ chồng**

Thực hành	Kết quả	Thực hiện vệ sinh (n = 385)	
		n	Tỷ lệ %
Có	VS trước khi quan hệ	272	70,65
	VS sau khi quan hệ	357	92,73
Không		0	0,0

**Nhận xét:** Thực hành về vệ sinh trước 70,65% và có 92,73% người vệ sinh sau khi quan hệ.

**Bảng 3.13. Sử dụng băng vệ sinh khi có kinh nguyệt**

Kết quả	Thực hành sử
---------	--------------

Đau bụng dưới	333	86,49
---------------	-----	-------

**Nhận xét:** Dấu hiệu đau bụng dưới chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,59% khi đối tượng nghiên cứu nghĩ đến VNĐSD.

**Bảng 3.9. Tỷ lệ đối tượng kể được dấu hiệu gây viêm nhiễm đường dinh dục**

Số triệu chứng	Số lượng (n=385)	Tỷ lệ %
Kể được ≤ 3/5	197	51,17
Kể được > 3/5	188	48,83
<b>Tổng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu kể được 3/5 triệu chứng trở lên chiếm 48,83% ít hơn nhóm còn lại là 51,17%.

**Bảng 3.10. Biết nguyên nhân phụ nữ bị viêm nhiễm đường sinh dục**

Nguyên nhân phụ nữ bị VNĐSD	Số lượng (n=385)	Tỷ lệ %
Không có nước sạch	385	100,00
Vệ sinh kém	362	94,03
Mặc quần áo bẩn	357	92,73
Thiếu vệ sinh khi giao hợp	315	81,82
Ngâm mình trong nước	226	58,70

**Nhận xét:** Các phụ nữ biết nguyên nhân bị VNĐSD là không có nước sạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%. Ngâm mình trong nước chiếm tỷ lệ thấp là 58,70%.

Thực hành	dụng băng vệ sinh	
	n	Tỷ lệ %
Tự làm	4	1,04
Mua băng vệ sinh sẵn	381	98,96
Khác	0	0,00
<b>Tổng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Có 381 phụ nữ mua băng vệ sinh sẵn chiếm 98,96%.

**Bảng 3.14. Xử trí khi nghi ngờ viêm nhiễm sinh dục**

Kết quả	Số lượng (n = 385)	Tỷ lệ %
Đến khám Bác sỹ	376	97,66

Tự mua thuốc	9	2,34
Không quan tâm	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Khi nghi ngờ viêm nhiễm sinh dục các đối tượng nghiên cứu đến khám Bác sỹ chiếm tỷ lệ 97,66%.

**Bảng 3.15. Khám phụ khoa định kỳ trong năm**

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Thực hành</b>		
Có	277	71,95
Không	108	28,05
<b>Tổng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Các đối tượng nghiên cứu có khám phụ khoa định kỳ chiếm tỉ lệ 71,95%.

**Bảng 3.16. Sử dụng các biện pháp tránh thai**

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Thực hành</b>		
Đặt vòng	211	54,81
Uống thuốc tránh thai	42	10,91
Tiêm thuốc tránh thai	0	0,00
Bao cao su	104	27,01
Đình sản	0	0,00
Không áp dụng BPTT	28	7,27
<b>Tổng</b>	<b>385</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Đa số các đối tượng nghiên cứu đặt vòng tránh thai chiếm 54,81% và bao cao su chiếm 27,01%; có 7,27% phụ nữ không áp dụng BPTT.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Từ bảng 3.1, trong tổng số 385 phụ nữ tiến hành khảo sát, nhóm tuổi từ 20 đến 39 tuổi chiếm chủ yếu (83,89%), trong đó nhóm tuổi 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất 47,27% và nhóm tuổi 18-19 chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,08%. Địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là Bệnh viện Phụ sản Hải Dương nên tỷ lệ buôn bán chiếm tỷ lệ cao là phù hợp chiếm 49,35%, công nhân viên chiếm tỷ lệ 18,88%; nghề nghiệp tự do 6,49% (bảng 3.2). Cán bộ công chức và buôn bán có cơ hội để tiếp cận nguồn thông tin hơn các ngành khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng có trình độ học vấn Trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 39,74% tiếp đến Trung học phổ thông 26,75%, CĐ-ĐH chiếm tỷ lệ 22,60% (bảng 3.3). Kết quả này cũng phù hợp với cơ cấu ngành nghề trên, trình độ học vấn ở đây tương đối khá nên thuận lợi cho việc tiếp thu kiến thức, y học nói chung và bệnh viêm nhiễm sinh dục nói riêng

Qua bảng 3.4. cho thấy mức độ thu nhập gia đình đối tượng nghiên cứu có  $\geq 500.000đ/người$  /tháng chiếm tỷ lệ 88,05%. Thường những đối tượng thu nhập thấp thường khó có điều kiện chăm sóc sức khoẻ một cách đầy đủ và cũng khó

có điều kiện tiếp cận, thụ hưởng những dịch vụ y tế có chất lượng nói chung và các dịch vụ về sức khoẻ sinh sản nói riêng nên thường dễ bị mắc bệnh hơn. Đồng thời, những đối tượng thuộc diện nghèo thường ít có điều kiện tiếp cận với các nguồn thông tin nên thường thiếu hiểu biết.

**4.2. Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục**

Qua bảng 3.5 cho thấy trong 385 đối tượng nghiên cứu có 374 phụ nữ có nghe nói về viêm nhiễm sinh dục chiếm 97,14%. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ hiểu biết nhiều 2 tác nhân gây VNĐSD gồm vi khuẩn (75,58%), nấm (70,65%), và 3 tác nhân còn lại có tỷ lệ thấp hơn là lậu (59,74%) và giang mai (45,19%) và trùng roi thấp nhất (29,35%). Tỷ lệ biết trùng roi có thể là các đối tượng nghiên cứu là CNVC và CĐ-ĐH. Qua bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ kể được > 3 tác nhân gây bệnh chiếm 43,90% thấp hơn nhóm kể được  $\leq 3$  tác nhân (56,10%). Điều này cho thấy hiểu biết của đối tượng về tác nhân gây bệnh còn thấp vì những tác nhân này không phải dễ dàng biết được mà các đối tượng nghiên cứu phải có trình độ nhất định để biết và hiểu được.

Về dấu hiệu triệu chứng viêm nhiễm sinh dục, các đối tượng nghiên cứu cho rằng đau bụng dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 86,49%, ngứa cửa mình (79,22%), ra nhiều khí hư (74,29%), đau khi giao hợp (65,97%) và ra máu bất thường chiếm 49,87%. Có thể 2 triệu chứng đau bụng, ngứa cửa mình là các đối tượng nghiên cứu thường gặp khi bị VNĐSD. (bảng 3.8)

Qua bảng 3.9 cho thấy tỷ lệ kể được > 3 triệu triệu chứng gây bệnh chiếm 48,83% thấp hơn nhóm kể được  $\leq 3$  tác nhân (51,17%). Điều này cho thấy tỷ lệ hiểu biết của đối tượng về triệu chứng gây bệnh VNĐSD không quá (50%) do các đối tượng nghiên cứu có thể lầm lẫn với bệnh khác như nhiễm trùng tiết niệu.v.v. Qua bảng 3.10 cho thấy 100% đối tượng nghiên cứu cho rằng phụ nữ bị VNĐSD do không có nước sạch, vệ sinh kém (94,03%), mặc quần áo bẩn (92,73%), thiếu vệ sinh khi giao hợp (81,82%) và ngâm mình trong nước chiếm thấp nhất (58,70%).

**4.3. Thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục**

Về thực hành vệ sinh phụ nữ hàng ngày, có 22,07% thực hành vệ sinh bộ phận sinh dục (BPSD) ngày 3 lần trở lên, 43,90% thực hành vệ sinh BPSD ngày một lần. Tỷ lệ 34,03% thực hành vệ sinh BPSD ngày 02 lần. Tỷ lệ này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Viện Da liễu trung ương (2003) tỷ lệ phụ nữ vệ sinh ngày 03 lần trở lên là 24,15%. Về vệ sinh kinh nguyệt qua bảng 3.11 cho thấy thực hành vệ sinh KN  $\geq 3$  lần chiếm tỷ

lệ cao 73,25%; hai lần (26,75%). Kết quả này tương đương với một số tác giả khác [3].

Qua bảng 3.12 cho thấy kết quả các đối tượng nghiên cứu thực hành về vệ sinh trước và sau khi quan hệ vợ chồng. Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu vệ sinh sau khi quan hệ (92,73%) cao hơn so với vệ sinh trước khi quan hệ 70,65%. Điều này rất thực tế với số đông những cặp vợ chồng. Các đối tượng nghiên cứu chúng tôi phần lớn sống tại thành phố nên điều kiện vệ sinh cũng như nhận thức có thể cao hơn. Đối tượng nghiên cứu, thời gian, điều kiện sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu không giống nhau, việc sinh hoạt tình dục vợ chồng luôn là vấn đề tế nhị; ở nông thôn Việt Nam hầu hết cấu trúc gia đình thuộc gia đình nhiều thế hệ trong một nhà, mà có nhiều thế hệ cùng chung sống thì luôn ảnh hưởng đến việc vệ sinh thoải mái, đặc biệt là vệ sinh tình dục trước và sau quan hệ vợ chồng, và có thể dẫn đến tình trạng thiếu vệ sinh cần phải tăng cường truyền thông giáo dục nhằm thay đổi thực hành ở nhóm đối tượng này.

Qua bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ thực hành sử dụng băng vệ sinh, trong đó 98,96% đối tượng nghiên cứu mua băng vệ sinh sẵn. Hiện nay các phương tiện thông tin phát triển chương trình quảng cáo quảng bá thương hiệu băng vệ sinh được các nhà sản xuất quan tâm hàng đầu luôn đưa đến cho người tiêu dùng hiểu biết rõ về sản phẩm, chất lượng cũng như giá cả hợp lý; cùng với sự phát triển về kinh tế của các hộ gia đình mức sống mọi người tăng lên do vậy vấn đề sử dụng băng vệ sinh bán sẵn được đối tượng sử dụng nhiều hơn.

Việc khám phụ khoa định kỳ trong năm sẽ giúp phát hiện sớm các trường hợp VNĐSD đồng thời kiểm tra được các trường hợp bị VNĐSD trước đây. Khi nghiên cứu về hành vi khám phụ khoa định kỳ trong năm, có 71,95% đối tượng khám phụ khoa định kỳ (bảng 3.15). So với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác [3] kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn; có lẽ do khác nhau về thời điểm, địa phương nghiên cứu nên kết quả có khác nhau. Qua bảng 3.15 cho thấy các đối tượng nghiên cứu thực hành các biện pháp tránh thai với phương pháp đặt vòng và dùng bao cao su với tỷ lệ cao lần lượt là 54,81% và 27,01%. Chỉ có 10,91% uống thuốc tránh thai.

## V. KẾT LUẬN

### 1. Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

- Đa số đối tượng nghiên cứu có hiểu biết về viêm nhiễm sinh dục.
- Hai tác nhân gây VNĐSD là vi khuẩn (75,58%), nấm (70,65%).
- Ít đối tượng nghiên cứu kể được >3/5 triệu chứng.
- Khi bị viêm nhiễm tỷ lệ đối tượng biết dấu hiệu (triệu chứng) đau bụng, ngứa cửa mình, ra khí hư.
- Nguyên nhân bị VNĐSD là không có nước sạch chiếm tỷ lệ 100%.

### 2. Thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục

- Số ít đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục > 3 lần/ ngày.
- Đa số đối tượng vệ sinh kinh nguyệt > 3 lần/ ngày (73,25%).
- Đa số đối tượng vệ sinh trước khi quan hệ.
- Mua băng vệ sẵn, đi khám bác sĩ khi bị viêm nhiễm đường sinh dục, khám phụ khoa định kì.
- Đa số đối tượng sử dụng biện pháp tránh thai là đặt vòng( 54,81%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Thị Kim Anh (1994)**, "Nghiên cứu bước đầu đánh giá tần xuất mắc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục ở phụ nữ đến khám tại Viện Bảo vệ Bà mẹ - Trẻ sơ sinh", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2011)**, *Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020*, Hà Nội
3. **Lê Hồng Cẩm (2004)**, "Khảo sát tần suất viêm âm đạo, cổ tử cung ở phụ nữ từ 15 - 29 tuổi có gia đình tại huyện Hooc Môn", *Chuyên đề Sản - Y học Tp.HCM số đặc biệt*, Trường ĐH Y Dược Tp.HCM lần thứ 19, tr.13- 16
4. **Dương Thị Cường và cộng sự (1995)**, "Nhiễm trùng đường sinh dục dưới", *Công trình nghiên cứu khoa học*, Viện BVMTSS, tr.1-5.
5. **Nguyễn Khắc Minh, Đinh Thanh Huế, Cao Ngọc Thành (2007)**, "Nghiên cứu mô số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện Tiên Phước - Quảng Nam, Tạp chí Y học thực hành.
6. **Đào Ngọc Phong (2006)**, *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Y học và sức khỏe cộng đồng*, NXB Y học.
7. **Huỳnh Thị Trong, Nguyễn Quốc Chính, Nguyễn Văn Tú ( 2002)**, "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2002", Hội nghị quốc tế Châu Á Thái Bình Dương lần V, 2005.

## THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THANH CHƯƠNG TỈNH NGHỆ AN NĂM 2016

Phạm Thị Tĩnh<sup>1</sup>, Ninh Thị Nhung<sup>1</sup>, Phạm Thị Dung<sup>1</sup>**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng công tác quản lý, điều trị rối loạn lipid máu cho bệnh nhân tại địa bàn nghiên cứu. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ các cán bộ quản lý biết về mối liên quan giữa các bệnh như đái tháo đường, bệnh tim mạch, tăng huyết áp, ung thư đến tình trạng RL lipid máu lần lượt là 78,5%; 61%; 60,5%; 17,4%. 80,2% cán bộ cho rằng cần thiết phải triển khai chương trình quản lý, tư vấn, điều trị rối loạn lipid máu tại địa phương; 19,8% cho rằng không cần thiết. Những khó khăn khi có triển khai chương trình: chưa có văn bản pháp quy 71,6%; thiếu nhân lực, trang thiết bị 75,6%;... Với biện pháp khắc phục khi triển khai chương trình chủ yếu là có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn 71,6%; mở lớp đào tạo tập huấn 72,6%;... Nhu cầu tham gia tập huấn các lớp đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu chiếm 72,7%; không có nhu cầu 27,3%. Trong đó thực tế cán bộ có tham gia dự lớp tập huấn/ đào tạo chỉ chiếm 1,7%. **Kết luận:** 93,6% và 56,4% biết về thừa cân béo phì và béo bụng với RLLP máu. 80,2% cho rằng cần thiết phải triển khai chương trình quản lý, tư vấn, điều trị rối loạn lipid máu tại địa phương. Chỉ có 1,7% cán bộ có tham gia dự lớp tập huấn/ đào tạo; trong khi nhu cầu thực tế lại có 72,7% cán bộ có mong muốn tham gia tập huấn các lớp đào tạo.

**Từ khóa:** Rối loạn lipid máu, quản lý.

**SUMMARY**

**SITUATION OF MANAGEMENT, TREATMENT FOR LIPID MELLITUS IN GENERAL HOSPITAL OF THANH CHUONG DISTRICT OF NGHE AN PROVINCE 2016**

**Objectives:** Describe the situation of management and treatment of dyslipidemia in patients in the study area. **Methods:** Descriptive epidemiological study through a cross-sectional survey. **Results:** The percentage of managers who knew about the relationship between diabetes, cardiovascular disease, hypertension, cancer to dyslipidemia were 78.5%; sixty one%; 60.5%; 17.4%. 80.2% of staff said that it is necessary to implement management program, counseling, treatment of dyslipidemia in the local; 19.8% said it was not necessary. Difficulties when implementing the program: no legal document 71.6%; lack of manpower, equipments 75.6%; with the corrective measures when implementing the program, there is a document guiding and guiding 71.6%; Training courses 72.6%; the need to attend training courses on management of patients with dyslipidemia accounts

for 72.7%; no need 27.3%. Of which only 1.7% of the participants attended the training course.

**Key words:** dyslipidemia, management.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì, tăng đường máu là các yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm và cũng là những yếu tố nguy cơ chưa được kiểm soát hiệu quả. Việt Nam cũng đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Mục tiêu của kế hoạch hành động thực hiện chiến lược Quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 đến 2025 là khống chế tỷ lệ người có cholesterol máu cao dưới 35% ở người trưởng thành. Việc kiểm soát, điều trị rối loạn lipid máu là một quá trình liên tục, suốt đời với mục tiêu là ngăn ngừa tối đa các biến cố tim mạch. Bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương tỉnh Nghệ An, với 220 giường bệnh, công suất sử dụng giường là 124%, hàng tháng có trên 9.359 lượt người tới khám và điều trị, nhưng chưa có một nghiên cứu nào về công tác quản lý điều trị rối loạn lipid máu vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác quản lý, điều trị rối loạn lipid máu cho bệnh nhân tại địa bàn nghiên cứu.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:**

- Cán bộ lãnh đạo: Phó chủ tịch huyện, phó chủ tịch xã, phụ trách văn hóa
- Cán bộ quản lý: Ban giám đốc, trưởng (phó) các khoa lâm sàng của bệnh viện đa khoa huyện, ban Giám đốc TTYT huyện, trưởng phòng Y tế huyện, cán bộ phụ trách các chương trình Y tế của huyện, Trưởng TYT và cán bộ chuyên trách của xã.
- Cán bộ Y tế: Bác sỹ, điều dưỡng các khoa lâm sàng của bệnh viện

**Thời gian nghiên cứu:** từ 1/2016 đến tháng 6/2016

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:**

- Cỡ mẫu cán bộ lãnh đạo: Phó chủ tịch huyện (1 người) và phó chủ tịch xã phụ trách khối văn hóa giáo dục (31 người) = 32 người
- Cỡ mẫu cán bộ quản lý: Ban giám đốc bệnh viện huyện (3 người), trưởng (phó) các khoa lâm sàng của bệnh viện đa khoa huyện (18 người), ban Giám đốc TTYT huyện (2 người), trưởng phòng Y tế huyện (1 người), cán bộ phụ trách các chương trình Y tế của huyện (2 người),

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình  
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh  
 Email: phamtinh\_ytb@yahoo.com  
 Ngày nhận bài: 3.10.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 6.12.2017  
 Ngày duyệt bài: 15.12.2017

Trường trạm y tế xã (31 người) và cán bộ chuyên trách của 31 xã (8 người) = 65 người.

- Cán bộ Y tế: Bác sĩ, điều dưỡng, y tá các khoa lâm sàng của bệnh viện đa khoa huyện = 75 người

Vậy tổng số cán bộ phỏng vấn là: 32 + 65 + 75 = 172 người

**Công cụ nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin:** Phỏng vấn toàn bộ cán bộ lãnh đạo, cán bộ y tế của bệnh viện và Phó Chủ tịch

huyện phụ trách khối văn hóa, Ban Giám đốc trung tâm y tế huyện, trường phòng Y tế, cán bộ phụ trách của huyện bằng bộ câu hỏi chuẩn bị trước.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình EPI DATA để nhập số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng làm công tác quản lý, điều trị tham gia phỏng vấn (n=172)**

Đối tượng trả lời		SL	Tỷ lệ (%)
Tuyến huyện	BGD, trưởng phó khoa LS	21	12,2
	Bác sĩ, điều dưỡng	75	43,6
	PCT UBND huyện, BGD TTYT huyện, CB phụ trách các chương trình y tế huyện	6	3,5
Tuyến xã	Cán bộ trạm y tế, cán bộ chuyên trách xã	39	22,7
	Phó chủ tịch UBND xã	31	18,0

Kết quả bảng trên cho thấy: Ở tuyến huyện có 12,2% là BGD, trưởng phó khoa LS; 43,6% là bác sĩ, điều dưỡng và 3,5% là PCT UBND huyện, trưởng phó phòng. Ở tuyến xã thì trạm y tế, cán bộ chuyên trách chiếm 22,7% ; PCT UBND xã là 18,0%.

**Bảng 2. Tỷ lệ cán bộ quản lý biết về những bệnh mạn tính không lây liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu**

Bệnh mạn tính không lây liên quan	Tuyến huyện (n=102)		Tuyến xã (n=70)		Chung (n=172)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đái tháo đường	90	88,2	45	64,3	135	78,5
Bệnh tim mạch	64	62,7	41	58,6	105	61,0
Tăng huyết áp	56	54,9	48	68,6	104	60,5
Ung thư	11	10,8	19	27,1	30	17,4

Tỷ lệ các cán bộ quản lý biết về mối liên quan giữa các bệnh mạn tính không lây như đái tháo đường, bệnh tim mạch, tăng huyết áp, ung thư đến tình trạng RL lipid máu lần lượt là 78,5%; 61%; 60,5%; và 17,4%.

**Bảng 3. Quan điểm của cán bộ quản lý về chương trình quản lý, tư vấn, điều trị bệnh rối loạn lipid máu tại địa phương (n=172)**

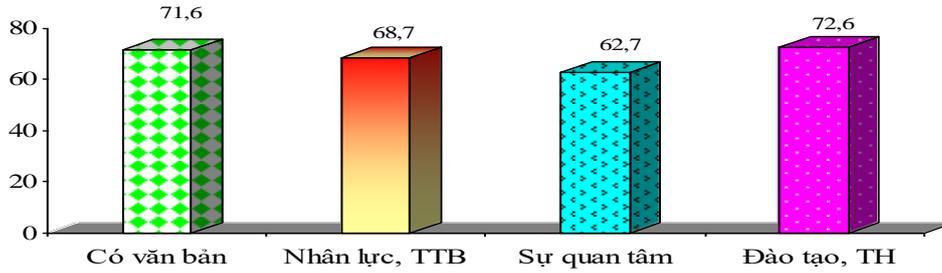
Chương trình quản lý, tư vấn, điều trị bệnh rối loạn lipid máu tại địa phương	SL	Tỷ lệ (%)	
Hiện tại đang triển khai tại địa phương	0	-	
Chưa	Cần thiết triển khai	138	80,2
	Không cần triển khai	34	19,8

Hiện nay chương trình quản lý, tư vấn, điều trị bệnh rối loạn lipid máu chưa được triển khai tại địa phương. Tuy nhiên 80,2% các cán bộ cho rằng cần thiết phải được triển khai; 19,8% là cho rằng là không cần thiết.

**Bảng 4. Ý kiến của cán bộ quản lý về những khó khăn khi triển khai chương trình**

Những khó khăn khi có triển khai chương trình	Tuyến huyện (n=102)		Tuyến xã (n=70)		Chung (n=172)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chưa có văn bản pháp quy	70	68,7	53	75,7	123	71,6
Chưa có cơ chế chính sách	67	65,7	48	68,6	115	66,9
Thiếu nhân lực, TTB	72	70,6	58	82,9	130	75,6
Khác	4	3,9	5	7,1	9	5,2

Kết quả bảng 4 cho thấy những khó khăn khi có triển khai chương trình chủ yếu là chưa có văn bản pháp quy 71,6%; thiếu nhân lực, trang thiết bị 75,6%; chưa có cơ chế chính sách 66,9%.



**Biểu đồ 1. Ý kiến của cán bộ quản lý về những điểm cần khắc phục khi triển khai chương trình**

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy ý kiến của cán bộ quản lý ở tuyến huyện về những khó khăn cần khắc phục khi triển khai chương trình cũng chủ yếu là có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn 71,6%; mở lớp đào tạo tập huấn 72,6%; đầu tư nhân lực, trang thiết bị, kinh phí 68,7%; quan tâm của cơ quan ban ngành 62,7%.

**Bảng 5. Nhu cầu tham gia tập huấn các lớp đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu của các cán bộ (n=172)**

Nhu cầu tham gia tập huấn	SL	Tỷ lệ (%)
Có	125	72,7
Không	47	27,3
Chung	172	100

Nhu cầu tham gia tập huấn các lớp đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu của các cán bộ c chiếm 72,7%; không có nhu cầu 27,3%.

**Bảng 6. Tỷ lệ các cán bộ tham dự lớp tập huấn/đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu trong năm qua (n=172)**

Tham dự lớp tập huấn/đào tạo	SL	Tỷ lệ (%)
Có	3	1,7
Không	169	98,3
Chung	172	100

Tỷ lệ cán bộ có tham gia dự lớp tập huấn/đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu trong năm qua chỉ chiếm 1,7%; trong đó tỷ lệ không tham dự lớp tập huấn/ đào tạo là rất cao chiếm 98,3%.

**Bảng 7. Tỷ lệ các cán bộ tham gia truyền thông về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu trong năm qua (n=172).**

Tham gia truyền thông	SL	Tỷ lệ (%)
Có	18	10,5
Không	154	89,5
Chung	172	100

Tỷ lệ cán bộ có tham gia truyền thông về quản lý chăm sóc bệnh nhân RLLP máu trong năm qua là rất thấp chiếm 10,5%. Số cán bộ

không tham gia truyền thông lại chiếm tỷ lệ rất cao là 89,5%.

#### IV. BÀN LUẬN

Việt Nam đã có mạng lưới y tế cơ sở được phát triển rộng khắp toàn quốc tạo điều kiện thuận lợi để người dân tiếp cận các dịch vụ phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Thông qua các dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, mạng lưới y tế y tế cơ sở (nơi có dự án bao phủ) đã được đào tạo, tập huấn, hướng dẫn về chuyên môn và từng bước nâng cao năng lực. Trong đó có chương trình quản lý, dự phòng, và điều trị rối loạn lipid máu. Tuy nhiên, hiện tại trên địa bàn huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An chương trình này chưa được thực hiện triển khai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cán bộ quản lý biết về mối liên quan giữa tình trạng rối loạn lipid máu với đái tháo đường là 78,5%; bệnh tim mạch là 61%; tăng huyết áp là 60,5%; ung thư là 17,4%. Sự hiểu biết về mối liên quan giữa đái tháo đường và tình trạng rối loạn lipid máu ở tuyến xã là 64,3% và tuyến huyện là 88,2%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy có thể thấy nhân lực y tế công tác trong lĩnh vực BKLN được đánh giá là còn chưa nắm tốt các kiến thức, thiếu và không đồng bộ giữa các tuyến. Điều này cũng đã được khẳng định trong báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014 về tăng cường dự phòng, kiểm soát bệnh không lây nhiễm [1].

Các bệnh liên quan đến hội chứng chuyển hóa ngày càng gia tăng và có xu hướng trẻ hóa, trong đó có rối loạn chuyển hóa lipid máu, đòi hỏi ngành y tế phải xây dựng và triển khai các chương trình y tế để dự phòng, kiểm soát tình trạng này [2]. Chương trình quản lý, tư vấn, điều trị bệnh rối loạn lipid máu chưa được triển khai tại địa phương nghiên cứu và 80,2% cho rằng cần thiết phải được triển khai; chỉ có 19,8% là cho rằng chương trình này là không cần thiết.

Trước nhu cầu trên, đòi hỏi UBND huyện phải đưa kế hoạch xây dựng và triển khai vấn đề này trở thành một vấn đề ưu tiên cao trong kế hoạch phát triển kinh tế xã hội của địa phương cũng như nâng cao hơn chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân.

Tuy chính sách kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung và chương trình, dự án phòng chống BKLN đã được xây dựng và triển khai, song vẫn còn tồn tại nhiều khó khăn [3]. Những khó khăn trong thực trạng triển khai các chương trình dự án phòng chống BKLN ở Việt Nam hiện nay cũng là những khó khăn gặp phải trong ý kiến đưa ra của các cán bộ quản lý khi triển khai chương trình tại địa phương mình: chủ yếu là chưa có văn bản pháp quy (71,6%); chưa có cơ chế chính sách (66,9%); thiếu nhân lực, trang thiết bị (75,6%) và các yếu tố khác (5,2%). 65,7% ở tuyến huyện cho rằng khó khăn là chưa có cơ chế chính sách; trong khi tuyến xã là 68,6%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Do vậy để có thể thực hiện và triển khai có hiệu quả các chương trình này đòi hỏi phải khắc phục, hạn chế được những khó khăn nêu trên: các ý kiến cho rằng cần có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn (70,9%); đầu tư nhân lực, trang thiết bị, kinh phí (68,0%); quan tâm của cơ quan ban ngành (60,5%); mở lớp đào tạo tập huấn (75%). 71,6% tuyến huyện cho rằng cần có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn trong khi tuyến xã là 70,0%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Về ý kiến cho rằng cần đầu tư nhân lực, trang thiết bị, kinh phí thì 68,7% tuyến huyện đồng ý với ý kiến đó và tuyến xã là 67,1%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Đội ngũ nhân lực y tế, trong đó có nhân lực trong lĩnh vực BKLN có vai trò rất quan trọng, góp phần vào việc thực hiện có hiệu quả hay không các chương trình y tế [4], [5]. Vì vậy đòi hỏi nhu cầu tham gia tập huấn các lớp đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu của các cán bộ y tế tuyến cơ sở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thực trạng này còn rất

kém: Tỷ lệ cán bộ có tham gia dự lớp tập huấn/ đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu trong năm qua chiếm 1,7%, trong đó không tham gia dự lớp tập huấn/ đào tạo về quản lý chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu trong năm qua là rất cao chiếm 98,3%.

Trước thực trạng đó, nhu cầu tham gia tập huấn các lớp đào tạo của các cán bộ y tế trên địa bàn nghiên cứu chiếm 72,7%; không có nhu cầu tập huấn chiếm 27,3%. Đòi hỏi xây dựng, tổ chức các lớp tập huấn, dài hạn, ngắn hạn, nâng cao kiến thức, kỹ năng, cải thiện chất lượng đào tạo tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế, tiếp tục cải thiện công tác quản lý đào tạo liên tục nhân lực y tế.

## V. KẾT LUẬN

93,6% và 56,4% biết về thừa cân béo phì và béo bụng với RLLP máu. 80,2% cho rằng cần thiết phải triển khai chương trình quản lý, tư vấn, điều trị rối loạn lipid máu tại địa phương. Chỉ có 1,7% cán bộ có tham dự lớp tập huấn/ đào tạo; trong khi nhu cầu thực tế lại có 72,7% cán bộ có mong muốn tham gia tập huấn các lớp đào tạo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014, tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản y học Hà Nội
2. Nguyễn Công Khẩn (2010), *Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng-lipid ở người trưởng thành tại cộng đồng và một số giải pháp can thiệp dự phòng*, Đề tài cấp cơ sở, Viện dinh dưỡng - Bộ y tế.
3. Lê Đức Thuận, Nguyễn Thị Lâm và Vũ Đình Chính (2010), "Thừa cân béo và tình trạng rối loạn lipid máu ở người từ 30-59 tuổi tại thành phố Hải Dương", *Tạp chí Dinh dưỡng an toàn thực phẩm* 6(2), tr.16-22.
4. Trường Đại học Y Hà Nội (2012) *Chuyển hóa và rối loạn chuyển hóa lipoprotein*, Hóa sinh lâm sàng, Nhà xuất bản Y học
5. Hans Hauner, et al. (2012), "Evidence-Based Guideline of the German Nutrition Society: Carbohydrate Intake and Prevention of Nutrition-Related Diseases", *Annals of Nutrition and Metabolism*. 60(1), pp.1-58.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI TÀI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Văn Quảng<sup>1</sup>, Lê Thanh Đức<sup>2</sup>, Nguyễn Xuân Hậu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu  
Email: hxn86@yahoo.com

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị của u tuyến mang tai được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 70 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 10 năm 2016. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** tuổi trung bình 46,5; nam/nữ: 1/1,6; sờ thấy u vùng mang tai hay gặp nhất 98,6%; u kích thước 2-4 cm 81,4%; một u 97,2%; mật độ chắc 51,4%; ranh giới rõ 97,2%; u di động 91,5%; tế bào học lạnh tính 82,8%; siêu âm: u thùy nông 95,7%; một u 98,6%; kích thước 2-4cm 90%; ranh giới rõ: 82,8%; mô bệnh học: ung thư 17,1%; phương pháp điều trị: phẫu thuật 100%; tia xạ sau mổ 4,3%; u lành: lấy u 55,1%, cắt toàn bộ tuyến mang tai bảo tồn dây 7: 41,3%; ung thư: cắt toàn bộ: 91,7%, sinh thiết chẩn đoán: 8,3; tái phát tại chỗ 33,3%, di căn xa 33,3%. **Kết luận:** u tuyến mang tai chủ yếu là u lành tính, phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất trong điều trị ung tuyến nước bọt mang tai.

**Từ khóa:** u tuyến nước bọt mang tai, phẫu thuật, ung thư.

**SUMMARY**

**RESULTS OF TREATMENT OF PAROTID SALIVARY TUMOR AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

**Purposes:** To evaluate the results of treatment of parotid salivary tumor at Hanoi medical university hospital. **Subjects and Methods:** 70 patients with parotid salivary tumors were treated at the Hanoi Medical University Hospital from October 2009 to October 2016. The retrospective descriptive study. **Results:** mean of age 46,5; male / female: 1/1,6; The most common Clinique occurred in the ear (98,6%); tumor size from 2-4cm 81,4%; single tumor 97,2%; firm tumor 51,4%; regular boundary 97,2%; mobility tumor 91,5%; benign cytology 82,8%; ultrasonography: 95,7% lobular tumors; single tumor 98,6%; tumor size from 2-4cm 90%; regular boundary: 82,8%; histopathology: cancer 17,1%; treatments: surgery 100%; postoperative 4,3% radiation; benign tumors: tumorectomy 55,1%,41,3% total parotidectomy; Cancer: total parotidectomy: 91,7%, biopsy diagnosis: 8,3%; recurrent onset 33,3%, metastases distant 33,3%. **Conclusions:** Most parotid salivary gland tumors are benign, surgery is the most important method in treating salivary gland tumors.

**Key words:** parotid salivary gland tumors, surgery, cancer.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U tuyến nước bọt là loại u ít gặp chiếm 3 - 6% các khối u ở vùng đầu mặt cổ. Tỷ lệ mắc u tuyến nước bọt trên toàn thế giới là 0,4 - 13,5 ca/100.000 dân/năm. Việt Nam ước tính có 0,6 - 0,7 ca mới mắc/100.000 dân/năm [1]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu đối với các khối u tuyến nước bọt. Phẫu thuật như thế nào

để bảo tồn được các nhánh thần kinh quan trọng nhưng vẫn đảm bảo lấy hết được u, hạn chế tái phát là mối quan tâm hàng đầu của các phẫu thuật viên. Trong vài năm gần đây tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y đã gặp khá nhiều các bệnh lý của u tuyến nước bọt với biểu hiện lâm sàng phong phú.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng:** Đối tượng nghiên cứu gồm 70 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 10 năm 2016.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán là u tuyến nước bọt mang tai.

- Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ.
- Bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện ĐHY HN.
- Có thông tin sau điều trị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** không phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn

**Phương pháp nghiên cứu:** Là phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Số liệu được xử lý** bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng thuật toán trung bình, giá trị max, min, tần suất, crosstabs tạo bảng hai chiều.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**Tuổi, giới:** Tuổi trung bình 46,5. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1: 1,6.

**Lý do vào viện:** sờ thấy u tại tuyến chiếm 92,9%.

**Kích thước u:** kích thước ukhoảng 2 - 4 cm chiếm 81,4%

**Tính chất u:** 97,2% bệnh nhân chỉ có một khối u, mật độ u chắc, chiếm đa số 51,4%

**Tế bào học tại u:** lạnh tính chiếm tỷ lệ 82,8%.

**3.2 Đặc điểm u trên siêu âm**

**Bảng 1. Đặc điểm u trên siêu âm**

		Số BN	Tỉ lệ %
Vị trí u	Thùy nông	67	95.7
	Thùy sâu	3	4.3
	<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Số lượng u	1 khối	69	98.6
	Nhiều khối	1	1.4
	<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Kích thước u	≤ 2cm	6	8.6
	2 - 4cm	63	90
	> 4cm	1	1.4
	<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Hình dạng	Tròn	11	15.7
	Bầu dục	9	12.9
	Múi	50	71.4
	<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Ranh giới	Rõ	58	82.8
	Không rõ	12	17.2

Ngày nhận bài: 3.10.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017  
 Ngày duyệt bài: 22.12.2017

	<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Mật độ	Giảm âm	15	21.5
	Hỗn hợp âm	55	78.5
	Tăng âm	0	0
	<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 95.7% u nằm ở thùy nông, 1.4% u của tuyến mang tai có nhiều khối, kích thước u từ 2 – 4cm chiếm tỉ lệ cao nhất. Kích thước u > 4cm chỉ gặp một trường hợp của u tuyến mang tai.

#### **Đặc điểm mô bệnh học**

**Bảng 2. Phân loại mô bệnh học**

Phân loại mô bệnh học		Số BN	Tỉ lệ %
U lành	U hỗn hợp tuyến nước bọt	41	70,7
	U tuyến lympho	11	19
	Schwannoma lành tính	1	1,7
	U máu	1	1,7
	U tuyến túi lành	2	3,5
	U tuyến tế bào ái toan	1	1,7
	U nang tuyến nước bọt	1	1,7
	<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>
U ác	J lympho phối hợp niêm mạc	2	16,7
	Carcinoma vảy xâm nhập không sừng hóa	1	8,3
	Carcinoma dạng tuyến nang	5	41,7
	Carcinoma dạng biểu bì nhầy	3	25
	Hạch di căn carcinoma của ung thư TMT	1	8,3
	<b>Tổng</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nhóm u lành tính chiếm đa số (82,8%). Nhóm ung thư chiếm 17,2%.

#### **Kết quả điều trị**

**Các phương pháp điều trị:** phẫu thuật chiếm 100%.

#### **3.3 Phương pháp điều trị phẫu thuật theo u lành tính, u ác tính**

**Bảng 3: Phương pháp điều trị phẫu thuật theo u lành tính, u ác tính**

	U lành		Ung thư	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Phẫu thuật lấy u đơn thuần	32	55.1	0	50
Lấy u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII	24	41.3	11	91.7
PT cắt thùy nông TMT	2	3.6	0	0
PT sinh thiết chẩn đoán	0	0	1	8.3
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** U lành tính có 41.3% phẫu thuật lấy u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII, phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai chỉ chiếm 3.6%. u ác tính, tỉ lệ điều trị bằng phẫu thuật lấy u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII cao hơn, chiếm 91.7%.

**Tái phát và di căn:** 33,3% bệnh nhân tái phát, 25% có di căn hạch, 8,3% di căn phổi.

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**Tuổi, giới:** Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 46,5 tuổi. Shishegar và cộng sự khi nghiên cứu trường hợp u tuyến nước bọt mang tai ở miền nam Iran từ 2005 - 2011 cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là 44,6 trong khoảng 8 - 85 tuổi [2]. Tuổi trung bình của nam là 48,6 và của nữ là 45,2. Nghiên cứu 360 trường hợp ở Mexico từ 2000 - 2007 cho thấy tuổi trung bình nam là 42,1 và nữ là 41,9 [1]. Nghiên cứu của Fonseca và cộng sự 493 trường hợp u tuyến nước bọt ở miền nam Brazil cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình của u ác tính là 54 tuổi, u lành tính tuổi trung bình là 46,3 tuổi [3]. Tỷ lệ nam/nữ là 1 : 1,6. Tỷ lệ nam và nữ thay đổi ở nhiều nghiên cứu, theo một kết quả nghiên cứu năm 2012 của tác giả Lee (Hàn Quốc) cho thấy tỷ lệ nam /nữ là 1,25 : 1 [4].

**Lý do vào viện và thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên:** Triệu chứng khối u tại tuyến đơn thuần là triệu chứng xuất hiện đầu tiên ở đa số bệnh nhân, 92,9%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Trung Kiên (67,7%) [5].

**Kích thước u:** Thường gặp nhất trong khoảng 2 – 4cm, ở tuyến mang tai tỉ lệ này là 81.4%. Mật độ u thường chắc, chiếm đa số 51.4%.

**Đặc điểm u trên siêu âm:** 95.7% u nằm ở thùy nông tuyến mang tai. Số lượng u trên siêu âm thường là một khối 98.6%. Kích thước u từ 2 – 4cm chiếm tỉ lệ cao nhất. Đa phần u có ranh giới rõ và mật độ giảm âm, chiếm 82.8%.

**Tế bào học tại u:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 82.8% là âm tính, kết quả thấp hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Trung Kiên, 96%. Có 17.2% các trường hợp cho kết luận tế bào học là ung thư, tỉ lệ này cũng theo nghiên cứu của Phạm Trung Kiên là 4%.

**Đặc điểm mô bệnh học:** U hỗn hợp tuyến nước bọt chiếm 70,7% trong các khối u lành tính. Tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu của Lee (61,6%) và của Wang (62,8%), thấp hơn của Shishegar (85%) và của Mejia - Melazquez (86,1%) [4], [6]. Loại u chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm u ác tính là ung thư biểu bì nhầy và ung thư biểu mô tuyến nang.

**Các phương pháp điều trị:** Tỉ lệ phẫu thuật u chiếm 100%, kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả [7].

**Phương pháp phẫu thuật:** Phẫu thuật cắt toàn bộ TMT bảo tồn dây thần kinh mặt là phương pháp được áp dụng hiệu quả trong các

khối u ở thùy sâu và ung thư TMT. Trong nghiên cứu này, phẫu thuật cắt toàn bộ TMT bảo tồn dây thần kinh mặt chiếm 41.3% đối với u lành và 91.7% đối với ung thư, kết quả này theo nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh là 7,5% đối với u lành, 40,9% đối với u ác, còn theo Phạm Trung Kiên, tỉ lệ điều trị theo phương pháp này ở u lành là 6,1%, 12,5% là của u ác.

**Tái phát và di căn:** Nghiên cứu của chúng tôi, trong tổng số 12 bệnh nhân ung thư có 33,3% bệnh nhân tái phát, kết quả này cao hơn nghiên cứu của nhiều tác giả. 25% có di căn hạch, 8,3% di căn phổi.

## V. KẾT LUẬN

**1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Tuổi mắc bệnh trung bình là 46,5, tuổi thấp nhất là 14, cao nhất là 78. Nhóm tuổi 21 – 60 chiếm 80%, tỉ lệ nam/nữ là 1 : 1,6; Triệu chứng lâm sàng khối u tại tuyến chiếm 92,9%.

Trên siêu âm 71.4% u tuyến mang tai hình múi, 82.8% u của tuyến mang tai có ranh giới rõ. Kích thước u thường từ 2 – 4cm chiếm 90%; U lành chiếm 82,8%, ung thư 17,2%. Trong nhóm u lành tính, u hỗn hợp chiếm 70,7%, u tuyến lympho 19%. Ung thư biểu mô dạng tuyến nang chiếm 41,7% trong nhóm ung thư, còn ung thư dạng biểu bì nhầy chiếm 25%.

**2. Kết quả điều trị:** Phẫu thuật cắt u tuyến mang tai đơn thuần chiếm 55.1% đối với u lành, phẫu thuật lấy u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII chiếm 91.7% số ung thư tuyến mang tai. Phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai ít gặp, chỉ gặp 3.6% trong số bệnh nhân u lành tính.

Tái phát u lành tính không có trường hợp nào tính đến thời điểm nghiên cứu. Có 33,3% bệnh nhân tái phát u, 25% di căn phổi, 8,3% di căn hạch trong tổng số bệnh nhân ung thư.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức (2009)**, "Ung thư tuyến nước bọt", *Ung thư học đại cương*, Nhà xuất bản Bộ y tế
2. **Shishegar M, Ashraf MJ, Azarpira N, Khademi B, Hashemi B, Ashrafi A (2011)**, "Salivary gland tumors in maxillofacial region: a retrospective study of 130 cases in a southern Iranian population". *Pathology research international* 2011: 934350
3. **Fonseca FP, Carvalho Mde V, de Almeida OP, Rangel AL, Takizawa MC, Bueno AG, Vargas PA (2012)**, "Clinicopathologic analysis of 493 cases of salivary gland tumors in a Southern Brazilian population". *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology* 114:230-239
4. **Lee YM, Choi HJ, Kim JW, Kim JH (2012)**, "Parotid gland tumors in a Korean population". *The Journal of craniofacial surgery* 23: pp 205-209
5. **Kubacka M, Orendorz-Fraczkowska K, Pazdro-Zastawny K, Morawska-Kochman M, Krecicki T (2013)**, "Epidemiological evaluation of salivary gland tumors in the Wroclaw ENT Department patients in the years 2001-2010". *Otolaryngologia polska The Polish otolaryngology* 67:30-33
6. **Parkin D. M, Whelan S. L (1997)**, "Cancer incidence in five continents", Vol VII
7. **Salovaara E, Hakala O, Back L, Koivunen P, Saarilahti K, Passador-Santos F, Leivo I, Makitie AA (2013)**, "Management and outcome of salivary duct carcinoma in major salivary glands". *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies* 270:281-285.

# ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CẢI THIỆN TẦM VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA SIÊU ÂM TRỊ LIỆU KẾT HỢP ĐIỆN TRƯỜNG CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

Trần Phương Đông\*, Nguyễn Tiến Dũng\*

## TÓM TẮT

Đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm là một bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, bệnh biểu hiện bằng triệu chứng đau và hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng, trong đó hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng làm ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt vào lao động hàng ngày của người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt. Bằng nghiên cứu tiền cứu, so sánh trước sau và có nhóm chứng đã đưa ra kết quả: tầm vận động cột sống thắt lưng được cải thiện rõ rệt. Phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm và tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với phương pháp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt.

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, siêu âm trị liệu, điện trường châm, tầm vận động cột sống thắt lưng

## SUMMARY

### EVALUATING THE EFFECTIVENESS IMPROVING RANGE OF MOTION OF LUMBAR VERTEBRAE OF THERAPEUTIC ULTRASOUND COMBINED WITH LONG NEEDLE ELECTRO-ACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE IN PATIENTS WITH LUMBAR PAIN DUE TO HERNIATED DISC

Lumbar pain due to herniated disc is a common disease around the world as well as in Vietnam. It is presented with pain and limited mobility in the lumbar area, especially decreased extension of lumbar vertebrae. This prospective research was done to evaluate improvement of range of motion of lumbar vertebrae by using therapeutic ultrasound combined with long needle electro-acupuncture and acupressure. By comparing pre- and post-treatment between treatment and control groups, it was shown that range of motion of lumbar vertebrae had been significantly improved. Therapeutic ultrasound combined with long needle electro-acupuncture and acupressure is effective in treating lumbar pain, and it is statistically better than long needle electro-acupuncture combined with acupressure.

**Keywords:** Lumbar herniated disc, therapeutic ultrasound, long needle electro-acupuncture, range of motion of lumbar vertebrae.

\*Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: dongmaitom@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 15.12.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng (ĐTL) là hội chứng đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông, bao gồm da, tổ chức dưới da, cơ, xương và các bộ phận ở sâu. Bệnh biểu hiện bằng triệu chứng đau, hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng. ĐTL rất thường gặp, có khoảng 65-85% những người trưởng thành có gặp tình trạng này, cấp tính hoặc từng đợt một vài lần trong cuộc đời. ĐTL do nhiều nguyên nhân gây ra và một trong những nguyên nhân thường gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) [1]. Xu hướng điều trị ĐTL do TVĐĐ hiện nay là điều trị bằng nội khoa, vật lý trị liệu là chủ yếu, trong đó phương pháp siêu âm trị liệu đang ngày càng được sử dụng nhiều và cho kết quả khả quan.

Y học cổ truyền (YHCT) đã có hàng nghìn năm kinh nghiệm, ĐTL được nhắc đến với bệnh danh "Yêu thống" thuộc phạm vi "Chứng tý" và được điều trị bằng phương pháp dùng thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt (XBBH). Trong đó phương pháp điện trường châm, XBBH đã chứng minh được hiệu quả của mình [2],[3].

Để tận dụng những ưu điểm, hạn chế những nhược điểm của YHCT và Y học hiện đại cùng mong muốn mang đến một phương pháp điều trị mới nhằm tăng hiệu quả điều trị ĐTL, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm.*

## II. CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Chất liệu nghiên cứu

• **Công thức huyệt:** Điện trường châm các huyệt. Xuyên huyệt Giáp tích L2-5. Đại trường du xuyên Thận du. Trật biên xuyên Hoàn khiêu. Thứ liêu xuyên Yêu dương quan. Ủy trung. Tam âm giao. Thái khê.

• **Phương pháp siêu âm trị liệu:** Tiếp xúc với da qua gel Vaseline

• **Xoa bóp bấm huyệt:** Thực hiện 5 thủ thuật là Xoa. Xát. Lăn. Bóp. Ấn.

### • Phương tiện nghiên cứu:

- Kim châm cứu, máy điện châm M8 ống nghe... Thước đo tầm vận động khớp MN-ROM. Máy siêu âm điều trị ST-10A.

- **2. Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân có độ tuổi từ 25 đến 80 có chẩn đoán đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm, được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương

❖ **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** BN được chẩn đoán đau lưng do thoát vị đĩa đệm với biểu hiện: Đau vùng thắt lưng ở giai đoạn cấp, bán cấp.

- Có dấu hiệu của hội chứng cột sống:  
+ Biến dạng cột sống, các tư thế chống đau: trước – sau, thẳng – nghiêng.

+ Dấu hiệu Schober tư thế đứng <14/10.

+ Điểm đau cột sống, điểm đau cạnh cột sống

- Hình ảnh thoát vị, phình-lồi đĩa đệm trên phim MRI

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đau thắt lưng không do thoát vị đĩa đệm

- Bệnh nhân chống chỉ định với siêu âm trị liệu.

- Bệnh nhân có kèm theo các bệnh khác như: suy tim, bệnh tâm thần, rối loạn đông máu, đái tháo đường, bệnh da liễu, viêm cột sống, lao cột sống,...

**3. Phương pháp nghiên cứu**

\***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, so sánh trước sau và có đối chứng.

\***Cỡ mẫu nghiên cứu:** theo cỡ mẫu tối thiểu n = 60. BN được phân nhóm theo phương pháp ghép cặp, phân bố vào hai nhóm sao cho có sự tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau.

• Nhóm I (Nhóm nghiên cứu): 30 bệnh nhân điều trị bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH.

• Nhóm II (Nhóm đối chứng): 30 bệnh nhân điều trị bằng điện trường châm, XBBH.

\***Quy trình nghiên cứu:** Sử dụng trong 20 ngày nghiên cứu

**Điện trường châm:** Sử dụng cho cả hai nhóm

- Công thức huyết:  
+ Tả huyết: Xuyên huyết giáp tích L2-5. Đại trường du xuyên Thận du. Trật biên xuyên Hoàn khiêu. Thứ liêu xuyên Yêu dương quan.

+ Bình bổ bình tả: Ủy trung  
+ Bổ: Tam âm giao. Thái khê

- **Cách tiến hành:** Sau khi châm đắc khí, nối dây máy điện châm với kim đã châm vào huyết.

**XBBH:** Sử dụng cho cả hai nhóm

+ Thực hiện 5 thủ thuật là Xoa. Xát. Lăn. Bóp. Ấn (Day huyết).

+ Thời gian thực hiện mỗi lần là 20 phút.  
+ Liệu trình điều trị: 1 lần/ ngày x 20 ngày.

**Siêu âm trị liệu:** Sử dụng cho nhóm I (nhóm nghiên cứu)

+ Siêu âm chế độ xung  
+ Cường độ từ 0,5 – 1,2 Watt/cm<sup>2</sup>

+ Thời gian cho mỗi lần siêu âm: 10 phút  
+ Liệu trình điều trị: 1 lần/ ngày x 20 ngày

\***Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian mắc, mức độ thoát vị.

- Các chỉ tiêu đánh giá kết quả:

+ Đánh giá tại 3 thời điểm, lúc vào viện (D0), ngày điều trị thứ 10 (D10), và ngày điều trị thứ 20 (D20).

+ Tiêu chuẩn đánh giá: Dựa vào tầm vận động cột sống thắt lưng (Nghiêng, uốn, gấp)

**4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Châm cứu TW từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017

**5. Xử lý số liệu:** Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

**6. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe của bệnh nhân. Người bệnh được giải thích rõ ràng về mục đích, tham gia tự nguyện và có thể rút ra khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do nào.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

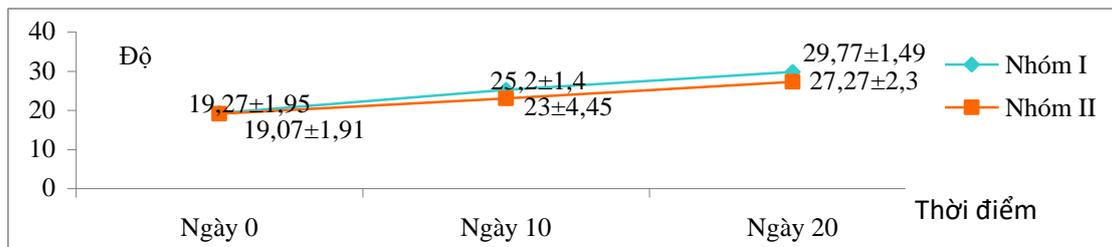
**1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu**

- **Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 51,22±14,5, gặp nhiều ở độ tuổi 50-59, chiếm 35%. Về giới, nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ nam:nữ là 1:1,4.

- **Đặc điểm thời gian mắc bệnh:** Bệnh nhân bị bệnh dưới 3 tháng là chủ yếu, chiếm 58,3% bệnh nhân

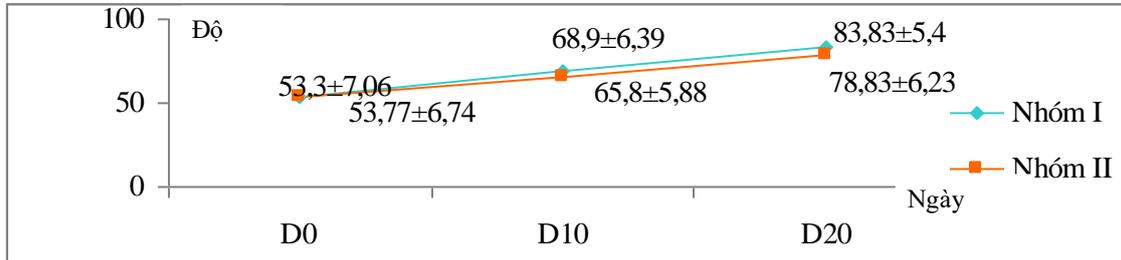
- **Mức độ thoát vị đĩa đệm:** Bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm thực sự (mức độ nặng) chiếm 75% cao gấp 3 lần BN bị phình, lồi đĩa đệm chiếm 25% (mức độ nhẹ).

**2. Kết quả điều trị**



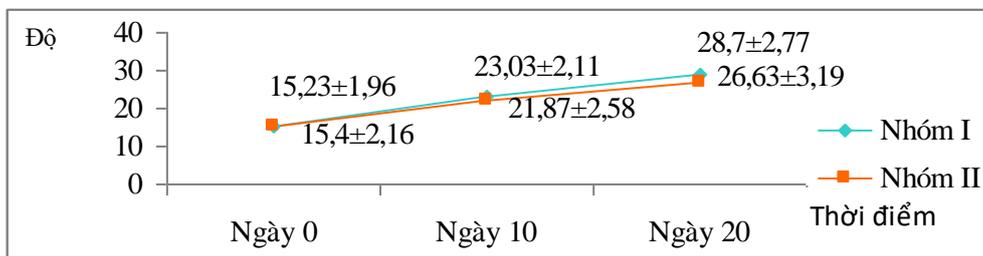
**Biểu đồ 1. Cải thiện tầm vận động nghiêng sau điều trị**

**Nhận xét:** Sự thay đổi độ nghiêng cột sống trước và sau điều trị ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Sự khác biệt giữa nhóm I (nhóm nghiên cứu) với nhóm II (nhóm chứng) ở ngày thứ 10 điều trị là không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ , nhưng ở ngày thứ 20 là có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 2. Cải thiện tầm vận động gập sau điều trị**

**Nhận xét:** Độ gập cột sống thắt lưng của hai nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt tại các thời điểm đánh giá với  $p < 0,01$ . So sánh độ gập cột sống của hai nhóm bệnh nhân thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở thời điểm D10,  $p > 0,05$  nhưng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm D20 với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3. Cải thiện độ uốn thắt lưng sau điều trị**

**Nhận xét:** Độ uốn cột sống thắt lưng của hai nhóm BN sử dụng siêu âm trị liệu và không sử dụng siêu âm trị liệu có sự thay đổi rõ rệt với  $p < 0,01$ . Sự khác biệt về độ uốn của hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm D10 không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$  nhưng ở thời điểm D20 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**1. Đặc điểm chung bệnh nhân trước khi điều trị:** Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân nữ bị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm đến điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương chiếm 58,3% cao hơn nam. Lứa tuổi bị bệnh hay gặp nhất là từ 50-59, chiếm 35%, điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của TVĐĐ là bắt đầu từ quá trình thoái hóa đĩa đệm, thoái hóa dây chằng cột sống kèm theo sự chịu đựng trọng tải thường xuyên của đĩa đệm, đặc biệt ở người lao động. Mặt khác bước vào tuổi 50 can huyết bắt đầu suy, thận âm bắt đầu nhược, cho nên hay bắt gặp các bệnh nhân yếu thống thể huyết ứ trên nền can thận hư ở lứa tuổi này. Hai nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau với  $p > 0,05$ .

**2. Hiệu quả của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH.**

Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng: Tầm vận động cột sống bao gồm gập, uốn, nghiêng bên phải, nghiêng bên trái, xoay phải, xoay trái. Tầm vận động CSTL chi phối bởi nhóm cơ lưng, cơ thành bụng, dây chằng cột sống, đĩa đệm và cột sống thắt lưng, khi có DTL

sẽ làm giảm tầm vận động.

Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung nghiên cứu vào 3 động tác vận động cột sống là gập, uốn, nghiêng về bên không đau (đối lập với tư thế chống đau).

Trước điều trị, tầm vận động cột sống ở hai nhóm nghiên cứu là tương đương. Độ nghiêng cột sống ở nhóm I là  $19,27 \pm 1,95^\circ$  nhóm II là  $19,07 \pm 1,91^\circ$  lúc trước điều trị tăng lên thành  $29,77 \pm 1,49^\circ$  (nhóm I) và  $27,27 \pm 2,3^\circ$  (nhóm II). Độ gập cột sống ở nhóm I là  $53,3^\circ \pm 7,06$  nhóm II là  $53,77^\circ \pm 6,74$  lúc trước điều trị tăng lên thành  $83,83^\circ \pm 5,4$  ở nhóm I và  $78,83^\circ \pm 6,23$  ở nhóm II sau điều trị. Độ uốn cột sống ở nhóm I từ  $15,23^\circ \pm 1,96$  lúc trước điều trị tăng thành  $28,7^\circ \pm 2,77$  lúc sau điều trị, và ở nhóm II từ  $15,4^\circ \pm 2,16$  lên  $26,63^\circ \pm 3,19$  sau điều trị.

Dựa vào kết quả nghiên cứu trên cho thấy có sự thay đổi đáng kể về độ gập, độ uốn, độ nghiêng của BN tại các thời điểm đánh giá ở cả hai nhóm nghiên cứu với  $p < 0,01$ , chứng tỏ tác dụng giảm đau, giãn cơ của điện trường châm, XBBH. Với XBBH, giãn cơ là tác dụng chủ yếu trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm. XBBH giúp làm mềm các khối cơ, làm giãn dây

chẳng, giãn cột sống dẫn tới cải thiện tầm vận động cột sống rất tốt.

Tại thời điểm kết thúc điều trị, sự cải thiện tầm vận động gập, uốn, nghiêng của nhóm nghiên cứu đều vượt trội rõ rệt so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Điều này chứng minh được tác dụng của siêu âm trị liệu trong việc cải thiện tầm vận động CSTL. Tác dụng này là do quá trình cơ giãn đối với các tổ chức ở vùng áp dụng điều trị bằng sóng siêu âm. Siêu âm trị liệu còn làm lỏng các mô kết dính, do sự tách rời các sợi collagen và làm mềm chất kết dính. Đây cũng là một cách giải thích nữa cho hiệu quả tăng tầm vận động cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu.

## V. KẾT LUẬN

Cả hai nhóm đều có hiệu quả điều trị ĐTL do TVĐĐ với điểm VAS giảm rõ rệt sau 20 ngày điều trị. Tầm vận động cột sống được cải thiện.

Nhóm nghiên cứu được áp dụng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH cho hiệu quả điều trị cao hơn nhóm chứng áp dụng phương pháp điện trường châm, XBBH.

**Lời cảm ơn:** Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn tập thể y bác sĩ tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã hết lòng giúp đỡ và tạo điều kiện trong suốt trình tiến hành đề tài này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Tr198 - 205.
2. **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản thời đại, tr 594-600.
3. **Nguyễn Tài Thu** (2012), *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa, tr9-23.
4. **Nghiêm Hữu Thành** (2011). Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ tiêu sinh lý, sinh hóa trên bệnh nhân bệnh lý cột sống thắt lưng được điều trị đau bằng điện châm. *Tạp chí Y học thực hành*. Tháng 7- số 1/2011, tr22-25.
5. **Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh** (2010), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội tr 188-195.
6. **Bùi Việt Hùng** (2014), *Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm*. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

# MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN DẪN ĐẾN SỰ KHÔNG HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYỀN QUANG NĂM 2017

Nguyễn Thị Hoài Thu<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hường<sup>2</sup>

**Từ khóa:** Sự hài lòng của người bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyen Quang.

## TÓM TẮT

Trong những năm gần đây, các cơ sở y tế rất chú trọng tới các giải pháp cải thiện sự hài lòng của người bệnh (NB) về chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế. Đã có nhiều nghiên cứu tìm hiểu sự hài lòng của NB nhưng rất ít trong số đó phân tích các nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng của người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả một số nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Tỉnh Tuyen Quang năm 2016. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu định lượng qua phỏng vấn 245 bệnh nhân, phỏng vấn sâu với nhân viên y tế. Thời gian tiến hành từ tháng 01/2016 - 09/2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy các nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng của NB là cơ sở vật chất trang thiết bị, trình độ, thái độ, trang phục của nhân viên y tế, và quy trình và kết quả khám chữa bệnh.

## SUMMARY

### CAUSES LEADING TO UNSATISFACTION OF PATIENTS COMING TO USE SERVICES AT THE CONSULTING DEPARTMENT OF TUYEN QUANG GENERAL HOSPITAL, 2017

In recent years, healthcare facilities have paid attention on improving patient satisfaction on quality of care. There have been a number of studies investigating patients' satisfaction but few of them analyzed the causes of patients' dissatisfaction. This study was conducted to describe some of the causes leading to dissatisfaction with examination services at the Consulting and Examination department, general hospital of Tuyen Quang province in 2016. This is a cross-sectional descriptive study in which quantitative data were collected through interviews with 245 patients, and in-depth interviews with health workers. This study started from January to September 2016. Result shows that the reasons leading to the patients' dissatisfaction include infrastructure, the qualification, attitude and uniform of the medical staff, and the procedures and results of the medical examination and treatment.

**Keywords:** Patient satisfaction, General hospital of Tuyen Quang Province.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyen Quang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 21.12.2017

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiều nghiên cứu khảo sát sự hài lòng của NB đã cho thấy NB còn chưa thực sự hài lòng với dịch vụ chăm sóc, với thái độ của nhân viên y tế và với máy móc trang thiết bị hoặc cơ sở hạ tầng bệnh viện. Chính NB đã tạo ra áp lực đòi hỏi các bệnh viện phải cải thiện dịch vụ và có được các hệ thống KCB có chất lượng [1]. Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang là bệnh viện đa khoa hạng I, đang dần hoạt động theo cơ chế tự chủ, phấn đấu đến năm 2017 sẽ trở thành đơn vị tự chủ 100% kinh phí [2]. Hoạt động khám chữa bệnh được xác định là hoạt động dịch vụ, bệnh nhân được coi là khách hàng. Khoa Khám bệnh (KKB) là nơi tiếp xúc đầu tiên của nhân viên bệnh viện với NB trong quá trình khám bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân. Việc tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của NB về dịch vụ khám chữa bệnh của KKB là hết sức cần thiết, giúp cho Ban Giám đốc bệnh viện xây dựng kế hoạch để khắc phục các vấn đề nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ tốt hơn. Bài báo này được xây dựng với mục tiêu: "Phân tích một số nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh, bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2016".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** NB đến khám bệnh và điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + NB từ 18 tuổi trở lên.
- + NB làm chủ hành vi, có khả năng trả lời câu hỏi.
- + NB có làm xét nghiệm.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NB là nhân viên Bệnh viện (BV), người nhà nhân viên y tế.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2016 đến tháng 09/2016.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa khám bệnh, BVĐK tỉnh Tuyên Quang.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp kết hợp định lượng và định tính.

**2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức một tỉ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần tính

Z(1- α/2): Hệ số tin cậy = 1,96 (với α= 5%, độ tin cậy 95%).

p: Ước tính tỷ lệ hài lòng của NB ngoại trú trong cộng đồng, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn p= 0, 715 [4].

d: sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy d = 0,06.

Thực tế thu thập được 245 NB.

**Nghiên cứu định tính:** Phòng vấn cán bộ lãnh đạo và cán bộ quản lý bệnh viện: 04 người

- Phòng vấn sâu Bác sỹ: 02 người
- Phòng vấn sâu người bệnh: 04 người bệnh
- Thảo luận nhóm điều dưỡng khoa Khám bệnh: 04 người.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thông tin về đối tượng tham gia nghiên cứu;**

**Bảng 3. 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Thông tin chung		Tần số(n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi</b>	18 – 39	105	42,8
	40 -59	63	25,7
	≥ 60	77	31,4
<b>Giới tính</b>	Nam	133	54,3
	Nữ	112	45,7
<b>Nơi cư trú</b>	Thành phố Tuyên Quang	182	74,3
	Khác	63	25,7
<b>Trình độ học vấn</b>	≤ Cấp I	28	11,4
	Cấp II	28	11,4
	Cấp III	77	31,4
	Trung cấp trở lên	112	45,7
<b>Nghề nghiệp</b>	Công chức, viên chức, công nhân	56	22,9
	Nông dân	42	17,1
	Học sinh, Sinh viên	42	17,1
	Cán bộ hưu trí	77	31,4
	Khác	28	11,4

Thông tin chung		Tânsố(n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>	Chưa kết hôn	63	25,7
	Đã kết hôn	168	68,6
	Ly hôn/góa	14	5,7
<b>BHYT</b>	Có	231	94,3
	Không	14	5,7

Trong số 245 đối tượng nghiên cứu, nam giới chiếm 54,3%; đa số NB sinh sống trên địa bàn Thành phố Tuyên Quang chiếm 74,3%. Nhóm tuổi từ 18 - 39 tuổi chiếm 42,8%, tiếp theo là nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 31,4%. Trình độ học vấn của NB chủ yếu từ trung cấp trở lên chiếm 45,7%; chủ yếu là cán bộ hưu trí chiếm 31,4%, tiếp theo là công chức, viên chức chiếm 22,9%; Hầu hết NB có BHYT chiếm 94,3%.

**3.2 Một số nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ KCB tại khoa khám bệnh**

**Bảng 3.2: Một số nội dung người bệnh chưa hài lòng về dịch vụ tại khoa khám bệnh**

Nội dung đánh giá về dịch vụ tại Khoa khám bệnh	Tổng số ý kiến chưa hài lòng	
	n	% (n/N)
<b>Cơ sở vật chất, TTB, Trang phục, Môi trường khu phòng khám</b>		
Cơ sở vật chất, trang thiết bị	51	20,8
Trang phục của NVYT	51	20,8
Môi trường khu vệ sinh	30	12,2
Không gian khu khám bệnh	43	17,6
<b>Quy trình và kết quả khám chữa bệnh:</b> Thời gian KCB	23	9,4
Sự liên tục và thuận tiện giữa các bộ phận	21	8,6
Thời gian thực hiện và trả kết quả xét nghiệm	17	6,9
Tôn trọng sự riêng tư của NB	37	15,1
Khám bệnh tỷ mỉ, cẩn thận của BS	42	17,1
Kết quả chẩn đoán và điều trị chính xác	33	13,5
<b>Thái độ của nhân viên y tế:</b> Bộ phận tiếp đón	20	8,2
Bác sỹ khám	15	6,1
Bộ phận xét nghiệm	41	16,7
Bộ phận cận lâm sàng	33	13,5
Bộ phận kế toán	54	22,0
Nhân viên quầy thuốc	25	10,2
<b>Trình độ chuyên môn của nhân viên y tế:</b> Kiến thức của NVYT	36	14,7
Trình độ chuyên môn của NVYT	43	17,6
<b>Thái độ chăm sóc của NVYT</b>		
Sự cảm thông, chia sẻ của NVYT	36	14,7
Sự chăm sóc của NVYT	26	10,6
<b>Sự đáp ứng trong cung ứng dịch vụ:</b> Sự sẵn sàng giúp đỡ NB	28	11,4
Sự đáp ứng kịp thời của NVYT	21	8,6

Bảng 3.2 cho thấy có khá nhiều ý kiến chưa hài lòng về cơ sở vật chất trang thiết bị của KKB và trang phục của NVYT tại khoa, chiếm 20,8%. Môi trường vệ sinh khu khám bệnh cũng là nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng của NB, chiếm tới 17,6% ý kiến. Về quy trình KCB, vẫn còn một tỉ lệ cao NB chưa hài lòng về việc tôn trọng sự riêng tư của NB đến khám, chiếm trên 15%. Về thái độ của NVYT, trong số các bộ phận tiếp xúc với NB thì bộ phận kế toán có tỉ lệ NB chưa hài lòng cao nhất là 22%, tiếp theo là bộ phận xét nghiệm chiếm 16,7%. Về trình độ chuyên môn của NVYT, có 17,6% ý kiến chưa hài lòng, và 14,7% chưa hài lòng về kiến thức

của NVYT. Bên cạnh đó, thái độ của NVYT cũng chưa được NB đánh giá cao, với gần 15% NB chưa hài lòng. Nghiên cứu định tính làm rõ thêm một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về việc sử dụng dịch vụ KCB tại KKB.

**Về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, môi trường và khu vệ sinh tại khoa khám bệnh:**

Mặc dù cơ sở vật chất, trang thiết bị, ứng dụng công nghệ thông tin còn hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu KCB của người bệnh: "Tôi đi khám ở đây tháng nào cũng khám, nhìn chung là tốt rồi, nhưng tôi thấy cần thay thế hoặc sửa chữa một số trang thiết bị để đảm bảo hơn như cái quạt khu X-quang ấy nó có chạy đầu mà trời

thì nóng" (PVS, Bệnh nhân nữ, 60 tuổi). Nhà vệ sinh chưa đảm bảo "mùi khai lắm có ơi, tôi ngồi mà tôi buồn nôn lắm, nhưng không dám đi sợ đi lỡ bác sĩ gọi đến tên lại chẳng có. Theo tôi là phải vệ sinh dội nước sạch sẽ vào" (PVS, người bệnh 56 tuổi).

#### **Quy trình và kết quả khám chữa bệnh:**

Hiện nay, tại Khoa Khám bệnh đã thực hiện phân chia các buồng khám theo nhu cầu của bệnh nhân, nhưng hiện nay tình trạng quá tải vẫn đang là vấn đề hạn chế của bệnh viện, dẫn đến thời gian chờ đợi lâu, không thể đảm bảo được chất lượng KCB cho bệnh nhân, không đủ thời gian để tư vấn, giải thích chu đáo cho người bệnh: "số lượng khám trong 1 phòng khám của 1 bàn khám trong ngày cứ tầm cỡ 40 trở lên chứ không bao giờ dưới cả. Hôm cao nhất là đến 70 bệnh nhân 1 bàn khám như vậy mà tính về thời gian khám tiếp xúc bệnh nhân là sẽ không được nhiều và việc khám bệnh để đảm bảo chất lượng thì... nếu mà đông thì không bao giờ đảm bảo được chất lượng cả vì lượng quá đông" (PVS01).

#### **Các yếu tố liên quan tới đội ngũ nhân viên y tế:**

- **Thái độ và kỹ năng giao tiếp** vẫn đang là một khía cạnh chưa nhận được nhiều sự hài lòng của người bệnh, với nhiều ý kiến chưa hài lòng về thái độ ứng xử của các bộ phận, đặc biệt với bộ phận kế toán và bộ phận trả kết quả xét nghiệm. Hiện tại KKB gồm 27 điều dưỡng, nhân lực điều dưỡng hiện nay tương đối đảm bảo "đáp ứng phụ giúp bác sĩ ở 17 phòng khám. Ở bộ phận tiếp đón bệnh nhân của tôi thì là có gồm 4 NV... lúc nào cũng có tác phong nhanh nhẹn, thân thiện, tận tình giúp đỡ những người bệnh bắt đầu vào khoa khám bệnh để khám bệnh, thì chúng tôi cũng tiếp đón rất là chu đáo, nhiệt tình, đầy đủ." (TLN, CBYT). Những cải tiến chất lượng nhận được những phản hồi tích cực của người bệnh "tôi là người hay soi nhưng tôi thấy hài lòng lắm, các bác sĩ, điều dưỡng ở đây ai cũng niềm nở, chu đáo. Tôi rất thích đội ngũ hướng dẫn mặc váy hồng các cháu nhiệt tình lắm" (PVS, bệnh nhân nữ, 56 tuổi); "các cháu mới trẻ nhiệt tình lắm, không như mấy năm trước đây mấy bác sĩ già khó tính lắm" (PVS, Bệnh nhân nam, 54 tuổi).

- **Trình độ chuyên môn:** Kết quả định tính cho thấy, hiện khoa vẫn đang thiếu bác sĩ, trình độ chuyên môn của các bác sĩ chưa đồng đều, thiếu các bác sĩ có trình độ chuyên môn chuyên sâu; công tác tư vấn, hướng dẫn điều trị còn hạn chế. KKB hiện nay chỉ có 02 bác sĩ, các bác sĩ tại các bàn khám khác được luân phiên từ các khoa

lâm sàng, bác sĩ tại KKB chủ yếu là kiêm nhiệm, hoặc làm việc theo hợp đồng: "Các bác sĩ hiện tại nói chung là thiếu đấy... Đúng rồi bác sĩ trẻ mới ra trường thì trong một phòng khám thì họ về cả những cái giao tiếp không thể bằng bác sĩ người ta đã được đi học chuyên sâu.. Tức là nhìn thấy những bác sĩ trẻ ấy hầu như là bệnh nhân không có niềm tin. Tức là khi kể cả họ vừa đi học định hướng về chẳng hạn cũng được cử ra phòng khám nhưng mà người dân người ta đến nói là các bác sĩ ấy chỉ có trên lí thuyết" (PVS03).

Về công tác hướng dẫn giải thích cho người bệnh hiện nay tại KKB của bệnh viện hiện nay vẫn còn hạn chế, chưa chu đáo: "Việc hướng dẫn ở phòng khám là mình hướng dẫn là bệnh này, uống các loại thuốc như này rồi dặn dò người ta bao lâu thì khám lại này. Đây thì mới là cái chu đáo hơn. Mình đang phấn đấu mới được một phần cái đấy còn từ khi đón tiếp rồi hướng dẫn rồi khám chẩn đoán, thế còn kê đơn là thực hiện cái phần sau đó là chưa đầy đủ" (PVS01).

#### **IV. BÀN LUẬN**

Hiện nay ở nhiều cơ sở y tế công bao gồm bệnh viện, việc nâng cao chất lượng dịch vụ và đạt được sự hài lòng vẫn đang là những thách thức lớn. Một trong những yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến sự hài lòng của người bệnh chính là thái độ ứng xử, kỹ năng giao tiếp và trình độ chuyên môn của đội ngũ nhân viên y tế.

**Nhân viên y tế:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có một tỉ lệ lớn BN chưa hài lòng với thái độ ứng xử của nhân viên ở bộ phận kế toán, xét nghiệm và các bộ phận khác. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Lý được thực hiện năm 2013 cũng đã chỉ ra 72% điều dưỡng tại khoa còn trẻ < 30 tuổi, 66,6% còn thiếu kinh nghiệm làm việc (công tác < 5 năm) là kỹ năng giao tiếp còn hạn chế [3]. Tương tự, nghiên cứu tại BV Da liễu TƯ cho thấy 43,8% BN hài lòng với yếu tố giao tiếp và tương tác với nhân viên y tế, và 66,7% hài lòng với giao tiếp và tương tác của BS. Do đó, BVĐK Tuyên Quang cần tăng cường công tác đào tạo, tập huấn về kỹ năng giao tiếp cho các CBYT ở tất cả các khâu trong quy trình KCB.

**Về trình độ chuyên môn của NVYT,** một thách thức lớn của ngành y tế Việt Nam nói chung và của hệ thống bệnh viện công nói riêng là thiếu nhân lực có trình độ chuyên môn cao và sâu [4]. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước thực hiện ở BVĐK tỉnh Đồng Tháp và BVĐK huyện Tân Lạc [5]. Thực tế tại KKB của BV, do tình trạng thiếu nhân lực BS do đi đào tạo nhiều, hoặc các BS được

phân lịch làm việc tại PK nhưng hôm trước trực nên nghỉ bù, có những thời điểm không duy trì đủ được số PK đã triển khai, có những PK phải hợp đồng các BS đã nghỉ hưu làm việc, hoặc cử BS trẻ chưa có kinh nghiệm lâm sàng ra phòng khám, dẫn đến tư vấn, giải thích cho người bệnh hạn chế, khiến cho người bệnh khó hài lòng hơn.

**Cơ sở vật chất, trang thiết bị, ứng dụng công nghệ thông tin:** Cơ sở vật chất và TTB y tế có thể được coi là một nguyên nhân chính dẫn đến sự không hài lòng của BN đến khám tại BV. Tương tự như nghiên cứu này, nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại KKB, BV Da liễu TƯ năm 2011 cho thấy: chỉ có 21,3% BN hài lòng với thời gian chờ để khám bệnh, và 78,3% hài lòng với CSVC/TTB/Môi trường của BV [6]. Cơ sở vật chất, trang thiết bị, ứng dụng công nghệ thông tin còn hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu KCB của người bệnh. Hiện nay bệnh viện đã triển khai ứng dụng công nghệ thông tin vào trong công tác KCB tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh, rút ngắn thời gian KCB chữa bệnh như

**Quy trình khám chữa bệnh:** Bệnh viện đã triển khai thực hiện ISO 9001-2008 từ năm 2010 đến nay. Tại KKB đã xây dựng các quy trình cụ thể rõ ràng, quy định chức năng, nhiệm vụ của từng cán bộ y tế. Bệnh viện đã thực hiện nhiều giải pháp để tạo điều kiện thuận lợi cho công tác KCB, cải thiện chất lượng KCB, rút ngắn thời gian chờ đợi khám bệnh cho người bệnh. Việc rút ngắn thời gian chờ, tránh gây phiền hà đã góp phần làm tăng sự hài lòng của người bệnh, tăng lòng tin của người bệnh vào người thầy thuốc, tăng sự hợp tác giữa người bệnh và người thầy thuốc, tuân thủ chế độ điều trị sẽ giúp cho việc chẩn đoán của người thầy thuốc nhanh hơn, chính xác hơn và đặc biệt là thời gian điều trị của người bệnh sẽ được rút ngắn hơn [7].

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát người bệnh đến khám tại KKB của BVĐK Tuyên Quang, chúng tôi thấy có một số yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của NB, bao gồm: 1) Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, môi trường và khu vệ sinh của KKB; 2) Thái độ ứng xử, trình độ chuyên môn, việc giải thích và hướng dẫn của đội ngũ nhân viên y tế; và 3) Quy trình khám chữa bệnh bao gồm các khâu từ tiếp đón, khám bệnh tới thanh toán và cấp phát thuốc.

Kết quả nghiên cứu này cung cấp thông tin giúp BVĐK Tuyên Quang đưa ra các giải pháp phù hợp nhằm nâng cao sự hài lòng của NB và từng bước cải thiện chất lượng dịch vụ KCB tại khoa khám bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Trí Dũng (2011)**, *Marketing bệnh viện*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. **Bệnh viện đa khoa Tỉnh Tuyên Quang (2013)**, "Báo cáo tổng kết công tác bệnh viện năm 2013, phương hướng nhiệm vụ năm 2014".
3. **Nguyễn Ngọc Lý (2013)**, *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về công tác chăm sóc điều dưỡng Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Tuyên Quang, năm 2013*. Luận văn cao học Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. **Bộ Y Tế (2015)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015* – Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Hoài Thu, Phùng Thanh Hùng, Quách Thị Nghĩa (2015)**. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa huyện Tân Lạch, Tỉnh Hòa Bình 2011. *Tạp chí Y học thực hành*, số 8 (974) 2015.
6. **Trần Thị Hà Giang (2011)**. *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện da liễu trung ương năm 2011*, Luận văn cao học Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Bộ Y Tế (2013)**, *Hướng dẫn Quy trình khám bệnh tại bệnh viện – ban hành kèm theo Quyết định số 1313/QĐ – BYT ngày 22/4/2013*.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO

Đặng Phúc Đức\*, Nguyễn Minh Hiện\*, Mai Xuân Khấn\*

### TÓM TẮT

\**Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y*  
 Chịu trách nhiệm chính: Đặng Phúc Đức  
 Email: dangphucduc103@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 11.10.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017  
 Ngày duyệt bài: 20.12.2017

Bệnh nhân đột quy não tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện. Nếu bệnh nhân bị viêm phổi sẽ là yếu tố tăng nặng đáng kể tiên lượng hồi phục.  
**Mục tiêu:** Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đột quy não mắc viêm phổi bệnh viện; Xác định yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quy não. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc viêm phổi 13,5%. Một số yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi ở bệnh nhân đột quy não: đột quy thể chảy máu OR 3,4 (p < 0,05); tiền sử

đái tháo đường OR 3,2 (p < 0,05); đặt nội khí quản hoặc mở khí quản OR 18,3 (p < 0,05); Glasgow 3-8 điểm OR 4,2 (p < 0,05); NIHSS ≥ 15 OR 7,9 (p < 0,05); GUSS 0-14 OR 9,3 (p < 0,05)

**Từ khóa:** đột quy; viêm phổi bệnh viện; các yếu tố nguy cơ

**SUMMARY**

**CLINICAL, SUBCLINICAL MANIFESTATIONS AND SOME RISK FACTORS OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA IN STROKE PATIENTS**

Stroke patients have many potential risk factors for nosocomial pneumonia. If patients suffer from pneumonia their prognosis will be worsen **Objectives:** Evaluating some clinical, subclinical features in patients with cerebral stroke with pneumonia; To determine the risk factors for nosocomial pneumonia in stroke patients.

**Method:** Descriptive study. **Results:** The incidence of pneumonia was 13.5%. Several risk factors for pneumonia in patients with cerebral stroke: hemorrhagic stroke OR 3.4 (p <0.05); history of diabetes mellitus OR 3.2 (p <0.05); intubation or tracheostomy OR 18.3 (p <0.05); Glasgow 3-8 OR 4.2 (p <0.05); NIHSS ≥ 15 OR 7.9 (p <0.05); GUSS 0-14 OR 9.3 (p <0.05).

**Keywords:** stroke; nosocomial pneumonia, risk factors

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh nhân đột quy não tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ viêm phổi như: vận động kém do liệt, rối loạn nuốt, suy giảm sức đề kháng, thông khí cơ học... Nếu bệnh nhân đột quy bị viêm phổi sẽ là yếu tố tăng nặng đáng kể tiên lượng hồi phục và kết cục. Một vấn đề đặt ra là cần xác định các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện (VPBV) để các nhà lâm sàng có thể tiên lượng và có thái độ xử trí phù hợp hạn chế nguy cơ viêm phổi cho bệnh nhân. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: 1- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đột quy não mắc viêm phổi bệnh viện;* 2-*Xác định một số yếu*

*tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quy chảy máu não.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 215 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quy não điều trị nội trú tại khoa Đột quy não - Bệnh viện Quân y 103: 29 bệnh nhân viêm phổi (VP); 186 bệnh nhân không viêm phổi (KVP).

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân viêm phổi bệnh viện:** Lựa chọn các bệnh nhân viêm phổi bệnh viện (cả viêm phổi thở máy và viêm phổi không liên quan thở máy). Tiêu chuẩn chẩn đoán VPBV của Hội đồng ngực Mỹ năm 2005

- Viêm phổi xuất hiện sau nhập viện > 48 giờ.
- Có hình ảnh thâm nhiễm mới hoặc thâm nhiễm tiến triển trên X-quang và ít nhất 2 trong số 3 tiêu chuẩn sau:

1. Sốt > 38°C
2. Tăng bạch cầu tăng > 10.000/ml hoặc giảm < 4000/ml
3. Tăng tiết đờm

Với những bệnh nhân không đủ điều kiện an toàn để đưa đi chụp X-quang hoặc chưa đạt tiêu chuẩn xuất hiện thâm nhiễm mới trên X-quang phổi, nhưng các dấu hiệu lâm sàng điển hình và cấy khuẩn đờm có mọc vi khuẩn gây bệnh, chúng tôi cũng xếp vào nhóm VP.

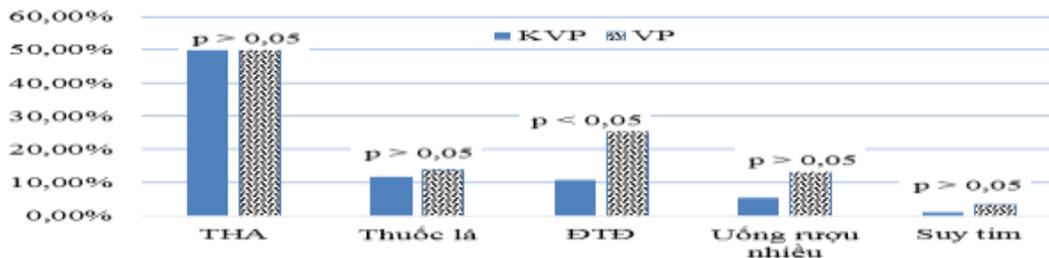
**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân tử vong hoặc xin về trong vòng 48 giờ sau nhập viện

- Viêm phổi trong vòng 48 giờ sau nhập viện
- Lao phổi, u phổi.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có phân tích. Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 15.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân**



**Biểu đồ 1. Tiền sử**

Yếu tố nguy cơ đột quy não hay gặp nhất là tăng huyết áp 55,8%, đái tháo đường 13,0%. Trong đó tỷ lệ có tiền sử đái tháo đường ở nhóm VP 27,6%, cao hơn nhóm KVP 10,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**Bảng 1. Đặc điểm thể đột quy**

Thể đột quy	KVP(n=186)		VP(n=29)		Tổng(n=215)		p
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	
Nhồi máu	125	67,2%	11	37,9%	136	63,3%	<0,05

Chảy máu	61	32,8%	18	62,1%	79	36,7%	
	186		29		215		

Tổng số 215 bệnh nhân đột quỵ được đưa vào nghiên cứu gồm 136 bệnh nhân NMN (63,3%) và 79 bệnh nhân CMN (36,7%). Số bệnh nhân mắc viêm phổi là 29 (13,5%). Tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ thể chảy máu ở nhóm VP 62,1%, cao hơn nhiều so với nhóm KVP 32,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo nghiên cứu của Phan Nhật Trí và cs trên 200 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ não cấp mắc viêm phổi bệnh viện 19,1% [3].

**Bảng 2. Các triệu chứng đột quỵ khi vào viện**

	KVP(n=186)		VP(n=29)		Tổng(n=215)		p
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	
Đau đầu	52	28,0%	12	41,4%	64	29,8%	> 0,05
Buồn nôn	41	22,0%	7	24,1%	48	22,3%	> 0,05
Nôn	23	12,4%	7	24,1%	30	14,0%	> 0,05
RLCV	21	11,3%	9	31,0%	30	14,0%	< 0,05
Liệt nửa người	159	85,5%	21	72,4%	180	83,7%	> 0,05
RL ngôn ngữ	108	58,1%	19	65,5%	127	59,1%	> 0,05
Đẩy VII TW	118	63,4%	20	69,0%	138	64,2%	> 0,05

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhân đột quỵ khi vào viện là liệt nửa người 83,7%; liệt dây VII trung ương 64,2%; rối loạn ngôn ngữ 59,1%. Đây được coi là "tam chứng đột quỵ" gồm bộ ba triệu chứng mà Hội đột quỵ Thế giới khuyến cáo phát hiện sớm bệnh đột quỵ trong cộng đồng.

**Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng viêm phổi**

Triệu chứng	Số lượng (n = 29)	Tỉ lệ
Sốt > 38 độ C	29	100%
Ho	16	55,2%
Đờm	27	93,1%
Ran nổ	23	79,3%
Ran ẩm	13	44,8%
Ran rít	5	17,2%

Khảo sát các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân viêm phổi cho thấy: sốt 100%; tăng tiết đờm 93,1%; ran nổ 79,3%, ho 55,2%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với tác giả Huỳnh Thị Ngọc Chi và cs năm 2012 [2] nghiên cứu viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ và tiền sử đột quỵ. Tần suất triệu chứng viêm phổi bệnh viện: sốt 100%; tăng tiết đờm 100%.

**Bảng 4. Đặc điểm đờm bệnh nhân viêm phổi**

Màu sắc đờm	Số lượng (n = 29)	Tỉ lệ
Trong	2	6,9%
Đục	1	3,4%
Mủ	24	82,8%
Màu chocola	2	6,9%
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Đa số bệnh nhân viêm phổi bệnh viện có đờm mủ (82,8%). Trong nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Chi năm 2012, tỷ lệ đờm mủ vàng chiếm 60%, còn lại là các màu khác [2].

**Bảng 5. Hình thái chảy máu não**

Hình thái Chảy máu não	KVP(n = 62)		VP(n = 17)		Tổng (n = 79)		p	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ		
Thể tích	< 30ml	54	88,5%	10	55,6%	64	81,0%	< 0,05
	≥ 30ml	7	11,5%	8	44,4%	15	19,0%	
Đề dấy đường giữa	< 5mm	45	73,8%	10	55,6%	55	69,6%	> 0,05
	5-10mm	13	21,3%	6	33,3%	19	24,1%	
	>10mm	3	4,9%	2	11,1%	5	6,3%	
Tràn máu não thất	21	34,4%	11	61,1%	32	40,5%	< 0,05	
Tràn máu dưới nhện	1	1,6%	3	16,7%	4	5,1%	< 0,05	

Trong số 79 bệnh nhân đột quỵ chảy máu não, tỷ lệ bệnh nhân có kích thước ổ máu tụ trung bình hoặc lớn ( $\geq 30$ ml) ở nhóm VP 44,4%, cao hơn nhóm KVP 11,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tràn máu não thất, tràn máu khoang dưới nhện ở nhóm VP (61,1%; 34,4%) đều cao hơn nhóm KVP (34,4%; 1,6%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Đặc điểm X-quang bệnh nhân viêm phổi bệnh viện**

Đặc điểm X-quang		Số lượng(n = 29)	Tỷ lệ
Vị trí	Phổi phải	7	24,1%
	Phổi trái	1	3,4%
	2 phổi	18	62,1%
	(Không chụp)	3	10,3%
Thâm nhiễm	Lan tỏa	20	69,0%
	Khu trú	6	20,7%
	(Không chụp)	3	10,3%

Đa số bệnh nhân xuất hiện thâm nhiễm ở cả 2 phổi (62,1%). Tỷ lệ thâm nhiễm riêng phổi phải 24,1%, cao hơn phổi trái 3,4%. Có 3 bệnh nhân không tiến hành chụp X-quang xác định viêm phổi do tình trạng bệnh nhân nặng, không cho phép di chuyển đi chụp.

### 3.2. Một số yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ não

**Bảng 7. Một số yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ não (n = 215)**

TT	Chỉ tiêu		KVP	VP	OR	CI 95%	p
1	Thể đột quỵ (n = 215)	NMN	125	11	3,4	1,5-7,5	< 0,05
		CMN	61	18			
2	Tiền sử đái tháo đường (n = 215)	Không	166	21	3,2	1,2-8,1	<0,05
		Có	20	8			
3	Đặt NKQ hoặc MKQ (n = 215)	Không	180	18	18,3	6,1	<0,05
		Có	6	11			
4	Uống sặc (n = 215)	không	143	16	3	1,2-6,1	<0,05
		có	43	13			
5	Glasgow 3-8 điểm (n = 215)	không	181	26	4,2	0,9-18,5	<0,05
		có	5	3			
6	NIHSS 15-42 điểm (n = 215)	Không	161	13	7,9	3,4-18,4	<0,05
		Có	25	16			
7	MRC 0-3 (n = 215)	Không	74	7	2,1	0,8-5,1	<0,05
		Có	112	22			
8	GUSS 0-14 (n = 215)	không	41	5	9,3	3,8-22,5	<0,05
		có	20	13			
9	Tăng Glucose máu (n = 215)	không	101	7	3,7	1,5-9,2	<0,05
		có	85	22			

Bệnh nhân đột quỵ thể chảy máu có nguy cơ viêm phổi cao hơn thể nhồi máu, OR 3,4 với  $p < 0,05$ . Nhìn chung trong các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ thể chảy máu mắc nhiều hơn đột quỵ thể nhồi máu [6]; Hinduja và cs (2015) [4] nghiên cứu trên 202 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát thấy tỷ lệ viêm phổi ở bệnh nhân đột quỵ chảy máu là 18%.

Bệnh nhân đột quỵ tiền sử đái tháo đường là yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi bệnh viện: OR 3,2 với  $p < 0,05$ . Hinduja và cs (2015) [4] nghiên cứu trên 202 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát. Kết quả cho thấy tăng đường máu là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ nhiễm khuẩn và viêm phổi bệnh viện. Sari (2017) nghiên cứu về viêm phổi liên quan đột quỵ tại Indonesia và Nhật Bản. Kết quả cho thấy tiền sử đái tháo đường liên quan tới nguy cơ viêm phổi OR 2,09 (CI 95%: 0,83-5,29;  $p = 0,12$ ).

Bệnh nhân có đặt nội khí quản hoặc mở khí quản là yếu tố nguy cơ gây VP với OR 18,3 (với

$p < 0,05$ ). Tác giả Ngô Thanh Bình năm 2013 nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện tại khoa hồi sức [1]: mở khí quản là yếu tố nguy cơ độc lập viêm phổi bệnh viện (OR=1,66; 95%CI:1,11-2,48;  $p=0,014$ ). Hinduja và cs (2015)[4] nghiên cứu trên 202 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát. Kết quả cũng cho thấy: thông khí cơ học là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ nhiễm khuẩn và viêm phổi bệnh viện.

Các bệnh nhân đột quỵ vào viện có rối loạn ý thức nặng (Glasgow 3-8 điểm) có nguy cơ viêm phổi cao hơn nhóm Glasgow 9-15 điểm: OR 4,2 với  $p < 0,05$ . Hinduja và cs (2015) [4] nghiên cứu trên 202 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát. Kết quả cũng cho thấy: điểm Glasgow vào viện  $< 8$  là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ nhiễm khuẩn và viêm phổi bệnh viện.

Các bệnh nhân đột quỵ khi vào viện có điểm NIHSS  $\geq 15$  có nguy cơ VP cao hơn nhóm có điểm NIHSS  $< 15$ : OR 7,9 với  $p < 0,05$ . Sari (2017) nghiên cứu về viêm phổi liên quan đột quỵ tại Indonesia và Nhật Bản. Kết quả cho thấy

bệnh nhân vào viện có bảng lâm sàng nặng NIHSS  $\geq 21$  là yếu tố nguy cơ viêm phổi OR = 3,36 (p = 0,012).

Bệnh nhân rối loạn nuốt có điểm GUSS 0-14 có nguy cơ VP cao hơn bệnh nhân GUSS 15-20: OR 9,3 với p < 0,05. Theo nghiên cứu của Phan Nhựt Trí và cs trên 200 bệnh nhân, có rối loạn nuốt là nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện (OR = 19,1; p < 0,05) [3]. Nghiên cứu của Wagner (Mỹ - năm 2015) trên 1.656 bệnh nhân đột quỵ cho thấy: rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ với OR 7,9 (CI 95%: 4,9-12,5; p < 0,001).

#### IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ thể chảy máu ở nhóm viêm phổi 62,1%, cao hơn nhiều so với nhóm không viêm phổi (32,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ có tiền sử đái tháo đường ở nhóm VP 27,6%, cao hơn nhóm KVP 10,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ mắc viêm phổi bệnh viện 13,5%.

- Một số yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi ở bệnh nhân đột quỵ não: đột quỵ thể chảy máu, tiền sử đái tháo đường, đặt nội khí quản hoặc mở khí quản OR, Glasgow 3-8 điểm, NIHSS  $\geq 15$ , GUSS 0-14.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thanh Bình, Nguyễn Văn Khôi (2013), "Phân tích các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Khánh Hòa", *Y học TP HCM*, 17(Phụ bản của Số 1), p. 78-87.
2. Huỳnh Thị Ngọc Chi, Bùi Thị Hằng (2012), "Tỷ lệ viêm phổi bệnh viện trên bệnh nhân đột quỵ não và bệnh nhân có di chứng đột quỵ não", *Y học TP HCM*, 16(Phụ bản của Số 1), p. 276-279.
3. Phan Nhựt Trí, Nguyễn Thị Thu Hương (2011), "Nghiên cứu rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Cà Mau năm 2010-2011", *Nghiên cứu y học*, 3 (tháng 6)(74), p. 167-170.
4. Hinduja A., Dibu J., Achi E. et al (2015), "Nosocomial infections in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage", *American Journal of Critical Care*, 24(3), p. 227-231.
5. Hoffmann S., Harms H., Ulm L. et al (2016), "Stroke-induced immunodepression and dysphagia independently predict stroke-associated pneumonia-The PREDICT study", *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, p. 0271678X16671964.
6. Ji R., Wang D., Shen H. et al (2013), "Interrelationship Among Common Medical Complications After Acute Stroke Pneumonia Plays an Important Role", *Stroke*, 44(12), p. 3436-3444.
7. Kalra L., Hodsoll J., Irshad S. et al (2016), "Comparison of the diagnostic utility of physician-diagnosed with algorithm-defined stroke-associated pneumonia", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87(11), p. 1163-1168.

## ĐẶC ĐIỂM PHẢN ỨNG BẤT LỢI TOÀN THÂN Ở NGƯỜI HIẾN MÁU NHÂN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN QY 103

Phạm Mạnh Cường\*, Phạm Quốc Huy\*, Lê Đắc Phú\*,  
Nguyễn Giang Hòa\*, Nguyễn Văn Tâm\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm phản ứng bất lợi toàn thân và xác định tần suất phản ứng bất lợi xảy ra với người hiến máu. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** 8069 người hiến máu nhân đạo cho Ngân hàng máu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2016, mỗi lần hiến một túi máu 250 mL. Các biểu hiện phản ứng bất lợi của người hiến máu được quan sát trong hoặc sau khi hiến và được phân loại theo 3 mức độ nặng, vừa, nhẹ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 20  $\pm$  1,6 tuổi; nam 61%, nữ 39%; người lần đầu hiến máu 92%, tần suất xuất hiện phản ứng bất lợi là 6,2%; trung bình 2 triệu chứng xuất hiện trên 1 người có phản ứng bất lợi. Tỷ lệ xuất hiện của các triệu chứng ở những người hiến máu gặp

phản ứng bất lợi là: *tái mặt* (46,4%), *chóng mặt* (40,9%), *đổ mồ hôi* (38,5%), *lo lắng* (24%), *yếu mệt* (23,4%), *cảm giác lạnh* (16,6%), *buồn nôn* (11,5%), *mất ý thức* (4,0%), *nôn* (1,2%), *ngất co giật* (0,6%). Tần suất xuất hiện phản ứng bất lợi ở nữ lớn hơn so với nam, ở người lần đầu hiến máu lớn hơn so với người đã từng hiến máu có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. **Kết luận:** Phản ứng bất lợi ở người hiến máu chủ yếu ở mức độ nhẹ, thường gặp là các triệu chứng *tái mặt, chóng mặt, đổ mồ hôi, lo lắng, yếu mệt*. Yếu tố *giới tính* và *số lần hiến máu* có ảnh hưởng rõ rệt đến tần suất xuất hiện các phản ứng bất lợi.

**Từ khóa:** Hiến máu, người hiến máu, phản ứng bất lợi.

#### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF THE SYSTEMIC ADVERSE REACTIONS OCCURRING IN VOLUNTEER BLOOD DONORS AT 103 MILITARY HOSPITAL

**Objective:** To investigate characteristics of the systemic adverse reactions and determine the

\*Bệnh viện Quân y 103-Học viện Quân y  
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Mạnh Cường  
Email: famcuong103@gmail.com  
Ngày nhận bài: 27.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017  
Ngày duyệt bài: 25.12.2017

frequency of their occurrence in blood donors. **Materials and Methods:** 8069 volunteer blood donors who donated in the Blood Bank of 103 Military Hospital during the period from January 2016 to December 2016, blood was collected in standard 250ml blood bags. Adverse reactions of the donors were observed during or following donation, and classified by three grades of severe, moderate, mild reaction. **Results:** Mean age of  $20 \pm 1,6$  years; male 61%, female 39%, first blood donor 92%. Frequency of adverse reaction was 6,2%; that is, an incidence of 1 in every 16 donations, an average of two symptoms appear on a person with adverse reaction. Rate of the symptoms occurring in the donors with adverse reaction was: pallor (46,4%), dizziness (40,9%), sweating (38,5%), anxiety (24%), weakness (23,4%), cold feeling (16,6%), nausea (11,5%), syncope (loss of consciousness) (4,0%), vomiting (1,2%), syncope convulsions (0,6%). The incidence of adverse reactions in females was significantly higher than males, in first donors was significantly higher than repeat donors with  $p < 0,001$ . **Conclusions:** Almost adverse reactions in the blood donor are mild, common symptoms are pallor, dizziness, sweating, anxiety, weakness. Gender factors and the number of blood donations have a significant effect on the incidence of adverse reactions.

**Key words:** Blood donation, blood donor, adverse reaction.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu có vai trò quan trọng trong cấp cứu và điều trị người bệnh, là một loại thuốc điều trị đặc biệt chỉ có thể có được khi lấy từ người tình nguyện khỏe mạnh. Theo ước tính, mỗi năm nước ta cần khoảng 1,5 triệu đến 1,8 triệu đơn vị máu phục vụ cấp cứu, điều trị bệnh nhân. Không có máu và các chế phẩm máu an toàn, nhiều biện pháp điều trị hiện đại cũng khó có thể được triển khai và áp dụng thành công. Do vậy hiến máu cứu người là nghĩa cử cao đẹp và đảm bảo an toàn cho người hiến máu là trách nhiệm của nhân viên y tế.

Hiến máu một phương pháp an toàn nhưng vẫn có các phản ứng bất lợi xảy ra đối với người hiến máu, các phản ứng bất lợi này có thể được chia thành các phản ứng tại chỗ và các phản ứng toàn thân. Phản ứng tại chỗ, thường không nguy hiểm, là các biến chứng do kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch không tốt. Còn các phản ứng toàn thân được đặc trưng bởi sự xuất hiện của nhợt nhạt, vã mồ hôi, chóng mặt, rối loạn tiêu hóa, buồn nôn, hạ huyết áp, và nhịp tim chậm. Can thiệp điều trị phải được nhanh chóng, nếu không tình trạng này sẽ tiến triển thành ngất xỉu, và ở mức độ nghiêm trọng hơn có thể xuất hiện ngất cơ giât, kèm theo nôn mửa và mất kiểm soát cơ vòng, gây ảnh hưởng xấu đến việc tiếp nhận máu và phát triển phong trào hiến máu tình

nguyện. *Mục tiêu của nghiên cứu này là tìm hiểu đặc điểm các loại phản ứng bất lợi xảy ra cho người hiến máu ở Bệnh viện Quân y 103, làm cơ sở để tổ chức bảo đảm an toàn tuyệt đối cho người hiến máu nhân đạo.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 8069 người hiến máu tình nguyện (chủ yếu là các sinh viên các trường đại học trong và ngoài quân đội ở trên địa bàn Hà nội) cho Ngân hàng máu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2016. Những người hiến máu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn theo thông tư TT26 của Bộ Y tế về Hướng dẫn hoạt động truyền máu. Mỗi người khi hiến được lấy 250mL - 350mL máu tùy theo cân nặng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**2.2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Trước, trong và sau quá trình hiến máu, các đối tượng được theo dõi sự xuất hiện các biểu hiện toàn thân và ghi chép vào phiếu nghiên cứu.

Các phản ứng bất lợi toàn thân được thống kê và phân loại theo 3 mức độ nặng, vừa, nhẹ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội truyền máu quốc tế (International Society of Blood Transfusion) và Mạng lưới An toàn máu Châu Âu (European Hemovigilance Network). Theo phân loại này, tiêu chuẩn các mức độ như sau:

- Mức độ nhẹ: bao gồm các biểu hiện *Hồi hộp, yếu mệt, tái nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, chóng mặt, tăng thông khí* và quá trình phục hồi hoàn toàn dưới 15 phút.

- Mức độ vừa: ngoài các biểu hiện nhẹ còn có thêm tình trạng *huyết áp thấp, ngất xỉu*, quá trình hồi phục hoàn toàn dưới 30 phút.

- Mức độ nặng: ngoài các biểu hiện nhẹ và vừa còn có thêm tình trạng *co giật, cơn tetany, mất kiểm soát cơ vòng*. Quá trình hồi phục hoàn toàn trên 30 phút.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung người hiến máu ở nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm về người hiến máu**

Đặc điểm	Số lượng	%	Tổng
Tuổi	$\leq 22$	7655	95
	$> 22$	414	5
Giới	Nam	4962	61
	Nữ	3107	39
			8069

<b>Số lần hiển máu</b>	1 lần	7416	92	8069
	≥ 2 lần	653	8	

Tuổi trung bình của người hiển máu tình nguyện là 20 ± 1,6 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi cao nhất 25 tuổi, từ dưới 22 tuổi chiếm đa số (95%). Nam giới chiếm 61%; nữ chiếm tỷ lệ 39%, chủ yếu là những người lần đầu hiển máu (92%)

**3.2. Đặc điểm các phản ứng bất lợi của người hiển máu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy có 504 người có phản ứng bất lợi (chiếm tỷ lệ 6,2%), trong đó có 275 nam giới và 229 nữ giới.

**Bảng 2:** Đặc điểm và tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng ở người hiển máu có phản ứng bất lợi.

Các triệu chứng	số lượng	Tỷ lệ phân bố triệu chứng ở đôi tượng có phản ứng bất lợi (%)
Lo lắng	121	24,0
Yếu mệt	118	23,4
Tái mắt	234	<b>46,4</b>
Đổ mồ hôi	194	<b>38,5</b>
Cảm giác lạnh	84	16,6
Chóng mặt	206	<b>40,9</b>
Buồn nôn	58	11,5
Nôn	6	1,2
Mất ý thức	20	4,0
Ngất co giật	3	0,6
Mất kiểm soát cơ vòng	0	0

Kết quả trên bảng 2 cho thấy trong tổng số 8069 người tham gia hiển máu chúng tôi ghi nhận được 504 người xuất hiện các phản ứng bất lợi, chiếm tỷ lệ 6,2%; tức là cứ 16 người vào hiển máu thì 1 người có phản ứng, và tổng số triệu chứng là 1038 triệu chứng; tức là trung bình 2 triệu chứng xuất hiện trên 1 người có phản ứng bất lợi. Các triệu chứng xuất hiện theo thứ tự thường gặp ở nhóm người hiển máu có phản ứng bất lợi lần lượt là: *tái mắt* (46,4%), *chóng mặt* (40,9%), *đổ mồ hôi* (38,5%), *lo lắng* (24%), *yếu mệt* (23,4%), *cảm giác lạnh* (16,6%), *buồn nôn* (11,5%), *mất ý thức* (4,0%), *nôn* (1,2%), *ngất co giật* (0,6%), không có trường hợp nào ngất mất kiểm soát cơ vòng hay xuất hiện cơn tetany.

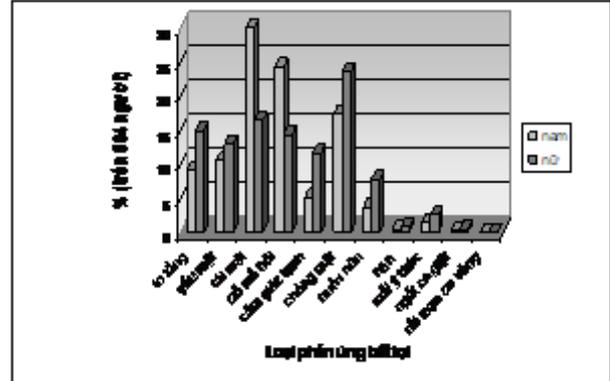
**Bảng 3:** Tỷ lệ người hiển máu có phản ứng bất lợi theo mức độ

Mức độ	Số lượng	%
Nhẹ	481	95,4
Vừa	15	2,9
Nặng	8	1,7
<b>Tổng</b>	<b>504</b>	<b>100</b>

Kết quả trên bảng 3 cho thấy, phản ứng bất lợi hầu hết là các triệu chứng ở mức độ nhẹ

chiếm 95,4%, mức độ vừa là 2,9%, mức độ nặng chỉ chiếm 1,7%.

**Biểu đồ 1:** Tỷ lệ các phản ứng bất lợi theo giới tính



Kết quả trên biểu đồ 1 cho thấy, các triệu chứng *tái mắt* và *đổ mồ hôi* thường gặp ở nam giới hơn là nữ giới, còn các triệu chứng *cảm giác lạnh*, *chóng mặt*, *buồn nôn* lại hay gặp ở nữ giới hơn.

**Bảng 4:** So sánh tần suất xuất hiện các phản ứng bất lợi theo giới tính

Giới	Số có phản ứng bất lợi	Số tham gia hiển máu	Tần suất (trên 100 người)	p
Nam	275	4962	5,56	0,001
Nữ	229	3107	7,34	
<b>Tổng</b>	<b>504</b>	<b>8069</b>		

**Bảng 5:** So sánh tần suất xuất hiện phản ứng bất lợi theo số lần hiển máu.

Số lần hiển máu	Số có phản ứng bất lợi	Số tham gia hiển máu	Tần suất (trên 100 người)	p
Lần 1	488	7416	6,58	0,001
Lần 2	16	653	2,45	
<b>Tổng</b>	<b>504</b>	<b>8069</b>		

Kết quả trên bảng 4 và 5 cho thấy, yếu tố giới tính và số lần hiển máu có ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ xuất hiện các phản ứng bất lợi với p<0,001. Nữ giới có phản ứng bất lợi nhiều hơn nam giới và những người hiển máu lần 1 bị phản ứng bất lợi nhiều hơn so với người hiển máu lần 2.

**IV. BÀN LUẬN**

So với nhiều nghiên cứu được công bố thì nhóm nghiên cứu của chúng tôi thuộc lứa tuổi trẻ do đa phần là sinh viên các trường đại học trong và ngoài quân đội, tân binh mới nhập ngũ, người hiển máu là nữ cũng chiếm tỷ lệ lớn. Số người hiển máu từ 2 lần trở lên trong nghiên cứu này chỉ 8% (Bảng 3.2) thấp hơn rất nhiều so với

các nghiên cứu khác. Đây chính là các yếu tố cần phải lưu ý khi phân tích tỷ lệ xuất hiện các phản ứng bất lợi.

Theo nhiều nghiên cứu thì tần suất phản ứng bất lợi xảy ra với người hiến máu 2-6% với khoảng 95% ở mức độ nhẹ, trong nghiên cứu của chúng tôi tần suất phản ứng bất lợi là 6,2% tức là cứ 16 người vào hiến máu thì có 1 người có phản ứng bất lợi. Tỷ lệ này cao hơn nhiều nghiên cứu khác vì nhóm nghiên cứu ở lứa tuổi trẻ, tuổi trung bình là  $20 \pm 1.6$  tuổi. Trong báo cáo tại Mỹ [1] qua thống kê 9 trung tâm năm 2008 có 113.307 người hiến máu ở độ tuổi 17 và 18 thì tỷ lệ phản ứng là 7,16%. Nhiều nghiên cứu đã tiến hành xem xét các yếu tố nguy cơ cho các phản ứng bất lợi với người hiến máu, các yếu tố nguy cơ được nghiên cứu và thảo luận sâu rộng. Các kết luận đều thống nhất *Tuổi trẻ* và giới tính *nữ* là yếu tố nguy cơ chính cho các phản ứng bất lợi toàn thân [2][3][4]. Trong báo cáo tại hội thảo của Mạng lưới Giám sát an toàn máu Châu Âu lần thứ 10 vào tháng 2 năm 2008 thì tuổi càng tăng thì tỷ lệ phản ứng bất lợi càng giảm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ phản ứng bất lợi ở nữ nhiều hơn so với nam (7,34% so với 5,56%; với  $p < 0,001$ ).

Về mức độ triệu chứng của các phản ứng bất lợi, thì chủ yếu là ở mức độ nhẹ (chiếm tỷ lệ 95,4%), với các triệu chứng thường gặp là *chóng mặt, tái mặt, đổ mồ hôi*, kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Trường hợp bị *ngất - mất ý thức* chúng tôi gặp ở 20 người, tần suất gặp là 0,25% (20/8069), tức là cứ 1000 người vào hiến máu thì chưa đến 3 người bị ngất. Trong nhiều nghiên cứu tỷ lệ bị ngất ở nhóm đối tượng có phản ứng bất lợi là khác nhau, theo báo cáo của Naveen A và CS năm 2012 [6] có tỷ lệ ngất 14,5%; tỷ lệ của chúng tôi gần với báo cáo của Karla Fabiana và CS năm 2014 [7] có tỷ lệ ngất là 5,7%.

Hầu hết các trường hợp ngất đều mất ý thức thoáng qua, thời gian hồi tỉnh dưới 5 giây và không để lại biến chứng nguy hiểm nào. Kết quả này cùng với nhiều báo cáo trước đây một lần nữa xác định thủ tục hiến máu là quá trình an toàn không có nhiều biến chứng nặng. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp ngất bị ngã dẫn đến rách da phần mềm phải tiến hành khâu vết thương, đặc biệt Eder và CS [1] đã thông báo có 25 trường hợp ngất đã bị chấn thương đầu, trong đó 3 có vết rách da mặt, 3 bị gãy răng, và 1 bị gãy xương hàm dưới. Điều này cảnh báo dù ngất là lành tính nhưng khi nó xảy ra không có mặt của nhân viên y tế hay người

xung quanh thì có thể dẫn đến các tổn thương thứ phát nguy hiểm như chấn thương sọ não.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy số lượng người đã từng hiến máu chiếm tỷ lệ thấp 8% và có tần suất xảy ra phản ứng là 2,45% thấp hơn tần suất trên người lần đầu tham gia hiến máu là 6,58% với  $p < 0,001$  (bảng 3.9). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác cho thấy đã từng hiến máu là yếu tố làm giảm tần suất xuất hiện các phản ứng bất lợi. Trong nghiên cứu của Vavíc, "*nỗi sợ*" được xác định là gắn liền với sự gia tăng phản ứng bất lợi. Nỗi sợ có thể xuất phát ngay khi nhìn thấy kim lấy máu, khi kim chọc qua da vào tĩnh mạch gây đau, khi nhìn thấy máu của mình, thấy người bên cạnh xuất hiện phản ứng hay lo lắng khi cơ thể có sự thay đổi trong quá trình hiến máu. Và khi nỗi sợ, lo lắng này ngày càng tăng thì nó sẽ kích hoạt phản xạ mạch phế vị và gây ra các phản ứng bất lợi. Với những người lần đầu hiến máu thì thường không kiểm soát được nỗi sợ này, trong khi với những người đã từng hiến máu thì nỗi sợ ít xuất hiện do đã có kinh nghiệm và sự từng trải chịu đựng quá trình lấy máu.

Như vậy giúp cho người hiến máu lần đầu kiểm soát được "*nỗi sợ*" sẽ làm giảm tần suất xuất hiện phản ứng bất lợi, điều này rất có ý nghĩa vì nó giúp duy trì tỷ lệ những người hiến máu lần đầu sẵn sàng quay trở lại hiến máu những lần tiếp theo.

## V. KẾT LUẬN

Người hiến máu tình nguyện là lứa tuổi trẻ, đa số là dưới 22 tuổi, chủ yếu là những người lần đầu hiến máu. Tần suất xuất hiện phản ứng bất lợi là 6,2% tức là cứ 16 người vào hiến máu thì có 1 người có phản ứng.

Các phản ứng bất lợi chủ yếu ở mức độ nhẹ với các triệu chứng thường gặp tái mặt, chóng mặt, đổ mồ hôi, lo lắng, yếu mệt. Không có trường hợp nào dẫn đến biến chứng nguy hiểm hoặc thương tật kéo dài. Tần suất xuất hiện phản ứng bất lợi ở nữ nhiều hơn ở nam, ở người lần đầu hiến máu nhiều hơn người đã từng hiến máu có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eder A.F, Hillyer C.D, Dy B.A, Notair E.P, Benjamin R.J (2008), "Adverse reactions to allogeneic wholeblood donation by 16- and 17-year-olds". *JAMA*, 299, pp: 2279–2286.
2. Tomasulo P, Kamel H, Bravo M, James RC, Custer B (2011), "Interventions to reduce the vasovagal reaction rate in young whole blood donors". *Transfusion*, 51, pp:1511–1521.
3. Eder A, Dy B, Kennedy J, Perez J, Demaris P,

- Procaccio A, Benjamin R.J** (2011), "Improved safety for young whole blood donors with new selection criteria for estimated blood volume". *Transfusion*, 51, pp:1522–1531.
- 4. Tomasulo P, Bravo M, Kamel H** (2010), "Time course of vasovagal syncope with whole blood donation". *ISBT Sci Ser*, 5, pp: 52–58.
- 5. Brian C, Gerald G, Hany K, Peter T, Thomas W,** (2008), "Donor Adverse Reactions and Some Possible Interventions". 10th European Haemovigilance Seminar February.
- 6. Naveen A, Neelam M, Ratti R,** (2012), "Analysis of adverse events and predisposing factors in voluntary and replacement whole blood donors: A study from north India", *Asian J Transfus Sci*, Jul-Dec; 6(2), pp: 155–160.
- 7. Karla F.N, Elizabeth B, Ana L.M, Maria H.B** (2014), "Nursing care procedures in response to adverse events to blood donation", *Florianópolis*, Jul-Set; 23(3), pp: 688-95.

## KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ SẮT, FERRITIN HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH

Trần Văn Công Thắng\*, Lê Việt Thắng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ sắt, ferritin huyết thanh và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân (BN) suy tim mạn tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu nồng độ sắt và ferritin trên 121 BN suy tim mạn tính (57 nam và 64 nữ, tuổi bình là 69,69 ± 12,91), chúng tôi nhận thấy: nồng độ sắt trung bình là 11,97 ± 6,47 μmol/l, tỷ lệ giảm sắt huyết thanh là 10,3%. Nồng độ ferritin trung bình là 304,5 ± 289,58 ng/ml, tỷ lệ tăng ferritin huyết thanh là 35,5%. Nồng độ sắt giảm khi MLCT giảm và hs-CRP tăng (p < 0,05). Nồng độ ferritin tăng khi hs-CRP tăng (p < 0,05). **Kết luận:** Bệnh nhân suy tim mạn tính, tăng ferritin là thường gặp và có liên quan với yếu tố viêm.

**Từ khóa:** Suy tim mạn tính, Sắt huyết thanh, Ferritin huyết thanh.

### SUMMARY

#### SURVEY ON SERUM IRON AND FERRITIN IN CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

**Objective:** Evaluation of serum iron and ferritin levels and some related factors in heart failure patients. **Method:** Cross – sectional study. **Results:** Study on serum iron and ferritin in 121 chronic heart failure patients (57 males and 64 females, mean age was 69.69 ± 12.91), the result showed: mean serum iron was 11.97 ± 6.47 μmol/ with 10.3% low level. Average serum ferritin level was 304.5 ± 289.58 ng/ml with 35.5% high value. Serum iron was decreased when GRF increased and hs-CRP decrease (p < 0.05). Serum ferritin increase when CRP increased (p < 0.05). **Conclusion:** HF patients, increased serum ferritin was common and It was related with inflammatory factor.

**Key words:** Chronic heart failure, Serum iron, Serum ferritin.

\*Học viện Quân Y

\*\*Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Công Thắng

Email: rdthang128@gamil.com

Ngày nhận bài: 14.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hậu quả cuối cùng của các bệnh tim mạch và ngày càng phổ biến, ước tính tỉ lệ hiện mắc là 1 – 2% dân số. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng suy tim mạn tính vẫn đang là một gánh nặng đối với toàn nhân loại, tỉ lệ tử vong ở nhóm BN này còn ở mức cao [3]. Thiếu máu là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân suy tim mạn tính. Nguyên nhân thiếu máu liên quan chủ yếu đến thiếu các nguyên liệu tạo máu, do BN mệt mỏi, ăn uống kém, giảm hấp thu. Thiếu sắt ở BN suy tim là một vấn đề được nhiều nghiên cứu đề cập, đặc biệt những bệnh nhân suy tim có thiếu máu. Thiếu sắt là một yếu tố tiên lượng làm tăng tỷ lệ tử vong ở BN suy tim.

Ở Việt Nam, vấn đề thiếu sắt ở BN suy tim mạn tính vẫn chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở BN suy tim mạn tính và các yếu tố liên quan.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 121 BN được chẩn đoán xác định suy tim và điều trị nội trú tại khoa Tim mạch, bệnh viện Quân y 103.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các BN được chẩn đoán xác định là suy tim

- BN từ 18 tuổi trở lên

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có các bệnh lý huyết học kèm theo như: bệnh bạch cầu, bệnh Kahler.

- BN có suy chức năng gan nặng, hoặc bệnh thận mạn giai đoạn cuối

- BN đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh lý ngoại khoa

- BN đang sử dụng các chế phẩm của sắt trong vòng 7 ngày

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

+ **Các bước tiến hành:** Tuyển chọn các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là suy tim theo tiêu chuẩn ESC 2008, điều trị tại khoa Tim mạch, bệnh viện Quân y 103; phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ.

-Thu thập các dữ liệu lâm sàng: tuổi, giới, BMI, mức độ suy tim theo NYHA tại thời điểm vào viện.

-Định lượng: sắt & ferritin huyết thanh, creatinine (tính mức lọc cầu thận), nồng độ hs-CRP, albumin huyết thanh.

+ **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS20.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi		69,69 ± 12,91
Giới	Nam	57 (47,1%)
	Nữ	64 (52,9%)
NYHA	I	14 (11,6%)
	II	66 (54,5%)
	III	41 (33,9%)
BMI		21,34 ± 3,63
Thiếu máu		64 (52,1%)

**Nhận xét:** Nghiên cứu gồm 121 BN, trong đó có 57 nam (47,1%) và 64 nữ (52,9%). Tuổi trung bình của BN là 69.69 ± 12.9, cao nhất là 94 tuổi và thấp nhất là 27 tuổi. Hầu hết BN có BMI bình thường với BMI trung bình là 21,34 ± 3,63 kg/m<sup>2</sup>. Trong đó, BN suy tim có thiếu máu là 64 (52,1%).

**Bảng 2: Đặc điểm sắt và ferritin huyết thanh ở BN suy tim**

	Giá trị			X ± SD
	Giảm	Bình thường	Tăng	
Sắt	13	102	6	11,97 ±

**Bảng 4: Liên quan giữa sắt và ferritin huyết thanh với một số đặc điểm của BN suy tim**

Chỉ số	Sắt		Ferritin	
NYHA	II	11,61 ± 6,26	211,50 ± 79,29	P > 0,05
	III	12,34 ± 5,76	302,56 ± 231,47	
	IV	11,50 ± 7,63	339,38 ± 397,73	
MLCT (ml/phút)	< 60	10,67 ± 4,51	256,83 ± 273,84	P > 0,05
	≥ 60	12,92 ± 7,47	339,24 ± 297,65	
hs-CRP (mg/l)	< 6	14,07 ± 6,96	250,22 ± 206,80	P < 0,05
	≥ 6	9,81 ± 5,12	363,43 ± 352,12	
Albumin (g/l)	< 35	10,64 ± 6,65	315,88 ± 302,79	P > 0,05
	≥ 35	12,51 ± 6,35	299,87 ± 285,73	

**Nhận xét:** Nồng độ sắt huyết thanh giảm khi MLCT giảm và hs-CRP tăng (p < 0,05); thay đổi không đáng kể khi phân nhóm theo NYHA và Albumin (p > 0,05). Nồng độ ferritin huyết thanh tăng khi hs-CRP tăng (p < 0,05), thay đổi không đáng kể khi phân nhóm theo NYHA, MLCT và albumin (p > 0,05).

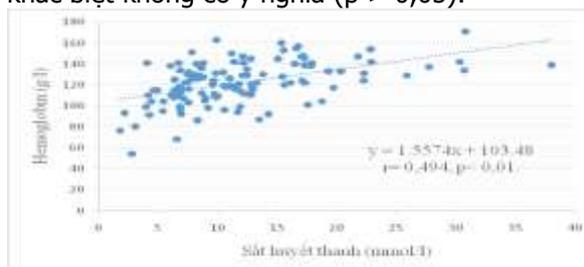
	(10,7%)	(84,3%)	(5%)	6,47
Ferritin	1 (0,8%)	77 (63,6%)	43 (35,5%)	304,5 ± 289,58

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, hầu hết BN suy tim đều có nồng độ sắt và ferritin nằm trong giới hạn bình thường. Trong đó, nồng độ sắt trung bình là 11,97 ± 6,47 μmol/l thuộc giá trị bình thường; còn nồng độ ferritin trung bình là 304,5 ± 289,58ng/ml cao hơn giá trị bình thường.

**Bảng 3: Liên quan giữa sắt và ferritin huyết thanh với thiếu máu**

	Thiếu máu (N = 64)	Không thiếu máu (N = 57)	P
Sắt	9,29 ± 4,16	14,98 ± 7,27	P < 0,01
Ferritin	253,03 ± 241,78	362,3 ± 327,88	P > 0,05

**Nhận xét:** Nồng độ sắt huyết thanh ở nhóm thiếu máu thấp hơn nhóm không thiếu máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Nồng độ ferritin huyết thanh giữa hai nhóm thì khác biệt không có ý nghĩa (p > 0,05).



**Biểu đồ 1: Tương quan giữa sắt huyết thanh và Hemoglobin**

**Nhận xét:** Ở BN suy tim, hemoglobin có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết thanh (r = 0.494; p < 0,01). Không có sự tương quan giữa hemoglobin và nồng độ ferritin huyết thanh.

### IV. BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm sắt và ferritin huyết thanh ở BN suy tim

❖ **Đặc điểm sắt huyết thanh:** Nghiên cứu của chúng tôi gồm 121 BN suy tim mạn tính, trong

đó có 57 nam (47,1%) và 64 nữ (52,9%), với độ tuổi trung bình của BN là  $69,69 \pm 12,9$ . Kết quả cho thấy nồng độ trung bình sắt huyết thanh là  $11,97 \pm 6,47 \mu\text{mol/l}$ . Trong đó nồng độ sắt huyết thanh bình thường chiếm 84,3%; còn nồng độ sắt huyết thanh giảm và tăng chỉ chiếm 10,7% và 5%. Kết quả tỷ lệ thiếu sắt của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác trên thế giới với tỉ lệ thiếu sắt hiện mắc ở BN suy tim mạn tính dao động từ 37% đến 61%, do sự khác nhau về định nghĩa thiếu sắt và các tiêu chí đưa vào nghiên cứu.

Nguyên nhân của thiếu sắt trong suy tim mạn tính là đa dạng và phức tạp. Ngoài việc giảm hấp thu và mất máu mạn tính, người ta tin rằng suy tim mạn gây ra trạng thái viêm và gan sung huyết dẫn đến tăng nồng độ hepcidin; và hậu quả là thiếu sắt do giảm hấp thu và tăng block hệ thống lưới nội mô. Hai mô hình thí nghiệm (TN) trên chuột riêng biệt với việc gây sung huyết gan cho thấy kết quả mâu thuẫn. TN của Suzuki cho thấy độ bão hòa transferrin giảm nhưng không có sự ức chế của hepcidin ở những con chuột bị gan sung huyết (do thắt tĩnh mạch chủ dưới) [6]. Trong khi TN của Ohno lại cho thấy sự gia tăng hepcidin trong mô hình gan sung huyết do tăng áp phổi (bằng cách tiêm monocrotaline).

❖ **Đặc điểm ferritin huyết thanh:** Nồng độ trung bình ferritin huyết thanh ở BN suy tim là  $304,5 \pm 289,58 \text{ ng/ml}$ , cao hơn giá trị bình thường. Trong đó, tỷ lệ nồng độ ferritin: bình thường là 63,6%; tăng là 35,5%; và giảm là 0,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới. Ví dụ, nghiên cứu của O. M. Silvestre (2017) cho thấy kết quả trong 1036 BN suy tim có 153 (14%), 663 (62%) và 247 (23%) có mức ferritin tương ứng là thấp, bình thường và cao [5].

Ferritin là một protein nội bào chứa sắt và giải phóng nó một cách có kiểm soát. Ferritin được tìm thấy trong hầu hết các mô như là một protein bào tương, và một lượng nhỏ trong huyết thanh có chức năng như là một chất mang sắt. Ferritin huyết tương cũng là dấu hiệu gián tiếp của tổng lượng sắt dự trữ trong cơ thể, vì thể ferritin huyết thanh được sử dụng làm xét nghiệm chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt. Trong suy tim, thường có nồng độ sắt và ferritin huyết thanh thấp. Nanas et al. đã chỉ ra rằng các dự trữ sắt trong tủy xương đã cạn kiệt ở 73% bệnh nhân suy tim, mặc dù những bệnh nhân này có nồng độ sắt, ferritin và erythropoietin huyết thanh vẫn ở mức bình thường [4].

#### 4.2. Môi liên quan giữa nồng độ sắt, ferritin huyết thanh và thiếu máu

Khi so sánh 2 nhóm BN suy tim có thiếu máu và không thiếu máu, chúng tôi thấy nồng độ sắt huyết thanh ở nhóm thiếu máu ( $9,29 \pm 4,16 \mu\text{mol/l}$ ) thấp hơn nhóm không thiếu máu ( $14,98 \pm 7,27 \mu\text{mol/l}$ ), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ); còn nồng độ ferritin huyết thanh giữa 2 nhóm thì khác biệt không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chu Thị Giang (2009) trên 457 BN suy tim: nồng độ sắt trung bình ở nhóm thiếu máu là  $8,09 \pm 5,58 \mu\text{mol/l}$ , thấp hơn nhóm không thiếu máu có là  $12,67 \pm 6,02 \mu\text{mol/l}$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,05$ . Và nồng độ ferritin trung bình giữa 2 nhóm cũng không khác biệt ( $p > 0,05$ ) [1].

Điều này càng sáng tỏ khi xem xét mối tương quan giữa nồng độ Hb và sắt, ferritin huyết thanh. Trong đó, Hb có tương quan thuận và mức độ vừa với nồng độ sắt huyết thanh ( $R = 0,494$ ;  $P < 0,01$ ). Không có sự tương quan giữa hemoglobin và nồng độ ferritin huyết thanh. Điều này được lý giải là vì: Sắt là một thành phần quan trọng trong quá trình tổng hợp Hb. Trong suy tim, sự hấp thu sắt bị giảm và sắt bị tích tụ ở hệ thống lưới nội mô, làm giảm tính sẵn có của nó đối với các mô đích, gây thiếu sắt chức năng. Điều này làm giảm tổng hợp Hb ở BN suy tim [7].

#### 4.3. Môi liên quan giữa sắt & ferritin huyết thanh với một số đặc điểm của BN suy tim:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN suy tim có nồng độ sắt huyết thanh giảm khi MLCT giảm và hs-CRP tăng ( $p < 0,05$ ), thay đổi không đáng kể khi phân nhóm theo NYHA và albumin ( $p > 0,05$ ); và có nồng độ ferritin huyết thanh tăng khi hs-CRP tăng ( $p < 0,05$ ), thay đổi không đáng kể khi phân nhóm theo NYHA, MLCT và albumin ( $P > 0,05$ ). Như vậy, chưa thấy có mối liên quan giữa nồng độ sắt và ferritin huyết thanh với mức độ suy tim, và nồng độ albumin huyết thanh.

Nhóm BN suy tim có chức năng thận giảm gồm 51 BN có MLCT  $< 60 \text{ ml/phút}$ . Trong nhóm: nồng độ sắt huyết thanh nằm trong giá trị bình thường và nhỏ hơn nhóm không suy thận ( $p < 0,05$ ), nồng độ ferritin huyết thanh cao hơn giá trị bình thường nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm không suy thận ( $P > 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vương Tuyết Mai (2013) với kết luận: 55 bệnh nhân suy thận được lọc máu tại bệnh viện Saint Paul có nồng độ sắt huyết thanh bình thường

nhưng 56,4% có ferritin huyết thanh tăng cao [2]. Thiếu sắt trong bệnh cảnh suy thận thường do nhiều nguyên nhân như: giảm cung cấp do ăn uống kiêng khem, giảm hấp thu do rối loạn tiêu hóa, mất máu do chảy máu đường tiêu hóa trong hội chứng tăng ure huyết.

Trong viêm, để đáp ứng với các cytokine, đặc biệt là IL-6, gan sẽ tăng sản xuất hepcidin. Hepcidin có tác dụng làm tăng sự tập trung các phân tử ferroportin trên màng tế bào, ngăn ngừa sự phóng thích sắt từ các kho dự trữ. Các cytokine viêm cũng ảnh hưởng đến các yếu tố quan trọng khác của sự trao đổi chất sắt, bao gồm: giảm biểu hiện của ferroportin, giảm trực tiếp số lượng hồng cầu bằng cách giảm khả năng đáp ứng của tủy xương với erythropoietin. Do đó, trong suy tim thường có tình trạng viêm mạn tính thì nồng độ sắt huyết thanh hay giảm còn nồng độ ferritin lại tăng.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân giảm sắt huyết thanh chiếm 10,3%, tăng ferritin huyết thanh chiếm 35,5%. Nồng độ sắt huyết thanh trung bình trong giới hạn bình thường, nồng độ ferritin trung bình cao hơn giá trị bình thường.

- Nồng độ sắt huyết thanh giảm khi MLCT giảm và hs-CRP tăng,  $p < 0,05$ . Nồng độ ferritin

tăng khi hs-CRP tăng,  $p < 0,05$ . Chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ sắt, ferritin huyết thanh với mức độ suy tim theo NYHA và nồng độ albumin huyết thanh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Thị Giang (2009)**, *Nghiên cứu tỷ lệ và đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn tính*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y Hà Nội.
2. **Vương Tuyết Mai, Nguyễn Hoài Nam và Đàm Quang Trung (2015)**, "Khảo sát tình trạng sắt, ferritin huyết thanh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ", *Tạp chí nội khoa Việt Nam*, tr. 370 - 375.
3. **Mosterd A, Hoes AW (2007)**, "Clinical epidemiology of heart failure", *Heart* 93(9), p. 1137-46.
4. **Nanas JN, Matsouka C, Karageorgopoulos D, et al. (2006)**, "Etiology of anemia in patients with advanced heart failure", *J Am Coll Cardiol*. 48(12), p. 2485-9.
5. **Silvestre OM, Gonçalves A, Nadruz W Jr, et al. (2017)**, "Ferritin levels and risk of heart failure-the Atherosclerosis Risk in Communities Study", *Eur J Heart Fail*. 19(3), p. 340-347.
6. **Suzuki T, Hanawa H, Jiao S, et al. (2014)**, "Inappropriate expression of hepcidin by liver congestion contributes to anemia and relative iron deficiency", *J Card Fail*. 20(4), p. 268-77.
7. **van Veldhuisen DJ, Anker SD, Ponikowski P, et al. (2011)**, "Anemia and iron deficiency in heart failure: mechanisms and therapeutic approaches", *Nat Rev Cardiol*. 8(9), p. 485-93.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ TỔN THƯƠNG THẬN

Nguyễn Thị Yên\*, Đặng Quang Minh\*, Nguyễn Thanh Xuân\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm và thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường typ 2, đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tổn thương thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 103 bệnh nhân đái tháo đường typ 2, chia làm hai nhóm có tổn thương thận và chưa tổn thương thận bằng tỷ lệ albumin và creatinin niệu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đa số tuổi cao, thời gian phát hiện bệnh chủ yếu là dưới 5 năm. Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tổn thương thận có nồng độ glucose ( $10,1 \pm 3,2$ mmol/l so với  $7,1 \pm 2,5$ mmol/l), cholesterol ( $8,5 \pm 2,1$ mmol/l so với  $4,9 \pm 1,2$ mmol/l), HbA1c ( $9,1 \pm$

$1,1$ mmol/l so với  $7,2 \pm 1,6$  mmol/l) huyết tương cao hơn nhóm không có tổn thương thận, ( $p < 0,05$ ); nhóm có tổn thương thận có tỷ lệ tăng huyết áp (78,4% so với 53,8%), rối loạn lipid máu (74,5% so với 57,7%), rối loạn nhịp (24,3% so với 10,7%) cao hơn nhóm chưa tổn thương thận ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2, ACR.

### SUMMARY

#### STUDYING ON CLINICAL CHARACTERISTICS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH KIDNEY DAMAGE

**Objective:** To study the characteristics and type 2 diabetes mellitus detection time, clinical characteristics in patients with type 2 diabetes mellitus with kidney damage. **Subjects and methods:** 103 patients with type 2 diabetes mellitus. Group with kidney damage and group with not kidney damage by albumin/creatinine ratio, Cross sectional description study. **Results and conclusions:** Patients with type 2 diabetes mellitus had the most older age and detection time of less than 5 years. Patients with type 2 diabetes that group with kidney damage had higher glucose

\*Viện Y học Phòng không – Không quân

\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

concentration ( $10.1 \pm 3.2$  mmol/l vs.  $7.1 \pm 2.5$  mmol/l), cholesterol concentration ( $8.5 \pm 2.1$ mmol/l vs.  $4.9 \pm 1.2$ mmol/l), HbA1c concentration ( $9.1 \pm 1.1$  mmol/l vs.  $7.2 \pm 1.6$ mmol/l) than group with not kidney damage, ( $p < 0.05$ ); group with kidney damage had higher percentage of hypertension (78.4% vs. 53.8%), percentage of dyslipidemia (74.5% vs. 57.7%), percentage of arrhythmia (24.3% vs. 10.7%) than group of not kidney damage, ( $p < 0.05$ ).

**Key word:** type 2 Diabetes mellitus, ACR.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa carbohydrat mạn tính do thiếu hụt insulin tương đối, hoặc tuyệt đối đi kèm sự kháng insulin ở các mức độ khác nhau dẫn đến tăng glucose máu [1].

Tổn thương thận gây ra bởi tổn thương mạch máu nhỏ ở cầu thận và vùng ống kẽ với biểu hiện giai đoạn sớm là microalbumin niệu rồi macroalbumin niệu và giai đoạn muộn là suy thận. Trong thực hành lâm sàng, việc xác định và đánh giá mức độ tổn thương, chức năng thận chủ yếu dựa vào lượng protein niệu và biến đổi mức lọc cầu thận. Biến chứng thận chiếm tỉ lệ 50- 80% tổng số biến chứng mạn tính do ĐTĐ. Bệnh thận do ĐTĐ tiến triển dần tới suy thận giai đoạn cuối phải điều trị thay thế thận, ở Châu Âu và Mỹ khoảng 50% số BN suy thận phải lọc máu là do đái tháo đường. Theo các thống kê tại Việt Nam tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng thận vào khoảng 30% [1].

Sàng lọc để phát hiện sớm, đúng mức độ tổn thương, giảm mức lọc cầu thận ở BN đái tháo đường giúp cho việc điều trị, dự phòng cũng như việc quản lý, chăm sóc cho BN ngày một tốt hơn. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về biến chứng thận ở BN ĐTĐ tít 2, tuy nhiên, tỉ lệ và đặc điểm tổn thương thận ở những quần thể, khu vực khác nhau có sự khác biệt nhất định. Từ đó đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 có tổn thương thận", được thực hiện với hai mục tiêu sau:

- *Đặc điểm và thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường tít 2.*

- *Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 có tổn thương thận.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 103 bệnh nhân đái tháo đường tít 2 theo dõi điều trị tại khoa Nội – Viện y học hàng không từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 02 năm 2017.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường tít 2; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đái tháo đường tít 1, đái tháo đường thai kỳ, đái tháo đường thứ phát; Đang có bệnh lý cấp tính: nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não giai đoạn cấp tính, tiền hôn mê và hôn mê do đái tháo đường, nhiễm khuẩn; Mặc các bệnh nội tiết kèm theo: bệnh to đầu chi, Basedow, u tủy thượng thận; Suy thận đã lọc máu chu kỳ; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang, mô tả.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân đến khám được làm xét nghiệm sinh hóa, huyết học, các xét nghiệm khác và chẩn đoán đái tháo đường tít 2 được đưa vào nhóm nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu khai thác bệnh sử: thời gian phát hiện đái tháo đường, thời gian phát hiện tăng huyết áp, các triệu chứng khác.

+ **Khám lâm sàng:** Đo chiều cao, cân nặng, vòng eo; Khám toàn thân: tình trạng phù, da, niêm mạc; Khám tim mạch: đo huyết áp, bắt mạch, nghe tim, điện tim, siêu âm tim. Khám mắt: do bác sỹ chuyên khoa mắt thực hiện. Soi đáy mắt: phát hiện tổn thương võng mạc ở BN đái tháo đường. Khám chuyên khoa khác theo chỉ định.

+ **Cận lâm sàng:** Xét nghiệm huyết học, một số chỉ số sinh hóa máu lúc đói: glucose, ure, creatinin, HbA1c, cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL, ALT, AST, GGT, CRP, acid uric, protein, albumin,  $Na^+$ ,  $K^+$ ,  $Ca^{++}$ , peptid-C, insulin.

**Xét nghiệm albumin niệu:** Nguyên lý kỹ thuật: phương pháp miễn dịch đo độ đục (immune-turbidimetric assay: ITA), thực hiện tại Khoa sinh hóa bằng máy sinh hóa tự động. Cách lấy mẫu nước tiểu: lấy 5 ml mẫu nước tiểu buổi sáng, khi bệnh nhân ngủ dậy. Xét nghiệm albumin niệu định lượng. Tính ACR theo công thức:

$$\text{Albumin/Creatinin (mg/mmol)} = \frac{\text{Albumin (mg/L)}}{\text{Creatinin (mmol/L)}}$$

Đánh giá kết quả: bình thường ACR < 3 mg/mmol, ACR(+): 3-30mg/mmol, ACR(++) >30mg/mmol. Bệnh nhân được chẩn đoán biến chứng thận do đái tháo đường khi có ACR dương tính.

## 2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 15.0.

- Quản lý các số liệu và các đồ thị được vẽ tự động bằng phần mềm SPSS 15.0 và Microsoft Office Excel 2007.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 1:** Phân bố tuổi nhóm nghiên cứu ( $n=103$ )

Tuổi (năm), giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi 40-49	18	17,5%
Tuổi 50-59	33	32,0%
Tuổi 60-69	32	31,1%
Tuổi ≥ 70	20	19,4%
Tuổi trung bình (tuổi)	60,2 ± 10,8	
Giới nam	48	46,6%

Đối tượng nghiên cứu đã số là người cao tuổi, nhóm tuổi từ 60 -69 tuổi có tỷ lệ 31,1% và tuổi từ trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ 19,4%. Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau (nam 48 chiếm 46,6% và nữ 55 chiếm 53,4%). Đây cũng là nhóm tuổi thường gặp trong các nghiên cứu khác trên bệnh nhân đái tháo đường tít 2, Hồ Hữu Hóa (2009) [2], Trần Thị Ngọc Thư (2014), 61,19±8,63 tuổi [3]; Eun-Hee Nah (2017), tuổi trung bình 64 tuổi (24-84)[4].

**Bảng 2:** Phân bố thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường (n=103)

Thời gian (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 5 năm	56	54,4 %
Từ 5 đến dưới 10 năm	29	28,2%
>10 năm	18	17,4%
<b>Tổng</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

Kết quả nghiên cứu bệnh nhân nhóm nghiên cứu chủ yếu có thời gian phát hiện dưới 5 năm (chiếm tới 54,4%). Kết quả nghiên cứu tương đương với của Hồ Hữu Hóa (2009) thời gian phát hiện bệnh dưới 5 năm chiếm 56,0%, Trần Thị Ngọc Thư (2014), chiếm 50,6% [3].

**Bảng 3:** Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=103)

Đặc điểm	ACR +(n=51)	ACR – (n=52)	p
Tuổi (năm)	60,6 ± 12,0	59,8 ± 9,6	>0,05
Chiều cao (m)	1,6 ± 0,8	1,6 ± 0,8	>0,05
Cân nặng (kg)	59,2 ± 10,2	57,6 ± 9,1	>0,05
Vòng hông (cm)	84,3 ± 7,6	85,3 ± 6,3	>0,05
Vòng eo (cm)	79,7 ± 6,9	80,6 ± 5,8	>0,05
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23,5 ± 4,9	21,9 ± 3,3	>0,05
Giới nam	23(45,1%)	25 (48,1%)	>0,05

ACR: tỷ lệ albumin/creatinin niệu

Kết quả cho thấy lựa chọn đối tượng nghiên cứu có giá trị trung bình tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, vòng hông, vòng eo, chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa hai nhóm chỉ số albumin và creatinin niệu (ACR) dương tính và âm tính ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Kết quả một số nghiên cứu khác cho thấy cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân đái tháo đường tít 2 có ACR (+) và ACR (-) về

đặc điểm thừa cân, béo phì, vòng eo và tỷ lệ giới, Hồ Hữu Hóa (2009) [2], Trần Thị Ngọc Thư (2014) [3], Peter P. Swoboda (2017) [5], Tarig Karar (2015) [6].

**Bảng 4:** Đặc điểm chỉ số sinh hóa đối tượng nghiên cứu (n=103)

Đặc điểm	ACR +(n=51)	ACR – (n=52)	p
Glucose (mmol/l)	10,1 ± 3,2	7,1 ± 2,5	<0,05
Cholesterol (mmol/l)	8,5 ± 2,1	4,9 ± 1,2	<0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,1 ± 1,2	2,4 ± 1,7	>0,05
LDL-c (mmol/l)	3,5 ± 1,3	3,3 ± 1,2	>0,05
HDL-c (mmol/l)	0,9 ± 0,1	0,9 ± 0,2	>0,05
HbA1c (%)	9,1 ± 1,1	7,2 ± 1,6	< 0,05
Ure (mmol/l)	7,3 ± 4,0	6,2 ± 4,6	>0,05
Creatinin (μmol/l)	97,7 ± 43,4	90,4 ± 29,8	>0,05
A. Uric (μmol/l)	369,5 ± 109,6	361,8 ± 111,7	>0,05

ACR: tỷ lệ albumin/creatinin niệu

Bệnh nhân đái tháo đường tít 2 có nhóm ACR (+) có giá trị nồng độ glucose, cholesterol, HbA1c huyết tương cao hơn nhóm ACR (-), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả tương tự với Trần Thị Ngọc Thư (2014), nhóm có tổn thương thận có nồng độ HbA1c, glucose cao hơn nhóm không có tổn thương thận [3], Tarig Karar (2015) [6].

**Bảng 5:** Một số yếu tố nguy cơ, biến chứng tim mạch ở đối tượng nghiên cứu (n=103)

Đặc điểm	ACR +(n=51)	ACR – (n=52)	p
Tăng huyết áp (n,%)	40 (78,4%)	28 (53,8%)	<0,05
Rối loạn lipid máu (n, %)	38 (74,5%)	30 (57,7%)	<0,05
WHR tăng (n, %)	35 (68,6%)	30 (57,7%)	>0,05
Thừa cân (n,%)	35 (34,0%)	30 (29,1%)	> 0,05
Rối loạn nhịp (n,%)	25 (24,3%)	11 (10,7%)	<0,05
Bệnh động mạch vành (n,%)	18 (17,5%)	10 (9,7%)	>0,05
Tai biến mạch máu não (n,%)	15 (14,6%)	9 (8,7%)	>0,05

ACR: tỷ lệ albumin/creatinin niệu

Bệnh nhân đái tháo đường tít 2, nhóm bệnh nhân có ACR (+) có tỷ lệ tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, chỉ số vòng eo/hông, thừa cân, rối loạn nhịp bệnh động mạch vành và tai biến mạch

máu não cao hơn nhóm bệnh nhân ACR (-), tuy nhiên chỉ có sự khác biệt tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và rối loạn nhịp có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Peter P. Swoboda (2017) [5], Tarig Karar (2015) [6] cho thấy nhóm bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận có tăng huyết áp tâm thu, tăng huyết áp tâm trương, rối loạn lipid máu, chỉ số khối cơ thể (BMI), suy tim, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp cao hơn so với nhóm bệnh nhân đái tháo đường không có tổn thương thận. Điều này cho thấy đái tháo đường kèm với rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, thừa cân làm tăng mức độ tổn thương thận sớm, khi kết hợp các yếu tố nguy cơ thì tổn thương thận cao hơn, ngược lại khi tổn thương thận sẽ gây tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa. Mặt khác khi có tổn thương thận thì nguy cơ bệnh lý tim mạch rối loạn nhịp, bệnh động mạch vành, hay tai biến mạch máu não tăng lên.

#### IV. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ người tuổi cao chiếm 50,5%, tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau (46,6% và 53,4%), thời gian phát hiện chủ yếu là dưới 5 năm chiếm 54,4%.

- Bệnh nhân đái tháo đường týp 2, nhóm có tổn thương thận có giá trị nồng độ glucose ( $10,1 \pm 3,2\text{mmol/l}$  so với  $7,1 \pm 2,5\text{mmol/l}$ ), cholesterol ( $8,5 \pm 2,1\text{mmol/l}$  so với  $4,9 \pm 1,2\text{mmol/l}$ ), HbA1c ( $9,1 \pm 1,1\text{mmol/l}$  so với  $7,2 \pm 1,6\text{mmol/l}$ ) huyết tương cao hơn nhóm không có tổn thương thận, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

- Bệnh nhân đái tháo đường týp 2, nhóm có tổn thương thận có tỷ lệ tăng huyết áp (78,4% so với 53,8%), rối loạn lipid máu (74,5% so với 57,7%), rối loạn nhịp (24,3% so với 10,7%) cao

hơn nhóm không có tổn thương thận, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Hồng Quang** (1998), Rối loạn chức năng mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường, Hội Đái tháo đường và Nội tiết Hà Nội - Viện nghiên cứu Servier, Báo cáo sinh hoạt khoa học chuyên đề: Đề điều trị thành công bệnh đái tháo đường.
2. **Hồ Hữu Hóa** (2009), Chẩn đoán sớm biến chứng thận bằng xét nghiệm microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học y dược – Đại học Thái Nguyên, năm 2009.
3. **Trần Thị Ngọc Thư, Nguyễn Hải Thủy** (2014) "Nghiên cứu Microalbumin niệu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2", luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường đại học Y – Dược Huế, 2014.
4. **Eun-Hee Nah, M.D., Seon Cho, M.S., Suyoung Kim, M.S., and Han-Ik Cho, M.D.** (2017), "Comparison of Urine Albumin-to-Creatinine Ratio (ACR) Between ACR Strip Test and Quantitative Test in Prediabetes and Diabetes", Ann Lab Med 2017;37:28-33, <https://doi.org/10.3343/alm.2017.37.1.28>. ISSN 2234-3806 • eISSN 2234-3814.
5. **Peter P. Swoboda, PhD; Adam K. McDiarmid, MD; Sven Plein, PhD**, "Diabetes Mellitus, Microalbuminuria, and Subclinical Cardiac Disease: Identification and Monitoring of Individuals at Risk of Heart Failure", Journal of the American Heart Association, DOI: 10.1161/JAHA.117.005539.
6. **Tarig Karar, Rashed Ahmed R. Alniwaidar, Mohamed Abdel Fattah, Waleed Al Tamimi, Abdullah Alanazi, Shoeb Qureshi**, (2015), "Assessment of microalbuminuria and albumin creatinine ratio in patients with type 2 diabetes mellitus", 2015 Journal of Natural Science, Biology and Medicine| Published by Wolters Kluwer – Medknow, [Downloaded free from <http://www.jnsbm.org> on Monday, September 28, 2015, IP: 2.89.18.222].

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐỘT BIẾN YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG BIỂU BÌ (EGFR) VỚI PHÂN TÍP MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHẪ QUẢN THEO IASLC/ATS/ERC 2011

Nguyễn Văn Tình<sup>1</sup>, Ngô Quý Châu<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hưng<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm tiến hành xác định đột biến EGFR với phân típ mô bệnh học của ung thư

<sup>1</sup>Bệnh viện 74 Trung ương,

<sup>2</sup>ĐHYHN, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tình

Email: bsnguyentinh74@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

biểu mô tuyến (UTBMT) phẩy quản theo IASLC/ATS/ERC 2011. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả 93 bệnh nhân UTBMT phẩy quản điều trị tại Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2014 đến 30/09/2015. **Kết quả:** đột biến EGFR (51,6%), đột biến ở nữ (75,0%) nhiều hơn so với nam giới (36,8%), ở nhóm không hút thuốc (71,8%) so với nhóm có hút thuốc (37,0%) ( $p < 0,05$ ). Đột biến xảy ra nhiều hơn ở các phân típ: chù nang (47,7%), dạng nhú (57,9%), lepedic (60%), vi nhú (57,1%), không có sự khác biệt giữa phân nhóm tuổi, vị trí, bờ khối u, kích thước của khối u với đột biến.

**Kết luận:** Đột biến EGFR có liên quan giới, tiền sử hút thuốc và phân típ mô bệnh học của UTBMT theo IASLC/ATS/ERC 2011.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến, IASLC/ATS/ERC, EGFR

## SUMMARY

### ASSOCIATIONS BETWEEN EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR MUTATIONS AND HISTOLOGICAL SUBTYPE OF LUNG ADENOCARCINOMA ACCORDING TO THE IASLC/ATS/ERS IASLC/ATS/ERC 2011

**Objective:** This study was conducted to investigate the relationship between epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation and histological subtypes of lung adenocarcinoma according to the International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society (IASLC/ATS/ERS). **Subjects and method:** prospective study on 93 patients of lung adenocarcinomas was diagnosed by histopathology at Respiratory center - Bach Mai hospital: from 1/2014 to 9/2015. **Results:** EGFR mutation(516%), in females (75.0%) was higher than that of males (36.8%), non-smokers (71.8%) than smokers (37.0%) ( $p < 0.05$ ). Mutations occurred more frequently in the subtypes: acinar (47.7%), papillary (57.9%), lepidic (60%), papillary (57.1%), no difference age group, location, tumor margin, size of the tumor with mutation. **Conclusion:** Gender-related EGFR mutations, smoking history and histological subtypes of lung adenocarcinoma according to the IASLC/ATS/ERS 2011.

**Keywords:** Adenocarcinoma, IASLC/ATS/ERC, EGFR

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) là phân típ mô bệnh học phổ biến và phức tạp nhất của ung thư phổi, một số biến thể có thể nhầm lẫn với ung thư biểu mô vảy nếu chỉ sử dụng kỹ thuật vi thể thường quy [1]. Ngày nay, khoảng 70% các trường hợp ung thư phổi được chẩn đoán qua sinh thiết phổi. Vì vậy, một phân loại UTBMT mới đã được giới thiệu vào năm 2011 bởi các chuyên gia thuộc Hội Nghiên cứu Ung thư phổi Quốc tế (IASLC), Hội lồng ngực Hoa kỳ (ATS) và Hội Hô hấp châu Âu (ERS) dựa trên bệnh phẩm sinh thiết phổi. Phân loại này nhấn mạnh típ mô bệnh học với tương quan chẩn đoán hình ảnh, sinh học phân tử, đặc biệt là đột biến gen của yếu tố tăng trưởng biểu bì EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) với mục đích góp phần tiên lượng và điều trị cá thể hóa [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu về mối liên quan giữa đột biến EGFR với các phân típ mô bệnh học của UTBMT theo loại này còn khá mới, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Xác định tần suất đột biến EGFR của ung thư biểu mô tuyến phế quản.

2. Tìm hiểu mối tương quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cắt lớp vi tính, phân típ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến phế quản qua sinh thiết phổi theo IASLC/ATS/ERC 2011 với đột biến EGFR.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 93 bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBMT phế quản bằng mô bệnh học qua sinh thiết phổi tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 - 9/2015.

- Loại trừ: các típ ung thư phổi khác, ung thư phổi thứ phát, ung thư phổi phổi hợp, các bệnh nhân có chống chỉ định các thủ thuật sinh thiết), loại trừ các trường hợp mảnh sinh thiết không đủ làm mô bệnh học.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện, thiết kế bệnh án mẫu với các mục tiêu của đề tài.

- Nghiên cứu mô bệnh học: Bệnh phẩm sinh thiết được cố định bằng formalin 10%, làm mô bệnh học tại Trung tâm Giải phẫu bệnh, các tiêu bản được đọc và phân tích kết quả dưới kính hiển vi quang học bởi 02 bác sỹ giải phẫu bệnh khác nhau theo các bước:

+ **Bước 1:** Đọc và phân típ trên tiêu bản thường quy HE, PAS nếu hình thái phân típ UTBMT rõ rệt, chẩn đoán xác định các phân típ.

+ **Bước 2:** Các tiêu bản chưa định típ được bằng phương pháp thường quy, được tiến hành nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) với các marker đặc hiệu cho UTBMT để chẩn đoán xác định và phân típ MBH UTBMT phế quản theo IASLC/ATS/ERC 2011[2].

### 2.3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình: 60,5 + 10,7 (thấp nhất 33, cao nhất 87 tuổi), tỷ lệ nam/nữ (61,3%/38,7%, ~1,6/1,  $p < 0.001$ ), có hút thuốc 54/93 (58,1%), không hút 39/93 (41,9%).

### 3.2. Đặc điểm khối u trên phim chụp CLVT

Hình ảnh CLVT: Kích thước khối u trung bình: 35,3 + 15,7 mm (nhỏ nhất 10,0, lớn nhất 90,0).

### Bảng 1. Đặc điểm khối u trên CLVT lồng ngực

Đặc điểm khối u	N (93)	Tỷ lệ %
Ngoại vi	69	74,2
Trung tâm	24	25,8
Bờ nhẵn	20	21,5
Bờ không nhẵn	73	78,5
< 30 mm	60	64,5
> 30 mm	33	35,5

**Nhận xét:** Khối u gặp ở ngoại vi 69/93 (74,2%) nhiều hơn ở trung tâm 24/93 (25,8%),  $p=0,01$ , u bờ không hẳn 73/93 (78,5%) nhiều hơn bờ hẳn 20/93 (21,5%), kích thước nhỏ hơn 30 mm chiếm 60/93 (64,5%).

**3.3. Đột biến EGFR của UTBMT và các mối liên quan:** Trong 93 bệnh nhân được làm đột biến EGFR: có đột biến 48/93BN(51,6%), không phát hiện đột biến 45/93BN(48,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa ( $p=0,04$ , One Samle Test,

95%CI(0,85; 1,05). Các vị trí đột biến hay gặp: exon 21 với 27/48BN (56,2%), tiếp đó là ở exon 19 với 17/48BN (35,4%), có 2 bệnh nhân có đột biến ở exon 20, 1 bệnh nhân mang đột biến kép ở exon 19 và exon 20, 1 bệnh nhân ở exon 18. Đột biến hay gặp nhất L858R 27/48BN (55,9%), sau đến là đột biến A750 - E746 13/48BN (27,3%), các đột biến khác ít gặp hơn, có 1 trường hợp có đột biến ở vị trí T790M, ở vị trí đột biến này thường hay kháng với điều trị đích.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa đột biến EGFR với giới, nhóm tuổi, tiền sử hút thuốc, vị trí, kích thước, hình dạng của khối u (n=93)**

Chỉ số		Đột biến		Tổng (n,%)	P
		Có đột biến(n,%)	Không đột biến (n,%)		
Giới	Nam	21(36,8)	36(43,2)	57(100)	<b>0,001</b>
	Nữ	27(75,0)	9(25,0)	36(100)	
Nhóm tuổi	< 60	26(56,5)	20(43,5)	46(100)	0,23
	> 60	22(46,8)	25(53,2)	47(100)	
Hút thuốc	Không	28(71,8)	11(28,2)	39(100)	<b>0,01</b>
	Có	20(37,0)	34(63,0)	54(100)	
Vị trí khối u	Ngoại vi	35(50,7)	34(49,3)	69(100)	0,48
	Trung tâm	13(54,2)	11(45,8)	24(100)	
Bờ khối u	Nhẵn	7(35,0)	13(65,0)	20(100)	0,07
	Không nhẵn	41(56,2)	32(42,8)	73(100)	
Kích thước u	< 30 mm	31(51,7)	29(48,3)	60(100)	0,058
	>30 mm	17(51,5)	16(48,5)	33(100)	
<b>Tổng</b>		<b>48(51,6)</b>	<b>45(48,4)</b>	<b>93(100)</b>	<b>0,04</b>

**Nhận xét:** Đột biến EGFR hay gặp hơn ở nữ (75,0%) so với nam giới (36,8%), ở nhóm không hút thuốc (71,8%) so với nhóm có hút thuốc (37,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2$ -test). Đột biến không có sự khác biệt giữa phân nhóm tuổi, vị trí, bờ khối u, kích thước, sự di căn của khối u với ( $p > 0,05$ ;  $\chi^2$ -test).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa đột biến EGFR với phân típ MBH của UTBMT theo IASLC/ATS/ERC 2011 (n=93)**

Phân típ mô bệnh học	Đột biến		Tổng (n,%)
	Có đột biến(n,%)	Không đột biến (n,%)	
UTBMT dạng chùm nang	21(47,7)	23(52,3)	44(100)
UTBMT dạng nhú	11(57,9)	8(42,1)	19(100)
UTBMT lepedic	6(60,0)	4(40,0)	10(100)
UTBMT dạng đặc	4(50,0)	4(50,0)	8(100)
UTBMT dạng vi nhú	4(57,1)	3(42,9)	7(100)
UTBMT dạng nhảy	2(40,0)	3(60,0)	5(100)
<b>Tổng</b>	<b>48(51,6)</b>	<b>45(48,4)</b>	<b>93(100)</b>

**p = 0,94 (Fisher'S Exact Test)**

**Nhận xét:** UTBMT dạng chùm nang có đột biến 21/44 BN(47,7%), UTBMT nhú, lepedic, vi nhú có đột biến nhiều hơn các phân típ khác với các tỷ lệ tương ứng (57,9%, 60,0%, 57,1%), biến thể UTBMT dạng đặc có (50,0%) đột biến, chúng tôi không gặp các biến thể khác có đột biến. Tuy nhiên, chưa có sự khác biệt giữa các phân típ ( $p = 0,94$ ; Fisher- exact test).

Tuổi trung bình: 60,5 + 10,7 (thấp nhất 33, cao nhất 87 tuổi), tỷ lệ nam/nữ (61,3%/38,7%, ~1,6/1,  $p<0.001$ ), có hút thuốc 54/93 (58,1%), không hút 39/93 (41,9%). Kết quả này tương đối phù hợp với các nghiên cứu gần đây trên thế giới đều ghi nhận ung thư biểu mô tuyến phế quản đang có xu hướng gia tăng ở phụ nữ [1].

**4.2. Đặc điểm khối u trên phim chụp CLVT:** Đặc điểm khối u trên phim CLVT: Khối u gặp ở ngoại vi 69/93 (74,2%) nhiều hơn ở trung tâm 24/93 (25,8%),  $p=0,01$ . Nghiên cứu của

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

chúng tôi tương đối phù hợp với Lederlin (2013), tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến ngoại vi (77%), trung tâm (23%) [3].

**4.3. Đột biến EGFR của UTBMT và các môi liên quan:** Trong 93 bệnh nhân được làm đột biến EGFR bằng phương pháp sinh học phân tử; có đột biến 48/93BN (51,6%), không phát hiện đột biến 45/93BN (48,4%), sự khác biệt có ý nghĩa ( $p=0,04$ , One Samle Test, 95% CI(0,85; 1,05). Tỷ lệ đột biến cao rất có ý nghĩa trong điều trị nhằm trúng đích, cải thiện chất lượng cuộc sống, kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với một số nghiên cứu gần đây tại Việt Nam. Tỷ lệ đột biến EGFR rất giao động; theo nghiên cứu Pioneer xác định tỷ lệ đột biến EGFR trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ở 7 nước châu Á cho thấy tỷ lệ có đột biến của Việt Nam là 64,2%, cao nhất trong các nước tham gia nghiên cứu [4]. Các vị trí đột biến hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi: exon 21 có 27/48BN (56,2%), tiếp đó là ở exon 19 với 17/48BN (35,4%), có 2 bệnh nhân có đột biến ở exon 20, 1 bệnh nhân mang đột biến kép ở exon 19 và exon 20, 1 bệnh nhân ở exon 18. Đột biến hay gặp nhất L858R 27/48BN (55,9%), sau đến là đột biến A750 - E746 13/48BN (27,3%), các đột biến khác ít gặp hơn, có 1 trường hợp có đột biến ở vị trí T790M, ở vị trí đột biến này thường hay kháng với điều trị đích. Nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với Mai Trọng Khoa và CS (2016): Ở những bệnh nhân có đột biến EGFR, chủ yếu gặp hai loại đột biến xóa đoạn trên exon 19 (exon 19Deletion) và đột biến thay thế L858R trên exon 21(exon 21 L858R) [5].

**- Môi liên quan giữa đột biến EGFR với giới, nhóm tuổi, tiền sử hút thuốc, vị trí, kích thước, hình dạng, sự di căn của khối u:** Đột biến EGFR hay gặp hơn ở nữ (75,0%) so với nam giới (36,8%) ( $p= 0,001$ ;  $\chi^2$  -test, 95%CI 0,07 - 0,5), ở nhóm không hút thuốc (71,8%) nhiều hơn so với nhóm có hút thuốc (37,0%) ( $p= 0,001$ ;  $\chi^2$  -test, 95% CI 1,7-10,5). Theo Ying Liu và CS (2016), tỷ lệ đột biến EGFR (43,6%) ở UTBMT của phổi, đột biến ở bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam (53,1% so với 32,0 %), cao hơn ở bệnh nhân chưa từng có tiền sử hút thuốc lá (55,2%) so với những người có tiền sử hút thuốc lá (29,7%) [6]. Khi xét mối liên quan giữa đột biến với phân nhóm tuổi, vị trí, kích thước, bờ khối u, sự di căn của khối u, giai đoạn bệnh chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan với ( $p>0,05$ ;  $\chi^2$  -test) nhận xét này phù hợp với kết quả của Ying Liu và CS (2016), nghiên cứu 385 UTBMT cũng không thấy có mối

liên quan giữa đột biến EGFR với nhóm tuổi, giai đoạn bệnh ( $p=0,34$ ,  $p= 0,985$ ). Tuy nhiên, theo tác giả này cho thấy các hình thái trên CLVT lồng ngực của khối u liên quan đến sự đột biến EGFR, bao gồm đường kính của khối u ( $p < 0,001$ ) [6].

#### **- Môi liên quan giữa đột biến EGFR với phân típ MBH của UTBMT**

Kết quả của chúng tôi: UTBMT dạng chòm nang có đột biến (47,7%), UTBMT nhú, lepedic, vi nhú có đột biến nhiều hơn các phân típ khác với các tỷ lệ tương ứng (57,9%, 60,0%, 57,1%), biến thể UTBMT dạng đặc có đột biến (50,0%) đột biến, chúng tôi không gặp các biến thể khác có đột biến. Tuy nhiên, chưa có sự khác biệt giữa các phân típ ( $p=0,94$ ; Fisher- exact test). Các đột biến ở phân típ mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với Ying Liu và CS (2016), đột biến EGFR ở các phân típ lần lượt: nang (46,3%), nhú (54,2%), lepedic (61,2%), vi nhú (52,9%). Tuy nhiên biến thể dạng đặc có đột biến cao hơn tác giả này (50% so với 20,7%), nhưng số bệnh nhân típ này của chúng tôi còn ít [6]. Theo Song và CS (2013), nghiên cứu 161 UTBMT ở Trung Quốc, phát hiện đột biến EGFR gặp nhiều hơn ở phân típ vi nhú ( $p=0,0068$ ) và lepedic so với các phân típ khác ( $p=0,005$ ), tác giả cũng kết luận; các kết quả khác nhau giữa các đột biến EGFR và các phân típ mô bệnh học có thể liên quan đến cỡ mẫu nghiên cứu và sự khác biệt về chủng tộc giữa các quốc gia [7].

#### **V. KẾT LUẬN**

- Tỷ lệ đột biến EGFR của UTBMT (51,6%), vị trí đột biến exon 21(56,2%), exon 19 (35,4%), 2 bệnh nhân có đột biến ở exon 20, 1 bệnh nhân mang đột biến kép ở exon 19 và exon 20, 1 bệnh nhân ở exon 18, loại đột biến hay gặp: L858R (55,9%), A750 - E746 (27,3%), các đột biến khác ít gặp hơn, có 1 trường hợp có đột biến ở vị trí T790M.

+ Đột biến EGFR hay gặp hơn ở nữ (75,0%) nhiều hơn so với nam giới (36,8%), ở nhóm không hút thuốc (71,8%) so với nhóm có hút thuốc (37,0%). ( $p < 0,05$ ). Đột biến nhiều hơn ở các phân típ: chòm nang (47,7%), dạng nhú (57,9%), lepedic (60%), vi nhú (57,1%), so với các phân típ khác. Đột biến không có sự khác biệt giữa phân nhóm tuổi, vị trí, bờ khối u, kích thước của khối u.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Siegel, R.L, K.D. Miller, Jemal (2016). *Cancer statistics*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 66(1): p 7-30.
2. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, et al (2011). International

- association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *J Thorac Oncol*, 6(6): p. 244-85.
3. **Lederlin M, Puderbach M, Muley T, Schnabel PA, Stenzinger A, et al (2013).** Correlation of radio and histomorphological pattern of pulmonary adenocarcinoma. *European Respiratory Journal* 41: 943-951.
  4. **Shi Y, Au JS, Thongprasert S, et al (2014).** A prospective, molecular epidemiology study of EGFR mutations in Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer of adenocarcinoma histology (PIONEER). *J Thorac Oncol*, 9: 154.
  5. **Mai Trọng Khoa, Trần Đình Hà, Phạm Cẩm Phương và cộng sự (2016).** Xét nghiệm đột biến EGFR trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu - Bệnh viện Bạch Mai. *Ungthubachmai.com.vn*.
  6. **Liu Y, Kim J, Qu F, Liu S, Wang H, et al (2016).** CT Features Associated with Epidermal Growth Factor Receptor Mutation Status in Patients with Lung Adenocarcinoma. *Radiology* 280: 271-280.
  7. **Song Z, Zhu H, Guo Z, Wu W, Sun W, et al (2013).** Correlation of EGFR mutation and predominant histologic subtype according to the new lung adenocarcinoma classification in Chinese patients. *Med Oncol* 30: 013-0645.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI MỚI AFB (+) CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG PHÁC ĐỒ 2(E)SHRZ/4RHE TẠI BỆNH VIỆN 74 TRUNG ƯƠNG

Đặng Văn Khoa\*, Hà Văn Sen\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao phổi mới AFB (+) có đái tháo đường bằng phác đồ 2(E)SHRZ/4RHE. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu kết hợp với hồi cứu, so sánh các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh Xquang giữa 2 nhóm bệnh nhân lao phổi có ĐTD và không có ĐTD. **Kết quả nghiên cứu:** Lao phổi/ĐTD nam nhiều hơn nữ ( $p < 0,05$ ), lâm sàng: gầy sút cân, ho ra máu cao hơn nhóm lao phổi đơn thuần, ho khạc đờm, đau ngực, khó thở giảm chậm hơn. Tổn thương phổi ở vùng thấp và tạo hang gặp nhiều hơn, Xquang đáp ứng chậm với điều trị và thời gian âm hóa AFB chậm hơn nhóm lao phổi đơn thuần ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Đái tháo đường làm tăng nguy cơ mắc bệnh lao, biểu hiện lâm sàng và vị trí bất thường ở thùy dưới phổi, tổn thương lan tỏa, tạo hang. Thời gian âm hóa AFB kéo dài ở người bệnh có ĐTD. Hiệu quả điều trị bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE khỏi 100% các trường hợp được theo dõi.

**Từ khóa:** Lao phổi, đái tháo đường

### SUMMARY

#### CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT NEW TUBERCULOSIS AFB (+) COMBINED DIABETES BY 2 (E) SRHZ/4RH AT HOSPITAL 74

**Objectives study:** Clinical, subclinical and clinical outcomes of AFB (+) diabetes mellitus with 2(E)SHRZ/4RHE. **Method:** prospective study combined with retrospective, comparison of clinical characteristics, laboratory tests, X-ray images between two groups of

diabetic and non-diabetic pulmonary tuberculosis patients. **Results:** Pulmonary tuberculosis was more associated with male diabetes than female ( $p < 0.05$ ). Lung tuberculosis patients with diabetes often have weight loss, coughing up blood is higher than the TB alone. Usually lung lesions are found in the lowlands and the cave is more common. Sputum cough, chest pain, dyspnea decreased more slowly, X-ray injury was slower with treatment and AFB was slower than the pulmonary tuberculosis  $p < 0.05$ . **Conclusions:** Diabetes increases the risk of tuberculosis, clinical manifestations and abnormal locations in the lobe of the lower lung, extensive damage, and cave formation. Furthermore, long-term AFB-induced coronary interval in patients with diabetes. The efficacy of 2SHRZ / 4RHE treatment with 100% of cases was monitored.

**Keys words:** Lung tuberculosis, diabetes

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh lao và bệnh đái tháo đường (ĐTD) là vấn đề cần quan tâm ở nhiều quốc gia trên thế giới và ở nước ta, mắc lao ở bệnh nhân ĐTD cao gấp 2 - 6 lần, tỷ lệ tái phát cao hơn bệnh nhân không có ĐTD. ĐTD là yếu tố tăng nguy cơ kháng thuốc của vi khuẩn lao (VKL), thời gian âm hóa đờm kéo dài, tỷ lệ khỏi thấp [5], tỷ lệ tử vong cao hơn so với bệnh nhân lao đơn thuần [5]. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy ĐTD làm thay đổi hình thái lâm sàng, hình ảnh Xquang và kết quả điều trị lao phổi. Tổn thương phổi trên Xquang không điển hình, có thể làm chậm chẩn đoán lao, một số nghiên cứu đã chỉ ra hình ảnh tổn thương trên Xquang chủ yếu tập trung ở thùy dưới và tạo hang, thời gian âm hóa vi khuẩn kéo dài. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại không thấy sự khác biệt [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

\*Bệnh viện 74 trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Sen

Email: senh66@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi mới AFB (+) có ĐĐT.

2. Đánh giá kết quả điều trị lao phổi mới AFB (+) có ĐĐT bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE ở đối tượng nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng:** Gồm 112 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, phân thành 2 nhóm:

- **Nhóm 1:** 52 bệnh nhân lao phổi mới AFB (+) có ĐĐT tốp 2 (34 bệnh nhân điều trị, kiểm soát hết liệu trình).

- **Nhóm 2:** 60 bệnh nhân lao phổi AFB (+) không có ĐĐT, tương ứng về tuổi, giới, thời gian nghiên cứu với nhóm 1.

**Tiêu chuẩn chọn:** Chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi mới AFB (+) có kèm ĐĐT tốp 2 hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐĐT nay được chẩn đoán có lao phổi mới AFB (+). Chẩn đoán lao phổi AFB (+) theo tiêu chuẩn CTCLQG (2015)[1] và ĐĐT theo tiêu chuẩn của Hội Huyết và Đái Tháo Đường Việt Nam (2013)[2].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có viêm gan, suy thận nặng trước điều trị, có kèm theo HIV, ĐĐT tốp 1. Bệnh nhân dưới 18 tuổi. Không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Loại nghiên cứu:** tiến cứu kết hợp với hồi cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện 1/1/2014 đến tháng 31/12/2015 tại Bệnh viện 74 Trung ương.

### - Cỡ mẫu và cách tiến hành:

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: 112 BN trong đó hồi cứu 20 bệnh nhân, tiến cứu 92 bệnh nhân.

- Tất cả các BN tham gia nghiên cứu được khai thác tiền sử, bệnh sử, khám chi tiết, toàn diện ghi vào bệnh án nghiên cứu theo một mẫu thống nhất với các nội dung chủ yếu sau: giới: nam, nữ, tuổi, nghề nghiệp, thông tin về ĐĐT và điều trị lao trước đây. Thực hiện các xét nghiệm công thức máu, men gan, creatinin, glucose máu, xét nghiệm tìm AFB, nuôi cấy AFB, XQ phổi thẳng, nghiêng ghi nhận kết quả.

### 2.3. Đánh giá tổn thương trên Xquang phổi:

Tổn thương thâm nhiễm, nốt, hang. Vùng tổn thương: *Vùng thấp:* tổn thương ở dưới đường giới hạn ngang qua rốn phổi trên phim Xquang chuẩn thẳng gồm có; thùy dưới, thùy giữa và phần thùy lưỡi. *Vùng cao:* tổn thương ở trên đường giới hạn ngang qua rốn phổi trên phim Xquang chuẩn.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu thu thập qua nghiên cứu được làm sạch và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học, so sánh tỷ lệ %, giá trị trung bình. Mức ý nghĩa thống kê trong các kiểm định thống kê là 0,05.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Phân bố theo giới ở 2 nhóm:** Tỷ lệ mắc bệnh lao nam giới cao hơn nữ giới ở cả 2 nhóm (86,5%; 13,4%) và (71,66%; 28,33%),  $p > 0,05$ .

### 3.2. Triệu chứng lâm sàng trước điều trị

**Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng trước khi điều trị ở 2 nhóm**

Triệu chứng lâm sàng	Nhóm 1 (n=52)		Nhóm 2 (n=60)		P
	n	%	n	%	
Ho khạc đờm	49	<b>94,23</b>	51	<b>85,00</b>	>0,05
Ho ra máu	17	<b>32,69</b>	9	<b>15,00</b>	< 0,05
Sốt về chiều	45	84,61	52	86,66	>0,05
Tức ngực	37	71,15	39	65,00	>0,05
Khó thở	25	48,07	25	42,00	>0,05
Sút cân	42	80,76	37	61,66	<0,05
Mệt mỏi, ăn kém	50	<b>96,11</b>	54	<b>90,0</b>	>0,05
Có rale ở phổi	30	57,69	32	53,33	>0,05
Cân nặng $\times \pm SD$	45,07 $\pm$ 6,12		46,86 $\pm$ 6,41		>0,05

**Nhận xét:** Triệu chứng sốt về chiều của nhóm 1 và nhóm 2 có tỷ lệ là; 84,61%; 88,66%, ho khạc đờm (94,23%; 85%), ( $p > 0,05$ ). Gầy sút cân gặp ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (80,76%; 61,66%),  $p < 0,05$ . Ho ra máu ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 (32,69%; 15%),  $p < 0,05$ .

### 3.3. Hình thái tổn thương cơ bản trên XQ tim phổi trước điều trị

**Bảng 3.2. Các hình thái tổn thương cơ bản của 2 nhóm trước điều trị**

Tổn thương cơ bản	Nhóm 1 (n=52)		Nhóm 2 (n=60)		P
	n	%	n	%	
Thâm nhiễm	40	<b>75,9</b>	47	<b>78,33</b>	>0,05
Nốt	26	50,0	36	60,00	>0,05

Hang	31	60,8	24	40,00	<b>&lt;0,05</b>
Xơ, vôi	3	5,7	4	6,66	>0,05

**Nhận xét:** Tổn thương thâm nhiễm chiếm tỷ lệ cao ở cả nhóm 1 và nhóm 2 (75,9%; 78,33%). Tổn thương hang gặp nhiều ở nhóm 1 (60,8%) cao hơn nhóm 2 (40%), p<0,05.

**3.4. Mức độ tổn thương trên phim Xquang phổi ở 2 nhóm trước điều trị**

Tổn thương độ III ở nhóm 1 chiếm 50,0% cao hơn so với nhóm 2 (28,33%), p<0,05. Tổn thương độ I ở nhóm 1 chiếm tỷ lệ 11,53% thấp hơn nhóm 2 (28,33%), p<0,05.

**3.5. Triệu chứng lâm sàng sau điều trị**

**Bảng 3.3. Thay đổi các triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm sau 2 tháng điều trị**

Triệu chứng		Thời gian	Trước điều trị	Sau 2 tháng	Mức độ giảm	P
Ho khạc đờm	Nhóm 1		32	24	8 (25,0%)	<b>&lt;0,05</b>
	Nhóm 2		51	23	28 (54,9%)	
Ho ra máu	Nhóm 1		11	0	11 (100%)	>0,05
	Nhóm 2		9	0	9 (100%)	
Sốt về chiều	Nhóm 1		29	5	24 (82,75%)	>0,05
	Nhóm 2		52	2	50 (96,15%)	
Đau ngực	Nhóm 1		24	11	13 (54,16%)	<b>&lt;0,05</b>
	Nhóm 2		39	8	31 (79,48%)	
Khó thở	Nhóm 1		16	8	8 (50,0%)	<b>&lt;0,05</b>
	Nhóm 2		25	3	22 (88,0%)	
Mệt mỏi, ăn kém	Nhóm 1		33	10	23 (69,69%)	>0,05
	Nhóm 2		54	6	48 (88,88%)	
Có ran ở phổi	Nhóm 1		20	9	11 (55,0%)	<b>&lt;0,05</b>
	Nhóm 2		32	6	26 (81,25%)	

**Nhận xét:** Sau 2 tháng điều trị các triệu chứng; ho khạc đờm, đau ngực, khó thở, ran ở phổi ở nhóm 1 giảm chậm hơn nhóm 2, p<0,05.

**3.6. Hình ảnh thương XQ tim phổi trong quá trình điều trị**

**Bảng 3.4. Đáp ứng điều trị của tổn thương trên xquang phổi của 2 nhóm**

Diễn biến tổn thương		Thời gian	Sau 2 tháng	P	Sau 6 tháng	P
Thay đổi tốt	Nhóm 1 (n=34)		<b>18</b> (52,94%)	<b>&lt;0,05</b>	28(82,35%)	<b>&gt;0,05</b>
	Nhóm 2 (n=60)		<b>43</b> (71,66%)		57 (95,0%)	
Thay đổi ít	Nhóm 1 (n=34)		12(35,29%)	<b>&gt;0,05</b>	6 (17,64%)	>0,05
	Nhóm 2 (n=60)		16(26,66%)		3 (5,0%)	
Không thay đổi	Nhóm 1 (n=34)		4 (11,76%)	>0,05	0	
	Nhóm 2 (n=60)		1 (1,66%)		0	

**Nhận xét:** Sau 2 tháng điều trị tỷ lệ tổn thương trên xquang thay đổi tốt ở nhóm lao phổi không có ĐTD là 71,66% cao hơn nhóm lao phổi có ĐTD (52,94%), p<0,05.

**3.7. Tỷ lệ âm hóa AFB trong quá trình điều trị**

**Bảng 3.5. Tỷ lệ âm hóa AFB trong đờm bằng phương pháp soi trực tiếp**

Xét nghiệm AFB		Thời gian	Trước điều trị	Sau 2 tháng	P	Sau 4 tháng	Sau 6 tháng
Âm hóa	Nhóm 1 (n=34)		0	<b>23</b> (67,64)	<b>&lt;0,05</b>	<b>32</b> (94,11)	<b>34</b> (100)
	Nhóm 2 (n=60)		0	<b>56</b> (93,33)		<b>60</b> (100)	<b>60</b> (100)
< 1(+)	Nhóm 1 (n=34)		<b>2</b> (5,88)	<b>3</b> (8,8)	>0,05	0	0
	Nhóm 2 (n=60)		<b>9</b> (15,0)	<b>4</b> (6,66)		0	0
1 (+)	Nhóm 1 (n=34)		<b>11</b> (32,4)	<b>8</b> (23,5)	>0,05	<b>2</b> (5,8)	0
	Nhóm 2 (n=60)		<b>21</b> (35,0)	0		0	0
2 (+)	Nhóm 1 (n=34)		<b>7</b> (20,6)	0	>0,05	0	0
	Nhóm 2(n=60)		<b>15</b> (25,0)	0		0	0
3 (+)	Nhóm 1 (n=34)		<b>15</b> (44,11)	0	>0,05	0	0
	Nhóm 2(n=60)		<b>15</b> (25,0)	0		0	0

**Nhận xét:** Sau 2 tháng điều trị tỷ lệ âm hóa AFB ở nhóm 1 (67,46%) ít hơn so với nhóm 2 (93,33%), p <0,05.

**3.8. Đánh giá hiệu quả của phác đồ:** Kết quả nuôi cấy vi khuẩn lao trong đờm của 2 nhóm nghiên cứu cho thấy khi kết thúc điều trị hiệu quả điều trị khỏi của phác đồ nhóm 1: 34/34 (100%), nhóm 2: 60/60 (100%), không có bệnh nhân nào thất bại điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam trong nhóm lao phổi có ĐTD chiếm (86,5%) cao hơn bệnh nhân nữ (13,4%). Một số tác giả cho rằng do phong tục tập quán, thói quen hút thuốc lá của nam giới là yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc bệnh lao [7]. Bên cạnh đó một số tác giả nhận định rằng nam giới có độ nhạy cảm với nhiễm lao hơn nữ giới, hoặc chất lượng đờm của nam và nữ khác nhau làm ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán [7].

Trong nghiên cứu này gặp như sốt về chiều (84,61% và 88,66%),  $p > 0,05$ . Gầy sút cân ở nhóm lao phổi kết hợp ĐTD cao hơn so với nhóm lao phổi không có ĐTD (80,76%; 48,33%) với  $p < 0,05$ .

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng:** Hang là tổn thương khá đặc trưng cho lao, thể hiện sự hủy nhu mô do hiện tượng bã đậu hóa trung tâm. Theo nhiều tác giả tỷ lệ tổn thương hang tăng lên ở bệnh nhân lao phổi kèm theo ĐTD. Pérez-Guzman (2001), tổn thương hang chiếm tỷ lệ 82% ở bệnh nhân lao phổi kèm theo ĐTD so với 59% ở bệnh nhân lao phổi đơn thuần [6]. Theo Deshmukh (1984), hang là tổn thương gặp nhiều hơn nhất ở bệnh nhân lao phổi kèm theo ĐTD so với lao phổi không có ĐTD. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với hầu hết các nghiên cứu. Thâm nhiễm gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm (75,9%; 78,33%),  $p > 0,05$ . Tuy nhiên tổn thương hang ở nhóm lao phổi có ĐTD cao hơn (60,8%; 40%),  $p < 0,05$ . Vùng tổn thương có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương khu trú ở vùng cao và vùng thấp của phổi giữa 2 nhóm lao phổi có ĐTD và lao phổi đơn thuần,  $p < 0,05$ . Tổn thương độ III ở nhóm lao phổi có ĐTD cao hơn nhóm lao phổi đơn thuần (50,0%; 28,33%) với  $p < 0,05$ .

Shaikh và cộng sự (2003): Tỷ lệ tổn thương thùy dưới phổi ở bệnh nhân lao phổi- ĐTD là 23,5%, tổn thương mức độ III là 52,9%. Tác giả nhận thấy bên cạnh ĐTD có nhiều yếu tố liên quan đến tổn thương thùy dưới như; tuổi, giới, quốc gia, nhưng kết quả phân tích hồi qui đa biến cho thấy ĐTD là yếu tố duy nhất ảnh hưởng có ý nghĩa đến lao phổi thùy dưới.

Tổn thương trên Xquang độ III; ở nhóm có mức tăng đường huyết  $> 10\text{mmol/l}$  chiếm 36,5%

cao hơn nhiều so với nhóm xét nghiệm đường huyết  $\leq 10\text{mmol/l}$  (13,5%),  $p < 0,05$ . Như vậy đường huyết tăng cao càng làm mức độ tổn thương phá hủy phổi nặng nề hơn. Sau 2 tháng một số triệu chứng lâm sàng ở nhóm lao phổi có ĐTD giảm chậm hơn so với nhóm lao phổi không có ĐTD,  $p < 0,05$ ; Ho khạc đờm (25,0%; 54,9%), đau ngực (54,16%; 79,48%), khó thở (50,0%; 88%), ran ở phổi (55,0%; 81,25%). Tổn thương trên xquang phổi đáp ứng thay đổi tốt ở nhóm lao phổi có ĐTD thấp hơn nhóm lao đơn thuần (52,94%; 71,66%),  $p < 0,05$ . Theo Nguyễn Thị Thu Ba (2007), cho thấy lượng đường máu lúc đói cao nhất  $> 10\text{ml}$  chiếm tỷ lệ đến 72,32% vì thế tổn thương lao trên xquang cũng phổi cũng trầm trọng tương đương với lượng đường huyết [3].

**4.3. Kết quả điều trị:** Tỷ lệ âm hóa AFB ở nhóm lao phổi có ĐTD (67,46%) sau 2 tháng điều trị ít hơn so với nhóm lao phổi không có ĐTD (93,33%),  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nhận xét của Phan Thanh Dũng và cộng sự (2012): tỷ lệ âm hóa AFB sau 2 tháng điều trị ở nhóm lao phổi có ĐTD (6%) chậm hơn nhóm lao phổi đơn thuần (33%)[4]. Tỷ lệ nuôi cấy VKL âm tính ở nhóm lao phổi có ĐTD thấp hơn nhóm lao phổi đơn thuần (79,4%  $<$  98,33%),  $p < 0,05$ . Như vậy ĐTD làm cho bệnh nặng trầm trọng, khả năng đáp ứng thuốc chống lao ở bệnh nhân ĐTD đường kém hơn nhóm lao phổi đơn thuần. Hiệu quả điều trị bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE khỏi 100% các trường hợp được theo dõi.

#### V. KẾT LUẬN

##### 5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lao phổi có đái tháo đường

Tỷ lệ gặp bệnh nhân ở nam cao hơn nữ ở cả nhóm 1 và nhóm 2 (86,5%; 71,66%) so với (13,4%; 28,33%),  $p < 0,05$ . Gầy sút cân và ho ra máu ở nhóm 1 nhiều hơn nhóm 2 (80,76%; 48,33%) và (32,69%; 15%),  $p < 0,05$ . Tổn thương hang ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 (60,8%; 40%),  $p < 0,05$  và tổn thương rộng gặp ở nhóm 1 nhiều hơn nhóm 2 (50,0%; 28,33%),  $p < 0,05$ .

##### 5.2. Kết quả điều trị bệnh lao phổi có ĐTD bằng phác đồ 2SHRZ/4 SRHE.

Sau 2 tháng điều trị: một số triệu chứng lâm sàng ở nhóm 1 giảm chậm hơn nhóm 2,  $p < 0,05$  như; ho khạc đờm (25,0%; 54,9%), đau ngực (54,16%; 79,48%), khó thở (50,0%; 88%), ran ở phổi (55,0%; 81,25%). Tổn thương trên xquang phổi đáp ứng tốt với điều trị ở nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 (52,94%; 71,66%),  $p < 0,05$ . Tổn thương hang ở nhóm 1 thu nhỏ hoặc xóa hết chậm hơn (20,58%; 5%),  $p < 0,05$ . Khả

năng âm hóa AFB ở nhóm 1 chậm hơn nhóm 2 (67,46%; 93,33%),  $p < 0,05$ . Tỷ lệ nuôi cấy VKL âm tính ở nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 (79,4%; 98,33%),  $p < 0,05$ . Hiệu quả điều trị bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE khỏi 100% các trường hợp được theo dõi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế - CTCLQG (2015), *Hướng dẫn, chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*, Quyết định số: 4263/QĐ-BYT.
2. Hội Hội tiết và Đái Tháo Đường Việt Nam (2013), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường týp 2 chưa có biến chứng*.
3. Nguyễn Thị Thu Ba (2007), Nhận xét các hình ảnh đặc biệt trên Xquang phổi của bệnh nhân lao

phổi- đái tháo đường. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12, Số 4, tr 201.

4. Phan Thanh Dũng và cộng sự (2012), Đặc điểm lao phổi ở bệnh nhân đái tháo đường. *Kỷ yếu HNKH Bệnh viện An Giang*.
5. Maalej S., Belhaoui N., Bourguiba M., et al. (2009), Pulmonary tuberculosis and diabetes. A retrospective study of 60 patients in Tunisia, *Presse Med*, 38(1), pp. 20-4.
6. Pérez-Guzmán C, Torres-Cruz A, Villarreal-Valarde H., et al. (2001), A typical radiological images of pulmonary tuberculosis in 192 diabetic patients: a comparative study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 5 (5): 455-61.
7. Shaikh MA, Singla R, Khan NB, Sharif NS, Saigh MO (2003), Dose diabetes alter the radiological presentation of pulmonary tuberculosis?, *Saudi. Med. J*, 24(3), pp.278-281.

**NHẬN THỨC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HƯỚNG HÓA, TỈNH QUẢNG TRỊ**

Trần Thị Nga\*, Nguyễn Thị Huyền Trâm\*

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 83 nhân viên y tế (NVYT) tự điền bộ câu hỏi văn hóa an toàn người bệnh (ATNB) theo thang điểm Likert tại bệnh viện đa khoa huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị. Về phạm vi khoa/phòng, tỷ lệ NVYT có nhận thức cao về các yếu tố đào tạo và cải thiện liên tục ATNB, làm việc nhóm trong nội bộ từng khoa/phòng là cao nhất (86,3% và 83,1%), NVYT phản ứng với sự cố là thấp nhất (40,6%), điểm trung bình nhận thức các yếu tố đạt từ 2,9/5 điểm trở lên. Về phạm vi bệnh viện, tỷ lệ NVYT có nhận thức cao nhất ở yếu tố chính sách của bệnh viện về ATNB và làm việc nhóm giữa các khoa/phòng trong bệnh viện (75% và 71,5%), thấp nhất là yếu tố giao ca và chuyển tiếp công việc (44%), điểm trung bình từ 3,1/5 điểm trở lên. 74,7% nhân viên không cố báo cáo sự cố, 21,7% nhân viên báo cáo từ 1 đến 2 sự cố. Nhân viên đều đánh giá mức độ ATNB tại BV thuộc loại tốt (36,1%) và trung bình (63,9%). Tỷ lệ NVYT có nhận thức cao về văn hóa ATNB chỉ chiếm 39,8%. Kết quả nghiên cứu giúp các nhà quản lý bệnh viện đề xuất giải pháp quản lý chất lượng bệnh viện nhằm hướng tới mục tiêu ATNB.

**Từ khóa:** nhận thức ATNB, bệnh viện đa khoa, huyện Hướng Hóa, Quảng Trị.

**SUMMARY**

**PERCEPTION OF PATIENT SAFETY CULTURE FOR HEALTH CARE WORKERS IN GENERAL HOSPITAL HUONG HOA**

\*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nga  
 Email: tranthinga@hmu.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 9.10.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 18.12.2017  
 Ngày duyệt bài: 25.12.2017

**DISTRICT, QUANG TRI PROVINCE**

The cross-sectional study give information about the perceptions of patient safety culture for health care workers in general hospital Huong Hoa district, Quang Tri province by using a Hospital Survey on Patient Culture (HSPSC) questionnaire. The result showed that the percentage of staff who had positive response rate in organization learning- continuous improvement and teamwork within department in hospital work unit reached at 86.3 and 83.1, respectively while the smallest proportion was actions promoting patient at 40.6%, the minimum average was 2.9/5 scales. About hospital work area, workers felt more positively respons with hospital management support for patient safety and teamwork across hospital deapartments than others (75% and 71.5%). Furthermore, the smallest rate was hospital handoffs & transitions at 44% and all the average of facfors reached over 3.1/5 scales. The major of employees did not have feedback and communication about error with 74.4% while only 21.7% workers responded with 1 or 2 errors. The positive response rate about patient safety in hospital were good and average at 36.1% and 63.9%, respectively. The percentage of health care worker who had high perceptions about patient safety made up exactly 39.8%. This research can help supervisors take initiatives to improve patient safety.

**Key words:** perception of patient safety, general hospital, Huong Hoa district

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

An toàn người bệnh là công tác dự phòng các lỗi, tác hại hay những sự cố không mong muốn, ảnh hưởng xấu tới người bệnh trong chăm sóc sức khỏe [1]. Trong quá trình thực hiện hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện có thể xảy ra những sai sót, sự cố y khoa đối với người

bệnh. Một báo cáo của Ủy ban Châu Âu về ATNB ở các nước Liên minh Châu Âu năm 2014 cho biết các sự cố liên quan đến nhiễm trùng y tế làm 37.000 người chết/năm, tổng số người chết vì sự cố y khoa lên tới 110.000 người/năm và chi phí cho bệnh viện hơn €5,4 tỷ/năm [1]. Năm 2014, một báo cáo tổng hợp các nghiên cứu tại bệnh viện của Việt Nam cho thấy tỷ lệ viêm phổi bệnh viện trên người bệnh có thở máy từ 40-50% [2]. Điều này sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng tới chính người bệnh, gia đình và xã hội, có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh, gây thiệt hại về kinh tế đồng thời ảnh hưởng đến uy tín và tăng gánh nặng cho các cơ sở y tế. Để trả lời câu hỏi nhận thức của NVYT hiện nay về ATNB như thế nào chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Nhận thức của nhân viên y tế về an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị năm 2015*". Nghiên cứu nhằm cung cấp thông tin giúp đề xuất các biện pháp nâng cao chất lượng bệnh viện và đảm bảo ATNB.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nhân viên y tế hiện có mặt và làm việc tại bệnh viện đa khoa (BVĐK) huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị trong thời gian nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 9/2015 đến tháng 5/2016 tại BVĐK huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị.

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

**2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** *Cỡ mẫu:* toàn bộ NVYT của BVĐK huyện Hướng Hóa.

**Cách chọn mẫu:** Chọn toàn bộ nhân viên y tế tại bệnh viện. Tổng số điều tra được 83/95 (87,4%) NVYT. Những cán bộ không tham gia nghiên cứu do không có mặt tại thời điểm thu thập số liệu.

### 2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin:

- Công cụ thu thập: Sử dụng bộ câu hỏi có sẵn về văn hóa ATNB (Hospital Survey on Patient Safety Culture) của cơ quan chăm sóc sức khỏe và chất lượng Hoa Kỳ (AHRQ) với thang 5 điểm Likert theo 12 yếu tố (7 yếu tố phạm vi khoa/phòng, 4 yếu tố phạm vi bệnh viện và 1 yếu tố là nhận thức chung của NVYT về ATNB). Bộ câu hỏi đã được dịch, thử nghiệm trước khi sử dụng.

- Phương pháp thu thập số liệu: Cán bộ y tế tự điền bộ câu hỏi. Nghiên cứu viên hướng dẫn và hỗ trợ NVYT điền bộ câu hỏi.

### 2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Theo hướng dẫn sử dụng bộ câu hỏi với điểm Likert từ 1 đến 5 điểm, đảo ngược thang điểm đối với câu hỏi âm tính.

- Phân loại mức độ nhận thức về văn hóa ATNB của NVYT: Có nhận thức cao khi điểm nhận thức từ 3,5 điểm trở lên. Có nhận thức chưa cao khi điểm nhận thức dưới 3,5 (John W. Best 1977, *Education Research*).

- Số liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 13.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận của bệnh viện đa khoa huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị. Đối tượng tự nguyện tham gia và thông tin chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vị trí chuyên môn	Bác sĩ	14	16,9
	Điều dưỡng	27	32,5
	Kỹ thuật viên	9	10,9
	Cán bộ dược	6	7,2
	Quản lý	4	4,8
	Nhân viên khác	23	27,7
Cơ cấu bộ phận	Lâm sàng (LS)	61	73,5
	Cận lâm sàng (CLS) + Dược	15	18,1
	Quản trị, hành chính	7	8,4
Thời gian làm việc tại bệnh viện	< 10 năm	40	48,2
	11-20 năm	27	32,5
	> 20 năm	16	19,3
Thời gian làm việc (giờ/tuần)	≤ 40 giờ	3	3,6
	> 40 giờ	80	96,4
Công việc có tính tương tác trực tiếp với NB		76	91,6

**Nhận xét:** NVYT của BVĐK huyện Hướng Hóa chủ yếu làm việc tại các khoa LS (73,5%); khối quản trị, hành chính chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,4%). Cán bộ điều dưỡng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (32,5%), đứng thứ hai là bác sĩ, thấp nhất là kỹ thuật viên (10,9%). Gần 50% cán bộ có thời gian

công tác tại bệnh viện dưới 10 năm (48,2%), chỉ có 19,3% cán bộ có thời gian làm việc tại BV trên 20 năm, 96,4% cán bộ làm việc >40 giờ/tuần. Hầu hết các nhân viên có tương tác trực tiếp với bệnh nhân (91,6%).

**Bảng 3.2. Tỷ lệ NVYT đồng ý về ATNB trong phạm vi khoa/phòng**

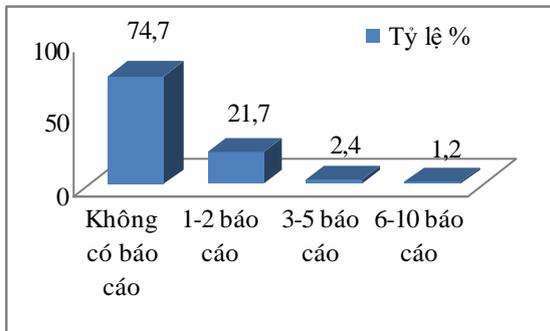
Nội dung	Đồng ý (%)	TB ± ĐLC
Đào tạo, cải thiện liên tục ATNB	86,3	4,0 ± 0,6
Làm việc nhóm trong nội bộ từng khoa/phòng	83,1	3,9 ± 0,8
Vai trò lãnh đạo tại khoa/phòng	72,5	3,5 ± 0,7
Thông tin và phản hồi về sự cố	54,2	3,9 ± 1,1
Giao tiếp cởi mở trong ATNB	45,8	3,5 ± 1,2
Vai trò của nhân lực	41,6	3,0 ± 1,0
Phản ứng của nhân viên về các sự cố	40,6	2,9 ± 0,9

**Nhận xét:** Tỷ lệ NVYT đồng ý về các yếu tố đào tạo, cải thiện liên tục ATNB và làm việc nhóm trong nội bộ từng khoa/phòng là cao nhất lần lượt là 86,3% và 83,1%. Tỷ lệ NVYT có phản ứng với sự cố là thấp nhất (40,6%). Điểm trung bình về nhận thức các yếu tố của NVYT đạt từ 2,9/5 điểm trở lên.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ NVYT đồng ý về ATNB trong phạm vi bệnh viện**

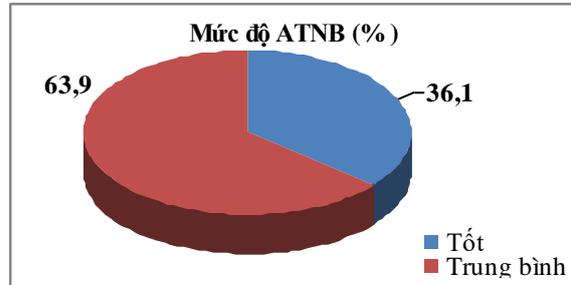
Nội dung	Đồng ý (%)	TB ± ĐLC
Giao ca và chuyển tiếp công việc trong bệnh viện	44,0	3,1 ± 1,0
Chính sách của bệnh viện về ATNB	75,0	3,8 ± 0,7
Tần suất báo cáo sự cố	59,5	3,8 ± 1,2
Làm việc nhóm giữa các khoa/phòng của bệnh viện	71,5	3,7 ± 0,7

**Nhận xét:** Về phạm vi bệnh viện, tỷ lệ NVYT đồng ý cao nhất ở yếu tố chính sách của bệnh viện (75%), làm việc nhóm giữa các khoa/phòng trong bệnh viện (71,5%), thấp nhất về yếu tố giao ca và chuyển tiếp công việc (44%). Điểm trung bình về nhận thức các yếu tố đạt từ 3,1/5 điểm.



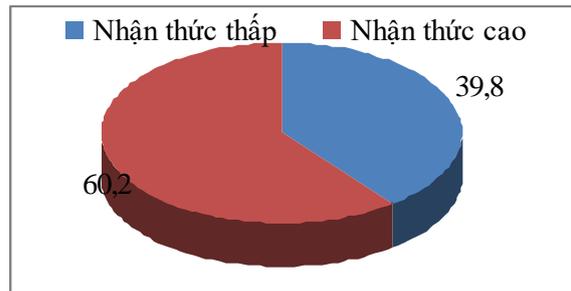
**Hình 3.1. Báo cáo về sự cố trong 12 tháng qua của bệnh viện.**

**Nhận xét:** Trong 12 tháng qua tỷ lệ nhân viên không có báo cáo sự cố chiếm cao nhất với 74,7%, số nhân viên báo cáo từ 1 đến 2 sự cố 21,7%, không có nhân viên nào báo cáo hơn 10 sự cố.



**Hình 3.2: Đánh giá mức độ ATNB trong bệnh viện**

**Nhận xét:** Nhân viên của BV đều đánh giá mức độ an toàn người bệnh tại BV thuộc loại tốt (36,1%) và trung bình (63,9%). Không có nhân viên nào đánh giá BV ở mức độ xuất sắc, tồi hay thất bại.



**Hình 3.3: Mức độ nhận thức chung của NVYT về văn hóa ATNB**

**Nhận xét:** Tỷ lệ NVYT trong bệnh viện có nhận thức cao về văn hóa an toàn người bệnh chỉ chiếm 39,8%.

**IV. BÀN LUẬN**

Khi nghiên cứu nhận thức của nhân viên y tế về ATNB sử dụng bộ câu hỏi văn hóa ATNB (HSPSC) tại bệnh viện đa khoa huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị năm 2015 cho thấy: về lĩnh vực phạm vi khoa/phòng, tỷ lệ NVYT có nhận thức cao nhất là “đào tạo, cải thiện liên tục về ATNB” với tỷ lệ 86,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn so với cuộc khảo sát bệnh viện tại Mỹ năm 2014 là 73% [3]. Có thể thấy rằng cán bộ tại BVĐK huyện Hướng Hóa đã quan tâm và đưa ra các biện pháp cải thiện ATNB trong quản lý chất lượng bệnh viện. Bên cạnh đó, tỷ lệ NVYT phản ứng tích cực với lĩnh vực

"làm việc nhóm trong nội bộ từng khoa/phòng" là 83,1%, tương đồng với cuộc khảo sát ở Mỹ năm 2014 là 81% [3], cao hơn kết quả nghiên cứu của Arabloo và cộng sự năm 2012 ở Iran là 65% [4]. Kết quả này chỉ ra rằng đa số NVYT được hỏi trong nghiên cứu này cảm thấy họ được hỗ trợ, NVYT tôn trọng lẫn nhau trong khoa/phòng/đơn vị, có khả năng phối hợp và làm việc nhóm với các đồng nghiệp. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm thiểu các sự cố khi quy trình làm việc được phối hợp chặt chẽ giữa các nhân viên. Tỷ lệ NVYT đồng ý về chính sách của bệnh viện đảm bảo ATNB là 75%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Wagner C tại các bệnh viện ở Saudi Arabian năm 2013 là 31% [5]. Khi khảo sát "vai trò lãnh đạo tại khoa/phòng", tỷ lệ nhận thức của NVYT là 72,5%, kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Ravaghi H và cộng sự về mối quan hệ giữa nhận thức của các nhà cung cấp chăm sóc y tế về văn hóa ATNB và nhận thức của người bệnh về các sai sót y tế trong bệnh viện giảng dạy tại Tehran năm 2011 là 53,8% [6]. Ngoài ra, việc khen ngợi, động viên nhân viên kịp thời khi họ thực hiện đúng quy trình ATNB có tác dụng khích lệ nhân viên, tăng cường hiệu quả làm việc.

Về phạm vi bệnh viện, nhận thức của nhân viên y tế về lĩnh vực "Làm việc nhóm giữa các khoa/phòng/đơn vị trong bệnh viện" là 71,5%, kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Đài Loan năm 2010 là 72%. Điều này thực tế có thể có trong những hoạt động của các khoa/phòng/đơn vị trong việc hội chẩn, phối hợp trong thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng, sự phối hợp không tốt có thể tăng thời gian chờ đợi, bệnh diễn biến nặng hơn hoặc người bệnh không hài lòng. Tuy nhiên hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người bệnh là sự phối hợp nhịp nhàng, đồng bộ giữa các nhân viên trong cùng 1 đơn vị hoặc giữa các nhân viên ở các đơn vị khác nhau.

Bốn lĩnh vực có tỷ lệ nhận thức của nhân viên thấp bao gồm: phản hồi và thông tin về sự cố (54,2%); giao tiếp cởi mở về ATNB (45,8%); vai trò của nhân lực (41,6%); phản ứng với sự cố (40,6%). So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả khảo sát bệnh viện về văn hóa ATNB năm 2014 ở Mỹ thì 4 lĩnh vực trên cũng là 4 lĩnh vực có tỷ lệ nhận thức thấp của NVYT (44% - 62%) [3]. Thực tế cho thấy tại bệnh viện, nhân viên rất ít phát biểu để nói lên ý kiến của mình, bản thân nhân viên khi xảy ra sai sót họ sợ bị lưu vào hồ sơ cá nhân.

Tỷ lệ nhận thức của NVYT về "tần suất báo

cáo sự cố" là 59,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Fujita S và cộng sự về các đặc điểm của văn hóa ATNB tại Nhật Bản, Đài Loan và Hoa Kỳ [7]. Nguyên nhân có thể do công tác báo cáo sai sót tại bệnh viện còn có nhiều hạn chế do các khoa/phòng/đơn vị chưa chủ động tích cực báo cáo, họ sợ khi báo cáo sự cố sẽ bị ảnh hưởng tới quyền lợi, ngại bị nêu tên, tâm lý sợ bị trừng phạt, tâm lý bệnh thành tích. Các cơ sở y tế khuyến khích nhân viên báo cáo sai sót có thể thúc đẩy nền văn hóa ATNB của bệnh viện tốt hơn. Điều quan trọng là phải có sự linh hoạt trong việc báo cáo sai sót, chúng ta khuyến khích nhân viên báo cáo các vấn đề khó khăn theo cách mà họ thấy thoải mái. Việc khuyến khích nhân viên báo cáo tự nguyện các lỗi xảy ra trong thực hiện hoạt động, ghi chép hồ sơ bệnh án và cá nhân người báo cáo được bảo mật có thể giải quyết được tồn tại này.

Tần suất báo cáo về sự cố trong 12 tháng qua của bệnh viện: 74,7% nhân viên không báo cáo sự cố, 25,3% nhân viên báo cáo trên 1 sự cố trong 12 tháng qua. Kết quả khảo sát về văn hóa ATNB của Mỹ cho thấy: 56% không báo cáo và 44% báo cáo nhiều hơn 1 sự cố [3]. Đánh giá về mức độ ATNB: 63,9% nhân viên đánh giá ở mức trung bình, 36,1% NVYT đánh giá là tốt. Kết quả này thấp hơn so với kết quả khảo sát của Mỹ: 76% NVYT đánh giá ở mức xuất sắc và tốt, 19% đánh giá ở mức trung bình và 5% cho rằng chưa tốt [3]. Bên cạnh đó, tỷ lệ nhân viên của BV có nhận thức cao về văn hóa ATNB chỉ chiếm 39,8%. Từ kết quả này bệnh viện cần thực hiện các giải pháp nhằm nâng cao nhận thức của nhân viên về ATNB trong bệnh viện.

## V. KẾT LUẬN

Về phạm vi khoa/phòng, tỷ lệ NVYT có nhận thức cao về các yếu tố đào tạo, cải thiện liên tục ATNB và làm việc nhóm trong nội bộ từng khoa/phòng là cao nhất (86,3% và 83,1%), NVYT phản ứng với sự cố là thấp nhất (40,6%), điểm trung bình nhận thức các yếu tố đạt từ 2,9/5 điểm trở lên. Về phạm vi bệnh viện, tỷ lệ NVYT có nhận thức cao nhất ở yếu tố chính sách của bệnh viện về ATNB và làm việc nhóm giữa các khoa/phòng trong bệnh viện (75% và 71,5%), điểm trung bình từ 3,1/5 điểm trở lên. 74,7% nhân viên không có báo cáo sự cố, 21,7% nhân viên báo cáo từ 1 đến 2 sự cố. Nhân viên đều đánh giá mức độ ATNB tại BV thuộc loại tốt (36,1%) và trung bình (63,9%). Tỷ lệ NVYT có nhận thức cao về văn hóa ATNB chỉ chiếm 39,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Cục Quản lý khám chữa bệnh (2014), *Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Mai Thị Tiết (2014), "Giám sát NKVM của 810 người bệnh có phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai", *Tạp Chí y học thực hành* **904**, tr. 53-56.
3. Famolaro T, Sorra J, Dyer N and et al (2014), *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*, Agency for Healthcare Research and Quality.
4. Rezapour A, Arabloo J, Azar FEF at et (2012), "Measuring patient safety culture in Iran Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): An Exploration of Survey Reliability and Validity", *Int J Hosp Res*, **1(1)**, tr. 15-28.
5. Smits M, Wagner C, Sorra J at et (2013), "Assessing patient safety culture in hospitals across countries", *Int J Qual Health Care*, **25(3)**, tr. 213-215.
6. Marnani A Ravaghi H, Hosseini AF at et (2012), "The relationship between health care providers' perceptions of patient safety culture and patients' perceptions of medical errors in teaching hospitals in Tehran: 2011", *J Health Admin*, **15(48)**, tr. 57-68.
7. Seto K Fujita S, Ito S, Wu Y at et (2013), "The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States", *BMC Health Serv Res*, **13(1)**, tr. 20.

## THỰC TRẠNG HỒ SƠ BỆNH ÁN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI KHOA NỘI III BỆNH VIỆN PHỔI HÀ NỘI NĂM 2015

Vũ Khắc Lương\*

## TÓM TẮT

Hồ sơ bệnh án (HSBA) là quy chế quan trọng trong bệnh viện (BV), góp phần tăng cường chất lượng BV, nhưng chưa được nghiên cứu tại BV Phổi Hà Nội. **Mục tiêu:** a) Mô tả thực trạng một số ghi chép HSBA nội trú theo các tiêu mục của phần thông tin chung tại Khoa Nội III, BV Phổi Hà Nội năm 2015 và b) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng ghi chép HSBA trên đây. **Phương pháp:** Mô tả ngang định lượng trên 110 HSBA kết hợp nghiên cứu định tính một số cán bộ y tế (CBYT) liên quan. **Kết quả:** Những tiêu mục phải viết nhiều, thường có tỉ lệ ghi chép đạt yêu cầu thấp: Địa chỉ nơi ở của NB (65,3%), Nơi làm việc của NB (0,0%), Nơi giới thiệu (77,0%), Không viết tắt ở phần chẩn đoán (35,8%). Với mục Tình trạng ra viện, các tiêu mục đều có tỉ lệ đạt xấp xỉ 100,0%. Yếu tố liên quan đến ghi chép HSBA: Nhóm tuổi của người làm HSBA <30 tuổi (OR=0,57). Định tính cho thấy: Giới, Trình độ chuyên môn, Tập huấn về làm HSBA, Cơ chế quản lý của BV như kiểm tra, giám sát, thưởng, phạt, bình HSBA...liên quan tới tỉ lệ đạt của ghi chép HSBA. **Kiến nghị:** BV cần đào tạo về ghi chép HSBA, tăng cường quản lý, kiểm tra, giám sát, bình HSBA, củng cố Tổ kiểm tra HSBA.

**Từ khóa:** Hồ sơ bệnh án, Khoa Nội III, Bệnh viện Phổi Hà Nội,

## SUMMARY

### CURRENT STATUS OF MEDICAL RECORDS AND SOME FACTORS AFFECTING IN THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE III, HANOI PULMONARY HOSPITAL, 2015

\*Viện Đào tạo Y học dự phòng – Y tế công cộng,  
Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Khắc Lương

Email: vukhacluong54@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 19.12.2017

The medical records (MR) is an important hospital statute, which contributes to the quality of hospital, but has not been studied at the Hanoi Pulmonary Hospital (HPH). Objectives: a) Describe the status of some MR recordings of internal patient according to the subsections of the general information section in Internal Medicine III, HPH, 2015 and b) Analyze a number of factors affecting the status quo MRs notes above. Methods: Quantitative description across 110 MRs combined qualitative research with a number of related health workers. Results: Sub-categories that have to write a lot, usually have a low coverage ratio: Patient's residence address (65.3%), Patient's workplace (0.0%), Place of introduction (77.0%), No abbreviation for diagnosis (35.8%). With Discharge status, all sub-categories have a rate of approximately 100.0%. Factors related to MR recordings: Age group of MR's makers <30 years (OR = 0.57). Qualitative researches show that: Gender, Qualification, MR's Training, Management Mechanisms of the hospital such as inspection, supervision, reward, MR's analysis... regards the rate of MR's recordings. Recommendation: The hospital should train on MR's recordings, strengthen management, inspection, supervision, MR's analysis, strengthen HSBA inspection team.

**Key words:** Medical records, Internal Medicine III, Hanoi Pulmonary Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những tiêu chí đánh giá quan trọng trong công tác kiểm tra hàng năm tại các bệnh viện (BV) là việc thực hiện "Quy chế về chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án (HSBA) và kê đơn điều trị", là một trong 14 quy chế chuyên môn đã được Bộ Y tế (BYT) ban hành theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT [1].

Công tác thực hiện Quy chế HSBA tại Khoa Nội III nói riêng cũng như bệnh viện Phổi Hà Nội nói chung đang còn nhiều bất cập. Tổng số HSBA nội trú của Khoa Nội III năm 2015 là 2.567

HSBA. Hiện tại, khoa chỉ có thể kiểm tra tỷ mỹ 7-12 bệnh án/ tháng. Vì vậy, thực trạng HSBA nói chung chưa được đánh giá chính xác, ví dụ như chưa xác định được tỷ lệ ghi chép đạt yêu cầu về các cấu phần của HSBA. Để đảm bảo quyền lợi cho NB và tránh thất thoát tài chính cho BV, nhất là trong thanh quyết toán cho người bệnh có thể Bảo hiểm y tế (BHYT) thì việc thực hiện đúng Quy chế làm HSBA rất quan trọng. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá thực trạng công tác này vì vậy nghiên cứu: "Thực trạng hồ sơ bệnh án và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Nội III Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2015" được tiến hành. Với mục tiêu nghiên cứu:

a) *Mô tả thực trạng một số ghi chép HSBA nội trú theo các tiêu mục của phần thông tin chung tại Khoa Nội III, Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2015.*

b) *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng ghi chép HSBA trên đây.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế:** Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

**2.2. Đối tượng và tiêu chuẩn chọn:** HSBA nội trú đã ra viện của khoa Nội III từ 01/01/2015 đến 31/12/2015 được tiếp nhận về Tổ lưu trữ HSBA.

- Báo cáo thống kê BV, báo cáo kết quả kiểm tra HSBA hàng tháng 01/01/2015 đến 31/12/2015.

- Cán bộ y tế liên quan (CBYT): Lãnh đạo phòng Kế hoạch tổng hợp (KHTH), CBYT thuộc

### 2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

**Bảng 2.1. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin.**

Đối tượng	Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập	Người thu thập
HSBA	Quan sát trực tiếp.	Bảng kiểm	Nhóm điều tra viên độc lập được huấn luyện.
CBYT	Phỏng vấn sâu (PVS).	Hướng dẫn PVS; Ghi âm.	
Tổ kiểm tra HSBA	Thảo luận cả nhóm (TLN)	Hướng dẫn TLN; Ghi âm.	
Báo cáo, sổ sách	Thống kê	Bảng trống	

**2.6. Cách tính điểm các nội dung của Phần thông tin chung trong HSBA:** Mỗi nội dung, nếu đúng theo hướng dẫn được 01 điểm, không đúng nhận điểm 0. Vậy mục Hành chính có số điểm là 12, mục Quản lý người bệnh (NB): 9; mục Chẩn đoán: 05 và mục Tình trạng ra viện: 6 điểm. Tổng điểm các mục là 32.

Phần thông tin chung "đạt yêu cầu" nếu có  $\geq 80\%$  của tổng số điểm (32 điểm), nghĩa là  $80\% \times 32$  hay 25,6 điểm [3].

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Thực trạng ghi chép HSBA

**Bảng 3.2 Tỷ lệ HSBA được ghi đạt/không đạt, mục Hành chính (n = 110).**

TT	Tiểu mục	Đạt		Không đạt		Tổng	
		Số lượng (SL)	%	SL	%	SL	%
1	Họ tên NB	108	98,5	2	1,5	110	100,0

khoa Nội III, Giám định viên BHYT... Tiêu chuẩn chọn: Có mặt tại thời điểm điều tra và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**2.3. Thời gian:** Từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2015.

**2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:** - Cho HSBA của người bệnh (NB): Dùng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ngang, ước tính một tỉ lệ [7]:

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

*Trong đó:*  $\alpha$ - Mức ý nghĩa thống kê ( $\alpha=0.05$ );  $Z_{(1-\alpha/2)}$  = 1,96;  $\epsilon$  là mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể (lấy  $\epsilon = 0,13$ );  $p$  là tỷ lệ HSBA ghi chép đạt yêu cầu lấy bằng 0,7 (nghiên cứu của Dương Văn Lâm) [5]. Tính được  $n$  (cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu) là 97. Dự phòng cho phiếu có thể bị lỗi phải hủy bỏ, nên tăng cỡ mẫu lên 10% và làm tròn thành 110 HSBA. Chọn ngẫu nhiên đơn các mã số HSBA của khoa Nội III tại sổ ghi chép tổng hợp Phòng KHTH sau đó nhật HSBA theo các mã số đó tại kho lưu trữ của BV.

- Cỡ mẫu cho CBYT: 01 lãnh đạo phòng KHTH; 04 CBYT Khoa Nội III (01 Lãnh đạo; 01 bác sỹ, 01 phụ trách hành chính; 01 điều dưỡng trưởng); 01 giám định viên BHYT; 100% CBYT Tổ kiểm tra HSBA.

**2.7. Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, phân tích bằng SPSS 18.0. Thông tin định tính được xử lý theo cách thông thường.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Được chấp thuận của Ban giám đốc BV và được thông qua Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu, có sự chấp thuận.

2	Ngày sinh	108	98,3	2	1,7	110	100,0
3	Giới tính	110	100	0	0	110	100,0
4	Nghề nghiệp	84	76,5	26	23,5	110	100,0
5	Dân tộc	86	78,5	24	21,5	110	100,0
6	Ngoại kiều	110	100	0	0,0	110	100,0
7	Địa chỉ	71	65,3	39	34,7	110	100,0
8	Nơi làm việc	0	0	110	100	110	100,0
9	Đối tượng	99	90,0	11	5,0	110	100,0
10	BHYT	94	85,5	16	14,5	110	100,0
11	Họ tên, địa chỉ của thân nhân	92	84,1	18	15,9	110	100,0
12	Không viết tắt phần hành chính	107	98,0	3	2,0	110	100,0

Bảng 3.2 cho thấy các tiêu mục (TM) trong mục Hành chính được ghi chép đạt yêu cầu với tỷ lệ rất cao như Họ tên người bệnh (NB), Ngày sinh. TM đạt tỷ lệ thấp nhất là Nơi làm việc, sau đó là Địa chỉ.

**Bảng 3.3 Tỷ lệ HSBA được ghi đạt/không đạt, mục Quản lý NB (n = 110).**

TT	Tiêu mục	Đạt		Không đạt		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	Vào viện	77	70,4	33	29,6	110	100,0
2	Nơi tiếp nhận	70	63,2	40	36,8	110	100,0
3	Nơi giới thiệu	85	77,0	25	23,0	110	100,0
4	Vào khoa	103	93,2	7	6,8	110	100,0
5	Chuyển khoa	108	98,2	2	1,8	110	100,0
6	Chuyển đến BV	107	97,2	3	2,8	110	100,0
7	Ra viện	107	97,2	3	2,8	110	100,0
8	Tổng số ngày điều trị	92	83,5	18	16,5	110	100,0
9	Không viết tắt phần quản lý NB.	95	86,7	15	13,3	110	100,0

Bảng 3.3 cho thấy mục Quản lý NB ghi đạt cao ở các TM: Chuyển khoa, Vào khoa, Chuyển đến bệnh viện, Ra viện. TM Nơi tiếp nhận có tỷ lệ đạt thấp nhất.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ ghi đạt/không đạt, mục Chẩn đoán và Tình trạng ra viện (n = 110).**

TT	Tiêu mục	Đạt		Không đạt		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
<b>Mục Chẩn đoán</b>							
1.	Tuyển dưới	106	96,7	4	3,3	110	100,0
2.	Cấp cứu/KCB	94	85,6	16	14,4	110	100,0
3.	Vào khoa	89	80,5	21	19,5	110	100,0
4.	Ra viện	98	89,5	12	10,5	110	100,0
5.	Không viết tắt ở phần chẩn đoán	39	35,8	71	64,2	110	100,0
<b>Mục Tình trạng ra viện</b>							
1.	Kết quả điều trị	107	97,8	3	2,2	110	100,0
2.	Giải phẫu bệnh	108	98,9	2	1,1	110	100,0
3.	Tình hình tử vong	110	100	0	0,0	110	100,0
4.	Nguyên nhân chính tử vong	110	100	0	0,0	110	100,0
5.	Khám nghiệm tử thi	110	100	0	0,0	110	100,0
6.	Chẩn đoán giải phẫu tử thi	110	100	0	0,0	110	100,0

Bảng 3.4 cho thấy mục Chẩn đoán có tỷ lệ ghi chép đạt tương đối đồng đều (> 80%), trừ TM "Không viết tắt ở phần chẩn đoán" tỷ lệ đạt thấp nhất. Tất cả các TM trong mục "Tình trạng ra viện" được ghi đều có tỷ lệ đạt xấp xỉ 100,0%.

### 3.2 Một số yếu tố liên quan đến việc ghi chép HSBA

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa một số biến độc lập với thực trạng ghi HSBA.**

Biến độc lập	Thực trạng ghi HSBA		OR	95% CI
	Đạt	Không đạt		
<b>Nhóm tuổi của người làm HSBA</b>				
<30 tuổi	25	19	0,57	0,36-0,85
≥30 tuổi	46	20		
<b>BHYT: Có</b>	38	20	0,92	0,63-1,43
Không	35	17		

Bảng 3.5 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ghi chép HSBA xếp loại đạt với yếu tố *Nhóm tuổi của người làm HSBA <30* ghi chép HSBA đạt yêu cầu gấp 0,57 lần so với nhóm  $\geq 30$  tuổi. Tức người làm HSBA càng nhiều tuổi, sai sót ghi chép càng ít.

Nghiên cứu định tính thông qua TLN và các cuộc PVS, cho thấy các yếu tố: BHYT, Nhóm tuổi người làm HSBA, Giới, Trình độ chuyên môn, Tập huấn về làm HSBA, Năm công tác, Cơ chế quản lý như kiểm tra, giám sát, thưởng, phạt... liên quan tới ghi chép HSBA: *"Phòng KHTH tổ chức các anh chị em đi từng khoa phòng kiểm tra ngẫu nhiên các HSBA... Từ đó, các đơn vị tìm các thiếu sót của mình để có thể hoàn thiện HSBA. Trên một năm nay chúng tôi đã làm tốt"* (Nam, Phòng KHTH, 49 tuổi, mã số 2). Việc chỉ đạo, quan tâm đôn đốc từ phía cán bộ quản lý đã có tác động mạnh tới ghi chép HSBA. Công tác bình bệnh án làm tăng chất lượng ghi chép HSBA: *"Chúng tôi bình HSBA trên hội trường trong những buổi giao ban hàng tuần... Thông qua đó, bác sỹ và điều dưỡng có thể khắc phục. Chúng tôi chấm điểm luôn. Đó là cách làm việc rất hiệu quả."* (Nam, Phòng KHTH, 49 tuổi, mã số 2).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thực trạng thực hiện ghi chép HSBA

TM Nơi làm việc, Địa chỉ, Vào viện và Nơi giới thiệu là có tỉ lệ ghi chép đạt yêu cầu thấp (lần lượt: 0,0%; 65,3% - Bảng 3.2 và 70,4%; 77,0% - Bảng 3.3). Có thể giải thích rằng, các TM này đòi hỏi người làm HSBA phải viết nhiều và dài, nên xuất hiện tâm lý ngại viết, hơn nữa lại viết vội vã khi người bệnh quá đông cũng làm cho tỉ lệ đạt của các TM này thấp. Theo đúng quy định thì các TM này đạt yêu cầu khi "Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã...thành phố...; Tên cơ quan, nhà máy..."[2]. Điều này thấy rõ hơn ở TM Giới tính, người làm HSBA chỉ đơn giản đánh dấu X vào ô tương ứng, nên có tỉ lệ ghi đạt 100% (Bảng 3.2). Rõ ràng, ghi chép càng đơn giản thì tỉ lệ ghi HSBA đạt càng cao. TM Nghề nghiệp có tỉ lệ đạt không cao (76,5%). Nhìn chung, tỉ lệ ghi chép đạt của TM Nghề nghiệp và Địa chỉ ở đây thấp hơn nhiều so với kết quả đánh giá HSBA tương ứng tại BV Đa khoa Trung ương Ung Bì (BVĐKUB): 92,5% [6]. Có thể ở BV này có tập huấn về ghi chép HSBA tốt hơn, công tác kiểm tra giám sát chặt chẽ hơn và đặc biệt mật độ người bệnh ít hơn nên không gây sức ép khi làm HSBA. TM Nơi tiếp nhận cũng ghi chép đạt không cao 63,2% (Bảng 3.3), có thể do người làm HSBA cho rằng nơi tiếp nhận NB tất yếu là BV Phổi Hà Nội, nên hay bỏ qua.

Với mục Chẩn đoán và Tình trạng ra viện, hầu hết các TM đều có tỉ lệ ghi chép đạt  $>80\%$ , trừ TM Không viết tắt phần chẩn đoán: 35,8% (Bảng 3.3 và 3.4). Tiểu mục Không viết tắt phần hành chính và phần quản lý người bệnh có tỉ lệ đạt cao (98,0% và 86,7% - Bảng 3.2 và 3.3) có thể do được kiểm soát chặt lúc giao nhận hồ sơ giữa Khoa và Tổ lưu trữ. TM Không viết tắt ở phần chẩn đoán có lệ đạt rất thấp như trên đã nêu, tương tự kết quả nghiên cứu tại BVĐKUB là 40% [6], có thể do thói quen của đa số các thầy thuốc hay viết tắt các từ chỉ tên bệnh.

Nếu so sánh với mục Hành chính và Quản lý thì tỉ lệ ghi đạt ở đây cao hơn, có thể do thái độ của người làm HSBA chú trọng nhiều đến thông tin điều trị, có phần coi nhẹ các thông tin về hành chính và quản lý. Nghiên cứu định tính cũng cho thấy thông tin hành chính thường bị bỏ sót hoặc viết tắt nhưng thông tin chuyên môn thì được ghi chép cẩn thận hơn (Nữ, Khoa Nội III, 40 tuổi, mã số 3). Điều này trùng hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả [3, 5]. BV cần ưu tiên để cải thiện việc ghi chép mục Hành chính và Quản lý của HSBA.

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến ghi chép HSBA:** Nghiên cứu định lượng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi  $\geq 30$  của người làm HSBA với HSBA ghi chép xếp loại đạt gấp 0,57 lần nhóm  $<30$  (Bảng 3.5). Có thể nhóm tuổi này đã có thời gian công tác dài, có nhiều kinh nghiệm, thái độ cẩn thận hơn, được tập huấn về công việc này. Như vậy BV cần chú trọng tập huấn viết HSBA cho lớp cán bộ  $<30$  tuổi. Người làm HSBA là bác sỹ hay không cũng tác động tới việc làm HSBA, có thể bác sỹ có kiến thức, kinh nghiệm lâm sàng, trình độ, năng lực và đặc biệt làm nghiên cứu khoa học và đào tạo nhiều hơn đối tượng khác nên thúc đẩy việc ghi chép HSBA tốt hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu năm 2012 tại BV Tai Mũi Họng Trung ương [5]. Vì vậy, BV cần tăng cường công tác đào tạo và nghiên cứu khoa học.

Việc tổ chức bình bệnh án thường xuyên chỉ ra các sai sót để CBYT học hỏi, nâng cao tinh thần trách nhiệm, khắc phục các tồn tại, hạn chế và hoàn thiện HSBA. Do đó, nhằm đảm bảo chất lượng công tác chuyên môn của các khoa lâm sàng trong toàn BV, Phòng KHTH và Phòng Điều dưỡng thường xuyên tổ chức bình bệnh án điều trị trên phạm vi toàn BV và yêu cầu các khoa lâm sàng tự tổ chức bình bệnh án hàng tháng tại khoa một cách thường xuyên và nghiêm túc. Công tác kiểm tra, giám sát tại các khoa phòng cùng với chế tài thi đua, thưởng, phạt là biện

pháp hữu hiệu tăng cường chất lượng ghi chép HSBA. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn và Dương Văn Lâm cũng cho kết quả tương tự [3, 5], vì thế cần đẩy mạnh kiểm tra, giám sát việc ghi chép HSBA tại các khoa phòng đồng thời mở nhiều phong trào thi đua trong nâng cao chất lượng HSBA. Các thành viên Tổ kiểm tra bệnh án của BV cũng là yếu tố tác động quan trọng tới chất lượng HSBA. Điều này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác và kết quả kiểm tra chất lượng HSBA của BV Đa khoa Trung ương Ung Bí [3,4,5]. Vì vậy, kiện toàn Tổ kiểm tra HSBA cũng là giải pháp tăng cường chất lượng ghi chép HSBA.

## V. KẾT LUẬN

**5.1. Thực trạng ghi chép HSBA nội trú khoa nội III Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2015:** Tại mục Hành chính, TM Địa chỉ nơi ở của NB có tỉ lệ đạt thấp (65,3%), đặc biệt TM Nơi làm việc của NB có 0,0% đạt yêu cầu. Mục Quản lý có TM: Vào viện, Nơi tiếp nhận, Nơi giới thiệu có tỉ lệ đạt thấp (70,4%; 63,2% và 77,0%). Mục Chẩn đoán có TM Không viết tắt phần chẩn đoán có tỉ lệ đạt thấp (35,8%). Mục Tình trạng ra viện, các TM đều có tỉ lệ đạt xấp xỉ 100,0%.

**5.2. Yếu tố liên quan đến chất lượng HSBA:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ghi chép HSBA xếp loại đạt với yếu tố: Nhóm tuổi của người làm HSBA <30 tuổi (OR=0,57). Kết quả định tính tìm thấy một số yếu tố liên quan đến ghi chép đạt yêu cầu của HSBA là: Giới, Trình độ chuyên môn, Tập huấn về làm HSBA, Cơ chế quản lý của BV như kiểm tra, giám sát, thưởng, phạt, bình HSBA...

**Khuyến nghị:** Đối với khoa Nội III: Tăng trách nhiệm của lãnh đạo khoa với công tác kiểm

tra, giám sát làm HSBA. Cải tiến nội dung, biểu mẫu HSBA cho đơn giản hơn, dễ viết hơn nhất là mục Hành chính và Quản lý. Lấy việc thực hiện quy chế làm HSBA để đánh giá chất lượng công việc của nhân viên. Đối với BV: Tăng cường thực hiện các quy chế chuyên môn đặc biệt là quy chế HSBA. Bệnh viện cần tăng cường công tác kiểm tra, giám sát theo định kỳ và đột xuất việc thực hiện quy chế chuyên môn. Tổ chức tập huấn và phổ biến kinh nghiệm công tác HSBA cho người làm HSBA dưới 30 tuổi. Đồng thời kiện toàn Tổ kiểm tra HSBA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2001),** *Về việc ban hành Quy chế bệnh viện*, Số: 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19 tháng 09 năm 1997, Hà Nội.
- Bộ Y tế (2001)** *Về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án*, Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT, ngày 29-9-2001.
- Nguyễn Anh Tuấn (2011),** *Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện để tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án, Khối ngoại, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
- Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển - Ung Bí (2011),** *Tổng kết kết quả kiểm tra Hồ sơ bệnh án năm 2011*, Phòng Kế hoạch tổng hợp.
- Dương Văn Lâm (2012),** *Nghiên cứu can thiệp áp dụng quản lý chất lượng toàn diện để tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án tại bốn khoa lâm sàng Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2012*, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
- Bệnh viện Đa khoa Trung ương Ung Bí (2019)** *Báo cáo kết quả kiểm tra bệnh án tháng 06/2009*.
- Trương Việt Dũng, Lưu Ngọc Hoạt, Nguyễn Trần Hiến (2011),** "Phương pháp nghiên cứu định lượng ứng dụng trong lĩnh vực y học dự phòng và y tế công cộng", Y học dự phòng và Y tế công cộng, thực trạng định hướng ở Việt Nam Nhà xuất bản Y học, Hà Nội - 2011, tr. 296.

## ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM SAU PHẪU THUẬT TIM MỞ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Sinh Hiền\*, Nguyễn Doãn Thái Hưng\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** xác định một số yếu tố nguy cơ của tràn dịch màng ngoài tim (TDMNT) sau

phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng trên các bệnh nhân được phẫu thuật tim mở từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2015, tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Kết quả:** Trong số 1127 bệnh nhân phẫu thuật tim mở, 36 trường hợp TDMNT (3,19%). Theo phân tích đơn biến, các yếu tố nguy cơ liên quan TDMNT sau phẫu thuật tim mở là tuổi trên 25, diện tích bề mặt cơ thể (BSA)  $\geq 1,28$ , trước mổ tăng men gan trên 2 lần, NYHA độ III-IV, đường kính thất trái cuối tâm trương (LV EDD) có giá trị  $Z \geq 0,55$ , phẫu thuật van tim và cổ dùng thuốc kháng đông sau mổ. Theo phân tích hồi quy Logistic, yếu tố nguy cơ

\*Bệnh viện Tim Hà Nội

\*\*Viện Quân Y 175.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sinh Hiền

Email: nguyensinhhiend@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

quan trọng nhất là LVEDD. **Kết luận:** Tần suất TDMNT sau phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Tim Hà Nội là 3,19%. Các yếu tố: tuổi, tình trạng suy tim, loại phẫu thuật tim và việc sử dụng kháng đông có liên quan đến TDMNT. Trong đó, yếu tố nguy cơ độc lập là LVEDD.

**Từ khóa:** yếu tố nguy cơ, tràn dịch màng ngoài tim, phẫu thuật tim mở.

**SUMMARY**

**EVALUATE SEVRAL RISK FACTOR HAVE A RELATIONSHIP WITH PERICARDIA EFFUSION AFTER OPEN HEART SURGERY AT HANOI HEART HOSPITAL**

**Objective:** Evaluate several risk factors have a relationship with pericardia effusion after open heart surgery at Hanoi Heart Hospital. **Subject and Method:** Meta-analysis, cross sectional survey with control experiment of all patient had open heart surgery at Hanoi Heart Hospital from 01/2015 to 12/2015. **Result:** Of 1127 patients identified, 36 (3,19%) had PE. In univariate analysis, we founded a relationship between ages >25, BSA ≥ 1,28, liver failure, NYHA III-IV, LVEDD with Z-score ≥ 0,55, heart valve surgery, the use of anticoagulants post-operative with PE. In multivariate analysis, independent risk factor for effusion were LVEDD. **Conclusion:** Incidence of PE after cardiac surgery is 3,19%. Several factors, mainly related to preoperative characteristics and type of operation, predipose patients to effusion. Independent risk factor for effusion were LVEDD.

**Keywords:** Risk factor, pericardialeffusion, open heart surgery.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tràn dịch màng ngoài tim là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tim mở, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị, thậm chí đe dọa tính mạng bệnh nhân [2].

Nguyên nhân của TDMNT sau phẫu thuật tim mở thực sự còn chưa rõ [3]. Dịch có thể là dịch máu hoặc dịch suy tim. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội, hàng năm thực hiện hơn 1000 ca phẫu thuật tim mở, TDMNT là một trong những biến chứng hay gặp. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá các yếu tố nguy cơ liên quan đến TDMNT sau phẫu thuật tim mở, giúp dự phòng và cải thiện điều trị biến chứng này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật tim mở từ tháng 01/2015 đến 12/2015 tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

**Nhóm có TDMNT:** được chẩn đoán TDMNT trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật tim mở và có chỉ định phẫu thuật dẫn lưu màng tim.

**Nhóm không TDMNT:** không xuất hiện TDMNT sau phẫu thuật tim mở hoặc TDMNT nhưng không cần can thiệp dẫn lưu dịch.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có TDMNT sau phẫu thuật tim mở nhưng xuất hiện xa phẫu thuật (trên 90 ngày); các bệnh nhân mổ lại trong vòng 3 ngày đầu sau phẫu thuật do chảy máu; bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật tim mở, nguyên nhân không liên quan đến TDMNT.

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, hồi cứu, phân tích có đối chứng.

**Giá trị Z** = (kích thước đo được- kích thước trung bình của người bình thường)/ độ lệch chuẩn của kích thước trung bình bình thường [1]. Người bình thường giá trị Z=0

**Xử lý số liệu:** Bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được xác định điểm cắt (cut off) bằng ứng dụng đường cong ROC. Trong phân tích đơn biến, các biến định tính được phân tích bằng phép kiểm Chi bình phương, xác định chỉ số nguy cơ OR, các biến định lượng được phân tích bằng phép kiểm T mẫu độc lập nếu có phân bố chuẩn, bằng phép kiểm Mann-Whitney nếu không có phân phối chuẩn.

Từ 01/2015 đến 12/2015, tại Bệnh viện Tim Hà Nội có 1276 bệnh nhân được phẫu thuật tim mở, trong đó 1127 bệnh nhân đủ tiêu chí lựa chọn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

- **Giới:** Nam: 577 (51,2%), nữ: 550(48,8%)
- **Tuổi:** Tuổi trung bình: 34,1±25,5 tuổi (nhỏ nhất: 5 ngày tuổi, lớn nhất: 81 tuổi)

**Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật tim mạch của nhóm nghiên cứu**

Loại phẫu thuật	n	%
Cầu nối chủ vành	76	6,8
Van tim	493	43,7
Mạch vành + van tim	18	1,6
Tim bẩm sinh	505	44,8
Động mạch chủ ngực	17	1,5
Khác	18	1,6

**Bảng 2. Tỷ lệ tràn dịch màng ngoài tim**

Đặc điểm	n	%	KTC 95%
Tràn dịch màng ngoài tim	36	3,19	2,17-4,22
Không tràn dịch màng ngoài tim	1091	96,81	
<b>Tổng</b>	<b>1127</b>	<b>100</b>	

**Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật tim mạch của nhóm tràn dịch (n=36)**

Loại bệnh lý tim mạch	n	%
Bệnh van tim	28	77,8
Tim bẩm sinh	6	16,7
Bệnh động mạch chủ ngực	2	5,6

**Bảng 4. Kết quả phân tích đơn biến**

Yếu tố nguy cơ		% Bệnh n = 36	% Chứng n = 1091	OR	95%CI	p
Giới	Nam	55,6	51,1	1,2	0,6-2,3	0,595
	Nữ	44,4	48,9			
Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD$	45,5±16,7	33,7±25,3	1,02	1,01-1,04	<0,001
	≤25	40,0	8,3	7,3	2,2-24,0	<0,001
	>25	60,0	91,7			
BSA (m <sup>2</sup> )	$\bar{x} \pm SD$	1,42±0,28	1,15±0,51	4,5	1,7-12,0	<0,001
	<1,28	11,1	39,4	5,2	1,8-14,8	0,001
	≥1,28	88,9	60,6			
Suy tế bào gan	Có	13,9	5,1	2,97	1,11-7,94	0,041
	Không	86,1	94,9			
Suy thận	Có	9,1	6,9	1,36	0,4-4,6	0,408
	Không	90,9	93,1			
Tăng huyết áp	Có	13,9	11,7	1,22	0,5-3,2	0,418
	Không	86,1	88,3			
Đái tháo đường	Có	2,8	4,3	0,6	0,1-4,9	0,545
	Không	97,2	95,7			
NYHA	III-IV	16,7	6,2	3,02	1,2-7,5	0,026
	I-II	83,3	93,8			
LVEDD (Z score)	Zscore <0,55	13,9	39,9	4,1	1,6-10,7	0,002
	Zscore ≥0,55	86,1	60,1			
EF(%)	$\bar{x} \pm SD$	62,6±9,7	63,9±10,6			0,430
Phẫu thuật van tim	Có	77,8	44,3	4,41	1,99-9,75	<0,001
	Không	22,2	55,7			
Phẫu thuật ĐMV	Có	0,0	7,0	0,97	0,96-0,98	0,078
	Không	100,0	93,0			
Phẫu thuật ĐMC ngực	Có	5,6	1,4	4,2	0,9-19,2	0,100
	Không	94,4	98,6			
Phẫu thuật cấp cứu	Có	2,8	3,3	0,8	0,1-6,3	0,667
	Không	97,2	96,7			
Thời gian THNCT (phút)	$\bar{x} \pm SD$	87,9±34,5	84,6±42,9			0,649
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	$\bar{x} \pm SD$	66,5±30,8	60,9±33,9			0,331
Hạ nhiệt độ cơ thể	Có	2,8	1,9	1,5	0,2-11,5	0,505
	Không	97,2	98,1			
Dùng kháng đông trước mổ	Có	44,4	37,5	1,33	0,7-2,6	0,397
	Không	55,6	62,5			
Dùng kháng đông sau mổ	Có	86,1	56,1	4,85	1,9-12,6	<0,001
	Không	13,9	43,9			

7 yếu tố nguy cơ (phân tích đơn biến) được chọn vào phân tích hồi quy đa biến

**Bảng 5. Kết quả phân tích hồi quy Logistic đa biến**

Yếu tố nguy cơ	p	OR	95%CI
Nhóm tuổi >25	0,283	2,8	0,4-18,1
BSA ≥1,28	0,482	1,7	0,4-6,9
Suy tế bào gan	0,198	1,98	0,7-5,6
NYHA độ III-IV trước phẫu thuật tim	0,065	2,5	0,9-6,5
<b>LVEDD (Z-score &gt;0,55)</b>	<b>0,015</b>	<b>3,4</b>	<b>1,27-8,96</b>
Phẫu thuật van tim	0,302	1,8	0,6-5,5
Dùng kháng đông đường uống sau mổ	0,853	0,9	0,2-3,9

Vậy LVEDD là yếu tố nguy cơ thực sự có ý nghĩa với OR = 3,4

#### IV. BÀN LUẬN

**Tỷ lệ tràn dịch màng tim:** Tỷ lệ TDMNT gặp sau phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Tim Hà Nội là 3,19%. Các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới ghi nhận tỷ lệ TDMNT từ 1-77%, tùy theo thiết kế nghiên cứu [2],[4]. Quan điểm về TDMNT sau mổ tim mở hiện đã thay đổi, lượng dịch được coi là có ý nghĩa chỉ khi làm kéo dài thời gian nằm viện, cần chỉ định can thiệp ngoại khoa hoặc nhập viện theo dõi.

**Các yếu tố nguy cơ liên quan đến TDMNT sau phẫu thuật tim mở:** Những nghiên cứu đầu tiên tập trung vào TDMNT sau ghép tim. Al-Dadah nhận thấy thời gian tim ngừng cho thiếu máu khi ở ngoài cơ thể kéo dài có liên quan đến tràn dịch sau ghép, việc sử dụng acid aminocaproic trong khi ghép cũng làm tăng tỷ lệ TDMNT [3]. Gần đây, các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến TDMNT sau phẫu thuật tim mở được xác định gồm: BSA lớn, tăng huyết áp, suy thận, phẫu thuật cấp cứu, phẫu thuật bắc cầu vành và van tim, ghép tim (khoảng trống tạo ra bởi tim giãn được lấy bỏ và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch), thuốc kháng đông sau mổ, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) dài...[4],[6].

*\*Về tuổi, giới và diện tích da(BSA).* Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân TDMNT là 45,5±16,7; (từ 9 tháng, đến 73 tuổi), nhiều hơn ở bệnh nhân nam (55,6%), tỷ lệ nam/nữ là 1,25/1. Chỉ số BSA trung bình là 1,42±0,28m<sup>2</sup>. So với nghiên cứu của Ashikhmina, ở các bệnh nhân phẫu thuật tim mở trên 18 tuổi, tuổi trung bình của các bệnh nhân TDMNT là 62±14 (18-92 tuổi), nam giới (69%), BSA trung bình là 2,0±0,3 [4]. Có sự khác nhau là do cách chọn mẫu và cơ cấu bệnh tật khác nhau giữa các nghiên cứu.

Theo nhiều nghiên cứu khác, không có sự liên quan giữa tuổi và TDMNT sau mổ[4],[7], tuy nhiên chúng tôi thấy tuổi càng cao càng có nguy cơ TDMNT, nhóm tuổi trên 25 có nguy cơ gấp 7,3 lần nhóm tuổi dưới 25, (bảng 4). Có lẽ do TDMNT đa phần xảy ra ở các bệnh nhân mổ van tim, độ tuổi đã khá lớn.

Cheung phân tích 336 bệnh nhân sau phẫu thuật tim bẩm sinh cho thấy bệnh nhân nữ có nguy cơ TDMNT cao hơn [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới tính không liên quan đến khả năng xuất hiện tràn dịch, Ashikhmina cũng cho kết quả tương tự [4].

*\*Về chức năng gan, thận và bệnh lý phổi hợp trước phẫu thuật:* Theo số liệu của chúng tôi, bệnh nhân TDMNT có kèm theo đái tháo đường

là 2,8%, tăng huyết áp là 13,9%. Ashikhmina nhận thấy tăng huyết áp là yếu tố làm tăng khả năng TDMNT 1,4 lần, suy thận làm tăng 1,6 lần [4]. Chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa các yếu tố đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận với TDMNT. Tuy vậy, các bệnh nhân có GOT hoặc GPT tăng trên 2 lần giá trị bình thường làm tăng nguy cơ xuất hiện tràn dịch gấp 2,97 lần so với nhóm không tăng men gan (bảng 4). Có thể tổn thương tế bào gan trước mổ làm suy giảm chức năng gan, đặc biệt sau cuộc mổ lớn, dẫn đến hàng loạt rối loạn khác, mà TDMNT là một hậu quả.

*\*Về tình trạng suy tim trước phẫu thuật:* Ashikhmina không thấy sự liên qua giữa EF với TDMNT [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, (bảng 4).

Theo phân độ suy tim, bệnh nhân trước mổ có NYHA III-IV thì khả năng TDMNT gấp 3 so với nhóm có NYHA I-II. Các bệnh nhân có LVEDD lớn (giá trị Z ≥ 0,55) thì khả năng TDMNT tăng 4,1 lần (bảng 4). Có thể, LVEDD cao đồng nghĩa với kích thước tim lớn, sau mổ, buồng tim thu nhỏ hơn, để lại một khoảng trống lớn trong khoang màng tim sẽ tạo điều kiện hình thành và phát triển dịch màng tim. Chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào trên thế giới đánh giá về chỉ tiêu này. Tuy nhiên, qua phân tích số liệu càng chứng minh cho nhận định thực tế lâm sàng là có cơ sở.

*\*Về loại phẫu thuật tim:* Theo Pepi, TDMNT gặp nhiều hơn trên nhóm phẫu thuật cầu nối chủ vành hơn (75%) so với thay van tim và các loại khác [7]. Ashikhmina lại thấy phẫu thuật van tim là một yếu tố quan trọng dẫn đến tràn dịch, trong khi cầu nối chủ vành ít dẫn đến TDMNT [4]. Có thể giải thích là do các bệnh nhân mổ van tim thường sử dụng thuốc kháng đông trước và sau mổ, trong khi bệnh nhân mổ cầu nối chủ vành được mở màng phổi trái sau khi lấy động mạch vú trong đã làm giảm nguy cơ tích tụ dịch trong khoang màng tim.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, TDMNT chủ yếu ở bệnh nhân sau mổ van tim, đặc biệt là sau thay van cơ học (77,8%), 6 trường hợp bệnh tim bẩm sinh (6,7%), trong đó 3 bệnh nhân có kèm theo bệnh van tim cần tạo hình. Có 2 trường hợp (5,6%) tràn dịch sau mổ Bentall và không thấy có bệnh nhân nào tràn dịch sau mổ cầu nối chủ vành. TDMNT sau phẫu thuật van tim theo Ashikhmina cũng chiếm tỷ lệ cao (83%)[4]. Theo Lê Quang Thứu, tỷ lệ này là 69,7%; trong khi không có tràn dịch ở nhóm bệnh nhân có cầu nối chủ vành [2]. Chúng tôi nhận thấy phẫu thuật

van tim làm tăng khả năng TDMNT gấp 4,41 lần các loại phẫu thuật tim mở khác (bảng 4).

Theo Ashikhmina, phẫu thuật phình ĐMC ngực là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ TDMNT sau mổ [4]. Có thể lượng máu chảy sau phẫu thuật ĐMC thường nhiều, đọng lại trong trung thất, gây phản ứng viêm tại chỗ, khi cục máu đông ly giải sẽ tụ dịch quanh đoạn mạch nhân tạo. Cơ chế nữa là hiện tượng "ri" ("weeping") huyết thanh muện mạch nhân tạo. Ngoài ra, phẫu thuật ĐMC ngực đòi hỏi phẫu tích rộng, có thể làm tổn thương hệ bạch mạch [7]. Chúng tôi không thấy liên quan giữa phẫu thuật ĐMC ngực và khả năng tràn dịch, có thể do số lượng bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý này ít (15/1127) nên không được ước tính đầy đủ. Tuy nhiên, dựa vào các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, và tỉ lệ xuất hiện tràn dịch trên nhóm phẫu thuật bệnh ĐMC ngực (2/15), rất có thể có sự liên quan giữa phẫu thuật ĐMC ngực và khả năng TDMNT sau mổ.

*\*Về tính chất khẩn cấp của phẫu thuật và thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể:* Ashikhmina thấy phẫu thuật cấp cứu làm tăng khả năng TDMNT gấp 1,6 lần so với mổ theo kế hoạch [4]. Tỷ lệ TDMNT nhóm mổ cấp cứu của chúng tôi là 2,8% và không có mối liên quan giữa mổ cấp cứu với TDMNT sau mổ (bảng 4).

Theo Ashikhmina, thời gian THNCT càng dài càng làm tăng nguy cơ tràn dịch do liên quan đến phản ứng viêm hệ thống; cứ tăng 10 phút THNCT khả năng tràn dịch tăng 1,1 lần, đồng thời ghi nhận nhóm TDMNT có thời gian kẹp ĐMC trung bình lớn hơn nhóm không tràn dịch ( $p < 0,001$ ) [4]. Trong nghiên cứu này, nhóm TDMNT có thời gian THNCT lớn hơn nhóm không tràn dịch nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

*\*Về việc sử dụng kháng đông:* Dựa trên kinh nghiệm lâm sàng, nhiều tác giả cho rằng sử dụng kháng đông có liên quan đến TDMNT sau mổ, tuy nhiên trong hầu hết các nghiên cứu đã công bố, chưa có bằng chứng rõ ràng xác định điều này. Theo Malouf, tỷ lệ tràn dịch mức độ ít và trung bình ở hai nhóm có và không sử dụng kháng đông sau mổ là tương tự, nhưng tỷ lệ tràn dịch số lượng lớn ở nhóm có dùng kháng đông cao hơn đáng kể [6]. Qua phân tích, chúng tôi thấy dùng kháng đông đường uống trước mổ không liên quan đến khả năng xuất hiện tràn dịch, trong khi dùng kháng đông sau mổ (kháng vitamin K) làm tăng nguy cơ tràn dịch gấp 4,85 lần so với không sử dụng thuốc này (bảng 4).

Các bệnh nhân TDMNT trong nghiên cứu phần lớn đã từng có rối loạn đông máu do dùng kháng đông sau mổ. Vì vậy, theo dõi sát việc dùng các thuốc kháng đông (kháng vitamin K) sau mổ là điều vô cùng quan trọng, giúp hạn chế nguy cơ TDMNT.

*\*Phân tích đa biến:* Qua phân tích đơn biến xác định được 7 yếu tố nguy cơ, bao gồm: tuổi, BSA, trước mổ có tăng men gan trên 2 lần giá trị bình thường, NYHA độ III-IV, LVEDD/BSA lớn, phẫu thuật van tim và có dùng kháng đông đường uống sau mổ (kháng vitamin K). Qua phân tích hồi quy đa biến Logistic, khử các yếu tố nhiễu chúng tôi nhận thấy chỉ còn lại LVEDD/BSA là yếu tố nguy cơ độc lập, thực sự có ý nghĩa, có độ mạnh  $OR = 2,8$ ;  $p = 0,039$  (bảng 5). Các yếu tố khác có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để đánh giá được đầy đủ, thời gian nghiên cứu chưa dài, việc theo dõi sau mổ còn gặp nhiều khó khăn.

## V. KẾT LUẬN

Tràn dịch màng ngoài tim sau phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong năm 2015 có tỉ lệ là 3,19%. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến TDMNT gồm: tuổi, BSA, trước mổ tim có tăng men gan trên 2 lần, NYHA III-IV, LVEDD tăng, phẫu thuật van tim, dùng kháng đông đường uống sau mổ tim mở, trong đó yếu tố thực sự có ý nghĩa là LVEDD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirklin JW; Boy B (2003) Anatomy, Dimensions, and Terminology, in *Cardiac Surgery*, 1, Churchill Livingstone, Philadelphia, pp 3-249.
2. Lê Quang Thửu (2012), "Hội chứng Tràn dịch màng ngoài tim sau mổ màng tim", *Tạp chí Y Dược học - Trường đại học Y Dược Huế*, 12, tr. 66-71.
3. Al-Dadah A. S., Guthrie T. J., Pasque M. K., et al. (2007), "Clinical course and predictors of pericardial effusion following cardiac transplantation", *Transplant Proc*, 39(5), pp. 1589-92.
4. Ashikhmina E. A., Schaff H. V., Sinak L. J., et al. (2010), "Pericardial effusion after cardiac surgery: risk factors, patient profiles, and contemporary management", *Ann Thorac Surg*, 89(1), pp. 112-118.
5. Cheung E. W., Ho S. A., Tang K. K., et al. (2003), "Pericardial effusion after open heart surgery for congenital heart disease", *Heart*, 89(7), pp. 780-3.
6. Malouf J. F., Alam S., Gharzeddine W., et al. (1993), "The role of anticoagulation in the development of pericardial effusion and late tamponade after cardiac surgery", *Eur Heart J*, 14(11), pp. 1451-7.
7. Pepi M., Muratori M., Barbier P., et al. (1994), "Pericardial effusion after cardiac surgery: incidence, site, size, and haemodynamic consequences", *Br Heart J*, 72(4), pp. 327-331.

# ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA ĐIỆN CHÂM TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Đức Minh\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động của điện châm trên bệnh nhân tai biến nhồi máu não sau giai đoạn cấp trên lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán là tai biến nhồi máu não sau giai đoạn cấp, nghiên cứu mở theo mô hình thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. So sánh trước và sau điều trị, so sánh có nhóm chứng. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân có sự phục hồi tốt về vận động thể hiện bằng điểm Orgogozo và sự tiến triển giảm độ liệt Rankin: sau 30 ngày điều trị nhóm NC có 93,4% bệnh nhân có tiến triển giảm về độ liệt Rankin trong đó có 56,7% bệnh nhân đạt loại Tốt (giảm 2 độ), 36,7% bệnh nhân giảm 1 độ. Sau 30 ngày điều trị điểm Orgogozo ở nhóm nghiên cứu là  $83,67 \pm 11,51$  cao hơn lúc trước điều trị ( $51,00 \pm 15,61$ ) và cao hơn nhóm chứng ( $70,50 \pm 16,15$ ). 90% BN có cải thiện độ Orgogozo. Điện châm có tác dụng tốt để điều trị phục hồi chức năng, phương pháp an toàn không thấy tác dụng phụ trên lâm sàng.

**Từ khóa:** Phục hồi chức năng vận động, Tai biến mạch não, Điện châm

## SUMMARY

### EVALUATE THE EFFECT OF REHABILITATION OF MOTOR FUNCTION TREATMENT ON PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCT AFTER CLINICAL STAGE BY ELECTRIC ACUPUNCTURE

**Objectives:** Evaluate the effect of rehabilitation of motor function treatment on patients with cerebral infarct after clinical stage by electric acupuncture. **Subjects and Methods:** 60 patients were diagnosed with acute cerebral infarction after open-ended, open-label, follow-up study. Comparison before and after treatment, control group comparison. **Results and conclusions:** Patients with good motor rehabilitation demonstrated by Orgogozo score and progressive decrease in Rankin paralysis: After 30 days of treatment, 93.4% Rankin in which 56.7% of patients achieved Good (2 degrees lower), 36.7% of patients decreased by 1 degree. After 30 days, the Orgogozo score in the study group was  $83.67 \pm 11.51$  higher than before treatment ( $51.00 \pm 15.61$ ) and higher than control group ( $70.50 \pm 16.15$ ). 90% of patients have improved Orgogozo. Electric acupuncture have good effect for treatment function recovery, safe methods do not see clinical side effects.

**Key words:** Rehabilitation of motor function, Stroke, Electric acupuncture.

\*Bệnh viện Châm cứu TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Minh

Email: drminhchamcuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 15.12.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế cho người bệnh và đứng hàng thứ 3 trong các bệnh gây tử vong, sau ung thư và bệnh tim mạch, đứng hàng thứ nhất trong các bệnh lý thần kinh [1].

Hậu quả của TBMMN gây liệt nửa người, liệt các dây thần kinh sọ não, rối loạn cảm giác, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cơ tròn....[2]. Số bệnh nhân có di chứng về vận động là 92,62 %.

Điều trị phục hồi chức năng vận động theo y học cổ truyền (YHCT) có rất nhiều phương pháp, trong đó điện châm là phương pháp thuận tiện, rẻ tiền, thực hiện được ở mọi cơ sở y tế có cán bộ y học cổ truyền. Đã có một số đề tài đánh giá tác dụng của điện châm điều trị phục hồi vận động, tuy nhiên trên thực tế lâm sàng công thức huyết cũng có những thay đổi so với nghiên cứu trước nhằm mong muốn có kết quả điều trị tốt hơn. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động của điện châm trên bệnh nhân tai biến nhồi máu não sau giai đoạn cấp trên lâm sàng.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là tai biến nhồi máu não sau giai đoạn cấp được điều trị nội trú tại Khoa Lão - Bệnh viện Châm cứu TW.

*2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

*\*Theo Y học hiện đại: Tuổi trên 45*

+ BN bị liệt nửa người do TBMMN lần đầu được chẩn đoán xác định là nhồi máu não sau giai đoạn cấp.

+ BN đã được điều trị ổn định về các chức năng tuần hoàn, hô hấp ở giai đoạn cấp, tỉnh táo, không rối loạn ý thức.

+ BN tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

*2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ*

+ BN bị nhồi máu não từ lần thứ 2 trở lên.

+ BN bị nhồi máu não không đưa vào nghiên cứu do các nguyên nhân sau: Chấn thương, Bệnh lý về máu, Tắc mạch do khí, u não, Bệnh lý ở tim.

+ BN bỏ cuộc hoặc không tuân thủ đúng theo quy trình điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

*2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:* Thiết kế nghiên cứu mở theo mô hình thử nghiệm lâm sàng có

đối chứng. So sánh trước và sau điều trị, so sánh có nhóm chứng.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu**

\*n = 60 bệnh nhân, chia làm 2 nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân điều trị bằng điện châm và điều trị nền (Nootropyl 800mg, 04 viên/ngày chia lần, Xoa bóp bấm huyệt 20 phút/1lần/ngày x 5 ngày/tuần).

- Nhóm chứng: 30 Bệnh nhân điều trị.

**2.2.3. Phương tiện nghiên cứu**

- Kim châm cứu, bông vô trùng, cồn 70<sup>o</sup>, panh vô khuẩn, khay quả đậu.

- Máy điện châm: Máy điện châm M8 - Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất.

**2.3. Quy trình nghiên cứu:**

**2.3.1. Nhóm nghiên cứu:** Điều trị bằng phương pháp điện châm, và điều trị nền bằng thuốc Nootropyl 800mg. Kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

**2.3.2. Nhóm chứng:** điều trị bằng phương pháp điện châm

**2.3.3. Công thức huyệt điều trị:** Cơ sở lý luận: Vận dụng lý luận của YHCT trong điều trị bệnh nhằm mục đích điều hòa cân bằng âm dương, thông kinh lạc tại vùng bị bệnh theo nguyên tắc: "kinh lạc sở quá, chủ trị sở cập" tức là kinh lạc đi qua vùng nào bị bệnh thì chọn huyệt vùng đó. Ngoài ra còn sử dụng các huyệt bổ tả toàn thân nhằm cân bằng âm dương tạng phủ. Từ đó chọn các huyệt tại chỗ vùng bị bệnh và các huyệt trên các kinh: Đại trường, Can, Đờm, Tỳ, Vị, Tâm, Thận, 2 mạch Nhâm, Đốc.

**2.3.4. Kỹ thuật châm**

- Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nằm nghiêng.

- Sau khi xác định huyệt chính xác, châm kim nhanh qua da rồi từ từ đẩy kim vào cho tới khi thấy có cảm giác "đắc khí": Thầy thuốc cầm vào đốc kim rồi rút nhẹ thì thấy kim như nút chặt xuống, người bệnh thì có cảm giác tức nặng ở huyệt châm. Và theo nguyên tắc: hư thì bổ, thực thì tả. Sau khi đã xác định đúng huyệt vị và châm kim vào huyệt người thầy thuốc có cảm

giác đắc khí, bệnh nhân không đau mà chỉ có cảm giác tức thì tiến hành "dẫn khí" theo nguyên tắc huyệt cần châm tả mắc dây bên kênh tả, huyệt cần bổ mắc dây bên kênh bổ.

Các cặp dây sẽ kích thích cho 2 huyệt cùng ở một kinh dương hoặc cùng một kinh âm hoặc trên hai đường kinh cùng là âm, cùng là dương.

Cường độ kích thích ở ngưỡng tối đa bệnh nhân chịu được từ 1-120µA. Tần số: tả 4-5Hz, bổ 1-3Hz. Thời gian kích thích 25 - 30 phút, Liệu trình điều trị: 30 ngày.

**2.4. Chỉ tiêu theo dõi:**

**2.4.1. Chỉ tiêu theo dõi theo y học hiện đại**

**2.4.1.1. Đánh giá độ liệt theo điểm Orgogozo**

Mức độ nặng (Độ I): 0 - 25 điểm

Mức độ trung bình (Độ II): 26 - 55 điểm

Mức độ nhẹ (Độ III): 56- 90 điểm

Mức độ bình thường (Độ IV): 91 - 100 điểm

Thang điểm thần kinh này cho từ 0-100 điểm, đã được theo dõi và cho điểm những thiếu hụt về thần kinh như tri giác, ngôn ngữ, trương lực cơ, và vận động, còn những rối loạn về cảm giác, thị giác khó theo dõi cho điểm không được đưa vào thang điểm để nghiên cứu.

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, bên liệt, các triệu chứng kèm theo

+ Phân loại thất ngôn theo hai loại: Liên vận động và Broca

\* **Cận lâm sàng:** hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, hemoglobin, ALT.AST, ure máu, creatinin máu, CT scanner não trước điều trị.

**2.4.2. Theo y học cổ truyền:** Theo dõi các triệu chứng y học cổ truyền bằng vọng, văn, vấn, thiết theo hai thể hư chứng và thực chứng.

**2.6. Xử lý số liệu:** Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 16.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**3.1.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Tuổi (năm)	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Tổng số (n=60)		P1-2
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	
<70	14	46,7	13	43,3	27	45,0	>0,05
>70	16	53,3	17	56,7	33	55,0	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
Tuổi TB	69,43± 10,14		69,20±10,53		69,32± 10,25		

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm tuổi nhỏ hơn 70: nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ 46,7%, nhóm chứng là 43,3%, tổng cộng cả hai nhóm chiếm 45,0%.

- Trong nhóm tuổi từ 70 trở lên: nhóm

nghiên cứu chiếm 53,3%, nhóm chứng chiếm tỷ lệ 56,7%, tổng cộng cả hai nhóm chiếm 55,0%. Sự khác biệt về phân bố tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $69,43 \pm 10,14$ , của nhóm chứng là  $69,20 \pm 10,53$ , của cả hai nhóm là  $69,32 \pm 10,25$ . Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo giới

Nhóm	Nhóm NC (11=30) (1)		Nhóm ĐC (11=30) (2)		Tổng số		PI-2
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	
Nam	19	63,3	16	53,3	35	58,3	>0,05
Nữ	11	36,7	14	46,7	25	41,7	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân Nam trong nhóm nghiên cứu là 63.3%, nhóm chứng là 53.3%, trong cả hai nhóm là 58.3%. Tỷ lệ bệnh nhân Nữ trong nhóm nghiên cứu là 36,7%, nhóm chứng là 46,7%, trong cả hai nhóm chiếm 41,7%. Sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân "Nam và Nữ" giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số Rankin lúc vào của hai nhóm

Độ	Nhóm	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		PI-2
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Độ II		9	30,0	13	43,3	>0,05
Độ III		12	40,0	13	43,3	
Độ IV		9	30,0	4	13,4	
<b>Tổng</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Trước điều trị độ liệt Rankin trên bệnh nhân ở cả hai nhóm tập trung ở các độ II, III, IV. Không có bệnh nhân ở độ I và V. Sự khác biệt về độ liệt giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng trước điều trị là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số Orgogozo lúc vào của hai nhóm

Độ	Nhóm	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		PI-2
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Độ I		2	6,7	3	10,0	>0,05
Độ II		17	56,7	12	40,0	
Độ III		11	36,6	15	50,0	
<b>Tổng</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Độ Orgogozo lúc vào tập trung ở các độ II, III, với tỷ lệ: ở nhóm nghiên cứu độ II chiếm 56,7 %, độ II chiếm 36,6%; ở nhóm chứng là 40% độ II, 50% độ III. Sự khác biệt về điểm độ Orgogozo giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng lúc vào viện là không có ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ .

### 3.1.5. Phân loại bệnh nhân theo YHCT

Thể	Nhóm	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Tổng số		PI-2
		N	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	
Thực chứng		20	66,7	19	63,3	39	65,0	>0,05
Hư chứng		10	33,3	11	36,7	21	35,0	
<b>Tổng</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Nhóm NC hư chứng chiếm tỷ lệ: 33,3% thấp hơn thực chứng là 66,7%. Nhóm chứng hư chứng chiếm tỷ lệ: 35,0% thấp hơn thực chứng là 65,0%. Sự khác biệt về thể bệnh YHCT giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## 3.2. Đánh giá kết quả chung

### 3.2.1. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ liệt Rankin ở hai nhóm

Kết quả	Nhóm	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		PI-2
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt		17	56,7	4	13,3	>0,05
Khá		11	36,7	18	60,0	
Kém		2	6,6	8	26,7	
<b>Tổng</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** sau 30 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 17 (56,7%) bệnh nhân giảm 2 độ, 11 (36,7%) bệnh nhân giảm 1 độ và có 2 (6,6%) bệnh nhân không giảm độ.

Ở nhóm chứng có 4 bệnh nhân giảm 2 độ chiếm 13,3%, 18 bệnh nhân giảm 1 độ chiếm 60% và có 8 bệnh nhân không giảm độ chiếm 26,7%.

Có sự khác biệt về sự dịch chuyển độ liệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với  $p < 0,05$ . Độ dịch chuyển độ liệt của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng.

**3.2.2. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ Orgogozo ở hai nhóm**

Kết quả	Nhóm	Nhóm NC(n=30) (1)		Nhóm ĐC(n=30) (2)		PI-2
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt		4	13,3	0	0,0	>0,05
Khá		23	76,7	12	40,0	
Kém		3	10,0	18	60,0	
<b>Tổng</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Sau 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân tăng 2 độ về điểm Orgogozo, 23 (76,7%) bệnh nhân tăng 1 độ, có 3 bệnh nhân không tăng độ chiếm 10%. Ở nhóm chứng không có bệnh nhân nào tăng 2 độ, 12 (40%) bệnh nhân tăng 1 độ, 18 (60%) bệnh nhân không tăng độ. Số bệnh nhân không tăng độ ở nhóm đối chứng cao hơn so với ở nhóm nghiên cứu. Có sự khác biệt về sự dịch chuyển điểm Orgogozo giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với  $p < 0,01$ .

**3.2.3 So sánh kết quả cải thiện độ liệt Rankin của hai nhóm theo thể bệnh YHCT**

Thời điểm NC	Kết quả	Nhóm NC (n=30) (A)		Nhóm ĐC (n=30) (B)		PA-B
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Thực chứng (1)	Tốt	13	65,0	2	10,5	<0,01
	Khá	5	25,0	11	57,9	
	Kém	2	10,0	6	31,6	
Hư chứng (2)	Tốt	4	40,0	2	18,2	
	Khá	6	60,0	7	63,6	
	Kém	0	0,0	2	18,2	
P 1-2		>0,05		>0,05		
PI-2		>0,05		>0,05		

**Nhận xét:** Ở thể thực chứng: sau điều trị nhóm NC có 90% bệnh nhân có độ liệt giảm. Ở nhóm chứng 68,4% bệnh nhân giảm độ. Có sự khác biệt về dịch chuyển độ liệt sau điều trị giữa nhóm NC và nhóm chứng với  $p < 0,01$ .

**Ở thể hư chứng:** sau điều trị nhóm NC có 100% bệnh nhân giảm độ. Ở nhóm chứng có 2 bệnh nhân giảm 2 độ, có 7 (63,6%) bệnh nhân giảm 1 độ và 2 (18,2%) bệnh nhân không giảm độ. Như vậy độ dịch chuyển độ liệt sau điều trị của nhóm NC cao hơn nhóm chứng. Tuy nhiên,

vì mẫu cỡ nhỏ nên chưa thực hiện được phép so sánh thống kê.

Ở nhóm NC thể thực chứng có 90% BN có tiến triển giảm về độ liệt, ở thể hư chứng là 100%. Sự khác biệt về tiến triển giảm độ liệt giữa hai thể là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Ở nhóm chứng:** thể thực chứng có 68,4% BN có tiến triển giảm về độ liệt, ở thể hư chứng là 81,8% BN có chuyển độ liệt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**3.2.4 So sánh kết quả cải thiện điểm Orgogozo của hai nhóm theo thể bệnh YHCT**

Thời điểm NC	Kết quả	Nhóm NC (n=30) (A)		Nhóm ĐC (n=30) (B)		PA-B PA-B
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Thực chứng (1)	Tốt	3	15,0	1	5,3	<0,01 <0,01
	Khá	17	85,0	7	36,8	
	Kém	0	0,0	11	57,9	
Hư chứng (2)	Tốt	1	10,0	0	0,0	
	Khá	6	60,0	6	54,5	
	Kém	3	30,0	5	45,5	
P 1-2		<0,05		>0,05		
PI-2		<0,05		>0,05		

**Nhận xét:** Ở thể thực chứng: sau điều trị nhóm nghiên cứu có 3 (15,0%) bệnh nhân có độ Orgogozo tăng 2 độ, 17(85%) BN tăng 1 độ và không có BN không tăng độ. Ở nhóm chứng chỉ có 1 (5,3%) bệnh nhân tăng 2 độ, có 7(36,8%) BN tăng 1 độ và 11(57,9%) BN không tăng độ. Có sự khác biệt về dịch chuyển độ Orgogozo sau điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với  $p < 0,01$ .

Ở thể hư chứng: sau điều trị nhóm NC không

có 1 bệnh nhân tăng 2 độ chiếm 10,0 %, có 6 (60,0%) BN tăng 1 độ, có 3 BN không tăng độ. Ở nhóm chứng không có BN nào tăng 2 độ, có 6 (54,5%) BN tăng 1 độ và 5 (45,5%) bệnh nhân không tăng độ. Vì mẫu cỡ nhỏ nên chưa thực hiện được phép so sánh thống kê.

Ở nhóm NC thể thực chứng có 90% BN có tăng độ Orgogozo cao hơn thể hư chứng (70%). Sự khác biệt giữa hai thể về tăng độ Orgogozo là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Ở nhóm chứng thể thực có 42,1 % BN có tăng độ Orgogozo, thể hư chứng có 54,5% BN. Sự khác biệt giữa hai thể về tăng độ Orgogozo là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Về đặc điểm của đối tượng được nghiên cứu

-Giới tính:Tỷ lệ nhóm nam/nữ ở nhóm nghiên cứu là 1,72/1, nhóm chứng là 1,20/1, của cả 2 nhóm 1,40/1. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh của hai giới cũng được nêu nhiều trong Y văn.

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $69,43 \pm 10,14$ , của nhóm chứng là  $69,20 \pm 10,53$ , của cả hai nhóm là  $69,32 \pm 10,25$ . Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Lý Đông Viên cho rằng: "người ngoài 40 tuổi là lúc can khí suy, dễ giận dữ làm hao tổn can khí, khí uất lại lâu ngày hóa nhiệt, nhiệt thịnh sinh hỏa, hỏa thịnh thì phong động, làm rối loạn thần minh, che lấp các khiếu dẫn đến bệnh này"[6]. Điều này chứng tỏ bệnh tai biến nhồi máu não của y học hiện đại và chứng trúng phong của y học cổ truyền có liên quan mật thiết đến tuổi. Tuổi càng cao, tỷ lệ bị bệnh càng lớn phù hợp với học thuyết kinh điển của y học phương đông.

##### 2. Đánh giá kết quả điều trị

**2.1. Sự cải thiện độ liệt Rankin trước - sau điều trị ở hai nhóm:** Sau điều trị 15 ngày, số BN ở độ 2 là nhiều nhất, nhóm NC 50%, nhóm chứng là 53,4%, không có BN nào ở độ 5 trong cả hai nhóm. Độ liệt trước và sau điều trị 15 ngày của nhóm NC là có sự khác biệt ( $p < 0,05$ ), kết quả sau điều trị 15 ngày so sánh giữa hai nhóm cũng có sự khác biệt.

Sau điều trị 30 ngày, Nhóm nghiên cứu không còn BN ở độ IV, BN ở độ I là nhiều nhất 60%, còn 1 bệnh nhân ở độ III (3,3%). Nhóm chứng còn 3 bệnh nhân ở độ III(10%), có 8 bệnh nhân ở độ I chiếm 26,7%, Không còn bệnh nhân ở độ IV. Mức độ liệt sau điều trị 30 ngày ở nhóm nghiên cứu giảm hơn nhiều so với nhóm chứng và so với thời điểm vào viện.

Về dịch chuyển độ liệt Rankin: Sau 30 ngày điều trị nhóm NC có 93,4% bệnh nhân có tiến triển giảm về độ liệt trong đó có 56,7% bệnh nhân đạt loại Tốt (giảm 2 độ), 36,7% bệnh nhân giảm 1 độ; cao hơn ở nhóm chứng có 4 bệnh nhân đạt loại Tốt chiếm 13,3%, 18 bệnh nhân giảm 1 độ chiếm 60% và có 8 bệnh nhân không giảm độ chiếm 26,7%. Như vậy độ dịch chuyển độ liệt của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng.

##### 2.2. Đánh giá tiến triển độ liệt theo thang điểm Orgogozo

Sau 30 ngày điều trị ở nhóm NC có 100% BN ở độ III, IV, không còn bệnh nhân nào ở độ II. Nhóm chứng bệnh nhân ở độ II chiếm 30,0%.

Có sự khác biệt về độ Orgogoro sau 30 ngày điều trị giữa nhóm NC và nhóm chứng với  $p < 0,05$ . Ở nhóm nghiên cứu có sự khác biệt về độ Orgogoro trước và sau điều trị với  $p < 0,01$ .

Sau 30 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân tập trung ở độ III, IV (nhẹ) của nhóm NC cao hơn nhóm chứng nhiều.

Sau 30 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 90% bệnh nhân có tăng độ Orgogozo. ở nhóm chứng 40% bệnh nhân tăng 1 độ, 60% bệnh nhân không tăng độ. Số bệnh nhân không tăng độ ở nhóm đối chứng cao hơn nhiều so với ở nhóm nghiên cứu.

##### 2.3. Kết quả điều trị theo thể bệnh của YHCT

- *Tiến triển độ liệt Rankin:* Tiến triển giảm độ liệt Rankin ở cả hai thể hư, thực của nhóm NC cao hơn nhóm chứng. Có sự khác biệt về dịch chuyển độ liệt sau điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với  $p < 0,05$ .

- *Tiến triển điểm Orgogozo:* Có sự khác biệt về dịch chuyển độ Orgogozo sau điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với  $p < 0,01$ , ở cả hai thể nhóm NC có cải thiện Orgogozo cao hơn nhóm chứng.

##### 2.4. Đánh giá phương pháp điều trị:

Phác đồ huyết sử dụng một cách toàn diện vừa các huyết toàn thân theo lý luận YHCT, vừa các huyết tại chỗ để cân bằng Âm - Dương, điều hòa khí huyết làm cho ý thức được khôi phục, tư duy nhanh nhẹn, vận động linh hoạt.

Với kỹ thuật châm chính xác, sử dụng kỹ thuật dùng kim dài, châm sâu kết hợp với kích thích bằng máy điện châm, là một phương pháp kết hợp giữa YHHĐ với YHCT, dựa trên cơ sở khoa học, làm cho hiệu quả chữa bệnh tốt hơn. Điện châm trên huyết đạo là điều khí điều hòa chức năng toàn thân thông qua việc phục hồi, nâng cao sức chống đỡ bệnh tật của cơ thể, điện châm có ưu điểm là điều khi nhanh và mạnh [7]. Do kết hợp với cách chữa bệnh này, mà nghiên cứu này đã có được kết quả điều trị đáng khích lệ như vậy.

#### V. KẾT LUẬN

Sau 30 ngày điều trị nhóm NC có 93,4% bệnh nhân có tiến triển giảm về độ liệt Rankin trong đó có 56,7% bệnh nhân đạt loại Tốt (giảm 2 độ), 36,7 % bệnh nhân giảm 1 độ.

Sau 30 ngày điều trị điểm Orgogozo ở nhóm

ngiên cứu là  $83,67 \pm 11,51$  cao hơn lúc trước điều trị ( $51,00 \pm 15,61$ ) và cao hơn nhóm chứng ( $70,50 \pm 16,15$ ). 90% BN có cải thiện độ Orgogozo.

Sự khác biệt trước và sau điều trị, sự khác biệt giữa hai nhóm NC và chứng sau điều trị có ý nghĩa thống kê.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chương (2001), *Sơ lược chức năng tuần hoàn não. Hội thảo chuyên đề liên khoa*. Báo cáo khoa học. Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội 2001; tr 6-8.
2. Nguyễn Văn Triệu, Lê Đức Hình (2003), *Nghiên cứu thực trạng bệnh nhân sau TBMMN 1 năm tại cộng đồng*, Hội nghị khoa học lần thứ 6 - Hội thần kinh học Việt Nam, Hà Nội, tháng 12/2006, tr. 193-199.

3. Cao Minh Châu, Hoàng Thị Kim Đào (2004), "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày ở BN TBMMN trên lều" Tạp chí Y học Việt Nam, số đặc biệt (Tháng 8), tr 283-289.
4. Nguyễn Tài Thu, Vũ Thường Sơn (1996), "một số nhận xét 120 bệnh nhân bị liệt do tai biến mạch máu não điều trị phục hồi tại Viện chăm cứu". *Tạp chí Chăm cứu Việt Nam*. Số 3, 15-16
5. Tổ chức Y tế Thế giới (1992), *Phân loại Quốc tế ICD X*, Trần Đỗ Trinh và các cộng sự biên dịch, NXB Y học Hà Nội.
6. Phạm Duy Nhac, Hoàng Bảo Châu, Trần Thúy (2005), Bài giảng Y học cổ truyền, tập II, NXB Y học Hà Nội, tr. 345-369, 373-386.
7. Nguyễn Tài Thu (1995), *Tân châm*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 21-28, 167-174.

## KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC TRẺ BỊ SỐT CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 6 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM NHI, BỆNH VIỆN BÌNH THẠNH

Vũ Đình Quế Phương\*, Trương Thị Kim Giang\*

#### TÓM TẮT

Sốt là một triệu chứng phổ biến ở trẻ em. **Mục tiêu:** Khảo sát kiến thức, thực hành của bà mẹ có con dưới 6 tuổi và một số yếu tố liên quan đến việc chăm sóc trẻ bị sốt tại Phòng khám Nhi, bệnh viện Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 350 bà mẹ có con dưới 6 tuổi bị sốt đến khám tại Phòng khám Nhi - Bệnh viện Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung đúng về việc chăm sóc con bị sốt là 40,6%, thực hành chung đúng về việc chăm sóc con bị sốt là 35,4%. **Kết luận:** Cần cung cấp thêm thông tin về chăm sóc trẻ bị sốt cho các bà mẹ đặc biệt là trong số những bà mẹ có trình độ học vấn thấp.

**Từ khóa:** Kiến thức, thực hành, sốt.

#### SUMMARY

##### KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MOTHERS HAVING UNDER 6-YEAR-OLD CHILDREN WITH FEVER AT BINH THANH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Fever is a common symptom in young children. **Objectives:** The research was aimed at surveying the knowledge and practice of mothers having under 6-year-old children and factors associated with taking care of their children's fever at pediatric clinic in Binh Thanh hospital, Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study was carried out on 350 mothers having under 6-year-old children with fever treated at pediatric clinic in Binh Thanh hospital, Ho Chi Minh

City. **Results:** The general percentage of mothers whose good knowledge about taking care of their children's fever was 40.6%. The general percentage of mothers whose good practice was 35.4%. **Conclusion:** Findings from this study highlight the need of providing more information about taking care of children's fever to mothers, especially among those mothers with low education.

**Keywords:** Knowledge, practice, fever.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt là một phản ứng của cơ thể, có tác dụng làm tăng tốc độ các phản ứng hóa học để bảo vệ cơ thể khi cần thiết nhưng sốt quá cao và kéo dài lại gây ra nhiều hậu quả xấu đối với cơ thể [1],[5]. Ở trẻ dưới 6 tuổi sốt cao có khi kèm theo co giật, cơn co giật kéo dài dẫn đến thiếu oxy não làm tổn thương các tế bào thần kinh (giảm trí nhớ, động kinh), thậm chí hôn mê, tử vong hoặc làm tăng nguy cơ co giật cho những lần sau khi trẻ sốt [1]. Tuy nhiên trên thực tế, việc chăm sóc và xử trí của các bà mẹ khi con bị sốt còn hạn chế. Theo Arica S.G. (2012), khoảng 28,9% bà mẹ có thói quen hết sức sai lầm, tự mua thuốc cho trẻ uống khi trẻ bị sốt. Từ các nghiên cứu cho thấy việc nhận biết và xử trí tại nhà khi trẻ sốt rất quan trọng, làm hạn chế được các biến chứng do sốt gây nên trước khi trẻ tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Để đạt được điều này phụ thuộc rất nhiều vào cách chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ của mẹ và người nuôi dưỡng trẻ. Tại phòng khám Nhi, bệnh viện Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh, mỗi ngày tiếp nhận khoảng 80 - 100 trẻ dưới 6 tuổi, tỷ lệ trẻ dưới 6 tuổi đến khám vì sốt có xảy ra biến chứng

\*Bệnh viện Quận Bình Thạnh, Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Quế Phương

Email: phuongvdq@bvbinhthanh.org.vn

Ngày nhận bài: 15.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 18.12.2017

chiếm khoảng 5- 6%. Để có cơ sở cho công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về sốt và cách thực hành đúng khi chăm sóc trẻ bị sốt cho các bà mẹ, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu "Khảo sát kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ bị sốt của bà mẹ có con dưới 6 tuổi đến khám tại Phòng khám Nhi, bệnh viện Bình Thạnh".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Thời gian nghiên cứu:** Tháng 06/2016 đến tháng 10/2016.

**Đối tượng nghiên cứu:** Các bà mẹ trực tiếp chăm sóc con dưới 6 tuổi có sốt đến khám tại Phòng khám Nhi - Bệnh viện Quận Bình Thạnh.

**Cỡ mẫu:** Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

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

Theo nghiên cứu của Đặng Thị Hà và cộng sự (2010), tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng khi chăm sóc trẻ sốt tại bệnh viện Phúc Yên là 34,9% [4], chọn p=0,349. Với  $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ ,  $\alpha = 0,05$ ; d = 0,05; n = 350. Cỡ mẫu là n = 350 người.

**Chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Định nghĩa biến số:**

**Kiến thức đúng về chăm sóc trẻ bị sốt:** là khi trả lời đúng tất cả 4 nội dung bao gồm kiến thức về nhiệt độ, kiến thức về nguyên nhân, dấu

hiệu, biến chứng sốt, kiến thức về sử dụng thuốc hạ sốt và kiến thức về xử trí khi sốt [5].

**Thực hành đúng về chăm sóc trẻ bị sốt:** là khi thực hiện đúng tất cả 6 nội dung bao gồm theo dõi thường xuyên nhiệt độ của trẻ bằng nhiệt kế, cho trẻ uống nhiều nước, cho trẻ uống thuốc hạ sốt theo toa bác sỹ, cho trẻ mặc quần áo thoáng mát, kết hợp lau mát và cho trẻ uống thuốc để hạ sốt và đưa trẻ đi bác sỹ khám ngay khi sốt [5].

**Xử lý số liệu:** Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đảm bảo quyền lợi của đối tượng tham gia nghiên cứu và bảo mật thông tin cá nhân.

**III. KẾT QUẢ**

Khảo sát 350 bà mẹ, độ tuổi trung bình là 30,8 ± 5,9 tuổi. Về tình trạng hôn nhân, tỷ lệ phụ nữ đang sống chung với chồng là 78,3%, làm mẹ đơn thân 8,6%, ly hôn 9,1% và góa 4,0%. Về trình độ học vấn, tỷ lệ bà mẹ có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống là 10,9%, trung học cơ sở là 18,6%, phổ thông trung học là 25,1% và trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học là 45,4%. Về nghề nghiệp, tỷ lệ bà mẹ làm nội trợ là 26,3%, buôn bán là 24,9%, cán bộ công viên chức là 35,7% và nghề khác là 13,1%.

**3.1 Kiến thức về chăm sóc trẻ bị sốt**

**Bảng 1. Kiến thức đúng về chăm sóc trẻ bị sốt (n=350)**

Đặc tính, nội dung điều tra		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiệt độ	Nhiệt độ sốt	249	71,1
	Nhiệt độ bình thường	206	58,9
	Thời gian đặt nhiệt kế ở nách	185	52,9
Nguyên nhân, dấu hiệu, biến chứng sốt	Nguyên nhân gây sốt	221	63,1
	Dấu hiệu nhận biết sốt	290	82,9
	Biến chứng khi trẻ sốt cao	233	66,6
	Mục đích hạ sốt	279	79,7
Sử dụng thuốc hạ sốt	Nhiệt độ cần cho trẻ uống thuốc	189	54,0
	Thuốc hạ sốt cho trẻ uống	322	92,0
	Liều lượng thuốc hạ sốt cho trẻ	235	67,1
	Thời gian giữa hai lần uống thuốc	247	70,6
Xử trí khi sốt	Thời điểm hạ sốt đường hậu môn	244	69,7
	Xử trí khi trẻ bị sốt	172	49,1
	Loại nước dùng để lau mát cho trẻ	300	85,7
	Loại phòng cho trẻ nằm	274	78,3
	Loại quần áo cho trẻ mặc	282	80,6
Kiến thức chung	Cách lau mát cho trẻ khi sốt	201	57,4
	Đúng	142	40,6
	Chưa đúng	208	59,4

Tỷ lệ bà mẹ kiến thức đúng cao ở các nội dung gồm: 71,1% bà mẹ có kiến thức về nhiệt độ khi trẻ bị sốt, 82,9% bà mẹ có kiến thức về nhận biết dấu hiệu khi trẻ bị sốt, 79,7% bà mẹ có kiến thức về mục đích của việc hạ sốt, 92,0% bà mẹ có kiến thức về thuốc hạ sốt cho trẻ uống, 70,6% bà mẹ

có kiến thức đúng về thời gian giữa hai lần cho trẻ uống thuốc, 85,7% bà mẹ có kiến thức về loại nước dùng để lau mát cho trẻ, 78,3% bà mẹ có kiến thức về loại phòng cho trẻ nằm và 80,6% bà mẹ có kiến thức về loại quần áo nên cho trẻ mặc khi bị sốt.

**3.2 Thực hành khi chăm sóc trẻ bị sốt**

**Bảng 2. Thực hành đúng khi chăm sóc trẻ sốt (n=350)**

Đặc tính, nội dung điều tra	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Theo dõi nhiệt độ của trẻ bằng nhiệt kế	197	56,3
Cho trẻ uống nhiều nước	265	75,7
Cho trẻ uống thuốc hạ sốt theo toa bác sỹ	222	63,4
Cho trẻ mặc quần áo thoáng mát	262	74,9
Kết hợp lau mát và cho trẻ uống thuốc để hạ sốt	167	47,7
Đưa trẻ đi bác sỹ khám ngay khi sốt	244	69,7
Thực hành chung	Đúng	124
	Chưa đúng	226
		35,4
		64,6

Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng cao ở các nội dung gồm: 75,7% bà mẹ có thực hành cho trẻ uống nhiều nước, 74,9% bà mẹ có thực hành cho trẻ mặc quần áo thoáng mát, 74,9% bà mẹ có thực hành cho trẻ mặc quần áo thoáng mát.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1 Kiến thức về chăm sóc trẻ bị sốt:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung đúng về chăm sóc trẻ bị sốt là 40,6%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Hà và cộng sự (2010), tại bệnh viện Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng chăm sóc trẻ bị sốt chỉ có 36,8% [4], tại bệnh viện Nhi Đồng 2, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về sốt giật ở trẻ em là 30% [3], nghiên cứu của Hồ Thị Bích và cộng sự (2013), tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng là 37% [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn còn 47,1% bà mẹ có kiến thức chưa đúng về thời gian đặt nhiệt kế ở nách cho trẻ, 46,0% bà mẹ có kiến thức chưa đúng về nhiệt độ cần cho trẻ uống thuốc, 50,9% bà mẹ có kiến thức chưa đúng về cách xử trí khi trẻ bị sốt, 57,4% bà mẹ có kiến thức chưa đúng về cách lau mát cho trẻ khi sốt. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Bích Phượng và cộng sự (2014), tại bệnh viện Nhi Đồng 1, cha mẹ thường dựa vào nhiệt độ để quyết định việc dùng thuốc hạ sốt, 100% bệnh nhi được dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ từ 39°C trở lên, 14,9% dùng hạ sốt khi nhiệt độ 38°C đến dưới 39°C, có 10% dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ dưới 38°C nhưng không dựa vào các triệu chứng trẻ có khó chịu hay không [6]. Việc cho trẻ uống thuốc hạ sốt khi nhiệt độ cơ thể còn chưa đến mức phải uống thuốc hoặc trẻ sốt quá cao đều không có lợi cho trẻ [7]. Sốt là phản ứng có lợi của cơ thể, vì thế nếu cho trẻ uống thuốc hạ sốt khi thân nhiệt trẻ < 38,5°C sẽ làm hạn chế những tác dụng có lợi của sốt, hạn chế khả năng diệt khuẩn, làm giảm hoạt động đề

kháng của cơ thể [7]. Theo các y văn cũng lưu ý rằng sốt là một phản ứng có lợi của cơ thể và chỉ nên điều trị hạ sốt có chọn lọc bằng thuốc Paracetamol hoặc Ibuprofen khi sốt cao gây khó chịu cho bệnh nhi, bao gồm giảm hoạt động, nhức đầu, giảm ngon miệng, thay đổi tính khí [5]. Thuốc hạ sốt không giải quyết được nguyên nhân gây sốt nên cần điều trị bệnh nền [5]. Do đó cần tiếp tục tăng cường tuyên truyền nâng cao hơn nữa kiến thức cho các bà mẹ và giúp hiểu đúng và can thiệp thích hợp khi trẻ bị sốt. Những tác hại của việc xử trí không đúng cũng cần được khuyến cáo đến các bà mẹ không nên thực hiện.

**4.2 Thực hành về chăm sóc trẻ bị sốt:** Tỷ lệ bà mẹ có thực hành chung đúng về chăm sóc trẻ bị sốt khá thấp với 35,4%. Tương tự kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Hà và cộng sự (2010), tại bệnh viện Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc, tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng chăm sóc trẻ bị sốt chỉ có 34,9% [4]. Nghiên cứu của Đoàn Thị Ngọc Diệp và cộng sự (2012), tại bệnh viện Nhi Đồng 2, tỷ lệ bà mẹ có thực hành xử trí trẻ sốt co giật đúng khá thấp với 15% [3]. Nghiên cứu của Hồ Thị Bích và cộng sự (2013), tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng là 21,0% [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn còn 43,7% bà mẹ thực hành chưa đúng việc theo dõi nhiệt độ của trẻ bằng nhiệt kế, 36,6% bà mẹ tự dùng thuốc, không biết sử dụng đúng liều lượng thuốc hạ sốt, 52,3% bà mẹ có thực hành chưa đúng việc kết hợp lau mát và cho trẻ uống thuốc để hạ sốt. Nghiên cứu của Bùi Thị Bích Phượng và cộng sự (2014), tại bệnh viện Nhi Đồng 1, có 22% cha mẹ chưa đo nhiệt độ khi sốt cho trẻ, 24% cha mẹ chưa biết đo nhiệt độ đúng cách [6]. Theo nghiên cứu của Trần Thị Lan Phương (2012), tại bệnh viện Việt Nam Cu Ba, phương pháp chườm ấm kết hợp với uống thuốc hạ sốt giúp giảm nhiệt nhiều hơn và nhanh

hơn so với việc chỉ uống thuốc hạ sốt đơn thuần [7]. Điều này rất có ý nghĩa khi trẻ sốt cao vì việc hạ sốt kịp thời để tránh những nguy cơ co giật cho trẻ là vô cùng cần thiết, đặc biệt đối với những trẻ có tiền sử co giật do sốt. Các tỷ lệ này có cải thiện hơn khi trẻ vào viện có sự hướng dẫn của điều dưỡng. Thực trạng này cho thấy đa số trẻ bị sốt chưa được xử trí đúng ngay từ đầu tại nhà, vì vậy hậu quả là trẻ có thể không hạ sốt hoặc có biến chứng nguy hiểm tại nhà.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung đúng về việc chăm sóc con bị sốt là 40,6%, thực hành chung đúng về việc chăm sóc con bị sốt là 35,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nhật An, Nguyễn Văn Thắng (2009), *Đặc điểm hệ thần kinh trẻ em, Bài giảng Nhi khoa, Tập 2*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Hồ Thị Bích, Doãn Thúy Quỳnh (2013), "Tìm hiểu kiến thức và hành vi chăm sóc trẻ sốt của các bà mẹ có con nhập viện tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung Ương". *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, Số 3, tr.69-73.
3. Đoàn Thị Ngọc Diệp, Bùi Văn Đỗ, Nguyễn Vinh Anh (2012), "Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ đối với sốt co giật tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 2". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16 (Số 1), tr.38-44.
4. Đặng Thị Hà, Đoàn Thị Vân (2010), "Kiến thức, thái độ và hành vi của bà mẹ có trẻ bị sốt cao đến khám tại bệnh viện Phúc Yên". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14 (Số 4), tr.173-179.
5. Trần Thụy Khánh Linh, Nguyễn Vinh Anh, Đoàn Thị Ngọc Diệp (2014), "Sốt ở trẻ em và xử trí dựa trên chứng cứ". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề Điều dưỡng Kỹ thuật Y học*, Phụ bản Tập 18 (Số 5), tr.26-31.
6. Bùi Thị Bích Phượng, Nguyễn Hoàng Mai Anh, Nguyễn Minh Tuấn (2014), *Đặc điểm chăm sóc sốt ở trẻ sốt xuất huyết Dengue*, Bệnh Viện Nhi Đồng 1.
7. Trần Thị Lan Phương (2012), "17 khảo sát kiến thức chăm sóc trẻ bị sốt của các bà mẹ và nhận xét tác dụng hạ nhiệt của phương pháp chườm bằng nước ấm cho trẻ khi sốt cao tại bệnh viện Việt Nam Cu Ba". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16 (Số 4), tr.112-125.

# NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG ĐỒNG THỜI CURCUMIN (CUR), DESMETHOXYCURCUMIN (DMC) VÀ BISDEMETHOXYCURCUMIN (BDMC) TRONG CÁC MẪU CURCUMINOIDS BẰNG PHƯƠNG PHÁP UPLC/UV

Bùi Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Vũ Tuấn Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Long<sup>1</sup>,  
Chữ Đức Thành<sup>1</sup>, Chữ Văn Mến<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Chúng tôi xây dựng phương pháp định lượng đồng thời curcumin, demethoxycurcumin (DMC) và bisdemethoxycurcumin (BDMC) trong các mẫu curcuminoids bằng phương pháp sắc kí lỏng siêu hiệu năng (UPLC), thẩm định phương pháp theo hướng dẫn của ICH. Điều kiện sắc kí thích hợp được lựa chọn để định lượng đồng thời Cur, DMC, BDMC bao gồm: cột ACQUITY UPLC® BEH C18 (3mm x 30 mm, 1.7µm), detector UV đo ở bước sóng 425nm, với hệ dung môi pha động là ACN : acid acetic 0,04% chạy theo chương trình gradient, tốc độ dòng 0,25ml/phút, nhiệt độ cột 40°C. Phương pháp đã được thẩm định, bảo đảm các yêu cầu của phương pháp phân tích gồm tính đặc hiệu, khoảng tuyến tính, độ đúng, độ chính xác, giới hạn phát hiện (LOD), giới hạn định lượng (LOQ). Áp dụng phương pháp trên để định lượng đồng thời Cur, DMC, BDMC trong các mẫu curcuminoids cho kết quả lần lượt là: 30,72 mg/g; 204,49 mg/g; 764,79

mg/g. Kết quả cho thấy nguyên liệu trên đạt độ tinh khiết cho bào chế phytosome curcuminoid.

**Từ khóa:** curcuminoids, curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin, UPLC

## SUMMARY

### SIMULTANEOUS QUANTITATIVE ANALYSIS OF CURCUMIN, DEMETHOXYCURCUMIN AND BISDEMETHOXYCURCUMIN IN CURCUMINOID SAMPLES USING UPLC/UV METHOD

**Objectives:** A simultaneous quantitative analysis of curcumin (Cur), demethoxycurcumin (DMC) and bisdemethoxycurcumin (BDMC) in curcuminoids samples was established and evaluated by using Ultra Performance Liquid Chromatography (UPLC). The validation was conducted in accordance with ICH guideline. The appropriate chromatographic conditions for quantification of three components in curcuminoids samples, including: ACQUITY UPLC® BEH C18 column (3mm x 30mm, 1.7µm), the detection wave length of 425nm, mobile phase of acetonitril and acetic acid, 0,04% aqueous solution following a gradient mode. The quantitative method was validated on system compatibility, selectivity, linear range, limit of detection (LOD), limit of quantification (LOQ), precision and accuracy. The developed method was

<sup>1</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chữ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 18.12.2017

then applied for *quantitation of Cur, DMC, BDMC* in curcuminoids samples, results showed that the average contents of these compounds were: 30.72 mg/g; 204.49 mg/g; 764.79 mg/g, respectively. The analytical results proved that our curcuminoid raw material is suitable for phytosome curcuminoid preparation.

**Keywords:** curcuminoids, curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin, Ultra Performance Liquid Chromatography (UPLC)

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Curcuminoids là một nhóm hoạt chất được chiết xuất từ củ nghệ (*Curcuma longa L.*), một loại gia vị truyền thống và một vị thuốc sử dụng từ hàng ngàn năm nay (1,2). Các nghiên cứu đã xác định khả năng trị liệu của nghệ do nhóm curcuminoids chịu trách nhiệm chính. Curcuminoids với thành phần bao gồm Curcumin chiếm khoảng 77%, Demethoxycurcumin (DMC) chiếm khoảng 17%, Bisdemethoxycurcumin (BDMC) chiếm khoảng 3%. Lượng curcuminoids trong bột nghệ chiếm khoảng 2-6% (2,3). Hàm lượng curcuminoid trong các nguyên liệu bán trên thị trường thay đổi nhiều giữa các nhà sản xuất. Để có nguyên liệu curcuminoid chất lượng cao phục vụ cho bào chế phytosome curcuminoid, chúng tôi cần kiểm tra chất lượng nguyên liệu đầu vào bằng cách định lượng hàm lượng 3 thành phần curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin trong nguyên liệu. Nguyên liệu đạt tiêu chuẩn bào chế phytosome curcuminoid cần hàm lượng tối thiểu của 3 thành phần trên 70%.

Các phương pháp phân tích đồng thời Cur, DMC và BDMC trong nghệ vàng và tinh chất nghệ đều cho độ phân giải thấp, độ nhạy thấp, tiêu tốn lượng dung môi lớn và thời gian phân tích dài (5,6). Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát triển phương pháp sắc ký lỏng siêu hiệu năng UPLC với thời gian phân tích 3 thành phần chỉ trong 3 phút, độ nhạy cao, tính chọn lọc cao đã được xây dựng và thẩm định để định lượng đồng thời Cur, DMC, BDMC trong các mẫu curcuminoids nhằm giảm thiểu tối đa thời gian phân tích, lượng dung môi và tăng cường hiệu quả quá trình phân tích. Phương pháp được thẩm định theo hướng dẫn của ICH và áp dụng vào định lượng các thành phần Cur, DMC và BDMC trong nguyên liệu chúng tôi thu mua trên thị trường.

**Bảng 1: Kết quả khảo sát tính thích hợp của hệ thống.**

STT	BDMC		DMC		CURCUMIN	
	T <sub>R</sub>	S	T <sub>R</sub>	S	T <sub>R</sub>	S
1	1,685	498	1,903	2109	2,151	8011
2	1,683	496	1,903	2100	2,151	8004
3	1,686	499	1,905	2105	2,153	8013
4	1,685	498	1,903	2111	2,151	8009

**II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Nguyên liệu, hóa chất và thiết bị**

**Nguyên liệu và hóa chất**

-Hóa chất: Curcuminoids chuẩn: Curcuminoids chuẩn CAT. NO 1151866 USP ROCKVILLE (hàm lượng >99%). Methanol, acetonitril, acid acetic, nước cất 2 lần đạt tiêu chuẩn phân tích HPLC-Merck.

-Mẫu nguyên liệu curcuminoid được mua tại Công ty Sigma andrich.

**Thiết bị:** Hệ thống máy sắc kí lỏng siêu hiệu năng Acquity UPLC H - Class của hãng Water Corporation, Mỹ, detector UV. Cân phân tích Metter Toledo - Thụy Sĩ. Độ chính xác đến 0,01mg. Máy chiết siêu âm S30H, bộ lọc hút chân không Alltech (Mỹ), màng lọc nylon Sartorius Minisart 0,45µm.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

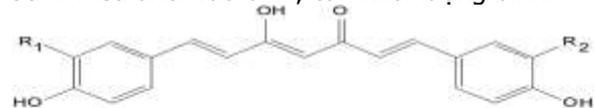
**Điều kiện sắc ký:** Hệ thống UPLC

- Detector UV, tại bước sóng 425nm
- Chương trình rửa giải gradient 0-1 phút, ACN: acetic acid 0,04% (45:55,v/v); 1-5 phút ACN: acetic acid 0,04% (30:70,v/v).
- Tốc độ dòng: 0,25ml/phút
- Thể tích tiêm: 5µl

**Chuẩn bị dung dịch chuẩn và thử**

- **Mẫu chuẩn:** cân chính xác 1,0mg chất chuẩn curcuminoids, hòa tan vào bình định mức 10ml với methanol để được dung dịch chuẩn gốc có nồng độ khoảng 0,1mg/ml. Chuẩn làm việc có nồng độ khoảng 5µg/ml và 0,5 µg/ml

- **Mẫu thử:** cân chính xác khoảng 1g các mẫu curcuminoids cho vào bình nón, thêm chính xác 50ml methanol vào bình, cân khối lượng bình.



- 1) R<sub>1</sub>=R<sub>2</sub>=OCH<sub>3</sub> Curcumin
- 2) R<sub>1</sub>=OCH<sub>3</sub>, R<sub>2</sub>=H Demethoxycurcumin
- 3) R<sub>1</sub>=R<sub>2</sub>=H Bis-demethoxycurcumin

**Hình 1:** Cấu trúc hóa học của curcumin, desmethoxycurcumin và bisdemethoxycurcumin

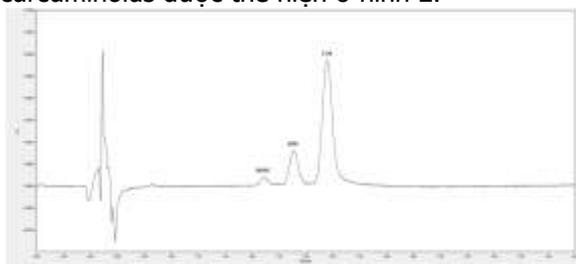
**Thẩm định phương pháp:** theo hướng dẫn ICH với các tiêu chí về tính tương thích, tính tuyến tính, độ đúng, độ lặp lại, giới hạn phát hiện [4]

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

5	1,685	495	1,905	2109	2,155	8011
6	1,683	498	1,903	2105	2,153	8013
TB	1,684	497,33	1,904	2106,5	2,152	8010,17
SD	0,001	1,51	0,001	3,99	0,002	3,37
RSD	0,072	0,30	0,054	0,19	0,076	0,042
Hệ số bất đổi	0,41		0,14		0,05	
Số đĩa lý thuyết	21055		20960		22393	

Các điều kiện sắc ký đã lựa chọn và hệ thống HPLC sử dụng là phù hợp và đảm bảo ổn định của phép phân tích định lượng đồng thời curcumin (Cur), demethoxycurcumin (DMC) and bisdemethoxycurcumin (BDMC).

**3.1. Tính tương thích của hệ thống sắc ký:** Để đánh giá tính tương thích của hệ thống sắc ký, pha mẫu chuẩn theo chỉ dẫn ở mục 2.2, tiêm 6 lần mẫu chuẩn vào hệ thống UPLC, tiến hành sắc ký với điều kiện đã chọn. Kết quả được trình bày ở bảng 1. Sắc kí đồ của dung dịch chuẩn curcuminoids, dịch chiết từ mẫu curcuminoids được thể hiện ở hình 2.

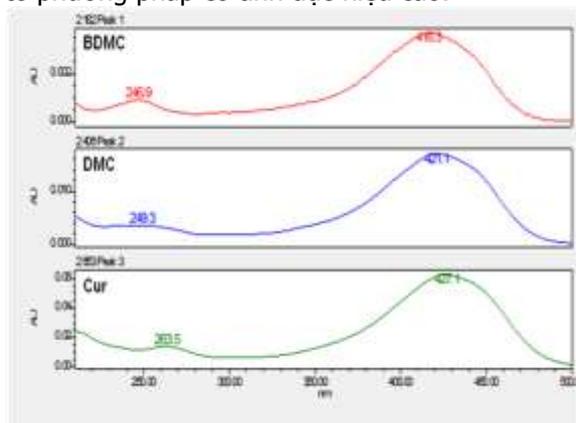


Hình 2: sắc kí đồ của mẫu curcuminoids

**3.2. Tính đặc hiệu:**

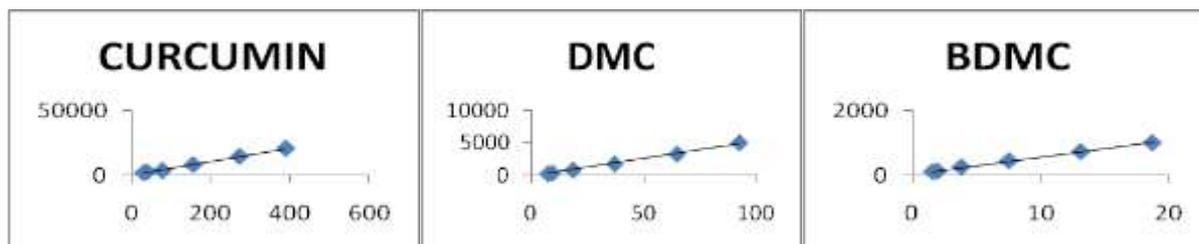
Hình 3. Phổ UV-VIS tại thời gian lưu của Cur, DMC, BDMC trong mẫu chuẩn và mẫu thử. Detector UV được sử dụng để đánh giá tính đặc hiệu của phương pháp tại thời gian lưu pic trên sắc kí đồ của mẫu chuẩn và mẫu thử, xác định phổ UV-VIS. Kết quả cho thấy phổ của các chất thành phần ở mẫu chuẩn và mẫu thử giống nhau

về hình dạng và số điện hấp thụ cực đại, chứng tỏ phương pháp có tính đặc hiệu cao.



**3.3. Khoảng tuyến tính, giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng**

Một dãy gồm 6 dung dịch mẫu chuẩn có nồng độ khác nhau, thay đổi từ 31,108 ng/ml đến 388,850 ng/ml đối với curcumin, từ 7,396 ng/ml đến 92,450ng/ml đối với mẫu demethoxycurcumin và từ 1,496ng/ml đến 18,700ng/ml đối với mẫu bisdemethoxycurcumin, tiến hành sắc ký như điều kiện đã mô tả. Kết quả được thể hiện ở Hình 4 và Bảng 2.



Hình 4: Đường chuẩn của các chất định lượng

Bảng 2: Kết quả khảo sát khoảng tuyến tính, giới hạn phát hiện, giới hạn định lượng

Các chất	Khoảng tuyến tính (ng/ml)	Phương trình tuyến tính	Độ tuyến tính (r <sup>2</sup> )	Giới hạn phát hiện LOD (ng/ml)	Giới hạn định lượng LOQ (ng/ml)
curcumin	31,108-388,850	y = 53,52x - 299,17	0,998	0,126	0,383
demethoxycurcumin	7,396-92,450	y = 54,95x - 146,62	0,998	0,024	0,073
bisdemethoxycurcumin	1,496-18,700	y = 51,855x + 38,359	0,998	0,0035	0,0106

Kết quả khảo sát trên cho thấy với khoảng nồng độ từ 31,108-388,850ng/ml đối với curcumin, 7,396-92,450ng/ml đối với mẫu desmethoxycurcumin và 1,496-18,700ng/ml đối với mẫu bisdemethoxycurcumin; có sự tương quan tuyến tính giữa nồng độ và diện tích pic chuẩn tương ứng. Để xác định giới hạn phát hiện (LOD) và giới hạn định lượng (LOQ) của các chất, chúng tôi cách pha loãng liên tục dung dịch chuẩn curcuminoid, giá trị LOD và LOQ của các chất được xác định tại điểm có tỷ lệ diện tích pic/diện tích nhiễu nền là 3/1 và 10/1. Kết quả cho thấy, LOD và LOQ của các chất định lượng curcumin, desmethoxycurcumin và bisdemethoxycurcumin

lần lượt là 0,126; 0,024; 0,0035 và 0,383; 0,073; 0,0106 ng/ml.

**3.4. Độ đúng:** Độ đúng của phương pháp được xác định bằng phương pháp thêm chuẩn. Thêm lượng chuẩn vào các mẫu curcuminoids đã biết hàm lượng và xử lý mẫu theo qui trình đã mô tả. Từ diện tích pic thu được, ngoại suy lượng chuẩn curcuminoids thêm vào ban đầu. Kết quả được trình bày trong bảng 3. Với 3 mức thêm chuẩn, độ thu hồi đều đạt trên 98%. Như vậy, phương pháp phân tích đáp ứng yêu cầu về độ đúng để phân tích BDMC, DMC, Cur trong các mẫu curcuminoids.

**Bảng 3. Tỷ lệ thu hồi BDMC, DMC, Cur trong mẫu thử**

Các chất	Lượng thêm vào(ng)	Lượng thu hồi(ng)	Tỷ lệ thu hồi	TB± SD	RSD
BDMC	1,87	1,81	96,79	98,57	2,90
	3,74	3,63	97,05		
	7,48	7,62	101,87		
DMC	9,24	9,01	97,51	98,72	2,13
	18,49	18,03	97,51		
	36,98	37,41	101,16		
Cur	38,88	38,05	97,86	98,66	2,09
	77,77	75,53	97,12		
	155,54	157,11	101,01		

**3.5. Áp dụng phương pháp trên phân tích hàm lượng các chất trong mẫu curcuminoids:** Phương pháp đã xây dựng được sử dụng để xác định hàm lượng BDMC, DMC, Cur trong mẫu Nghệ thu mua trên thị trường và trong mẫu curcuminoids dùng làm nguyên liệu cho phản ứng tổng hợp phytosome curcuminoids. Kết quả cho thấy hàm lượng trung bình BDMC, DMC, Cur trong trong mẫu curcuminoids lần lượt là 30,72mg/g; 204,49mg/g; 764,79 mg/g.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp sắc ký lỏng siêu hiệu năng cao đơn giản, độ nhạy cao, thời gian phân tích ngắn hiệu quả đã được phát triển và thẩm định cho việc định lượng curcumin, desmethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin trong các mẫu curcuminoid với điều kiện sắc ký gồm: cột ACQUITY UPLC® BEH C18 (3mm x 30 mm; 1,7µm), detector UV đo ở 425nm, dung môi pha động ACN và acid acetic 0,04% chạy theo chương trình rửa giải gradient 0-1 min ACN: acetic acid 0,04% (45:55, v/v); 1-5 min ACN: acetic acid 0,04% (30:70, v/v), tốc độ dòng 0,25 ml/phút. Phương pháp đảm bảo tính tương thích hệ thống, chọn lọc-đặc hiệu, có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa diện tích pic và nồng độ các chất BDMC, DMC, Cur, độ đúng cao và lặp lại, giới hạn phát hiện (LOD) của 3 chất lần lượt

là 0,0035 ng/ml; 0,024 ng/ml; 0,126 ng/ml, giới hạn định lượng (LOQ) lần lượt là 0,0106 ng/ml; 0,073ng/ml; 0,383 ng/ml. Phương pháp được sử dụng để phân tích các mẫu Nghệ và mẫu curcuminoids.

**Lời cảm ơn:** Công trình này là một phần nội dung của đề tài thuộc chương trình KC10 mã số: KC10.12/16-20, nhóm nghiên cứu xin cảm ơn đề tài đã hỗ trợ kinh phí nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Tất Lợi,** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, NXB Khoa học và Kỹ thuật, 1995, tr.227.
- Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung,** Bùi Xuân Chương, Nguyễn Thương Đông, Đỗ Trung Đàm, Phạm Văn Hiến, Vũ Ngọc Lộ, Phạm Duy Mai, Phạm Kim Mãn, Đoàn Thị Nhu, Nguyễn Tập, Trần Toàn, Cây thuốc và Động vật làm thuốc ở Việt Nam, NXB Khoa học và Kỹ thuật, 2004, tập I, tr.675.
- Bộ Y tế,** Dược điển Việt Nam IV (2010), Nhà xuất bản Hà Nội.
- ICH.** Validation of analytical procedure: text and methodology.Q2R1.2005
- Jin Cheng et al,** Development and validation of UPLC method for quality control of Curcuma longa Linn.: Fast simultaneous quantitation of three curcuminoids, 2010, Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis 53 (2010) 43–49.
- Ministry of Public Health of the People's Republic of China (2005)** Pharmacopoeia of the People's Republic of China, vol.1, Beijing, China, pp 260-261.

## BỆNH MORGELLONS NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Văn Dũng\*, Bùi Văn San\*

### SUMMARY

#### MORGELLOUS HUMANITY IN A MENTAL HEALTHINS TITUTE

Morgellons disease is currently a controversial disease in many different specialties, especially dermatology and psychiatry. According to the Morgellons Disease World Book, given by Sir Thomas Browne in 1674 in his monograph on a child who felt as if the hair was extruded from behind the boy's pimples. Since then, the disease has not been mentioned much until recently. For decades, Morgellons disease was thought to be associated with paranoid parasites, a mental disorder, where patients mistakenly believe they are infected with parasites in the skin although they are not. People with Morgellons disease often complain of symptoms such as itchy skin, burning sensation, feeling like there is something crawling under their skin... They also often complain that they have things like thread, hair, Or fluff from the skin lesions. With these symptoms they often hurt the skin area and go to the doctor, dermatologist repeatedly. Accompany the symptoms on the skin some patients may also have syndrome depression, fatigue lasting or paranoid ... During our work at M5, we have received and consulted a number of specialist cases with such symptoms, so we boldly presented a case for treatment. One staying in room M5.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Morgellons hiện là một bệnh đang được tranh cãi ở nhiều chuyên khoa khác nhau đặc biệt là chuyên khoa da liễu và tâm thần.

Theo y văn trên thế giới bệnh Morgellons được đưa ra bởi Sir Thomas Browne năm 1674 trong chuyên khảo của ông về một trẻ em thấy như có tóc ùn ra từ phía sau mụn mủ của cậu bé. Kể từ đó chứng bệnh này không được nhắc tới nhiều cho tới những thập niên gần đây.

Trong nhiều thập kỷ, bệnh Morgellons đã được cho là liên quan đến hoang tưởng có ký sinh trùng, một rối loạn tâm thần, bệnh nhân nhầm lẫn tin rằng họ đang bị nhiễm ký sinh trùng trong da mặc dù không có. Những người có bệnh Morgellons thường phàn nàn về các triệu chứng như: Da bị ngứa, như bị đốt, cảm giác như có cái gì đó bò dưới da... Họ cũng

thường than phiền rằng họ có những thứ giống như sợi chỉ, tóc, hoặc lông tơ chui ra từ các tổn thương trên da. Với các triệu chứng này họ thường làm tổn thương các vùng da và đi khám, điều trị da liễu nhiều lần. Kèm theo các triệu chứng trên da một số bệnh nhân còn có thể có hội chứng trầm cảm, mệt mỏi kéo dài hay hoang tưởng... Trong quá trình làm việc tại phòng M5 Viện sức khỏe tâm thần (VSKTT) chúng tôi có tiếp nhận và hội chẩn chuyên khoa một số trường hợp có những triệu chứng như trên, do đó chúng tôi mạnh dạn trình bày một ca bệnh điều trị một trú tại phòng M5.

### II. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

#### Hành chính

1. Họ và tên: Trần Đức Cường
2. Giới tính: Nam 34 tuổi
3. Địa chỉ: 23 Lê Lý- Hoàng Văn Thụ- tp Bắc Giang-Bắc Giang
4. Tôn giáo: không
5. Dân tộc: Kinh
6. Ngày vào viện: 02/09/2016
7. Vào lần thứ: 1
8. Địa chỉ liên lạc: mẹ Nguyễn Thị Bình đt 0972267310

**Lý do vào viện:** luôn cho rằng trên da mình có con dòi

**Bệnh sử:** Theo lời kể của bệnh nhân và mẹ

Bệnh nhân có tiền sử sản nhi khoa bình thường, phát triển tâm thần, vận động như các bạn cùng lứa tuổi. Bệnh nhân không có tiền sử dùng các chất gây nghiện, không có tiền sử bệnh lý nội khoa, gia đình không ai mắc rối loạn tâm thần. Tính cách: bệnh nhân là người trầm tính, ít nói. Bệnh nhân trước đây học cấp I,II,III học khá giỏi, sau đó thi đỗ đại học Kinh tế Quốc Dân, đã tốt nghiệp đại học nhưng chưa đi làm ở đâu. Trong thời gian học đại học bệnh nhân có yêu đơn phương bạn gái trong lớp nhưng không được đáp lại, từ đó tính cách hay tự ti và ít giao tiếp với mọi người hơn. Bệnh nhân hiện tại chưa lập gia đình, và cũng chưa có bạn gái.

Bệnh biểu hiện khoảng 6 năm nay, bệnh nhân có bị ngã xe va mặt xuống đường, sau ngã bệnh nhân vẫn tỉnh táo, vận động bình thường, vết thương trên mặt chỉ bị chà xước da. Sau khi vết thương đã gần liền hẳn, bệnh nhân có biểu hiện cảm thấy khó chịu vùng da mặt (ngứa) luôn

\*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2017

Ngày duyệt bài: 15.12.2017

cho là trên người mình có những con giòi, nên bệnh nhân thường dùng móng tay để cạy da bắt con giòi ra khỏi người. Khi bệnh nhân cạy da mặt thì gia đình có khuyên không nên cạy vì làm khó lành sẹo sấu nhưng bệnh nhân vẫn không dừng lại, kèm theo bệnh nhân cạy cả da ở tay và chân. Gia đình cho bệnh nhân khám chuyên khoa da liễu nhiều lần tại Bắc Giang và BV da liễu Trung ương (không rõ chẩn đoán và điều trị) bệnh không đỡ. Năm 2013 bệnh nhân được giới thiệu điều trị tại BV Tâm thần Bắc Giang (không rõ chẩn đoán và điều trị) bệnh nhân không đỡ nhiều. Cách 8 tháng trước bệnh nhân được gia đình cho khám và điều trị Khoa đông y BV đa khoa tỉnh Bắc Giang nhưng triệu chứng không cải thiện.

Đợt gần đây bệnh nhân vẫn cạy da vùng mặt, vùng cánh tay phải, đùi và cả gan bàn chân phải. Thương tổn là các vết trợt loét kích thước 5x10 cm ở mặt, và 2x3 cm vùng cẳng tay phải, đùi trái và lòng bàn chân phải, đáy có loét sâu, tiết mủ vàng xen kẽ có đóng vảy tiết. Gia đình đã cho bệnh nhân đi khám và điều trị tại Khoa da liễu BV Bạch Mai làm xét nghiệm phát hiện có nhiễm trùng do tụ cầu, được dùng kháng sinh và thuốc sát khuẩn. Tuy nhiên, bệnh nhân luôn dùng móng tay cạy trên da nên các vết thương không lành được. Ngoài ra bệnh nhân còn có biểu hiện đêm ít ngủ, dễ cáu gắt, ít tiếp xúc với mọi người xung quanh, khoa da liễu mời hội chẩn CK tâm thần → chuyển vào Viện Sức Khỏe Tâm thần điều trị.

**Tiền sử:** *Bản thân:* điều trị rối loạn tâm thần BV Bắc Giang (2013). Cách 8 tháng trước có điều trị khoa đông y BV Bắc Giang. Không có tiền sử dị ứng.

**Gia đình:** không ai mắc bệnh tâm thần, động kinh, di truyền

**Khám bệnh:** *Tâm thần:* tỉnh, tiếp xúc tốt. Định hướng đúng.

*Cảm giác, tri giác:* theo dõi ảo giác xúc giác. BN luôn cảm thấy như có con dòi bò từ vùng da mặt bị tổn thương, kèm theo có lúc lúc khó chịu vùng đùi, lòng bàn chân

*Tư duy:* theo dõi hoang tưởng nghi bệnh. BN cho rằng mình bị bệnh về da liễu, không chấp

nhận giải thích của bác sĩ và người nhà về bệnh và hành vi cạy da trên cơ thể

*Cảm xúc:* hay cáu gắt với người nhà, nhân viên y tế vì phàn nàn bệnh

*Hành vi:* hay ngồi cạy các vùng da trên cơ thể. Công việc lao động giảm sút. Ăn ngủ bình thường, ít quan tâm tình dục

*Chú ý:* giảm tập trung, giảm khả năng duy trì sự chú ý với các sự vật hiện tượng bên ngoài (tập chung vào các vết thương trên da). Trí nhớ gần và xa bình thường

**Trí tuệ:** bình thường

**Khám toàn thân:** Thể trạng trung bình, cao 1,73m nặng 64kg. Da vùng mặt vết loét đỏ, đùi trái và lòng bàn chân phải, đáy có loét sâu, tiết mủ vàng xen kẽ có đóng vảy tiết. Lông, tóc, móng bình thường

**Các bộ phận khác:** Tim mạch, hô hấp bình thường. Bụng không to, không co u cục. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường

**Chẩn đoán:** Theo dõi rối loạn hoang tưởng/ viêm da có mủ.

**Cận lâm sàng:** Làm các xét nghiệm cơ bản

*Công thức máu:* HC 5,14T/L BC 6,91 G/L TC 249G/L

*Sinh hóa máu:* creainin 75umol/l, glucose 4,1mmol/l. GOT /GPT: 20/14 U/L

*Vi sinh:* HIV, HbsAg, HCV: âm tính

*Treponema pallidum:* âm tính

*Soi tươi tìm nấm:* không thấy

*Nhuộm soi Hematoxyline-Eosin:* viêm loét mạn tính không đặc hiệu

*Chụp XQ,* siêu âm ổ bụng bình thường

**Điều trị:** Tại khoa Da liễu(25/08/2016 đến 01/09/2016) Bệnh nhân được điều trị: Rocephine 1g/ngày, levofloxacin 1g/ngày các triệu chứng không đỡ. Bệnh nhân còn than phiền về cảm giác dòi bò trong vết thương, nghĩ các bác sĩ không điều trị được.

Tại CK Tâm thần điều trị với Haloperidol 20mg/ngày và Diazepam 20mg/ngày. Bệnh nhân điều trị được 1 tháng, bệnh ổn định. gia đình cho bệnh nhân đi vá vết thương.



**Hình 1: Các vết loét do bệnh nhân tự cạy tại vùng má trái, cẳng tay, đùi. (05/09/2016)**

### III. BÀN LUẬN

**1. Bệnh Morgellons:** Bệnh Morgellons được cho là một rối loạn hoang tưởng dẫn đến niềm tin rằng một người có ký sinh trùng hoặc các chất bên ngoài di chuyển trong, hoặc ra khỏi da. Bệnh Morgellons là một rối loạn ít được biết đến, thường được kết hợp với bệnh da không đặc hiệu, bệnh dây thần kinh, và các triệu chứng tâm thần. Một số đề cập đến nó như một bệnh sợi xơ hóa.

**Triệu chứng bệnh Morgellons và dấu hiệu.** Những người có bệnh Morgellons thường phàn nàn:

- Da bị ngứa
- Như bị đốt,
- Cảm giác như có cái gì đó bò dưới da.

Họ cũng thường báo cáo rằng họ có những thứ giống như sợi chỉ, tóc, hoặc lông tơ chui ra khỏi các tổn thương trên da. Một số học viên đã quan sát thấy các sợi ra khỏi da của người mắc bệnh Morgellons, để lại những gì hình ảnh thể hiện việc đang làm biến dạng tổn thương phía sau. Đối với những lý do này, bệnh Morgellons đôi khi được gọi là bệnh da bò. Các cá nhân với vấn đề này có thể cảm thấy rằng họ có ve trên da, bọ đuôi bặt (Collembola), ghê trên da gây những cảm giác trên da. Các triệu chứng khác mà đôi khi được kết hợp với tình trạng này bao gồm:

- Trầm cảm
- Mệt mỏi mãn tính
- Sử dụng chất (thuốc lá, rượu...)
- Hoang tưởng.

**Nguyên nhân bệnh Morgellons:** Có những báo cáo của bệnh Morgellons ở những bệnh nhân có bệnh Lyme. Nhiều chuyên gia y tế tin rằng bệnh Morgellons là một dạng rối loạn tâm thần gây ra, người bị bệnh tưởng tượng rằng họ đang bị nhiễm khuẩn do ký sinh trùng (hoang tưởng ký sinh trùng) chứ không phải là một chẩn đoán dựa trên các dấu hiệu vật lý. Nghiên cứu về hội chứng này cho đến nay đã không tìm thấy được nguyên nhân gây ra bởi nhiễm trùng. Do đó, không phải bệnh truyền nhiễm. Tình trạng này cũng không được khẳng định do độc tố môi trường.

**Chẩn đoán bệnh Morgellons:** Không có tiêu chuẩn được thiết lập cho việc chẩn đoán bệnh Morgellons. Nhưng với những người có các khiếu nại về vấn đề sức khỏe nhất là tổn thương da mạn tính như trên, bác sĩ khám và đánh giá cần thu thập thông tin bệnh sử về các triệu chứng, khám các triệu chứng về cơ thể và đặc biệt chú ý các dấu hiệu về tâm thần của bệnh nhân. Ngoài ra cần xét nghiệm cơ bản và đánh giá về da cụ thể liên quan đến bệnh Morgellons, có thể yêu cầu làm sinh thiết da.

**Điều trị bệnh Morgellons:** Hiện chưa có phương pháp chữa bệnh cụ thể cho bệnh Morgellons, bệnh nhân bị bệnh này đã được khuyến cáo có cải thiện triệu chứng từ các thuốc điều trị rối loạn tâm thần hoặc tics, như olanzapine (Zyprexa, Zydis, Relprevv) hoặc pimozide (Orap).

**Tiên lượng bệnh Morgellons:** Hiện nay, tiên lượng cho bệnh này là rất khó khăn vì sự thiếu rõ ràng về các triệu chứng, chẩn đoán và các nguyên nhân của bệnh.

**2. Các quan điểm trên thế giới:** Đã có rất nhiều cuộc tranh luận về nguyên nhân của Morgellons, có thể do bệnh về truyền nhiễm, tác động của môi trường hoặc bệnh tâm thần. Bệnh có được đề xuất giống với bệnh Lyme.

Theo nghiên cứu của chuyên khoa da liễu tại Hoa Kỳ (2010), thấy phụ nữ da trắng từ khoảng 35 đến 50 tuổi có xu hướng phát triển tình trạng này phổ biến hơn nhóm khác, và Texas và California dường như có một tỷ lệ cao hơn của tình trạng so với các tiểu bang khác của Hoa Kỳ. Đa số các trường hợp khám khoa da liễu trước tiên.

Hầu hết các bác sĩ da liễu cho rằng bệnh Morgellons là một bệnh tâm thần mà là tương tự rối loạn hoang tưởng. Để hỗ trợ cho giả thuyết này là các xét nghiệm hầu như không thấy yếu tố gây bệnh thực sự.

Năm 2005 hội Nghiên cứu bệnh Morgellons tại Hoa Kỳ thành lập tập trung nghiên cứu về bệnh. Họ đã xác định được một hiệp hội với hơn 3 vi khuẩn gây bệnh: viêm phổi Chlamydia, loài Babesia và Borrelia species. Đa số các trường hợp liên quan đến nhiễm trùng nhỏ và ở giai đoạn này không có bằng chứng cho thấy các vi khuẩn trực tiếp gây ra bệnh Morgellons.

Tuy nhiên, các nhà điều tra của Hội Nghiên cứu bệnh Morgellons tiến hành. Các vết loét được phân biệt với viêm da vì bệnh nhân thường chấp nhận rằng họ đã gây ra các tổn thương da trong khi cố gắng để loại bỏ các sợi.

Việc chẩn đoán được thực hiện bằng loại trừ các nguyên nhân gây bệnh khác về da như ngứa (đó là ngứa), hoặc nhiễm trùng đung / nhiễm ký sinh trùng (ví dụ, ghê):

- Xét nghiệm nấm
- Sinh thiết mô học da
- Xét nghiệm máu để loại trừ các nguyên nhân khác gây ngứa và lở loét
- Tiền sử của việc lạm dụng chất với cocaine, methylphenidate, hoặc các chất kích thích cũng phải được xác định chắc chắn là những chất có thể gây.

Việc điều trị bệnh Morgellons là rất khó khăn. Các cá nhân bị bệnh thường than phiền và

những người bị ảnh hưởng (gia đình, bạn bè...) khó chấp nhận bệnh cũng như đã khám rất nhiều bác sĩ không cải thiện được bệnh.

Các khuyến cáo cần khám và tham khảo ý kiến bác sĩ tâm thần cho chẩn đoán và điều trị.

#### IV. KINH NGHIỆM VÀ KIẾN NGHỊ

1. Đối với những bệnh nhân có biểu hiện như trên đặt ra cho các bác sĩ cần thăm khám kỹ và hỏi bệnh sử chi tiết để phát hiện về triệu chứng cơ thể và cảm triệu chứng tâm thần cũng như khó khăn trong điều trị

2. Khi đã phát hiện bệnh nhân không có yếu tố về truyền nhiễm hay ảnh hưởng bởi bệnh cơ thể thì khám và tư vấn về vấn đề tâm thần là cần thiết.

3. Quá trình điều trị bệnh nhân trên và tham khảo ý vẫn thấy được khó khăn khi bệnh nhân không thừa nhận bệnh, không hợp tác điều trị và bệnh ảnh hưởng gia đình. Đó cũng là thách thức

của bệnh đối với các bác sĩ cần tìm hiểu và nghiên cứu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức y tế thế giới** (1992). ICD 10
2. **Kaplan- Sadock** (2007).
3. **Nguyễn Việt (1984)**: Tâm thần học. Nhà xuất bản y học
4. **Kellett CE**. Sir Thomas Browne and the disease called the Morgellons. *Ann Med Hist.* 1935; 7: 467-79.
5. **Dovigi, A.J.** "Intraoral Morgellons disease or delusional parasitosis: a first case report." *The American Journal of Dermatopathology* 32.6 (2010): 603-605.
6. **Hylwa, S.A., J.E. Bury, M.D.P. Davis, et al.** "Delusional infestation, including delusions of parasitosis: results of histologic examination of skin biopsy and patient-provided skin specimens." *Archives of Dermatology* 147.9 (2011): 1041-1045.
7. **Harvey WT, Bransfield RC, Mercer DE, Wright AJ, Ricchi RM, Leitao MM.** Morgellons disease, illuminating an undefined illness: a case series. *J Med Case Reports.* 2009; 3: 8243.

## NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG CHỤP CHỤP LỚP VI TÍNH MẠCH NÃO NHIỀU PHA CHẨN ĐOÁN NHỒI MÁU NÃO TỐI CẤP

Trần Anh Tuấn\*, Nguyễn Thị Thu Trang\*, Vũ Đăng Lưu\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của chụp CLVT mạch não nhiều pha trong tiên lượng bệnh nhân thiếu máu não tối cấp và tính tin cậy trong tiên lượng đầu ra về lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từ 7/2015 tới 12/2016 để phân tích việc sử dụng CLVT mạch não nhiều pha đối với các bệnh nhân đột quỵ tối cấp có tắc mạch lớn đến trong vòng 6 giờ. Các bệnh nhân được thực hiện CLVT mạch máu nhiều pha. CLVT mạch não nhiều pha tạo ra các hình ảnh theo thời gian của các mạch màng mềm. Mức độ ngấm thuốc của các mạch màng mềm được xếp thành 6 điểm. Đầu ra lâm sàng bao gồm giảm 50% hoặc nhiều hơn trên thang điểm NIHSS sau 24h và 90 ngày theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) từ 0-2. Mức độ tin cậy dự báo đầu ra lâm sàng được so sánh giữa CLVT một pha, nhiều pha bằng phân tích diện tích dưới đường cong, tiêu chuẩn thông tin Akaike (AIC), và tiêu chuẩn thông tin Bayesian (BIC). **Kết quả:** Tổng cộng có 49 bệnh nhân trong nghiên cứu. Phân tích diện tích dưới đường cong cho thấy khả năng dự báo đầu ra lâm sàng có mối tương quan vừa phải ( $r = -0.387$ ,  $p < 0.05$ ) nhưng có mối tương quan chặt chẽ với đầu ra sau 90 ngày có mRS từ 0-2 ( $r = -0.657$ ,  $p < 0.05$ ) và tốt hơn so với phương

pháp CLVT mạch não một pha ( $P < 0.05$ ). Với AIC và BIC, mô hình sử dụng CLVT mạch não nhiều pha là tốt hơn so với mô hình sử dụng CLVT mạch não một pha theo thang điểm NIHSS sau 24h (AIC=10.34, BIC=13.67). **Kết luận:** CLVT mạch não nhiều pha có giá trị tiên lượng cao cho các bệnh nhân nhồi máu não tối cấp, trong đó hồi phục lâm sàng tốt tỷ lệ thuận với mức độ tuần hoàn bàng hệ.

#### SUMMARY

##### MULTIPHASE CT ANGIOGRAPHY: CLINICAL APPLICATIONS IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

**Purpose:** To describe the use of an imaging selection tool, multiphase computed tomographic (CT) angiography, in patients with acute ischemic stroke (AIS) and to demonstrate its interrater reliability and ability to help determine clinical outcome. **Materials and Methods:** A prospective observational study from July 2015 to december 2016 analyses utility of multimodal imaging in the triage of AIS patients with large artery occlusion, who came within the first 6 hours. Patients underwent baseline unenhanced CT, single-phase CT angiography of the head and neck, multiphase CT angiography. Multiphase CT angiography generates time-resolved images of pial arteries. Pial arterial filling was scored on a six-point ordinal scale, and interrater reliability was tested. Clinical outcomes included a 50% or greater decrease in National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) over 24 hours and 90-day modified Rankin Scale (mRS) score of 0-2. The ability to predict clinical outcomes was compared between single-phase CT angiography, multiphase CT angiography by using

\**Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn

Email: *bs.trananhluan@yahoo.com.vn*

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

receiver operating curve analysis, Akaike information criterion (AIC), and Bayesian information criterion (BIC). **Results:** A total of 49 patients were included. At receiver operating characteristic curve analysis, the ability to predict clinical outcome is modest ( $r=-0.387$ ,  $p<0.05$ ) but strong correlation ( $r=-0.657$ ,  $p<0.05$ ) for 90-day MRS score of 0-2 and better than that of models using single-phase CT angiography ( $P<0.05$  overall). With AIC and BIC, models that use multiphase CT angiography are better than models that use single-phase CT angiography in NIHSS over 24 hours (AIC=10.34, BIC=13.67). **Conclusion:** Multiphase CT angiography is a reliable tool for imaging selection in patients with AIS.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quỵ não bao gồm thiếu máu não và chảy máu não, trong đó 80-85% các trường hợp là thiếu máu não. CLVT mạch não nhiều pha là một phương pháp CDHA mới đã được báo cáo về tính hiệu quả trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tối cấp. Phương pháp này tỏ ra lợi thế hơn trong việc cung cấp thông tin về đặc điểm tuần hoàn bàng hệ vùng não tổn thương một cách nhanh chóng, chính xác, đơn giản, từ đó quyết định phương hướng điều trị cũng như góp phần tiên lượng hồi phục của bệnh nhân. Đề tài này được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá vai trò của chụp CLVT mạch não nhiều pha trong tiên lượng bệnh nhân thiếu máu não tối cấp.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa CDHA bệnh viện Bạch Mai từ 7/2015 đến 12/2016.

**2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- BN nhập viện vào khoa cấp cứu, được định lượng dựa trên thang điểm NIHSS.
- Chụp CLVT mạch não nhiều pha được tiến hành trong vòng 6 giờ đầu từ thời điểm khởi phát đến khi chụp CLVT.

- Có hình ảnh tắc động mạch lớn trên CLVT mạch não (ĐM cảnh trong, ĐM não giữa đoạn M1, đoạn gần M2 và ĐM thân nền).

**2.2 Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không xác định được chính xác thời gian khởi phát hoặc đến viện muộn từ lúc có triệu chứng đến khi chụp CLVT trên 6 giờ.
- Tiền sử đột quỵ não mức độ nặng, các tổn thương não để lại di chứng với MRS >2.
- Suy thận nặng, dị ứng thuốc cản quang.

**2.3 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu không xác suất.

**2.4 Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

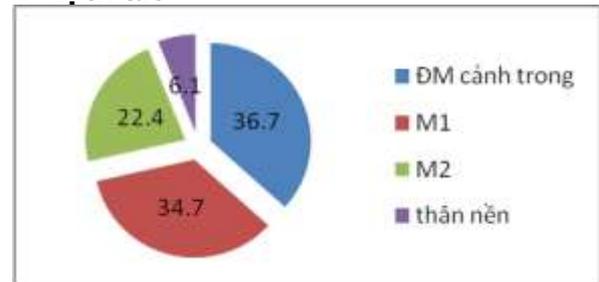
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 7/2015 đến 6/2016 có 49 bệnh

nhân đột quỵ thiếu máu não tối cấp được chụp chẩn đoán bằng CLVT mạch não nhiều pha. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $66,16 \pm 13,83$ , thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 90 tuổi, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1.

**3.1 Thời gian khởi phát đột quỵ não và đặc điểm cận lâm sàng khi vào viện**

**Vị trí tắc**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố vị trí động mạch tắc**

**Nhận xét:** Tỷ lệ đột quỵ do tắc động mạch cảnh trong và đoạn M1 động mạch não. giữa chiếm đa số với tỷ lệ tương ứng là 36,7% và 34,7%.

**Bảng 3.1. Khảo sát thời gian nhồi máu não**

Thời gian (phút)	Sớm nhất	Muộn nhất	Trung bình (N=49)(X± SD)
Từ khi khởi phát đến khi vào viện	0	330	131,76±84,77
Từ khi khởi phát đến khi chụp	30	340	155,65±80,77
Từ khi vào viện đến khi chụp	4	55	22,67 ± 10,33

**Nhận xét:** Thời gian từ khi khởi phát đến khi chụp CLVT là  $155,65 \pm 80,77$  phút, sớm nhất là 30 phút và muộn nhất là 340 phút.

**3.2 Tuần hoàn bàng hệ ở các bệnh nhân tắc vòng tuần hoàn trước**

**Bảng 3.2. Điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha**

Số điểm	N = 46		
	n	Tỷ lệ (%)	Mức độ bàng hệ
0 điểm	0	0	Kém
1 điểm	1	2,2	
2 điểm	7	15,2	
3 điểm	7	15,2	Trung bình
4 điểm	28	60,9	
5 điểm	3	6,5	Tốt

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ tốt khá cao, 67,4%.

**Bảng 3.3. Tương quan giữa mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CVLT mạch não và điểm NIHSS vào viện**

	Hệ số Spearman (r)	p
mCTA & NIHSS	-0,387	0,008
sCTA & NIHSS	-0,37	0,011

**Nhận xét:** Có sự tương quan nghịch biến không chặt chẽ giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha và một pha với điểm NIHSS lúc vào viện. Hệ số tương quan Spearman giữa CLVT mạch não nhiều pha và CLVT mạch não một pha đối với điểm NIHSS lúc vào viện là như nhau.

**Bảng 3.4. Tương quan giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não và ASPECTS tại thời điểm vào viện**

	Hệ số Spearman (r)	p
mCTA & ASPECTS	0,685	<0,001
sCTA & ASPECTS	0,638	<0,001

**Nhận xét:** Có sự tương quan thuận giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não với

điểm ASPECTS lúc vào viện và sự tương quan này chặt chẽ hơn đối với chụp CLVT mạch não nhiều pha với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5. Tương quan giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não và ASPECTS tại thời điểm sau điều trị/sau vào viện 24 giờ**

	Hệ số Spearman (r)	p
mCTA & ASPECTS	0,602	<0,001
sCTA & ASPECTS	0,593	<0,001

**Nhận xét:** Có sự tương quan thuận giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên chụp CLVT mạch não với điểm ASPECTS sau 24 giờ.

**3.3. Tiên lượng khả năng hồi phục sau 24 giờ**

**Bảng 3.6. Mức độ hồi phục 24 giờ sau điều trị ở các bệnh nhân được điều trị tái thông**

		Mức độ hồi phục		Tổng	
		Không tốt (mRS >2)	Tốt (mRS ≤ 2)		
Mức độ bàng hệ	Không tốt (≤ 3 điểm)	n	7	4	11
		%	63,6%	36,4%	100,0%
	Tốt (>3 điểm)	n	7	21	28
		%	25%	75%	100,0%
<b>Tổng</b>		n	14	25	39
		%	35,9%	64,1%	100,0%

**Nhận xét:** Khả năng phục hồi tốt sau 24 giờ ở nhóm bàng hệ tốt cao gấp 5,25 lần nhóm bàng hệ không tốt (OR=5,25, 95% CI (1,175, 23,457),  $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.7. Khả năng của mỗi phương pháp hình ảnh trong xác định mức độ phục hồi lâm sàng sau 24 giờ của bệnh nhân.**

	N	ROC	AIC	BIC	p
Mức độ bàng hệ trên Mcta (>3 và ≤3)	39	0,647	10,34	13,67	0,03
Mức độ bàng hệ trên sCTA (>2 và ≤2)	39	0,513	10,62	13,95	0,34

**Nhận xét:** Giá trị của tiêu chuẩn AIC, BIC trên CLVT mạch não nhiều pha thấp hơn so với CLVT mạch não một pha.

**3.4. Tiên lượng khả năng phục hồi sau 3 tháng**

**Bảng 3.8. Tương quan giữa mức độ hồi phục sau 3 tháng và điểm bàng hệ trên CLVT**

Điểm tuần hoàn bàng hệ	Hệ số Spearman (r)	p
CLVT mạch não nhiều pha	-0,657	<0,05
CLVT mạch não một pha	-0,518	<0,05

**Nhận xét:** Tương quan giữa mức độ hồi phục sau 3 tháng và mức độ tuần hoàn bàng hệ trên chụp CLVT mạch não là tương quan nghịch: điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT càng cao thì điểm mRS sau 3 tháng càng thấp và ngược lại và chặt chẽ ( $r = -0,657$ ,  $p < 0,05$ ).

**3.5 Liên quan giữa mức độ chuyển dạng chảy máu sau điều trị tái thông**

**Bảng 3.9. Liên quan giữa mức độ chuyển dạng chảy máu sau điều trị tái thông với mức độ tuần hoàn bàng hệ**

		Mức độ chảy máu sau điều trị			Tổng	
		Không chảy máu	Chảy máu không triệu chứng	Chảy máu có triệu chứng		
Mức độ bàng hệ	Không tốt (≤ 3 điểm)	n	5	4	2	11
		%	45,5%	36,4%	18,2%	100,0%
	Tốt (> 3 điểm)	n	20	8	0	28
		%	71,4%	28,6%	0%	100,0%
<b>Tổng</b>		n	25	12	2	39
		%	64,1%	30,8%	5,1%	100,0%

**Nhận xét:** Có sự khác biệt mức độ chuyển dạng chảy máu sau điều trị tái thông ở các bệnh nhân tắc vòng tuần hoàn trước, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,048 < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

**Tuổi:** Độ tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu từ 50-79 tuổi, chiếm 77,9%. Tuổi trung bình  $66,16 \pm 13,83$ , đây là độ tuổi bắt đầu có các biểu hiện bệnh về bệnh lý mạch máu não.

**Giới:** Trong 49 bệnh nhân, có 24 bệnh nhân là nữ giới chiếm tỷ lệ 49% và 25 bệnh nhân là nam giới, chiếm tỷ lệ 51%. Không có sự khác biệt giữa tỉ lệ nam và nữ.

**Thời gian** trung bình từ khi khởi phát đến khi chụp CLVT là  $155,65 \pm 80,77$  phút và thời gian trung bình từ khi vào viện đến khi được chụp là  $22,67 \pm 10,33$  phút. Đây là khoảng thời gian cần rút ngắn hơn nữa để nâng cao hiệu quả điều trị và mức độ phục hồi lâm sàng.

**Điểm NIHSS lúc nhập viện:** là  $16,41 \pm 5,11$  điểm là mức điểm tương đối cao ở những bệnh nhân nhồi máu não cấp

### 4.2. Đặc điểm hình ảnh nhu mô não

**Điểm ASPECTS:** Các trường hợp tắc vòng tuần hoàn trước, điểm ASPECTS trung bình trước điều trị là  $8,26 \pm 1,697$  điểm, đây là ngưỡng điểm có nguy cơ chảy máu không cao.

Các trường hợp tắc vòng tuần hoàn trước không được điều trị tái thông điểm ASPECTS trung bình tại thời điểm vào viện là  $7,14 \pm 3,18$ , sau 24 giờ là  $4,14 \pm 3,02$  điểm. Mức điểm thấp này là do bệnh nhân tắc mạch lớn nhưng đến muộn không được điều trị.

### 4.3 Tương quan giữa tuần hoàn bàng hệ và một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm vào viện và sau 24 giờ.

**a. Tương quan với thời gian khởi phát đến lúc chụp CLVT:** Chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa thời gian từ lúc khởi phát đến lúc chụp CLVT với mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha và một pha (hệ số tương quan tương ứng là  $-0,28$  và  $-0,08$ ,  $p > 0,05$ ). Do đó, yêu cầu thời gian từ lúc khởi phát đến lúc chụp CLVT mạch não ngắn hơn ở các bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ kém không quan trọng bằng việc kiểm soát các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của đột quỵ như thời gian khởi phát đến lúc chụp và mức độ tuần hoàn bàng hệ.

**b. Tương quan với điểm NIHSS lúc vào viện:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tương quan nghịch biến lỏng lẻo giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha và điểm NIHSS lúc vào viện ( $p < 0,05$ ). Thang điểm NIHSS dùng để đánh giá và có tính chất phân loại mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ cấp tính, nó phụ thuộc rất

nhiều yếu tố vị trí tắc mạch, mức độ rộng của tổn thương thiếu máu và chủ yếu đánh giá dựa trên vận động chi và ngôn ngữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15/46 bệnh nhân điểm NIHSS  $> 15$  điểm và điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha  $> 4$  điểm.

**c. Tương quan với điểm ASPECTS tại thời điểm vào viện và sau 24 giờ:** Thang điểm ASPECTS có tương quan nghịch biến với thang điểm NIHSS và là một trong các yếu tố tiên lượng đối với bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tối cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có sự tương quan thuận tương đối chặt chẽ giữa điểm ASPECTS tại thời điểm vào viện và sau 24 giờ với điểm tuần hoàn bàng hệ: hệ số tương quan giữa CLVT mạch não nhiều pha và một pha với điểm ASPECTS tại thời điểm vào viện lần lượt là  $0,685$  và  $0,638$  với  $p < 0,001$  cao hơn so với nghiên cứu của Menon (Spearman  $r = 0,5$ ;  $p < 0,001$ ). Tại thời điểm sau 24 giờ, hệ số tương quan giữa điểm ASPECTS và bàng hệ trên CLVT mạch não một pha và nhiều pha lần lượt là  $0,593$  và  $0,602$  với  $p < 0,001$  tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Menon (Spearman  $r = 0,58$  với  $p < 0,001$ ). Có sự tương quan này là do điểm số tuần hoàn bàng hệ được coi như một hệ thống bán định lượng chấm điểm dựa trên dựa trên các vùng giải phẫu chức năng chính của vòng tuần hoàn trước và có thể so sánh được với thang điểm ASPECTS.

**4.4. Điều trị:** Trong số 49 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tối cấp, có 3 bệnh nhân nhồi máu do tắc động mạch thân nền đều được điều trị tái thông. 46 bệnh nhân còn lại nhồi máu do tắc vòng tuần hoàn trước bao gồm 39 bệnh nhân được điều trị tái thông và 7 bệnh nhân không được điều trị tái thông do đến muộn.

#### 4.4.1 Đánh giá hiệu quả phục hồi lâm sàng sau điều trị dựa trên các thang điểm

**a. Điểm NIHSS:** Đối với các bệnh nhân tắc vòng tuần hoàn trước được điều trị tái thông, điểm NIHSS trung bình tại thời điểm vào viện là  $15,64 \pm 4,45$  điểm và tại thời điểm sau điều trị 24 giờ là  $9,62 \pm 6,38$  điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Đối với các bệnh nhân tắc vòng tuần hoàn trước không được điều trị tái thông, điểm NIHSS trung bình tại thời điểm vào viện là  $20,14 \pm 5,398$  điểm và tại thời điểm sau vào viện 24 giờ là  $19,57 \pm 6,241$  điểm, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**b. Điểm Rankins sửa đổi:** Đánh giá phục hồi lâm sàng sau 03 tháng dựa trên thang điểm Rankins sửa đổi cho thấy ở nhóm được điều trị

tái thông có 51% bệnh nhân hồi phục tốt (23/39 bệnh nhân –mRS0-2) và 41% hồi phục không tốt (mRS 3-6). Ở nhóm không được điều trị tái thông, tỉ lệ hồi phục lâm sàng tốt sau 03 tháng là 28,6% và 71,4% hồi phục không tốt. Tỉ lệ hồi phục thấp cho thấy vai trò của các biện pháp điều trị tái thông, tái tưới máu đặc biệt trong trường hợp tắc mạch lớn.

#### 4.4.2. Liên quan giữa cắt lớp vi tính mạch não nhiều pha và khả năng điều trị bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tối cấp

Trong 46 bệnh nhân đột quỵ do tắc vòng tuần hoàn não trước, có 11 bệnh nhân có mức độ bàng hệ không tốt ( $\leq 3$  điểm) được điều trị tái thông và không có bệnh nhân nào hồi phục tốt (mRS  $\leq 2$  điểm). Có 28 bệnh nhân trong nhóm bàng hệ tốt được điều trị tái thông hồi phục tốt sau 03 tháng là 64,3% (18/28 bệnh nhân). Khả năng "điều trị" của nhóm bàng hệ tốt cao hơn nhóm bàng hệ không tốt là 3,39 lần (OR=3,39 với 95% CI (0,651; 17,698). Điều này chứng tỏ mức độ bàng hệ có ảnh hưởng đến quyết định khả năng điều trị tái thông/tái tưới máu của bệnh nhân.

**4.4.3. Vai trò trong tiên lượng phục hồi lâm sàng sau 24 giờ:** Nghiên cứu chỉ ra có sự khác biệt về tỉ lệ hồi phục tốt sau 24 giờ (điểm NIHSS sau 24 giờ giảm từ 4 điểm hoặc bằng 0 điểm) giữa hai nhóm bàng hệ tốt và không tốt trên CLVT mạch não nhiều pha. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ . Như vậy "khả năng" hồi phục tốt sau 24 giờ ở nhóm bàng hệ tốt cao gấp 5,25 lần ở nhóm bàng hệ không tốt (OR= 5,25, 95%CI (1,175; 23,457). Từ đó có kết luận rằng mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha có ảnh hưởng đến kết quả phục hồi lâm sàng sau 24 giờ.

**4.4.4. Vai trò trong tiên lượng phục hồi lâm sàng sau 03 tháng:** Nghiên cứu chỉ ra có sự tương quan nghịch tương đối chặt chẽ giữa điểm tuần hoàn bàng hệ trên CLVT mạch não nhiều pha và điểm mRS sau 3 tháng: điểm bàng hệ càng cao thì điểm mRS sau 3 tháng càng thấp và ngược lại (Spearman  $r = -0,657$ ;  $p < 0,05$ ).

Tương tự khả năng đánh giá mức độ hồi phục lâm sàng 24 giờ, khả năng đánh giá dựa trên tuần hoàn bàng hệ của CLVT mạch não nhiều pha tốt hơn so với CLVT mạch não một pha. Các giá trị diện tích dưới đường cong, AIC và BIC của CLVT mạch não nhiều pha lần lượt là 0,857; 7,285 và 10,612 trong khi các giá trị này trên CLVT mạch não một pha là 0,776; 10,13 và 10,612.

Không có bệnh nhân nào trong nhóm bàng hệ kém hồi phục tốt sau 3 tháng. Tỉ lệ hồi phục

tốt giữa hai nhóm bàng hệ tốt và không tốt là khác nhau, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Do đó, tuần hoàn bàng hệ đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng khả năng hồi phục lâm sàng của bệnh nhân.

#### 4.4.5. Vai trò trong tiên lượng chuyển dạng chảy máu sau điều trị tái thông:

Theo dõi sau điều trị tái thông, có 14 bệnh nhân chảy máu não trên phim chụp chiếm tỷ lệ 35,9%. Trong số bệnh nhân này, chỉ có 2 bệnh nhân chảy máu có triệu chứng chiếm tỉ lệ 5,1% và cả 2 bệnh nhân này có mức độ bàng hệ kém trên CLVT mạch não nhiều pha. Trong 25 bệnh nhân không chảy máu nội sọ, có 20 bệnh nhân có mức độ bàng hệ tốt chiếm tỉ lệ 71,4%. Tỉ lệ chảy máu nội sọ đặc biệt là tỉ lệ chảy máu nội sọ có triệu chứng cao hơn ở các bệnh nhân có mức độ bàng hệ không tốt ( $\leq 3$  điểm). Tuần hoàn bàng hệ kém có mối liên quan với thể tích nhồi máu lớn và cải thiện lâm sàng kém. Không giống như vòng tuần hoàn não trước với bàng hệ vỏ não rất phong phú, vòng tuần hoàn não sau rất ít các nhánh bàng hệ và diện tích nhu mô nhỏ nên hạn chế trong việc đánh giá tuần hoàn bàng hệ ở các bệnh nhân tắc vòng tuần hoàn sau. Do đó, chụp CLVT mạch não nhiều pha không có ý nghĩa ở các bệnh nhân tắc hệ sống nền.

## V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT nhiều pha có giá trị cao trong đánh giá mức độ bàng hệ ở bệnh nhân nhồi máu não tối cấp, góp phần tiên lượng khả năng hồi phục của bệnh nhân. Những bệnh nhân có bàng hệ càng tốt thì khả năng hồi phục lâm sàng càng tốt (sau 24 giờ gấp 5,25 lần nhóm bàng hệ kém, sau 3 tháng đạt), 71,4% không có chảy máu nội sọ và nguy cơ chảy máu có triệu chứng sau điều trị tái thông càng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goyal, M., B.K. Menon, and C.P. Derdeyn, *Perfusion imaging in acute ischemic stroke: let us improve the science before changing clinical practice*. Radiology, 2013. **266**(1): p. 16-21.
2. Menon, B.K., et al., *Multiphase CT angiography: a new tool for the imaging triage of patients with acute ischemic stroke*. Radiology, 2015. **275**(2): p. 510-520.
3. Donahue, J. and M. Wintermark, *Perfusion CT and acute stroke imaging: foundations, applications, and literature review*. Journal of Neuroradiology, 2015. **42**(1): p. 21-29.
4. Bang, O.Y., et al., *Collateral flow predicts response to endovascular therapy for acute ischemic stroke*. Stroke, 2011. **42**(3): p. 693-699.
5. Nambiar, V., et al., *CTA collateral status and response to recanalization in patients with acute ischemic stroke*. American Journal of Neuroradiology, 2014. **35**(5): p. 884-890.

## NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ INTERLEUKIN 17 HUYẾT THANH Ở BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TRONG ĐỢT BÙNG PHÁT

Nguyễn Chí Tuấn\*, Mai Xuân Khấn\*,  
Đỗ Khắc Đại\*\*, Trần Văn Thanh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ Interleukin 17 (IL-17) huyết thanh trong đợt bùng phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và mối liên quan với một số đặc điểm cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 44 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt bùng phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), điều trị nội trú tại Khoa Lao và bệnh phổi, Bệnh viện quân y 103 từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 5 năm 2017. Các bệnh nhân được xét nghiệm CRP, PCT, IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát. Nồng độ IL-17 huyết thanh ở người khỏe mạnh bình thường theo Miletic M. (2012) [5] là:  $0,2 \pm 0,6$  (pg/ml). **Kết quả:** 100% bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ IL-17 huyết thanh tăng, với  $\bar{x} \pm SD$  là  $1,69 \pm 0,22$ pg/ml và có tương quan thuận với CRP ( $r = 0,629, p < 0,01$ ) và PCT ( $r = 0,38, p < 0,01$ ). **Kết luận:** 100% bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt bùng phát có tăng IL-17 huyết thanh ( $\bar{x} \pm SD$  là  $1,69 \pm 0,22$ pg/ml) và có tương quan thuận với PCT, CRP.

**Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Interleukin 17 huyết thanh.

### SUMMARY

#### STUDY OF SERUM INTERLEUKIN 17 LEVELS IN EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**Objectives:** To determine serum interleukin 17 levels in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in relation with some subclinical characteristics. **Materials and Methods:** 44 patients were diagnosed with exacerbation chronic obstructive pulmonary disease (COPD), treated at Department of Tuberculosis and lung disease, Military Hospital 103 from 8/2016 to 5/2017. They were evaluated serum IL-17 levels in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. **Results:** Serum IL-17 levels increased in all of patients, mean  $1.69 \pm 0.22$  pg/ml and had positive correlation with CRP ( $r = 0,629, p < 0,01$ ) and PCT ( $r = 0,38, p < 0,01$ ). **Conclusion:** The Serum IL-17 levels did increased in all of study patients and had positive correlation with PCT, CRP.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, serum Interleukin 17.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao [1]. Các

nghiên cứu gần đây cho thấy các cytokine đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh, trong đó IL-17 là cytokine do tiểu quần thể tế bào Th17 tiết ra có tác dụng kích thích các tế bào cơ trơn đường thở tăng sản xuất một số cytokine là yếu tố chính thúc đẩy quá trình huy động các bạch cầu trung tính và đại thực bào đến lớp dưới niêm mạc của đường thở tạo nên quá trình viêm đường thở và có thể là nguyên nhân làm tăng nặng BPTNMT.

Các nghiên cứu của Svetlana (2015) và Yong (2017) cho thấy có mối liên quan giữa IL-17 huyết thanh với tình trạng bệnh ở bệnh nhân BPTNMT [2], [3]. Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào về vai trò của IL-17 huyết thanh trong BPTNMT. Do vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Xác định nồng độ Interleukin 17 huyết thanh trong đợt bùng phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và mối liên quan với một số đặc điểm cận lâm sàng.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**\*Đối tượng:** 44 bệnh nhân được chẩn đoán xác định BPTNMT, điều trị nội trú tại Khoa Lao và Bệnh phổi, Bệnh viện quân y 103 thời gian từ 8/2016 đến 5/2017.

#### **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD 2016 [4]
- Tiêu chuẩn xác định đợt bùng phát BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD 2016 [4].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân BPTNMT có kèm theo bệnh khác: nhiễm khuẩn ở cơ quan khác, bệnh lao hoặc có tiền sử bị lao phổi, Ung thư, bệnh nhân mắc các bệnh tự miễn: viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, xơ cứng bì; suy chức năng gan, suy thận, đái tháo đường,... Bệnh nhân có BPTNMT nhưng đang có chống chỉ định đo thông khí phổi, bệnh nhân không hợp tác.

**\*Nghiên cứu tiền cứu,** mô tả cắt ngang. Bệnh nhân nhập viện được khám lâm sàng, xét nghiệm CRP, PCT, định lượng nồng độ IL-17 huyết thanh. Xét nghiệm định lượng IL-17 huyết thanh được tiến hành bằng kỹ thuật hấp phụ miễn dịch vi hạt đánh dấu huỳnh quang dựa trên hệ thống phân tích Luminex 200 của hãng

\*Bệnh viện Quân y 103

\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Chí Tuấn

Email: bs.trananhtuan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

Immucor – Mỹ sản xuất tại Bộ môn Miễn dịch – Học viện quân y. Nồng độ IL-17 huyết thanh ở người khỏe mạnh bình thường theo nghiên cứu của Miletic M. (2012) [5] là:  $0,2 \pm 0,6$  (pg/ml).

**Xử lý số liệu** theo phần mềm SPSS 20.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm		n	%
Tuổi		73,18 ± 7,81	
Giới	Nam	42	95,45
	Nữ	2	4,55
Hút thuốc lá		39	88,64
Sốt		11	25
Khạc đờm tăng		31	70,45
Đờm đục		17	38,63
Khó thở tăng		44	100
Hội chứng phế quản		37	84,09
Hội chứng đông đặc		27	61,36
Khí thũng phổi		24	54,54

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ nam/nữ = 42/2, nam chiếm 95,45%, nữ chiếm 4,55%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $73,18 \pm 7,81$ . Có 39/44 bệnh nhân hút thuốc chiếm 88,64%, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây rằng tỉ lệ nam giới mắc BPTNMT luôn chiếm ưu thế và yếu tố nguy cơ cao là hút thuốc lá. Suzuki M. và cs (2014) nghiên cứu 268 bệnh nhân BPTNMT điều trị tại bệnh viện Hokkaido thấy có 253 bệnh nhân nam chiếm 94,40%, 15 bệnh nhân nữ chiếm 5,6%, tuổi trung bình là:  $70 \pm 8,35$  tuổi [6]. Trong nghiên cứu, 11 bệnh nhân (25%) có sốt, triệu chứng khó thở nặng lên chiếm: 100%, ho khạc đờm tăng (70,45%), đờm chuyển đục (38,63%), hội chứng đông đặc (61,36%), hội chứng phế quản (84,09%), khí phế thũng (54,54%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Kim Liên (2012) và các nghiên cứu trước đây.

**Bảng 2: Đặc điểm IL-17 trong đợt bùng phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**

Chỉ số		n	%
IL-17	Tăng	44	100
	Bình thường	0	0
	Giảm	0	0
	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	1,69 ± 0,22	

Vai trò của IL-17 huyết thanh trong BPTNMT được chứng minh bởi các công trình nghiên cứu của Zhang và Cheng (2013) khi nghiên cứu 94 bệnh nhân BPTNMT thấy có sự tăng IL-17 trong đờm và huyết thanh tỷ lệ thuận với tình trạng hút thuốc và giai đoạn bệnh.

Nghiên cứu nồng độ IL-17 huyết thanh chúng tôi thấy: 100% (44/44) bệnh nhân có nồng độ

IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát tăng cao, trung bình là:  $1,69 \pm 0,22$  pg/ml. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zhang L (2013) thấy nồng độ IL-17 huyết thanh ở nhóm có BPTNMT cũng cao hơn nhóm người khỏe mạnh có hút thuốc và không hút thuốc, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Yong Z (2017) thấy giá trị nồng độ IL-17 huyết thanh ở nhóm bệnh nhân BPTNMT trong đợt bùng phát ( $63,1 \text{ pg/ml}$ ,  $n = 60$ ) cao hơn nhóm chứng khỏe mạnh ( $32,5 \text{ pg/ml}$ ,  $n = 40$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [3]. Giá trị trung bình nồng độ IL-17 huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Yong Z (2017) có thể do chúng tôi xét nghiệm nồng độ IL-17 huyết thanh bằng kỹ thuật hấp phụ miễn dịch vi hạt đánh dấu huỳnh quang, còn nghiên cứu của Yong sử dụng phương pháp ELISA.

Svetlana (2015) nhận thấy có sự tăng cao của IL-17 huyết thanh ở bệnh nhân BPTNMT so với người khỏe mạnh và tương quan thuận với sự giảm FEV<sub>1</sub> ( $r = 0,53$ ,  $p = 0,001$ ), đồng thời chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa IL-17 huyết thanh với tình trạng viêm mạn tính đường thở ở bệnh nhân BPTNMT [2].

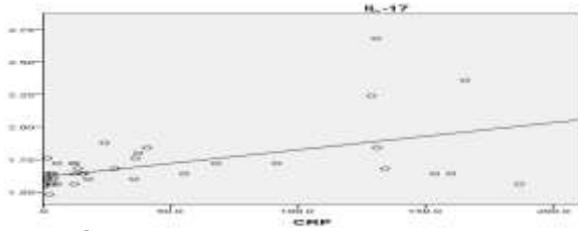
**Bảng 3: Đặc điểm nồng độ PCT, CRP huyết thanh ở nhóm nghiên cứu**

Chỉ tiêu		n	%
PCT	Tăng	28	63,63
	Bình thường	16	36,37
	$\bar{x} \pm SD$ (ng/ml)	0,39 ± 1,31	
CRP	Tăng	25	56,82
	Bình thường	19	43,18
	$\bar{x} \pm SD$ (mg/l)	39,96 ± 55,95	

PCT, CRP là các dấu ấn sinh học đặc hiệu cho các bệnh lý có tình trạng viêm và nhiễm khuẩn. Trong BPTNMT, nồng độ PCT và CRP tăng trong các đợt cấp do nhiễm khuẩn đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 63,63% bệnh nhân tăng PCT ( $\bar{x} \pm SD$ :  $0,39 \pm 1,31$ ) và có 56,82% bệnh nhân tăng CRP ( $\bar{x} \pm SD$ :  $39,96 \pm 55,95$ ). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây.

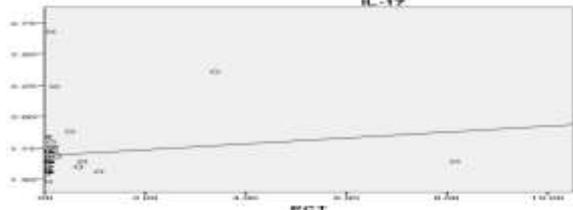
**Bảng 4. Liên quan nồng độ IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát với nồng độ PCT, CRP**

Chỉ tiêu		IL-17 (pg/ml)	P
PCT	PCT bình thường (n= 16)	1,61 ± 0,07	< 0,05
	PCT tăng (n= 28)	1,74 ± 0,26	
CRP	CRP bình thường (n= 19)	1,59 ± 0,06	< 0,05
	CRP tăng (n= 25)	1,77 ± 0,26	



**Biểu đồ 1** Mối tương quan giữa nồng độ IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát với CRP.

Nồng độ IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát BPTNMT ở các bệnh nhân tăng CRP là:  $1,77 \pm 0,26$  (pg/ml) cao hơn nhóm CRP bình thường ( $1,59 \pm 0,06$ pg/ml), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và nồng độ IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát tương quan thuận với giá trị CRP,  $r = 0,629$ ,  $p < 0,01$ . Nghiên cứu của Yong Z (2017) [3] và Zhang L (2013) nghiên cứu thấy IL-17 huyết thanh bệnh nhân BPTNMT trong đợt bùng phát và CRP có mối tương quan thuận, lần lượt là  $r = 0,506$ ,  $p < 0,001$  và  $r = 0,78$ ,  $p < 0,001$ .



**Biểu đồ 2:** Mối tương quan giữa nồng độ IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát với PCT

Mối liên quan IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát với PCT chưa được nhiều nghiên cứu đề cập. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nồng độ IL-17 trong đợt bùng phát ở các bệnh nhân tăng PCT cao hơn nhóm PCT bình thường ( $1,74 \pm 0,26$  so với  $1,61 \pm 0,07$ pg/ml), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và nồng độ IL-17 trong đợt bùng phát tương quan thuận

với giá trị PCT,  $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ , điều này có thể liên quan đến cơ chế viêm và nhiễm khuẩn.

## V. KẾT LUẬN

- Nồng độ trung bình IL-17 huyết thanh ở trong đợt bùng phát BPTNMT là:  $1,69 \pm 0,22$ pg/ml.
- 100% bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu có nồng độ IL-17 huyết thanh tăng trong đợt bùng phát.
- Nồng độ IL-17 huyết thanh trong đợt bùng phát có mối tương quan thuận với CRP và PCT lần lượt với  $r = 0,629$ ,  $p < 0,01$  và  $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Việt Nhung (2010). "Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam", *Y học thực hành*, tập 2 (704), tr. 3 - 8.
2. Svetlana S., Larisa P., Marina B., et al (2015) "Serum IL-17 and IL-18 levels in asthma-COPD overlap syndrome patients". *European Respiratory Journal* 2015, 46: PA4886.
3. Yong Z., Xi C., Jie L., et al (2017), "Serum IL-1 $\beta$  and IL-17 levels in patients with COPD: associations clinical parameters", *International Journal of COPD* 2017: 12 1247-1254.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2016). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
5. Miletic M. (2012) "Serum interleukin-17 & nitric oxide levels in patients with primary Sjögren's syndrome", *Indian J Med Res.* 2012 Apr; 135(4):513-519.
6. Suzuki M., Makita H., Ito Y. M., et al (2014), "Clinical features and determinants of COPD exacerbation in the Hokkaido COPD cohort study", *Eur Respir J*, 43(5), 1289-97. PLATINO study): a prevalence study", *Lancet*, 366(9500), 1875-81.
7. Roche N., Zureik M., Soussan D., et al (2008), "Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department", *Eur Respir J*, 32(4), 953-61.

## NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ SONG THAI CHUYỂN DẠ TỪ 28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét thái độ xử trí song thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2012-2016. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 4371 bệnh

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: trangiang@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 18.12.2017

nhân chuyển dạ đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2012 đến 31/12/2016.

**Kết quả:** Tỷ lệ mổ đẻ có xu hướng tăng dần theo từng năm và tăng dần theo tuổi thai. Tập trung nhiều nhất ở cả 2 nhóm mổ đẻ và đẻ thường là loại ngôi đầu - đầu. Trong song thai tự nhiên chủ yếu là đẻ thường cả 2 thai 84,6% và đẻ 1 thai can thiệp 1 thai 86,7%. Nhóm song thai do hỗ trợ sinh sản tỉ lệ mổ lấy thai cao hơn chiếm 55,49%. Nhóm 28 - 32 tuần có tỷ lệ đẻ thường cao nhất 37,76%. Tỷ lệ mổ đẻ cao nhất ở nhóm > 38 tuần 95,23%. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ đẻ có xu hướng tăng dần theo từng năm và tăng dần theo tuổi thai.

**Từ khóa:** song thai, mổ đẻ.

**SUMMARY**

**MANAGEMENT IN TWIN PREGNANCIES FROM 28 WEEKS GESTATION AGE DELIVERED AT NATIONAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL**

**Objective:** To study management in twin pregnancies in labor from 28 week of gestation. **Method:** This is a retrospective study among 4371 twin pregnancies in labor from 28 weeks of gestation delivered at National of Obstetrics and Gynecology Hospital from 1/1/2012 to 31/12/2016. **Results:** C-section was increasing according to gestational age. There were big proportion of normal deliveries in 2 babies (84,6%) and 86,7% needed intervention in one fetus. ART twin scored higher rate in C-section (55,49%). Group of gestational age ranging from 28-32 had highest rate of normal delivery (37,76%). The rate of C-section recorded 95,23% among over 38 week of gestation. **Conclusion:** C-section was intentionally higher according to years and gestational age.

**Keywords:** twin pregnancy, caesarean section.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Song thai là thai nghén nguy cơ cao thường gây hậu quả cho mẹ và cho thai nhi đặc biệt là đẻ non – thai non tháng gây bệnh lý và tử vong ở trẻ sơ sinh. Các thai phụ chữa song thai đối mặt với nguy cơ cao mắc một số bệnh như: đẻ non, tiền sản giật, thiếu máu, đái tháo đường thai nghén, nguy cơ băng huyết sau đẻ... Đối với thai nhi dẫn đến sự phát triển không cân xứng giữa hai thai, thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu, hội chứng truyền máu ...

Trong quá trình mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ song thai có nhiều biến chứng như đẻ non, thiếu máu, chảy máu sau đẻ... Thái độ xử

trí đẻ song thai còn nhiều tranh cãi, tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai ngày càng cao vì lý do sản khoa cũng như lý do xã hội. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu xử trí song thai chuyển dạ từ tuần 28 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh án sản phụ song thai 28 tuần trở lên chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** Hồ sơ bệnh án của các thai phụ đẻ song thai với tuổi thai từ 28 tuần trở lên tính theo kỳ kinh cuối. Trường hợp nếu không nhớ kỳ kinh cuối thì phải có siêu âm ở quý I của thai kỳ và tính chính xác được tuổi thai từ 28 tuần trở lên, được theo dõi chuyển dạ và đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có đủ thông tin bệnh án.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu**

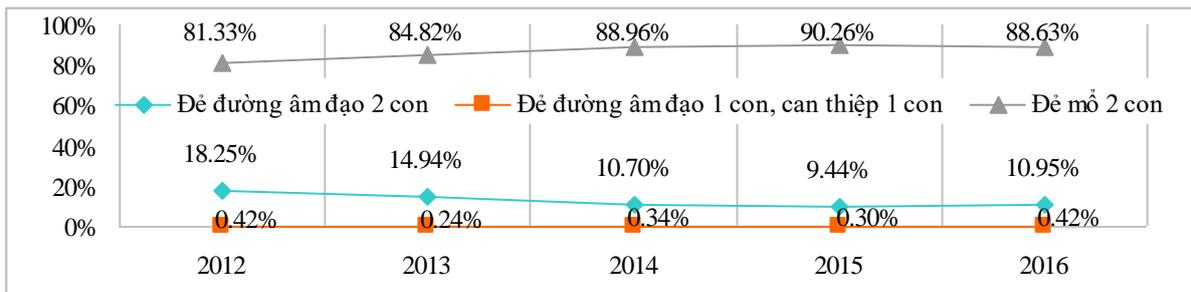
- Sản phụ sinh tại nơi khác được chuyển đến bệnh viện trong cùng thời gian nghiên cứu.
- Song thai cả 2 thai chết lưu.

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

Cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp song thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2012 đến năm 2016.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ 01/01/2012 đến 31/12/2016 chúng tôi nghiên cứu được 4371 trường hợp chuyển dạ đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản TW.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các phương pháp xử trí song thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2012 - 2016**

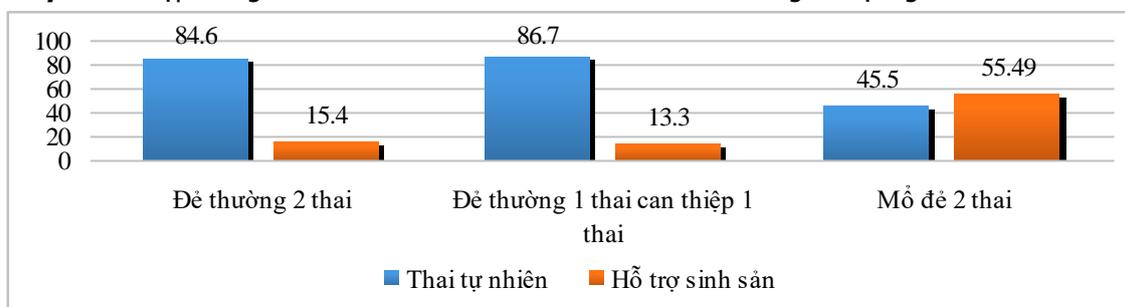
**Nhận xét:** Tỷ lệ mổ đẻ có xu hướng tăng dần theo từng năm và tăng dần theo tuổi thai. Tỷ lệ đẻ thai 1 can thiệp thai 2 là rất thấp.

**Bảng 1. Xử trí theo ngôi thai trong song thai**

Loại ngôi (thai 1 - thai 2)	Đẻ thường n (%)	Đẻ mổ n (%)	Tổng n (%)
Đầu - Đầu	301 (53,94)	1644 (43,12)	1945 (44,5)
Đầu - Mông	168 (30,10)	1084 (28,43)	1252 (28,64)
Đầu - Vai	55 (9,85)	467 (12,25)	522 (11,94)
Mông - Đầu	15 (2,69)	142 (3,72)	157 (3,59)
Mông - Vai	5 (0,91)	131 (3,44)	136 (3,11)

Mông - Mông	14 (2,51)	261 (6,85)	275 (6,29)
Vai - Đầu	0 (0)	17 (0,45)	17 (0,39)
Vai - Vai	0 (0)	24 (0,62)	24 (0,55)
Vai - Mông	0 (0)	43 (1,12)	43 (0,98)
<b>Tổng</b>	<b>558 (100)</b>	<b>3813 (100)</b>	<b>4371 (100)</b>

**Nhận xét:** Tập trung nhiều nhất ở cả 2 nhóm mổ đẻ và đẻ thường là loại ngôi đầu - đầu.



**Biểu đồ 2. Xử trí song thai theo nguyên nhân có thai**

**Nhận xét:** Trong song thai tự nhiên chủ yếu là đẻ thường cả 2 thai 84,6% và đẻ 1 thai can thiệp 1 thai 86,7%. Nhóm song thai do hỗ trợ sinh sản tỉ lệ mổ lấy thai cao hơn chiếm 55,49%.

**Bảng 2. Phân bố tuổi thai theo phương pháp xử trí trong song thai**

Tuổi thai (tuần)	28 - 32 tuần		33 - 37 tuần		≥ 38 tuần	
	n	%	n	%	n	%
Đẻ thường âm đạo 2 thai	239	37,76	249	10,67	65	4,63
Đẻ thường 1 thai, mổ 1 thai	1	0,16	5	0,22	2	0,14
Đẻ mổ 2 thai	393	62,08	2079	89,11	1338	95,23
<b>Tổng</b>	<b>633</b>	<b>100</b>	<b>2333</b>	<b>100</b>	<b>1405</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nhóm 28 – 32 tuần có tỷ lệ đẻ thường cao nhất 37,76 %. Tỷ lệ mổ đẻ cao nhất ở nhóm > 38 tuần 95,23 %.

#### IV. BÀN LUẬN

Về xử trí chuyển dạ song thai, theo biểu đồ 1, chúng tôi nhận thấy cùng với sự gia tăng của tỷ lệ song thai thì tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai cũng không ngừng tăng lên từ 81,3% năm 2012 lên 88,63% năm 2016. Nếu so sánh với tỷ lệ mổ lấy thai trong giai đoạn trước đây cũng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 1995 – 1996 theo nghiên cứu của Lê Hoàng là 14,9% thì tỷ lệ này tăng gần 6 lần [1]. So sánh về chỉ định mổ lấy thai trong song thai với các nghiên cứu khác trên thế giới như tác giả Ri-Na Su (Trung Quốc) 85,7%, AL Liu (Hồng-kông) 86%, Isa Ibrahim (Nigeria) 48,8%, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mổ trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu ở các nước Châu Á nhưng cao hơn so với các nghiên cứu ở Châu Âu, Châu Phi [2], [3], [4]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt văn hóa xã hội, kiến thức ở các khu vực, các gia đình Châu Á thường có xu hướng yêu cầu mổ đẻ nhiều hơn như trong nghiên cứu AL Liu chỉ định mổ vì yêu cầu bệnh nhân lên đến 37%, hay của Vũ Hoàng Lan chỉ định mổ do yếu tố xã hội lên đến 69,3%, trong khi các nghiên cứu ở Châu Âu và Châu Phi không thấy đề cập đến chỉ định này [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp thai 1 ngôi vai (vai - mông, vai - đầu và vai - vai) đều mổ lấy thai, thai 1 ngôi đầu tỷ lệ mổ lấy thai là thấp nhất 84,5%. Tỷ lệ mổ lấy thai ở các loại ngôi vai đều không có gì thay đổi, tuy nhiên ở các loại ngôi còn lại thì tỷ lệ mổ lấy thai đều tăng lên rõ rệt, đặc biệt trong các nhóm thai 1 ngôi đầu. Đây là hệ quả của việc tăng tỷ lệ mổ lấy thai nói chung đặc biệt là ở chỉ định mổ do yếu tố xã hội không ngừng tăng lên làm ảnh hưởng đến quyết định chuyên môn của người thầy thuốc. Cũng chính vì vậy khi so sánh với nghiên cứu của Divya Gupta thực hiện năm 2015 – 2016 ở Ấn Độ chúng ta nhận thấy chỉ định mổ ở các nhóm thai 1 ngôi đầu hoặc ngôi mông đều thấp hơn ở nước ta trong giai đoạn hiện tại [5], [6].

Biểu đồ 2 cho thấy trong nhóm đẻ thường và nhóm đẻ một thai can thiệp một thai thì chủ yếu là song thai tự nhiên mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ song thai tự nhiên chỉ chiếm dưới 50%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan (2014) hay ở 1 số nước Châu Á như AL Liu (Hồng-kông), Ri-Na Su (Trung Quốc), tuy nhiên theo nghiên cứu của một số khu vực khác trên thế giới như của Isa

Ibrahim(Nigeria) đều không thấy có sự khác biệt về cách xử trí giữa hai nhóm có thai tự nhiên và hỗ trợ sinh sản [2], [2], [3],[4],[5]. Điều này cho thấy có thể do quan điểm con quý con hiếm ở các nước Châu Á đã làm ảnh hưởng đến chỉ định mổ của bác sỹ sản khoa, làm tỷ lệ mổ do yếu tố xã hội tăng lên. Đây cũng là điểm đáng lo ngại trong bối cảnh chúng ta đang cố gắng hạ thấp tỷ lệ mổ lấy thai vì những nguy cơ có thể xảy ra cho sản phụ trong và sau cuộc mổ, cũng như những hệ lụy về sau như chữa vết mổ, rau cài răng lược, vỡ tử cung...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai tăng dần theo tuổi thai (ở nhóm sản phụ có tuổi thai 28 - 32 tuần là 62,08%, 33 - 37 tuần là 89,11% và nhóm >38 tuần là 95,23%). Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt năm 2006- 2007 (nhóm 28 - 32 tuần là 15,6%, 33 - 37 tuần là 64,4%, nhóm tuổi thai ≥ 38 tuần là 77,4%) [7]. Như vậy, so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt có sự nhảy vọt về tỷ lệ mổ lấy thai đặc biệt ở nhóm 28 - 32 tuần. Sản phụ có tuổi thai trên 33 tuần đa số được mổ lấy thai, nhóm 28 - 32 tuần tỷ lệ mổ cũng tăng lên chủ yếu do những năm gần đây có sự phát triển mạnh của kỹ thuật chăm sóc sơ sinh non tháng làm tăng tỷ lệ sống của trẻ non tháng, nhe cân nên tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm tuổi thai thấp cũng tăng lên, hơn nữa ngày nay quan niệm con quý con hiếm nên áp lực từ gia đình và xã hội

cũng khiến các bác sỹ chỉ định mổ lấy thai rộng rãi hơn ở những trường hợp mà trẻ sơ sinh có khả năng nuôi được.

## V.KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ đẻ có xu hướng tăng dần theo từng năm và tăng dần theo tuổi thai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Tuấn Lê Hoàng (1997)**, *Một số nhận xét về đẻ sinh đôi tại viện BV BMTSS trong 2 năm 1995 - 1996*, Công trình nghiên cứu khoa học viện BV BMTSS.
2. **Ri-Na Su, Wei-Wei Zhu, Yu-Mei Wei**. Maternal and neonatal outcomes in multiple pregnancy: A multicentre study in the Beijing population. *Chronic Diseases and Translational Medicine 1* (2015) 197 - 202.
3. **AL Liu, WK Yung, HN Yeung**. Factors influencing the mode of delivery and associated pregnancy outcomes for twins: aretrospective cohort study in a public hospital. *Hong Kong Med J 2012*;18:99-107.
4. **Isa Ibrahim, Abisoye Oyeyem, Abhulimen Obilah**. Twin pregnancies in the Niger Delta of Nigeria. *International Journal of Women's Health 2012*:4.
5. **Vũ Hoàng Lan**. *Nghiên cứu xử trí song thai chuyển da đẻ tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương*. Luận văn thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Divya Gupta et al**. To find perinatal outcome in twins with different modes of delivery at a tertiary care centre. *Sch. Acad. J. Biosci.*, Jul 2017; 5(7): tr. 488-492.
7. **Nguyễn Minh Nguyệt (2007)**. *Nghiên cứu tỷ lệ các phương pháp xử trí và kết quả đẻ song thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai giai đoạn năm 1996 - 1997 và năm 2006 - 2007*. Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Hà Nội.

## PHÂN TÍCH KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG KINH DOANH CỦA MỘT SỐ DOANH NGHIỆP ĐƯỢC PHẪM VỪA VÀ NHỎ TẠI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2013 - 2016

Nguyễn Nhật Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Song Hà<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Vân<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu.** Bài báo này được thực hiện nhằm mục tiêu phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của các công ty Bali, công ty ANPER, công ty APEC và công ty HP trong giai đoạn 2013 đến 2016. **Phương pháp nghiên cứu.** Tiến hành thu thập số liệu về kết quả hoạt động kinh doanh của các công ty từ các báo cáo

tài chính của các công ty sử dụng phiếu trích xuất số liệu được thiết kế sẵn. **Kết quả và bàn luận.** Tình hình kinh doanh của các công ty Bali, ANPER, APEC và HP tương đối khả quan, thể hiện qua doanh thu bán hàng tăng đều qua các năm, lợi nhuận đều dương và tăng dần đều. Tỷ trọng giá vốn bán hàng trong tổng chi phí của các công ty đều duy trì ở mức trên 80% trong cả giai đoạn. Tính toán các chỉ tiêu khác cũng cho thấy mức độ độc lập về mặt tài chính, cơ cấu nguồn vốn, cơ cấu tài sản và khả năng thanh toán của các công ty. **Kết luận.** Các thông tin này đóng vai trò quan trọng trong cung cấp thông tin về kết quả hoạt động kinh doanh của các doanh nghiệp được quy mô vừa và nhỏ trên thị trường trong giai đoạn 2013-2016

**Từ khóa:** kết quả hoạt động kinh doanh, công ty Bali, công ty ANPER, công ty APEC, công ty HP, công ty vừa và nhỏ.

<sup>1</sup>Công ty TNHH Dược phẩm 1 IP

<sup>2</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

<sup>3</sup>Văn Phòng Chính phủ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Hải

Email: haiduocpham1@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

**SUMMARY****ANALYSIS OF BUSINESS PERFORMANCE OF SOME SMALL AND MEDIUM SIZE PHARMACEUTICAL ENTERPRISES IN VIETNAM IN THE PERIOD 2013 - 2016**

**Objective.** This paper aims to analyze the business performance of Bali, ANPER, APEC and HP company in the 2013-2016 period. **Method.** Collect data on business results of companies from financial reports of companies using pre-designed data collection forms. **Results and discussion.** The situation of business performance of Bali, ANPER, APEC and HP is relatively positive, reflected by the gradually increase of sales over the years and increasingly positive profits. The share of cost of goods sold in the total cost of the companies is maintained at over 80% over the period. The calculation of other indicators also shows the situation of financial independence, capital structure, asset structure and solvency of companies. **Conclusion.** This study provides important information on business performance of small and medium sized pharmaceutical enterprises in the local market in the period 2013-2016.

**Keywords:** business performance, Bali, ANPER, APEC, HP.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trong bối cảnh nhu cầu sử dụng thuốc của người dân Việt Nam càng ngày càng tăng, ước tính chi tiền thuốc bình quân trên đầu người tăng từ 13 USD vào năm 2007 lên đến 56 USD vào năm 2017 [1] đi đôi với nhu cầu tiếp cận thuốc chất lượng cao, đòi hỏi ngành dược Việt Nam nói chung và từng doanh nghiệp nói riêng phải không ngừng phát triển về quy mô và chất lượng để thực hiện được một trong các mục tiêu chính của chính sách quốc gia về thuốc "cung ứng đủ thuốc có chất lượng với giá cả hợp lý" [2]. Bức tranh về kết quả hoạt động kinh doanh của các doanh nghiệp dược phẩm tại Việt Nam trong giai đoạn gần đây là đặc biệt quan trọng để đo lường việc thực hiện mục tiêu nói trên.

Hiện nay, các doanh nghiệp dược Việt Nam chủ yếu vẫn thuộc nhóm doanh nghiệp vừa và nhỏ [3], thông tin về kết quả hoạt động kinh doanh của các doanh nghiệp này lại nhiều, do đó nghiên cứu này tập trung vào nhóm các doanh nghiệp vừa và nhỏ để đưa ra bức tranh khái quát về kết quả hoạt động kinh doanh của các doanh nghiệp này. Các doanh nghiệp vừa và nhỏ được lựa chọn để đưa vào nghiên cứu này bao gồm Công ty TNHH một thành viên dược phẩm Bali (gọi tắt là Công ty Bali); Công ty cổ phần dược phẩm ANPER Pháp (viết tắt là Công ty ANPER); Công ty Cổ phần Thương mại Xuất nhập khẩu APEC (viết tắt là Công ty APEC); và Công ty Cổ

phần Thương mại và thiết bị Y tế HP (viết tắt là Công ty HP).

Đối với mỗi công ty, phân tích chi tiết kết quả hoạt động kinh doanh trong giai đoạn đã qua giúp cung cấp các thông tin quan trọng giúp cho lãnh đạo của các công ty nhìn lại hoạt động trong giai đoạn đã qua, góp phần xây dựng những mục tiêu hoạt động phù hợp trong tương lai. Vì lý do đó, bài báo này được thực hiện nhằm mục tiêu phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của các công ty Bali, công ty ANPER, công ty APEC và công ty HP trong giai đoạn 2013 đến 2016.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm toàn bộ dữ liệu về kết quả kinh doanh của Công ty Bali, Công ty ANPER, Công ty APEC và Công ty HP được hồi cứu từ các tài liệu sẵn có sau: Bảng cân đối kế toán của Công ty Bali, Công ty ANPER, Công ty APEC và Công ty HP, giai đoạn 2013-2016; Bảng báo cáo kết quả hoạt động kinh doanh của Công ty Bali, Công ty ANPER, Công ty APEC và Công ty HP, giai đoạn 2013-2016; Báo cáo lưu chuyển tiền tệ của Công ty Bali, Công ty Bali, Công ty ANPER, Công ty APEC và Công ty HP, giai đoạn 2013-2016.

**Biến số nghiên cứu:** Các biến số cơ bản được thu thập bao gồm tổng doanh thu, doanh thu bán hàng, các khoản giảm trừ doanh thu, chiết khấu bán hàng, giảm giá hàng hóa, hàng hóa bị trả lại, tổng doanh thu thuần, giá vốn hàng bán, lợi nhuận gộp, tổng chi phí, chi phí bán hàng, chi phí tài chính, chi phí quản lý doanh nghiệp, chi phí khác, lợi nhuận thuần, lợi nhuận sau thuế, tổng nguồn vốn, cơ cấu nguồn vốn, vốn lưu động, tình hình phân bổ nguồn vốn, tiền và tương đương tiền, nợ phải thu, hàng tồn kho, nợ ngắn hạn.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu dựa trên mẫu trích xuất số liệu được thiết kế sẵn trên định dạng excel để thu thập các số liệu từ phần mềm kế toán của các công ty.

**Nhập liệu và làm sạch số liệu:** Số liệu được nhập, làm sạch và quản lý bằng phần mềm Excel 2010.

**Phương pháp phân tích số liệu:** Áp dụng phương pháp so sánh (theo thời gian) và phương pháp tỷ trọng trong phân tích kết quả hoạt động kinh doanh.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Bảng 1 trình bày tóm tắt một số chỉ tiêu điển hình mô tả kết quả hoạt động kinh doanh của các công ty trong giai đoạn 2013-2016.

**Bảng 3: Một số chỉ tiêu phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của các công ty Bali, ANPER, APEC và HP giai đoạn 2013-2016**

Một số chỉ tiêu	Công ty Bali				Công ty ANPER			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Tổng doanh thu thuần	12.956	16.520	24.826	38.775	52.652	64.044	67.313	73.963
Giá vốn	11.668	15.979	21.599	34.988	45.242	57.070	58.949	63.209
Tổng chi phí	12.930	16.494	24.791	38.729	52.706	63.956	67.188	73.853
Tổng doanh thu	20,1	20,7	27,1	37,1	-69,8	67,8	76,3	79,1
Hệ số tài trợ	0,7	0,55	0,46	0,28	0,29	0,34	0,29	0,25
Hệ số khả năng thanh toán tổng quát	3,31	2,22	1,86	1,38	1,40	1,52	1,41	1,34
Hệ số khả năng thanh toán nợ ngắn hạn	2,64	1,99	1,54	1,25	1,36	1,74	1,36	1,29
Hệ số khả năng thanh toán nhanh	0,79	1,26	0,85	0,63	0,37	0,64	0,53	0,42
Hệ số khả năng thanh toán tức thời	0,28	0,06	0,08	0,22	0,05	0,14	0,12	0,08
Hệ số giữa nợ phải thu với nợ phải trả	0,40	1,09	0,65	0,33	0,31	0,41	0,41	0,33
Số vòng quay các khoản phải thu	1,19	1,62	1,13	0,88	0,92	1,22	1,14	0,94
Số vòng quay các khoản phải trả	1,07	1,53	1,06	1,18	1,21	1,26	1,10	1,09
ROE	0,0045	0,0025	0,0027	0,0037	(0,0096)	0,0067	0,0075	0,0077
ROS	0,0016	0,0013	0,0011	0,0009	(0,0013)	0,0011	0,0011	0,0011
Một số chỉ tiêu	Công ty APEC				Công ty HP			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Tổng doanh thu thuần	4.767	25.966	43.065	81.029	31.420	55.875	84.346	95.296
Giá vốn	3.880	22.031	38.955	74.918	28.079	51.205	80.212	90.498
Tổng chi phí	4.729	25.924	42.959	80.806	31.389	55.822	84.261	95.203
Tổng doanh thu	30,5	42,1	106,8	222,8	31,0	53,3	84,3	93,0
Hệ số tài trợ	0,37	0,46	0,31	0,33	0,62	0,23	0,20	0,28
Hệ số khả năng thanh toán tổng quát	1,59	1,86	1,45	1,50	2,62	1,29	1,25	1,38
Hệ số khả năng thanh toán nợ ngắn hạn	1,57	1,85	1,42	1,49	2,53	1,27	1,22	1,33
Hệ số khả năng thanh toán nhanh	1,11	1,46	1,00	0,74	1,35	0,62	0,79	1,00
Hệ số khả năng thanh toán tức thời	0,67	0,40	0,36	0,09	0,12	0,10	0,05	0,14
Hệ số giữa nợ phải thu với nợ phải trả	0,42	0,99	0,62	0,65	1,16	0,50	0,73	0,86
Số vòng quay các khoản phải thu	2,00	1,66	0,58	1,47	1,17	1,51	1,10	0,91
Số vòng quay các khoản phải trả	0,00	1,32	1,16	1,02	1,40	1,73	0,78	0,97
ROE	0,0101	0,0036	0,0093	0,0194	0,0016	0,0028	0,0057	0,004916
ROS	0,0064	0,0013	0,0019	0,0022	0,0007	0,0007	0,0010	0,000762

Doanh thu bán hàng của các công ty được phẩm đều tăng qua các năm từ 2013 đến 2016. Tuy nhiên, có sự khác nhau về mức tăng và tốc độ tăng của từng công ty. Công ty Bali có sự tăng đều theo từng năm, đến 2016 thì doanh thu bán hàng tăng gấp 3 lần so với năm 2013. Tương tự, doanh thu của công ty ANPER tăng từ

52,6 tỷ đồng năm 2013 lên 73,9 tỷ đồng năm 2016. Công ty HP tăng từ 31,4 tỷ đồng năm 2013 lên 95,3 tỷ đồng năm 2016, gấp hơn 3 lần so với 2013. Riêng công ty APEC cho thấy sự tăng trưởng đột biến trong thời gian gần đây. Cụ thể, doanh thu của công ty đã tăng thêm khoảng 22-23 tỷ mỗi năm sau các năm 2014 và 2015;

đến năm 2016, con số tăng thêm so với năm 2015 xấp xỉ 40 tỷ đồng. Kết quả cho thấy lợi nhuận sau thuế của các công ty khá ổn định có sự khác nhau và có sự thay đổi theo thời gian trong mỗi công ty. Lợi nhuận sau thuế của công ty Bali chỉ tăng nhẹ vào năm 2015 và 2016, cụ thể là lợi nhuận sau thuế của công ty này năm 2013 vào khoảng 20 triệu đồng, đến năm 2014 vẫn ổn định ở mức 21 triệu đồng, đến năm 2015 tăng nhẹ lên thành 27 triệu đồng và đến năm 2016 tiếp tục tăng nhẹ, đạt mức 37 triệu đồng. Trong khi đó, lợi nhuận sau thuế của công ty ANPER chứng kiến một sự thay đổi đáng kể từ năm 2013 và năm 2014. Cụ thể, lợi nhuận sau thuế của công ty này ở mức âm, vào khoảng 70 triệu đồng; đến năm 2014 con số lợi nhuận đã đạt mức dương 68 triệu đồng; và tăng lên 79 triệu đồng vào năm 2016. Công ty APEC cũng cho thấy một sự tăng lên đáng ghi nhận về lợi nhuận sau thuế ở năm 2016 (178 triệu đồng) so với mức 31 triệu đồng ở năm 2013. Tương tự, lợi nhuận sau thuế của công ty HP cũng hầu hết tăng lên qua các năm từ mức 23 triệu đồng năm 2013, đạt mức cao nhất là 84 triệu đồng năm 2015; tuy nhiên lại có sự giảm nhẹ vào năm 2016 xuống còn 73 triệu đồng.

Vốn chủ sở hữu của các công ty Bali; ANPER và APEC đều tăng ở năm 2014 so với 2013, tuy nhiên, không thay đổi đáng kể trong từ 2014-2016. **Hệ số tài trợ** của các công ty có xu hướng giảm theo thời gian. Hệ số tài trợ của công ty Bali năm 2013 có giá trị lớn nhất trong giai đoạn nghiên cứu (tương đương 0,7) và trị số giảm dần qua thời gian, đến năm 2015 chỉ còn là 0,45 (dưới 0,5) và đến năm 2016 chỉ còn 0,28. Tương tự, hệ số này cũng giảm ở ba công ty ANPER, APEC và HP ở mức lần lượt là 0,29; 0,37; 0,62 vào năm 2013 và xuống còn mức lần lượt 0,25; 0,33; 0,28 ở năm 2016. Hay nói cách khác là đến năm 2016, vốn chủ sở hữu của bốn công ty thuộc nghiên cứu lần lượt chỉ chiếm 28%, 25%, 33% và 28%.

**Hệ số khả năng thanh toán tổng quát** có xu hướng giảm theo thời gian ở cả bốn công ty trong nghiên cứu. Hệ số này của công ty Bali 2013 có giá trị lớn nhất (3,31) và giảm dần, đến 2015 chỉ còn là 1,86 đến 2016 còn 1,38. Công ty HP cũng có hệ số này cao nhất vào 2013 và có xu hướng giảm dần xuống giá trị 1,38 năm 2016. Trong khi đó, hệ số này của công ty ANPER tăng từ 1,40 (2013) lên 1,52 (2014) và giảm xuống ở 2 năm kế tiếp; còn lại 1,34 vào năm 2016. Tương tự, hệ số khả năng thanh toán tổng quát của công ty APEC tăng từ 1,59 (2013) lên 1,86 (2014); nhưng giảm xuống 1,50 (2016).

**Hệ số giữa nợ phải thu so với nợ phải trả** của công ty Bali tăng đột biến vào năm 2015 sau đó lại có xu hướng giảm theo thời gian. Hệ số giữa nợ phải thu so với nợ phải trả của năm 2013 có giá trị bằng 0,4 và tăng lên thành 1,09 và giảm dần qua thời gian, đến năm 2015 chỉ còn là 0,65 và đến năm 2016 chỉ còn 0,33. Tương tự, hệ số giữa nợ phải thu so với nợ phải trả của công ty APEC cũng tăng từ 0,42 năm 2013 lên 0,99 năm 2014 và giảm xuống từ năm 2015 và xuống còn 0,65 vào năm 2016. Trong khi đó, hệ số này của công ty ANPER tăng từ 0,31 năm 2013 lên 0,41 năm 2016 và duy trì ở con số này năm 2015 rồi giảm xuống 0,33 năm 2016. Ngược lại, hệ số này ở công ty HP lại giảm từ 1,16 năm 2013 xuống 0,50 năm 2014 và tăng trở lại ở 2 năm tiếp theo và ở mức 0,86 vào năm 2016.

**Hệ số vòng quay các khoản phải thu** ở công ty Bali năm 2013 là 1,19 vòng, tăng đột biến vào 2015 lên thành 1,62 vòng, sau đó lại có xu hướng giảm theo thời gian, đến 2015 chỉ còn là 1,13 vòng và đến 2016 chỉ còn 0,88 vòng. Trong khi đó, ở công ty ANPER, hệ số vòng quay các khoản phải thu năm 2013 chỉ có 0,92 vòng, tăng lên ở mức 1,22 năm 2014, rồi lại giảm ở các năm 2015, 2016 và còn 0,94 năm 2016. Công ty APEC chứng kiến sự thay đổi đáng lưu ý trong hệ số vòng quay các khoản phải thu qua các năm. Con số này của công ty ở mức cao nhất là 2,00 vào năm 2013 và giảm mạnh xuống còn 0,58 vào năm 2015, sau đó tăng mạnh và đạt mức 1,47 vào năm 2016.

**Hệ số vòng quay các khoản phải trả** của công ty Bali năm 2013 là 1,07 vòng, tăng đột biến vào năm 2015 lên thành 1,53 vòng, sau đó lại giảm, đến năm 2015 chỉ còn là 1,06 vòng và đến năm 2016 tăng nhẹ lên thành 1,18 vòng. Trong khi đó, hệ số vòng quay các khoản phải trả của công ty ANPER có xu hướng giảm qua các năm, năm 2013 là 1,21 vòng xuống còn 1,09 vòng năm 2016. Hệ số vòng quay các khoản phải trả của công ty APEC giảm dần từ năm 2014 (1,32 vòng) xuống còn 1,02 năm 2016. Con số này ở công ty HP lại có sự tăng từ 1,40 vòng ở năm 2013 lên 1,73 vòng năm 2014.

**Hệ số sức sinh lợi của vốn chủ sở hữu (return on equity – ROE)** của cả 4 công ty qua các năm không có sự thay đổi đáng kể. **Sức sinh lợi của doanh thu thuần (doanh thu bán hàng – Return on sales ROS)** của cả 4 công ty mặc dù đều ở mức dương nhưng ở mức rất thấp.

#### IV. BÀN LUẬN

Tình hình kinh doanh của các công ty được phẩm trong nghiên cứu đều tương đối khả quan.

Nếu như một số công ty trong lĩnh vực có xu hướng thay đổi doanh thu ở mức khá khiêm tốn như Công ty cổ phần Dược – thiết bị Y tế Đà Nẵng có tổng tốc độ tăng doanh thu là 71,3% và trung bình năm là 14,2%/năm trong giai đoạn 2009-2013 [4]. Tương tự như vậy, các đơn vị kinh doanh dược phẩm khác trong giai đoạn 2009 – 2013 có tỷ lệ tăng trưởng doanh thu không nhiều, cao nhất là Công ty Cổ phần Dược Lâm Đồng với tỷ lệ tăng trưởng là 20,8%/năm, sau đó đến công ty Cổ phần Y dược phẩm Vimedimex với tỷ lệ tăng trưởng là 19,9%/năm. Trong khi đó, công ty Bali có tổng tốc độ tăng doanh thu lên đến 199% với tốc độ trung bình là 44,7%/năm từ năm 2013-2016, riêng nhóm khách hàng nhà thuốc bệnh viện có tổng tốc độ tăng doanh thu khiêm tốn vào mức 46% trong cả 4 năm và trung bình là 14%/năm tương tự như Công ty cổ phần Dược – thiết bị Y tế Đà Nẵng. Trong khi đó tỷ lệ tăng trưởng của công ty APEC đột biến lên đến 199,6%/năm. Sự khác biệt này có thể đến từ quy mô của doanh nghiệp cũng như đặc thù của các sản phẩm và kênh phân phối của các doanh nghiệp. Mặc dù đây là dấu hiệu khả quan về tình hình kinh doanh của công ty, tuy nhiên, điều này có thể lý giải do công ty có quy mô không lớn, nên việc tăng trưởng về doanh thu dễ dàng đạt tỷ lệ cao hơn so với các công ty có quy mô lớn, thời gian kinh doanh lâu dài trên thị trường.

Khi xem xét đến lợi nhuận từ hoạt động kinh doanh của các công ty, khoản này có sự tăng trưởng tương tự như tổng doanh thu. Tổng quan tài liệu cho thấy, các đơn vị kinh doanh dược phẩm trong giai đoạn 2009 – 2013 có tỷ lệ tăng trưởng lợi nhuận không nhiều, cao nhất là Công ty Cổ phần Dược phẩm Hà Tây với tỷ lệ tăng trưởng là 20,8%, sau đó đến Công ty Cổ phần Dược phẩm Bến Tre với tỷ lệ tăng trưởng là 11,3%, tuy nhiên, Công ty cổ phần Y dược phẩm Vimedimex lại chịu sự sụt giảm tỷ lệ này lên đến 3,7%. Như vậy, tỷ lệ này của công ty Bali là 23,6%/năm trong giai đoạn 2013-2016 tương tự như xu thế kinh doanh của các công ty cùng ngành nghề. Tuy nhiên, là thấp nhất so sánh với các công ty ANPER, APEC và HP.

Khi xem xét tỷ trọng vốn chủ sở hữu trong tổng nguồn vốn, hay còn gọi là tỷ suất tài trợ (thực chất là một cách tính khác của chỉ tiêu hệ số tài trợ) cho ta thấy trong tổng số vốn tài trợ tài sản của công ty, vốn chủ sở hữu chiếm bao nhiêu %. Về mặt lý thuyết trị số của chỉ tiêu này càng lớn, chứng tỏ tài sản của công ty được đầu tư bằng vốn chủ sở hữu càng cao, mức độ độc

lập về mặt tài chính của công ty càng lớn. Thực tế, tỷ suất này của công ty Bali có sự thay đổi đáng kể, năm 2014 có sự tăng về mặt giá trị sau đó không có sự thay đổi nhiều vào các năm 2015 và 2016. Tuy xét về giá trị tuyệt đối, vốn chủ sở hữu tăng lên và giữ nguyên nhưng vì có sự điều chỉnh tổng nguồn vốn của công ty nên tỷ trọng của vốn chủ sở hữu trong tổng nguồn vốn có sự thay đổi đáng kể, năm 2013 chiếm 69,77%, đến năm 2014 chỉ còn 55,01%, đến năm 2015 tỷ trọng của vốn chủ sở hữu tiếp tục giảm xuống còn 46,16% và tiếp tục giảm xuống còn 27,76% vào năm 2016. Nhìn chung nhóm các doanh nghiệp dược phẩm đều duy trì cơ cấu nguồn vốn khá lành mạnh, vốn chủ sở hữu bình quân chiếm đến 66% cơ cấu nguồn vốn. Trong đó, Công ty Cổ phần Dược phẩm Imexpharm là doanh nghiệp có tỷ trọng vốn chủ sở hữu cao nhất (83%). Khi so sánh với các doanh nghiệp kinh doanh dược phẩm khác, kết quả cho thấy, tỷ suất này của công ty Bali hiện đang ở trạng thái chưa được tốt như các doanh nghiệp kinh doanh cùng ngành nghề và Ban Giám đốc công ty cần chú trọng điều chỉnh trong thời gian tới.

Hệ số nợ hay tỷ trọng nợ phải trả trong tổng nguồn vốn phản ánh trong tổng số vốn tài trợ tài sản của công ty, nợ phải trả chiếm bao nhiêu %. Ngược lại với chỉ tiêu tỷ suất tài trợ, trị số của chỉ tiêu này càng lớn, tài sản của doanh nghiệp được tài trợ bằng nguồn vốn chiếm dụng càng cao, mức độ độc lập của doanh nghiệp càng giảm. Tổng quan tài liệu chỉ ra rằng, nhóm doanh nghiệp kinh doanh dược phẩm thường có tỷ trọng nợ phải trả tương đối cao trong cơ cấu nguồn vốn (bình quân khoảng 70%) và chủ yếu là nguồn vốn vay. Trong đó, Công ty Cổ phần Y dược phẩm Vimedimex là doanh nghiệp có tỷ trọng Nợ/Vốn chủ sở hữu cao nhất, nợ phải trả chiếm 97%. Tỷ trọng nợ phải trả tại Công ty Dược phẩm Trung ương 1 – chi nhánh Bắc Giang là 100% [5], Công ty cổ phần dược – vật tư y tế tỉnh Lào Cai >54% [6], Công ty cổ phần thiết bị y tế và dược phẩm Nghệ An trong khoảng 56 – 76% [7], như vậy thì hệ số nợ của các công ty trong nghiên cứu này là khá tương đồng với các doanh nghiệp kinh doanh dược phẩm khác.

Tổng quan tài liệu cho thấy, Công ty Dược phẩm Trung ương 1 – chi nhánh Bắc Giang có số vòng quay nợ phải thu giảm mạnh giữa giai đoạn còn 1,5, các khoản phải thu chiếm tỷ trọng quá cao trên 90%. Trong khi đó, Công ty cổ phần dược – vật tư y tế tỉnh Lào Cai có số vòng quay nợ phải thu tăng dần, từ 3,8 lên 8,5. Khi so sánh với các công ty kinh doanh cùng ngành nghề thì số

vòng quay các khoản phải thu của công ty Bali ở mức tương đồng với Công ty Dược phẩm Trung ương 1-chỉ nhánh Bắc Giang và thấp hơn nhiều so với Công ty cổ phần dược-vật tư y tế tỉnh Lào Cai, như vậy có thể tạm kết luận là công ty Bali cũng như các công ty còn lại thu hồi tiền hàng kịp thời, ít bị chiếm dụng vốn và không gây khó khăn cho khách hàng với phương thức thanh toán của công ty.

## V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, tình hình kinh doanh của các công ty Bali, ANPER, APEC và HP tương đối khả quan, thể hiện qua doanh thu bán hàng tăng đều qua các năm, lợi nhuận đều dương và tăng dần đều. Tỷ trọng giá vốn bán hàng trong tổng chi phí của các công ty đều duy trì ở mức trên 80% trong cả giai đoạn. Tổng tài sản của các công ty Bali và ANPER trong giai đoạn nghiên cứu tăng dần theo thời gian. Riêng công ty APEC và HP có xu hướng tăng giai đoạn 2013-2015 và giảm xuống trong năm 2016. Thông tin này cho thấy quy mô hoạt động của các công ty phần lớn đang ngày càng được mở rộng, trên đà phát triển.

**Hệ số khả năng thanh toán tổng quát và hệ số khả năng thanh toán nợ ngắn hạn** của cả 4 công ty cho thấy khả năng thanh toán chung và thanh toán nợ ngắn hạn của các công ty có xu hướng giảm theo thời gian.

**Hệ số khả năng thanh toán nhanh** của các công ty cũng có xu thế giảm dần, mặc dù dao động và có trị số khác nhau nhưng đều có giá trị lớn hơn 1 và nhỏ hơn 2, cho thấy mặc dù đảm bảo cho khả năng thanh toán nhanh nhưng khả năng thanh toán nhanh nợ ngắn hạn đang trong xu thế giảm dần và không tốt.

**Hệ số khả năng thanh toán tức thời** của các công ty ở tất cả các thời điểm đều nhỏ hơn 1 và trong xu thế giảm dần, cho thấy khả năng thanh toán tức thời nợ ngắn hạn của các công ty đang trong xu thế giảm dần và không tốt.

**Số vòng quay các khoản phải thu** của các công ty Bali, ANPER, APEC và HP trong xu thế giảm theo thời gian cho thấy xu hướng thu hồi hàng kịp thời ít bị chiếm dụng vốn và không gây khó khăn cho khách hàng với phương thức thanh toán hiện tại.

**Số vòng quay các khoản phải trả** của các công ty lại trong xu thế tăng lên theo thời gian nhưng ở mức không cao thể hiện các công ty không gặp nhiều khó khăn trong huy động vốn trả nợ suốt giai đoạn nghiên cứu

**Chỉ tiêu sức sinh lợi của vốn chủ sở hữu (ROE)** của công ty Bali tương tự với công ty ANPER và HP cho thấy các công ty này vẫn chưa thực sự sử dụng hiệu quả vốn chủ sở hữu, cần thiết phải chú trọng trong hoạt động quản lý tài chính để cải thiện chỉ tiêu này.

**Sức sinh lợi của doanh thu thuần (ROS)** của các công ty APEC, Bali có xu hướng giảm theo thời gian. Các giá trị này ở ANPER và HP ở mức thấp hơn khá nhiều.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quản lý Dược (2015), Báo cáo tổng kết ngành dược năm 2015 và định hướng công tác dược năm 2016, Hà Nội và Vietnam Report 2017.
2. Thủ tướng chính phủ (2014), Quyết định số 69/QĐ-TTg ngày 10/01/2014 phê duyệt chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030
3. Diễn đàn doanh nghiệp Việt Nam (2017), Báo cáo tài chính doanh nghiệp Việt Nam, Hà Nội, Vn
4. Võ Anh Hùng (2015), Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của công ty cổ phần dược - thiết bị y tế Đà Nẵng Darpharco giai đoạn 2009-2013.
5. Trần Ánh Vân Hương (2016), Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của công ty dược phẩm trung ương 1-chỉ nhánh Bắc Giang giai đoạn 2010-2014.
6. Nguyễn Đắc Tuấn (2016), Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của công ty cổ phần dược vật tư y tế tỉnh Lào cai giai đoạn 2010-2014.
7. Hoàng Thị Thúy Phượng (2016), Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của công ty cổ phần thiết bị y tế và dược phẩm Nghệ An giai đoạn 2011-2015.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH

Trần Văn Công Thắng\*, Lê Việt Thắng\*

### TÓM TẮT

\* Học viện Quân Y

\*\* Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Công Thắng

Email: rdthang128@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm và các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở bệnh nhân (BN) suy tim mạn tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu trên 121 BN suy tim mạn tính (57 nam và 64 nữ, tuổi trung bình là 69,69 ± 12,91), chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ thiếu máu là 52,1%; chủ yếu là thiếu máu đẳng sắc (81,8%) với mức độ nhẹ (28,1%) và vừa (21,5%), nồng độ HST trung bình 122,12 ± 20,41 g/l. HST có mối tương quan nghịch với hs-CRP (r = - 0,30; p < 0,05), và có

mối tương quan thuận với albumin huyết thanh ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Thiếu máu là biểu hiện thường gặp và có liên quan đến một số đặc điểm ở bệnh nhân suy tim mạn tính.

**Từ khóa:** Suy tim mạn tính, Thiếu máu, Viêm mạn tính.

**SUMMARY**

**SURVEY ON FEATURES OF ANEMIA IN CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS**

**Objective:** Evaluate characteristics of anemia and some related factors chronic heart failure patients. **Method:** Cross – sectional study. **Results:** The study has done on 121 chronic heart failure patients (57 males and 64 females, mean age was  $69.69 \pm 12.91$ ). The result showed: the prevalence of anemia was 52.1%; most of them were normochromic anemia (81.8%) with mild (28.1%) and moderate (21.5%) levels. Average level of hemoglobin was  $122.12 \pm 20.41$  g/l. We detected for a negative correlation between Hb and hs-CRP ( $r = - 0.30$ ,  $p < 0.05$ ), and a positive correlation and serum albumin ( $r = 0.33$ ,  $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The anemia was common and related to some features of chronic heart failure patients.

**Key words:** Chronic heart failure, Anemia, Chronic inflammation.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Suy tim là hậu quả cuối cùng của các bệnh tim mạch và ngày càng phổ biến, ước tính tỉ lệ hiện mắc là 1 – 2% dân số. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng suy tim mạn tính vẫn đang là một gánh nặng đối với toàn nhân loại, tỉ lệ tử vong ở nhóm BN này còn ở mức cao [7]. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy, thiếu máu xảy ra phổ biến ở các BN suy tim mạn tính. Tỉ lệ thiếu máu ở BN suy tim mạn tính dao động từ 14 – 70%, tùy thuộc vào mức độ nặng của suy tim. Thiếu máu đã được coi là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập của suy tim [4].

Ở Việt Nam, vấn đề thiếu máu ở BN suy tim mạn tính vẫn chưa được quan tâm nhiều. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm thiếu máu và một số yếu tố liên quan ở BN suy tim mạn tính.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 121 BN được chẩn đoán xác định suy tim và điều trị nội trú tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103.

**+Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các BN được chẩn đoán xác định là suy tim

- BN từ 18 tuổi trở lên
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu

**+Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có các bệnh lý huyết học kèm theo như: bệnh bạch cầu, bệnh Kahler.

- BN có suy chức năng gan nặng, hoặc bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

- BN đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh lý ngoại khoa.

- BN đã được truyền máu trong vòng 3 tháng gần đây.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**+ Các bước tiến hành:** Tuyển chọn các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là suy tim theo tiêu chuẩn ESC 2008, phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ.

- Thu thập các dữ liệu lâm sàng: tuổi, giới, BMI, mức độ suy tim theo NYHA tại thời điểm BN vào viện.

- Thu thập các dữ liệu xét nghiệm: Huyết sắc tố (HST), hồng cầu lưới (HCL), các chỉ số hồng cầu (MCV, MCH, MCHC), các chỉ số sinh hóa: creatinine (tính mức lọc cầu thận), hs-CRP, albumin.

**+Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS20.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi		69,69 ± 12,91
Giới	Nam (n,%)	57 (47,1%)
	Nữ (n,%)	64 (52,9%)
NYHA	II (n,%)	14 (11,6%)
	III (n,%)	66 (54,5%)
	IV (n,%)	41 (33,9%)
	BMI	21,34 ± 3,63
MLCT (ml/phút)		66,2 ± 32,79

**Nhận xét:** Nghiên cứu gồm 121 BN, trong đó có 57 nam (47.1%) và 64 nữ (52,9%). Tuổi trung bình của BN là  $69,69 \pm 12,9$ , cao nhất là 94 tuổi và thấp nhất là 27 tuổi. Hầu hết BN có BMI bình thường với BMI trung bình là  $21,34 \pm 3,63$ .

**Bảng 2: Tỷ lệ thiếu máu ở BN suy tim**

Chỉ tiêu	Số BN	Tỷ lệ %
Thiếu máu	63	52,1
Không thiếu máu	58	47,9
HST trung bình (g/l)	$122,12 \pm 20,41$	

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ BN suy tim có thiếu máu là 52,1% và không thiếu máu là 47,9%. Nồng độ HST trung bình là  $122,12 \pm 20,41$ g/l.

**Bảng 3: Tính chất thiếu máu ở BN suy tim**

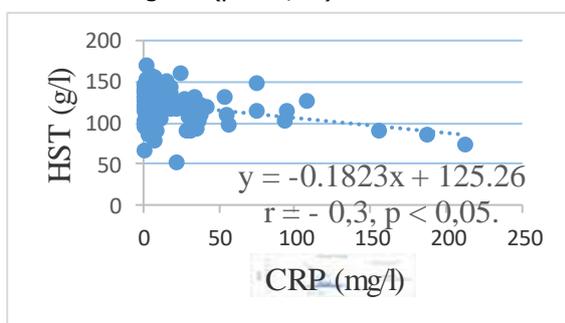
Đặc điểm		Giá trị
Mức độ thiếu máu		
Không thiếu máu (n,%)		58 (47,9%)
Thiếu máu	Nhẹ (n,%)	34 (28,1%)
	Vừa (n,%)	26 (21,5%)
	Nặng (n,%)	3 (2,5%)
Tính chất thiếu máu		
Nhược sắc (n,%)		22 (18,2%)
Đẳng sắc (n,%)		99 (81,8%)

**Nhận xét:** Mức độ thiếu máu chủ yếu là nhẹ và vừa. Thiếu máu nặng chỉ chiếm 2,5% tổng số BN. Tính chất thiếu máu chủ yếu là đẳng sắc, chiếm 81,8%. Thiếu máu nhược sắc chỉ chiếm 18,2%.

**Bảng 4: Môi liên quan giữa thiếu máu và một số đặc điểm của BN suy tim**

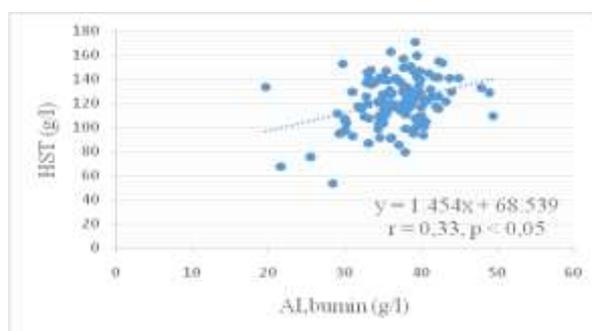
Chỉ số	Hb		HCL		
NYHA	II	124,21 ± 17,42	P > 0,05	1,39 ± 0,72	P < 0,05
	III	124,00 ± 21,14		1,58 ± 0,69	
	IV	118,39 ± 20,10		2,15 ± 1,35	
MLCT (ml/phút)	< 60	117,02 ± 20,93	P > 0,05	1,55 ± 0,81	P > 0,05
	≥ 60	125,84 ± 19,34		2,02 ± 1,17	
hs-CRP (mg/l)	< 6	125,08 ± 19,06	P > 0,05	1,54 ± 0,63	P < 0,05
	≥ 6	118,83 ± 21,60		2,00 ± 1,26	
Albumin (g/l)	< 35	113,40 ± 23,13	P > 0,05	1,93 ± 1,51	P < 0,05
	≥ 35	125,67 ± 18,18		1,68 ± 0,71	

**Nhận xét:** HST có xu hướng giảm khi phân độ NYHA cao, MLCT giảm, hs-CRP tăng và albumin giảm. Tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). HCL tăng lên có ý nghĩa ở nhóm NYHA cao, hs-CRP tăng, albumin giảm ( $p < 0,05$ ). Nhưng HCL tăng lên chưa có ý nghĩa ở nhóm MLCT giảm ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 1: Tương quan giữa HST và hs-CRP**

**Nhận xét:** HST có mối tương quan nghịch mức độ vừa với nồng độ hs-CRP ( $r = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ).



**Biểu đồ 2: Tương quan giữa HST và albumin**

**Nhận xét:** HST có mối tương quan thuận mức độ vừa với albumin huyết thanh ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ thiếu máu ở BN suy tim:** Nghiên cứu của chúng tôi gồm 121 BN suy tim mạn tính, trong đó có 57 nam (47,1%), và 64 nữ (52,9%) với độ tuổi trung bình của BN là  $69,69 \pm 12,9$ . Kết quả cho thấy, tỷ lệ thiếu máu ở BN suy tim là 52,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như: Nguyễn Hoàng Minh Phương (2011) là 48,4% [3]; Bùi Thị Mai An (2013) là 48,8% [1]. Tuy nhiên, kết quả này lại cao hơn kết quả của một số tác giả khác như: Chu Thị Giang (2009) là 16,2% [2]; Nói chung, thiếu máu ở các BN suy tim mạn tính thì xảy ra phổ biến với tỷ lệ dao động từ 14 – 70%. Nó phụ thuộc vào việc chọn mẫu, các tiêu chuẩn được sử dụng trong nghiên cứu và đặc điểm thu dung, điều trị của từng bệnh viện.

#### 4.2. Tính chất thiếu máu ở BN suy tim

**4.2.1. Mức độ thiếu máu:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức độ thiếu máu ở BN suy tim chủ yếu là nhẹ và vừa. Trong đó, tỷ lệ thiếu máu nhẹ, vừa và nặng tương ứng là 28,1%;

21,5% và 2,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như: Chu Thị Giang (2009) cho kết quả là 85,2% thiếu máu nhẹ và 14,8% thiếu máu vừa, không có thiếu máu nặng; hoặc Abel Makubi (2014) cho mức độ thiếu máu nhẹ ở 45%, vừa ở 10% và nặng ở 2% tổng số BN suy tim [6].

Thiếu máu là một trong những biến chứng phổ biến của BN suy tim. Cơ chế thiếu máu do suy tim có thể là do: các bất thường các chất tạo máu, rối loạn chức năng thận và suy giảm sản xuất erythropoietin, viêm mạn tính, pha loãng máu... Trong đó, cơ chế thiếu dưỡng đóng vai trò rất quan trọng. Dinh dưỡng có ảnh hưởng lớn đến quá trình tạo ra tế bào máu. Những người suy dinh dưỡng thường giảm albumin và các yếu tố tạo máu khác như: sắt, acid folic, vitamin B12 ... Những tình trạng này sẽ dẫn đến thiếu máu ở BN suy tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN suy tim có giảm albumin là 28,93%.

**4.2.2. Tính chất thiếu máu:** Có nhiều cách phân loại thiếu máu trong lâm sàng, trong đó có phân loại theo hình thái học. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, tỷ lệ thiếu máu phân loại theo MCHC được phân bố như sau: 82,6% là đẳng sắc và 17,4% là nhược sắc. Như vậy thiếu máu trong suy tim mạn tính chủ yếu là thiếu máu đẳng sắc. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác như: Chu Thị Giang (2009) có 74,34% là đẳng sắc và 25,66% là nhược sắc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhược sắc ở nhóm thiếu máu là 25% và cao hơn tỷ lệ nhược sắc ở nhóm không thiếu máu là 8,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này có thể do BN suy tim thường có hàm lượng sắt và ferritin thấp đã được báo cáo bởi một số tác giả. Tuy nhiên, theo Nanas và cộng sự đã chỉ ra rằng các dự trữ sắt trong tủy xương đã cạn kiệt ở 73% bệnh nhân suy tim, mặc dù những bệnh nhân này có nồng độ sắt, ferritin và erythropoietin huyết thanh vẫn ở mức bình thường.

#### 4.3. Liên quan giữa thiếu máu và một số đặc điểm của BN suy tim

Thiếu máu được biểu hiện bằng sự giảm nồng độ HST và tăng chỉ số HCL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HST có xu hướng giảm khi phân độ NYHA cao, MLCT giảm, hs-CRP tăng và albumin giảm. Tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Chỉ số HCL tăng lên có ý nghĩa ở nhóm NYHA cao, CRP tăng, albumin giảm ( $p < 0,05$ ) nhưng tăng lên chưa có ý nghĩa ở nhóm MLCT giảm ( $p > 0,05$ ).

Điều này phù hợp với kết quả của Chu Thị Giang (2009): mức độ suy tim càng nặng, thì nồng độ Hb trung bình càng thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [2]. Ngược lại, thiếu máu có thể làm cho suy tim mạn tính trở nên tồi tệ hơn. Trong một nghiên cứu hồi cứu lớn trên 1061 BN suy tim NYHA III hoặc IV, mức Hb thấp ( $< 12$  g/dl) làm tăng phân độ NYHA và mức độ tiêu thụ oxy.

Thiếu máu và rối loạn chức năng thận là hai bệnh đồng mắc phổ biến làm trầm trọng thêm sự tiến triển của suy tim. Nhiều cơ chế đã được đề xuất để giải thích sự thiếu máu ở BN suy tim, trong đó có rối loạn chức năng thận. Rối loạn này hiện diện trong khoảng 30% BN suy tim, gây ra thiếu máu và bắt đầu vòng tròn xoắn bệnh lý gọi là hội chứng thiếu máu - tim - thận [5].

Qua nghiên cứu, chúng tôi còn thấy nồng độ hs-CRP trung bình ở nhóm thiếu máu là  $24,3 \pm 41,9$  mg/l cao hơn so với nhóm không thiếu máu là  $9,83 \pm 18,54$  mg/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Đồng thời, HST có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hs-CRP ( $r = -0,301$ ;  $p <$

0,05). Thiếu máu do viêm thường gặp là thiếu máu đẳng sắc HC trung bình. Trong viêm, sự sinh HC bị hạn chế bởi sự giảm nồng độ sắt trong máu qua trung gian hepcidine và sự ức chế các dòng HC do hoạt động của các cytokine ở tủy xương.

Phân tử hemoglobin ở người là một dimer kép gồm hai chuỗi peptide  $\alpha$  và  $\beta$ . Thêm vào đó, cần phải có nhân heme và sắt để lắp ráp thành một phân tử Hb hoàn chỉnh. Do đó, sự thiếu hụt protein sẽ thiếu nguyên liệu để sản xuất Hb, và gây ra thiếu máu dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HST có mối tương quan thuận mức độ vừa với albumin ( $r=0,33$ ;  $p<0,05$ ). Thiếu máu dinh dưỡng là rất quan trọng vì chúng dễ bị đảo ngược và các nguyên nhân của chúng thường không chỉ liên quan đến việc ăn kiêng nên đòi hỏi sự đánh giá toàn diện.

#### V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu máu ở BN suy tim mạn tính là 52,1%. Chủ yếu là thiếu máu đẳng sắc, mức độ nhẹ và vừa. Nồng độ HST trung bình là  $122,12 \pm 20,41$  g/l.

- Thiếu máu ở BN suy tim có xu hướng tăng lên khi suy tim nặng, chức năng thận giảm, viêm mạn tính và thiếu dưỡng. Trong đó, HST có tương quan nghịch mức độ vừa với nồng độ hs-CRP và tương quan thuận mức độ vừa với albumin huyết thanh, với hệ số tương quan lần lượt là  $r = -0,30$  và  $0,33$ ,  $p < 0,05$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Mai An và Bùi Quang Vinh (2014)**, "Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu trên bệnh nhân suy tim mạn tính điều trị tại viện 4, quận khu 4", *Tạp chí y học quân sự*, số 295.
2. **Chu Thị Giang (2009)**, *Nghiên cứu tỷ lệ và đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn tính*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y Hà Nội.
3. **Nguyễn Hoàng Minh Phương và Châu Ngọc Hoa (2011)**, "Khảo sát thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 15, tr. 82 - 87.
4. **Anand IS (2008)**, "Anemia and chronic heart failure implications and treatment options", *J Am Coll Cardiol*. 52(7), p. 501-11.
5. **Villacorta H, Saenz-Tello BF, Santos EB, et al. (2010)**, "Renal dysfunction and anemia in patients with heart failure with reduced versus normal ejection fraction", *Arq Bras Cardiol* 94, p. 357-363.
6. **Makubi A, Hage C, Lwakatare J, et al. (2014)**, "Prevalence and prognostic implications of anaemia and iron deficiency in Tanzanian patients with heart failure", *Heart*(Muhimbili University of Health and Allied Sciences, School of Medicine).
7. **Mosterd A, Hoes AW (2007)**, "Clinical epidemiology of heart failure", *Heart*. 93(9), p. 1137-46.

## ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG RÒ MIỆNG NỐI ĐẠI TRỰC TRÀNG BÀI HỌC TỪ 235 CA MỔ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm văn Bình\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tỷ lệ rò miệng nối và kết quả các phương pháp điều trị rò miệng nối đại trực tràng tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 235 bệnh nhân UTĐTT, tuổi trung bình 65,5 tuổi; Nam/Nữ 1,5, giai đoạn II 135 (57,4%) bệnh nhân, giai đoạn III 100 (42,6%) bệnh nhân, tỷ lệ rò miệng nối 5,1% (12/235) trong đó 1,2% miệng nối trên nếp phúc mạc douglas, 3,8% miệng nối dưới nếp phúc mạc. Điều trị nội khoa 57,4% (7/12 bệnh nhân) với tỷ lệ thành công 85,8%, Điều trị ngoại khoa 41,6% (5/12) với tỷ lệ thành công 100%. **Kết luận:** Tỷ lệ rò miệng nối đại trực tràng tại bệnh viện K thấp (5,1%), điều trị nội khoa 57,4% với tỷ lệ thành công là 85,8%, điều trị ngoại khoa 41,6% với tỷ lệ thành công 100%. Không có tử vong sau mổ 30 ngày.

### SUMMARY

#### TREATMENT OF COLORECTAL ANASTOMOTIC LEAKAGE: LESSONS LEARNED FROM 235 CASES WITH COLORECTAL CANCER IN K HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the rate and treatment result of colorectal anastomotic leakage in K hospital. **Method:** retrospective descriptive study. **Results:** 235 patients with colorectal cancer. The mean age was 65,5; The rate of male/ female was 1,5. Stage II and III were reported respectively in 135 patients (57,4%) and 100 patients (42,6%). The rate of colorectal anastomotic leakage was 5,1%(12/235) including 1,2% intraperitoneal anastomosis and 3,8% extraperitoneal anastomosis. 57,4% of patients (7/12) received medical treatment with the successful rate of 85,8%. The rate of surgical treatment was 41,6% (5/12) with the successful rate of 100%. **Conclusion:** The rate of colorectal anastomotic leakage in K hospital was low (5,1%). Medical treatment was reported in 57,4% (7/12) of patients with the successful rate of 85,8%. The rate of surgical treatment was 41,6%(5/12) with the successful rate of 100%. There was no 30 day postoperative death.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù ngày nay có nhiều tiến bộ trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng (UTĐTT), rò miệng nối (RMN) đại trực tràng vẫn là một biến chứng nặng nề dẫn tới hậu quả nghiêm trọng và có thể là nguyên nhân tử vong sau phẫu thuật cho bệnh nhân UTĐTT. Theo các báo cáo trong y văn tỷ lệ RMN đại trực tràng chiếm từ 1,5% đến

23%, đặc biệt miệng nối đại-trực tràng thấp và miệng nối đại-tràng-ống hậu môn có nguy cơ rò cao nhất và tỷ lệ tử vong do rò miệng nối là 3%-22% [1],[2]. RMN đại trực tràng cũng làm tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện và giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ cũng như giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân UTĐTT[1],[2],[3],[6],[7]. RMN là một biến chứng vẫn còn xảy ra tại các bệnh viện có phẫu thuật UTĐTT nhưng vẫn chưa có một hội nghị đồng thuận nào (consensus) chỉ ra phương pháp điều trị tốt nhất RMN. Định nghĩa (definition) của RMN cũng là một khái niệm có nhiều sự khác nhau. Người ta thống kê có khoảng trên 24 khái niệm về RMN [1],[4]. Vậy vì sao khái niệm RMN tưởng như rất rõ ràng và dễ hiểu như vậy lại có nhiều định nghĩa đến thế? Câu trả lời được các tác giả đưa ra là RMN có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng: từ biểu hiện viêm phúc mạc toàn thể với những dấu hiệu nhiễm trùng nặng đe dọa chức năng sinh tồn của bệnh nhân đến những biểu hiện âm thầm như sốt nhẹ, đau vùng bụng tương ứng có miệng nối đại trực tràng, bạch cầu tăng nhẹ hay không hề có dấu hiệu lâm sàng nào mà chỉ có dịch tiêu hoá theo ống dẫn lưu đặt cạnh miệng nối ra ngoài...

Theo hiệp hội phẫu thuật viên Vương quốc Anh và Ireland đưa ra (2016) định nghĩa RMN: "Rò miệng nối là rò những chất chứa trong lòng 2 tạng rỗng qua miệng nối được tạo ra giữa 2 tạng này". Điều trị RMN cũng có nhiều phương pháp tiến bộ trong 3 thập kỷ qua tuy nhiên áp dụng phương pháp nào là tùy thuộc vào tình trạng RMN của bệnh nhân. Kết quả quan trọng nhất trong điều trị RMN là vẫn bảo tồn được miệng nối và bảo đảm sự lưu thông tiêu hoá, bệnh nhân không phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và các dấu hiệu lâm sàng thoái lui. Các báo cáo về RMN đại trực tràng đưa ra các kết quả và phương pháp điều trị khác nhau cũng như những chiến lược xử trí khác nhau. Xuất phát từ thực trạng đó chúng tôi viết bài này nhằm mục đích: *Đánh giá tỷ lệ rò miệng nối và kết quả của các phương pháp điều trị rò miệng nối đại trực tràng tại Bệnh viện K*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 235 bệnh nhân UTĐTT (ung thư biểu mô tuyến) được phẫu

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 16.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

thuật triệt căn cắt đoạn đại- trực tràng, nạo vét hạch theo nguyên tắc ung thư, lập lại lưu thông tiêu hoá bằng miệng nối đại tràng- đại tràng và đại tràng - trực tràng, đại tràng- ống hậu môn.

+ Miệng nối được phân làm 2 loại: miệng nối trên nếp phúc mạc douglas (intrapertoneal anastomosis) và miệng nối dưới nếp phúc mạc (extraperitoneal anastomosis)

+ Điều trị RMN :

- Điều trị nội khoa: kháng sinh, hút liên tục qua dẫn lưu, nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch

- Điều trị ngoại khoa: mổ lại làm sạch ổ bụng và tiến hành các phẫu thuật sau đây:

+ làm phẫu thuật hartmann (đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo)

+ khâu tăng cường miệng nối, làm hậu môn trên dòng, dẫn lưu ổ bụng

+ Khâu tăng cường, dẫn lưu ổ bụng

**2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả - hồi cứu

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:** tuổi, giới, giai đoạn bệnh (AJCC 2010), có hoá xạ trị tân bổ trợ, miệng nối trên nếp phúc mạc, miệng nối dưới nếp phúc mạc, tỷ lệ RMN, kết quả điều trị RMN bằng nội khoa, Kết quả điều trị RMN bằng ngoại khoa. Tỷ lệ tử vong sau mổ trong 30 ngày.

**III. KẾT QUẢ**

+ 235 bệnh nhân UTĐTT tuổi trung bình 65,5 tuổi; Nam/Nữ 1,5

**Bảng 1: các chỉ tiêu nghiên cứu**

Các chỉ tiêu nghiên cứu	Số bệnh nhân (%)
Giai đoạn II	135 ( 57,4%)
Giai đoạn III	100 (42,6%)
Miệng nối trên nếp phúc mạc douglas	110 ( 46,8%)
Miệng nối dưới nếp phúc mạc douglas	125( 53,2%)

+ Tỷ lệ RMN: 12/235 (5,1%) bệnh nhân trong đó 3/235 (1,27%) ca miệng nối trên nếp phúc mạc, 9/235 (3,83%) ca miệng nối dưới nếp phúc mạc là những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình thấp được hoá xạ trị tiên phẫu.

+ Tỷ lệ điều trị nội khoa: 7/12(57,4%) trong đó tỷ lệ thành công là 85,8%, 1/7(14,2%) ca thất bại phải chuyển mổ (cả 7 ca này đều đã có hậu môn nhân tạo ở thì mổ đầu)

+ Tỷ lệ điều trị ngoại khoa: 5/12(41,6%) tỷ lệ thành công 100% với 4 ca cắt lại miệng nối đóng đầu dưới đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo, 1 ca dẫn lưu ổ bụng và làm hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ. Không có bệnh nhân nào tử vong 30 ngày sau mổ.



**Sơ đồ 1: các phương pháp xử trí rò miệng nối**

**IV. BÀN LUẬN**

**Tỷ lệ rò miệng nối đại trực tràng:** RMN là một biến chứng của phẫu thuật tiêu hoá có từ trên 1 thế kỷ nay. Mặc dù có những cố gắng không mệt mỏi của phẫu thuật viên nhằm tìm ra những phương thức tối ưu về kỹ thuật ngoại khoa để giảm tối đa biến chứng RMN tuy nhiên ngày nay, thật không may RMN vẫn còn xảy ra trong tương lai chắc vẫn còn là như vậy. Có rất nhiều báo cáo về tỷ lệ RMN khác nhau tùy theo các trung tâm phẫu thuật, tùy theo mức độ chuyên sâu... Li C.S (2016) cập nhật các báo cáo trên thế giới về RMN cho thấy RMN trực tràng từ 8% đến 41%, miệng nối đại tràng chiếm 3%-29% [3]. Các báo cáo khác cũng có tỷ lệ RMN đại trực tràng từ 3% đến 21% trong đó con số dẫn đến tử vong do

RMN khoảng 3%-22% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ RMN đại trực tràng là 5,1% (12/235 bệnh nhân, trong đó 9 bệnh nhân 3,8% có điều trị hoá xạ trị tiên phẫu). Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ RMN được đề cập đến là: giai đoạn bệnh, vị trí miệng nối, dinh dưỡng kém, albumin máu thấp, thuốc lá, corticoid, hoá xạ trị, thuốc chống viêm, truyền máu ...[2],[5]. Trong đó vai trò của hoá chất và xạ trị vùng trực tràng là các yếu tố nguy cơ rất cao khi kết hợp với albumin máu thấp, thiếu máu và giai đoạn bệnh tiến triển [2],[6],[7]. Chúng tôi có 9/12(75%) bệnh nhân RMN là những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình thấp được hoá chất và xạ trị trước mổ, miệng nối dưới nếp phúc mạc douglas, kết quả này cũng phù hợp với các

nghiên cứu trên thế giới [1],[2],[3],[6],[7]. Kỹ thuật nối cũng là một yếu tố được các tác giả phân tích xem có ảnh hưởng tới tỷ lệ RMN hay không. Kết quả thống kê đều đưa ra nhận xét là miệng nối đại trực tràng bằng stapler hay khâu nối bằng tay có tỷ lệ RMN không khác biệt nhau [2],[4],[6]. Nhận xét này dường như không đúng với nghiên cứu của chúng tôi vì trong 12 bệnh nhân RMN thì có tới 9 bệnh nhân được nối bằng stapler chỉ có 3 bệnh nhân được khâu nối bằng tay, nhưng vì số lượng còn ít nên không thể phân tích yếu tố kỹ thuật gây RMN của miệng nối bằng stapler với miệng nối bằng tay. Miệng nối càng thấp dưới nếp phúc mạc thì nguy cơ rò càng cao vì lý do tưới máu miệng nối càng kém khi miệng nối càng thấp. Trong 12 bệnh nhân RMN của chúng tôi thì cả 12 trường hợp này đều ở giai đoạn III với 9 ca miệng nối thấp dưới nếp douglas, chỉ có 3 ca RMN ở trên nếp phúc mạc (Bảng 1).

**Chẩn đoán rò miệng nối:** RMN có những biểu hiện lâm sàng rất đa dạng biểu hiện từ kín đáo đến rầm rộ như viêm phúc mạc toàn thể đe dọa các chức năng sinh tồn của bệnh nhân. Chẩn đoán RMN càng chậm thì kết quả điều trị càng kém. McDermott.F.D (2016) đưa ra những ý tưởng lượng hoá các dấu hiệu của RMN để tính điểm giúp cho các phẫu thuật viên dự báo, chẩn đoán, tiên lượng mức độ nặng của RMN. Tuy nhiên áp dụng trong thực tế, nhóm nghiên cứu ủng hộ trực tràng của thế giới lại khuyến cáo hệ thống tính điểm này không thực sự có giá trị trong lâm sàng chẩn đoán RMN[4]. Nhưng một số tác giả khác bổ sung chi tiết hơn về RMN ở các mức độ là: không có dấu hiệu toàn thân, chỉ có dấu hiệu tại chỗ là dịch của đường tiêu hoá qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bệnh nhân có sốt nhẹ dao động, đau vùng bụng khu trú, bạch cầu tăng, CPR tăng, Chụp CT ổ bụng có hình ảnh ổ abscess cạnh miệng nối, chụp miệng nối có thuốc cản quang tan trong nước là bằng chứng có RMN. Nặng nhất là RMN gây viêm phúc mạc toàn thể thường là RMN trên nếp phúc mạc Douglas với các dấu hiệu toàn thân nặng nề đôi khi là sốc nhiễm trùng nhiễm độc, tiên lượng rất nặng với tỷ lệ tử vong lên đến 10%. [3], [4], [5], [6,], [7].

Blumentti.J (2014) nghiên cứu trên 1707 miệng nối đại trực tràng, tỷ lệ RMN 6% trong đó 75% RMN chỉ biểu hiện ở mức độ nhẹ [1]. Ricciardi.R thống kê 2627 bệnh nhân UTĐTT được phẫu thuật có tỷ lệ RMN là 7,9% nhưng có 35% RMN cần phải mổ can thiệp lại với biểu hiện RMN gây viêm phúc mạc toàn thể [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ RMN biểu hiện

viêm phúc mạc là 5/12 (41,6%) ( Sơ đồ 1)

**Điều trị rò miệng nối:** RMN trong mổ UTĐTT luôn là nỗi ám ảnh của tất cả các phẫu thuật viên tiêu hoá. Chiến lược điều trị cần đánh giá rất tỉ mỉ, theo dõi sát sao, đôi khi quyết định giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa là một quyết định không thực sự dễ dàng. Các nghiên cứu đa trung tâm trên thế giới về RMN đều đưa ra 2 phương pháp điều trị chính đó là điều trị nội khoa và phẫu thuật can thiệp lại.

**Điều trị nội khoa:** luôn bắt đầu bằng kháng sinh phổ rộng ưu tiên loại nhạy cảm với hệ vi khuẩn đường tiêu hoá. Nếu trên CT ổ bụng tồn tại ổ áp xe nhỏ nên chỉ định dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT. Một số tác giả còn áp dụng dẫn lưu qua trực tràng bằng đặt Stent với kết quả bước đầu có triển vọng [3],[4]. Nội soi trực tràng đặt ống hút liên tục áp lực thấp đã được bắt đầu áp dụng từ 2008 và Arezzo đã thành công với tỷ lệ 79% RMN tự liền sau 40 ngày. Nội soi trực tràng đặt clip để đóng lại điểm rò cũng đã được áp dụng với những trường hợp RMN nhỏ tuy nhiên vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau trong việc chỉ định của phương pháp đặt clips [7].

Blumetti có tỷ lệ thành công khi điều trị nội khoa 103 trường hợp RMN lên tới 73% và tác giả cũng đưa ra nhận xét là điều trị nội khoa chỉ áp dụng cho những ca RMN thấp dưới nếp phúc mạc douglas [1]. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng điều trị nội khoa cho 7/12 (57,4%) ca RMN với kháng sinh toàn thân, nuôi dưỡng tĩnh mạch và hút liên tục dẫn lưu ổ bụng áp lực thấp có tỷ lệ thành công là 85,8%, chỉ thất bại 1 ca (14,2%) phải chuyển mổ.

**Điều trị ngoại khoa:** khi điều trị nội khoa RMN mà tình trạng bệnh nhân không cải thiện hoặc RMN biểu hiện viêm phúc mạc toàn thể thì có chỉ định ngoại khoa. Mổ lại khi RMN là một cuộc mổ không mong muốn của phẫu thuật viên vì thế phải rất sáng suốt khi lựa chọn phương pháp nào phù hợp nhất trước một miệng nối bị rò phải mổ lại. Các kỹ thuật được đưa ra là làm sạch ổ bụng, khâu tăng cường điểm rò của miệng nối kèm theo trám mạc nối lớn hoặc dùng keo sinh học phủ vào điểm rò, làm hậu môn nhân tạo trên dòng để bảo vệ miệng nối. Phương pháp nữa là cắt lại và làm lại miệng nối với mở hậu môn nhân tạo trên dòng. Khi 2 phương pháp trên không an toàn thì nên tách rời toàn bộ miệng nối đóng lại đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài làm hậu môn nhân tạo [1],[2],[3],[4],[5],[6],[7]. Nghiên cứu của Blumetti.J có tỷ lệ mổ do RMN là 27% trong

đó 91% RMN trên nếp phúc mạc phải cắt và làm lại miệng nối với hậu môn nhân tạo bảo vệ trên dòng, 76% RMN dưới nếp phúc mạc được mổ lại rửa sạch ổ bụng, dẫn lưu cạnh miệng nối, bảo tồn miệng nối chỉ làm hậu môn nhân tạo trên dòng [1]. Báo cáo của chúng tôi có 5/12 (41,6%) RMN phải can thiệp ngoại khoa trong đó 4/5 ca (80%) phải tách rời miệng nối đóng đầu dưới đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo, 1/5 ca (20%) bảo tồn miệng nối, rửa sạch ổ bụng làm hậu môn nhân tạo trên dòng. Tỷ lệ điều trị ngoại khoa thành công của chúng tôi là 100%.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 235 ca mổ UTĐTT giai đoạn II-III tại Bệnh viện K có tỷ lệ RMN là 5,1% (12/235 bệnh nhân) trong đó 3,8% RMN dưới nếp phúc mạc, 1,2% RMN trên nếp phúc mạc Douglas, điều trị nội khoa cho 57,4% (7/12 bệnh nhân) với tỷ lệ thành công 85,8%. Điều trị ngoại khoa 41,6% (5/12) với tỷ lệ thành công 100%. Không có bệnh nhân tử vong sau mổ 30 ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blumentti.J, Chaudhry.V, Cintron. R.R, et al (2014).** "Management of Anastomotic leak: Lessons learned from a large colon and rectal surgery training program". World J Surg, 38:985-991
2. **Daams.F, Luyer.M, Lange.J F(2013)** "Colorectal anastomotic leakage: Aspects of prevention detection and treatment".World journal of Gastroenterology, 19(15): 2293-2297
3. **Li.C, Zhao.Y, Han.Z et al (2016).** "Anastomotic leaks following gastrointestinal surgery:updates on diagnosis and interventions". Int J Clin ;9(3):7031-7040
4. **McDermott.FD, Smith.J, Steele.RJC et al (2016)** "Prevention, diagnosis and management of colorectal anastomotic leakage". Publication date by Association of surgeons of Great Britain and Ireland 35-43 Lincoln`s Inn Fields: 1-40
5. **Phillips. B(2016).** " Reducing gastrointestinal anastomotic leak rates: review of challenges and solutions". Open Access Surgery; 9: 5-14
6. **Ricciardi.R, Roberts.PL, Marcello.PW et al (2009)**"Anastomotic leak testing after colorectal resection- What are the data ?"Arch Surg vol 144, No5:407-411.
7. **Thomas.MS, Margolin.DA(2016)**"Management of colorectal anastomotic leak" Clin colon rectal Surg; 29: 138-144

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG SONG THAI CHUYỂN DẠ TỪ 28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng song thai chuyển dạ từ tuần 28 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2012-2016. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 4371 bệnh nhân chuyển dạ đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2012 đến 31/12/2016. **Kết quả:** Trong song thai nhóm ngôi thai tập trung nhiều nhất là nhóm ngôi đầu, đặc biệt là nhóm ngôi đầu – đầu chiếm 44,5%. Tỷ lệ ít gặp nhất là nhóm ngôi vai trong đó ngôi vai – đầu 0,39%, vai – vai 0,55%, vai – mông 0,98%. Sản phụ chuyển dạ ở pha tiềm tàng cổ tử cung < 3 cm chiếm đa số 82,1%. Tỷ lệ rí ối, ối vỡ chỉ chiếm 23,52%, còn lại 76,48% là ối chưa vỡ. Tỷ lệ song thai 2 bánh rau 2 buồng ối chiếm đa số 85,1%, thấp nhất là song thai 1 bánh rau 1 buồng ối 0,4%. **Kết luận:** Song thai hay gặp nhất là nhóm ngôi đầu, tỷ lệ song thai 2 bánh rau và 2 buồng ối chiếm cao nhất.

**Từ khóa:** song thai, 2 bánh rau 2 buồng ối, 1 bánh rau 2 buồng ối, 1 bánh rau 1 buồng ối.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lương

Email: nguyenuonghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

### SUMMARY

#### RESEARCH THE CLINICAL AND SUBCLINICAL IN TWIN PREGNANCIES FROM 28 WEEKS GESTATION AGE DELIVERED AT NATIONAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical and subclinical in twin pregnancies from 28 weeks gestation age delivered at national of obstetrics and gynecology hospital. **Method:** This is a retrospective study among 4371 twin pregnancies from 28 weeks gestational age delivered at National of Obstetrics and Gynecology Hospital from 1/1/2012 to 31/12/2016. **Results:** Fetal position was mostly head-head presentation 44,5%. Shoulder-bottom presentation was rarely recorded with 0,98% followed by shoulder-shoulder presentation with 0,55% and shoulder-head presentation with 0,39%. The rate of membrane rupture was 23,53%. Diamniotic dichorionic twin was 85,1%, monoamniotic monochorionic was 0,4%. Conclusion: The most frequent condition was diamniotic dichorionic twins and head-head presentation.

**Keywords:** twin pregnancy, diamniotic dichorionic, diamniotic monochorionic, monoamniotic monochorionic.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai nghén nguy cơ cao thường gây hậu quả xấu cho mẹ (chảy máu sau đẻ, rau

tiền đạo, đẻ khó...) và cho thai đặc biệt là đẻ non – thai non tháng gây bệnh lý và tử vong ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ song thai chiếm khoảng 3% tổng số đẻ và có xu hướng ngày càng tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới do áp dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản như IUI, IVF. Tùy theo thời điểm phân chia, song thai một noãn chia ra thành song thai một bánh rau hai buồng ối, hai bánh rau hai buồng ối hay song thai một bánh rau một buồng ối, song thai dính nhau.

Trong quá trình mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ song thai có nhiều biến chứng như đẻ non, thiếu máu, chảy máu sau đẻ... Chẩn đoán song thai chủ yếu dựa vào siêu âm đặc biệt siêu âm trong quý I giúp xác định số lượng thai, phân loại song thai từ đó tiên lượng được các nguy cơ đối với mẹ và thai. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng song thai chuyển dạ từ tuần 28 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh án sản phụ song thai 28 tuần trở lên chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Hồ sơ bệnh án của các thai phụ đẻ song thai với tuổi thai từ 28 tuần tuổi trở lên tính theo kỳ kinh cuối. Trường hợp nếu không nhớ kỳ kinh cuối thì phải có siêu âm ở quý I của thai kỳ và tính chính xác được tuổi thai từ 28 tuần trở lên, được theo dõi chuyển dạ và đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có đủ thông tin bệnh án.

### Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- Sản phụ sinh tại nơi khác được chuyển đến bệnh viện trong cùng thời gian nghiên cứu.
- Song thai cả 2 thai chết lưu.

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

Cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp song thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2012 đến năm 2016.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/01/2012 đến 31/12/2016 chúng tôi nghiên cứu được 4371 trường hợp chuyển dạ đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản TW

### Bảng 1. Phân bố ngôi thai trong song thai

Loại ngôi (thai 1 - thai 2)	n	%
Đầu - Đầu	1945	44,50
Đầu - Mông	1252	28,64
Đầu - Vai	522	11,94
Mông - Đầu	157	3,59
Mông - Vai	136	3,11

Mông - Mông	275	6,29
Vai - Đầu	17	0,39
Vai - Vai	24	0,55
Vai - Mông	43	0,98
<b>Tổng</b>	<b>4371</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong song thai nhóm ngôi thai tập trung nhiều nhất là nhóm ngôi đầu, đặc biệt là nhóm ngôi đầu – đầu chiếm 44,5%. Tỷ lệ ít gặp nhất là nhóm ngôi vai trong đó ngôi vai – đầu 0,39%, vai – vai 0,55%, vai – mông 0,98%.

### Bảng 2. Phân bố tình trạng cổ tử cung

Tình trạng cổ tử cung	n	%
≤ 3 cm	3589	82,1
> 3 cm	782	17,9
<b>Tổng</b>	<b>4371</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Hầu hết các sản phụ chuyển dạ ở pha tiềm tàng cổ tử cung <3cm chiếm đa số 82,1%.

### Bảng 3. Phân bố tình trạng đầu ối

Tình trạng đầu ối	n	%
Chưa vỡ	3343	76,48
Ối rỉ - ối vỡ	1028	23,52
<b>Tổng</b>	<b>4371</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ rỉ ối, ối vỡ chỉ chiếm 23,52% còn lại 76,48% là ối chưa vỡ.

### Bảng 4. Phân loại song thai theo siêu âm

Loại song thai	n	%
2 bánh rau 2 buồng ối	3720	85,1
1 bánh rau 2 buồng ối	632	14,5
1 bánh rau 1 buồng ối	19	0,4
<b>Tổng số</b>	<b>4371</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ song thai 2 bánh rau 2 buồng ối chiếm đa số 85,1%, thấp nhất là song thai 1 bánh rau 1 buồng ối 0,4%.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ngôi đầu - đầu là cao nhất (44,5%) sau đó đến ngôi đầu - mông (28,64%), đầu - vai (11,94%), thấp nhất là ngôi vai - vai, ngôi vai - mông và ngôi vai - đầu. Như vậy nhóm thai 1 ngôi đầu chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đó là nhóm thai 1 ngôi mông, thấp nhất là nhóm thai 1 ngôi vai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Minh Nguyệt, ngôi đầu - đầu là 53,1%, sau đó đến ngôi đầu - mông (15,0%), đầu - vai (13,3%), thấp nhất là ngôi vai - vai, ngôi vai - mông và ngôi vai - đầu [1]. Theo tác giả Vũ Hoàng Lan, ngôi đầu - đầu là 41,6%, sau đó đến ngôi đầu - mông (34,0%), đầu - vai (10,0%), thấp nhất là ngôi vai - vai, ngôi vai - mông và ngôi vai - đầu [2]. Như vậy mặc dù có sự khác biệt về nguyên nhân song thai do hỗ trợ sinh sản nhưng tỷ lệ phân bố ngôi thai không thay đổi so với các nghiên cứu trước đây.

Bảng 2 cho thấy các hầu hết sản phụ đẻ song thai nhập viện sớm ở pha tiềm tàng của chuyển

đạ, khi cổ tử cung mở  $\leq 3\text{cm}$  chiếm 82,1%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu trong những năm gần đây của Nguyễn Trung Nam là 84,3% và của Vũ Hoàng Lan là 83% nhưng cao hơn so với giai đoạn 2006 – 2007 theo Nguyễn Thị Minh Nguyệt là 70,8% [1],[2],[3]. Chỉ có 17,9% sản phụ đến viện khi cổ tử cung mở nhiều. Kết quả này cũng phù hợp với sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai đặc biệt trong song thai, các sản phụ song thai có tư tưởng mổ chủ động nên thường nhập viện ngay khi bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ hoặc chưa chuyển dạ.

Tỷ lệ ối rỉ, ối vỡ trong nghiên cứu của chúng tôi lên tới 23,52% thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan là 34,1% nhưng cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ ối vỡ ở đơn thai theo nghiên cứu của Chiwanga hay của Rujiwetpongstorn là 2,3 và 5,4%. Tuy nhiên các nghiên cứu này khi so sánh giữa hai nhóm song thai và đơn thai đều thống nhất kết luận tỷ lệ rỉ ối, ối vỡ trong song thai cao hơn so với đơn thai [2], [4], [5]. Đây cũng là một yếu tố nguy cơ gây ra những ảnh hưởng đến mẹ và thai như nhiễm khuẩn, đẻ non...

Theo bảng 4, tỷ lệ song thai 2 bánh rau 2 buồng ối chiếm đa số 85,1%, thấp nhất là song thai 1 bánh rau 1 buồng ối chỉ chiếm 0,4%. Tỷ lệ song thai 2 bánh rau 2 buồng ối trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác như Liu S 62% [6]. Các nghiên cứu này có tỷ lệ song thai hỗ trợ sinh sản thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, đó có thể là nguyên nhân làm cho tỷ lệ song thai 2 bánh rau 2 buồng ối trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Tỷ lệ song thai 1 bánh rau 1 buồng ối trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp chỉ bằng 1/5

so với Liu S là 2% [6]. Song thai 1 bánh rau 1 buồng ối là loại song thai có nguy cơ rất cao, tỷ lệ thai lưu, tử vong chu sinh... đều cao, có lẽ vì chúng tôi chỉ nghiên cứu những trường hợp song thai từ 28 tuần nên những trường hợp 1 bánh rau 1 buồng ối đã bị lưu hoặc đình chỉ từ trước tuổi thai nghiên cứu nên tỷ lệ thấp hơn so với tỷ lệ chung trong các nghiên cứu khác.

## V. KẾT LUẬN

Song thai hay gặp nhất là nhóm ngôi đầu, tỷ lệ song thai 2 bánh rau và 2 buồng ối chiếm cao nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Nguyệt (2007).** *Nghiên cứu tỷ lệ các phương pháp xử trí và kết quả đẻ song thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai giai đoạn năm 1996 - 1997 và năm 2006 - 2007.* Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Hà Nội.
2. **Vũ Hoàng Lan.** *Nghiên cứu xử trí song thai chuyển da đẻ tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.* Luận văn thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Nguyễn Trung Nam (2014).** *Nghiên cứu thái độ xử trí các trường hợp song thai tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong giai đoạn 2012 - 2013,* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa. Đại học Y Hà Nội, Hn.
4. **Enid Simon Chiwanga,** Gileard Massenga, Pendo Mlay, Joseph Obure, Michael Johnson Mahande. Maternal outcome in multiple versus singleton pregnancies in Northern Tanzania: A registry-based case control study. *Asian Pacific Journal of Reproduction* 2014; 3(1): 46-52.
5. **Rujiwetpongstorn J.** A comparison of the rate of premature rupture of membranes between twin versus singleton pregnancy. *J Med Assoc Thai.* 2015 Mar; 98(3):325.
6. **Liu S, Bernirschke K,** Scioscia AL, Mannino FL. Intrauterine death in multiple gestation. *Acta Genet Med Gemellol,* 1992;41:5.

## HOÀN CHỈNH QUY TRÌNH ĐIỀU KHIỂN QUÁ TRÌNH TỰ DỆT CỦA KÉN TẮM ỨNG DỤNG CHẾ TẠO MẶT DA DƯỠNG DA TỰ NHIÊN

Nguyễn Thị Trang<sup>1</sup>, Vũ Thị Kim Dung<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Công<sup>2</sup>, Lê Minh Anh<sup>2</sup>, Phan Thị Thuần<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Kén tắm tự nhiên có chứa tơ tằm là chất liệu tinh khiết và tự nhiên. Tơ tằm chủ yếu có 2

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường THCS Phù Lưu Tế, Huyện Mỹ Đức, TP. Hà Nội

<sup>3</sup>Làng nghề dệt truyền thống Phùng Xá, huyện Mỹ Đức, TP Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2017

Ngày duyệt bài: 23.12.2017

loại protein là sericin và fibroin do 18 loại acid amin tạo nên, protein này rất giống với da, đặc biệt sericin giúp ức chế sự peroxid hóa lipid, kháng khuẩn, chống lại tác hại của hóa học và chống tia cực tím. Các protein tơ tằm có trọng lượng phân tử thấp có tác dụng giữ ẩm cho da. Vì vậy lụa tơ tằm có thể làm cho làn da trở nên đẹp hơn, loại bỏ các điểm da tối, giúp da sáng mịn và đặc biệt là giúp tẩy tế bào chết cho da, trị mụn đầu đen rất tốt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 100 người với các loại da khác nhau như da lão hóa, da mụn, da dầu, da nhờn, da thường, được sử dụng mặt nạ dưỡng da do tằm tự dệt. Để tạo mặt nạ chúng tôi điều khiển con tằm nhả tơ vào một mặt phẳng hình

tròn tựa khuôn mặt (Gọi là khuôn) ở đó để trống vị trí 2 mắt và miệng, tại vị trí của 2 mắt và miệng em đặt vào đó một vật cản là giấy ướt, vì bản năng con tằm rất sợ nước, do vậy chúng không bò vào khu vực vật cản giấy ướt, đồng thời em sẽ điều khiển các con tằm không cho chúng bò ra ngoài mặt phẳng đã định sẵn, lúc này các con tằm nhả tơ đan sen tạo ra mặt nạ dưỡng da mềm, phẳng, đẹp. **Kết quả:** Hoàn thiện thành công quy trình sản xuất mặt nạ dưỡng da từ tằm nhả tơ do người điều khiển. Hiệu quả mặt nạ thay đổi rõ rệt sau 2 tuần sử dụng với quy trình đơn giản, giá thành phù hợp mà chất lượng dưỡng da cao, không gây kích ứng da. **Kết luận:** Sau quá trình sản xuất và thử nghiệm đã cho ra sản phẩm mang tên "Mặt nạ dưỡng da do người điều khiển con tằm tự dệt" với rất nhiều ưu điểm như: Sản phẩm mặt nạ dưỡng da từ tơ tằm tự nhiên không chất bảo quản tạo màu, không gây kích ứng, có thể dùng được cho làn da nhạy cảm nhất. Kiểm soát bã nhờn, giúp da hấp thụ các dưỡng chất tốt hơn, giữ ẩm giúp da thư giãn tối đa sau một ngày làm việc căng thẳng.

**Từ khóa:** Mặt nạ, tằm, kén tằm, da

## SUMMARY

### THE FACE MASK BASED ON SILKWORM COCOONS, WHICH WAS CONTROLLED BY HUMANS

**Background:** Silk cocoons consists of two proteins, sericin and fibroin, which are made up of 18 amino acids. Sericin protein helps inhibit lipid peroxidation, is antibacterial, is chemo-protective and UV resistant. Silk amino acids have a lower molecular weight than silk protein powders and are moisturizing to skin. **Materials and methods:** 100 people volunteered to use the face mask for the skin of a silkworm, which was controlled by a humans. We control the silkworm to release a silkworm on a circular surface resembling a human face (called a mold), then we cut at the two eyes, and mouth, and put a wet paper obstruction on it, because the silk worms are very afraid of water, so they do not crawl into the wet paper obstructions, and at the same time we control the silkworms do not let them crawl out of the designated plane, the silkworms released silk knitting Intermingled to create a mask, soft, smooth, beautiful. **Results:** Construction of the process of producing silk nourishing mask from silkworm in traditional trade village of My Duc. The effect of silk masks change significantly after 2 weeks of use with a simple use process, the price is suitable for high quality skin care, not to irritate the skin. **Conclusion:** After the production and testing process, the product has been named "The face mask based on silkworm cocoons, which was controlled by humans" with many advantages such as: non-irritating, control sebum, help skin absorb nutrients better, moisturize the skin to relax after a stressful day.

**Key words:** Face mask, silkworm, cocoons, skin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kén tằm chính là vỏ bọc của con tằm khi chúng được nuôi để nhả tơ dệt lụa. Vỏ kén bao xung quanh con tằm làm nơi trú ẩn của nó trước khi nó thoát xác. Có 2 loại là kén tằm trắng và kén tằm vàng, độ dinh dưỡng của kén tằm vàng

cao hơn kén tằm trắng [1].

Kén tằm là sản phẩm được hình thành trong quá trình các con tằm ăn lá dâu rồi nhả tơ đóng thành kén. Kén tằm thường được sử dụng làm nguyên liệu để dệt vải. Những loại vải lụa tơ tằm được dệt từ vỏ kén có chất vải mềm mịn và đẹp hơn hẳn các loại vải thông thường, vì vậy giá thành của chúng cũng cao hơn những loại khác. Tuy vậy, kén tằm không chỉ có công dụng trong việc dệt vải, mà ít ai biết rằng, kén tằm còn là một nguyên liệu tuyệt vời giúp phái đẹp chăm sóc và nuôi dưỡng làn da. Kén tằm đặc biệt có tác dụng trong việc làm sạch da, điều trị mụn đầu đen, chống lão hóa và làm sáng da mặt [2].

Tơ tằm có 2 loại protein là sericin và fibroin do 18 loại acid amin tạo nên, đặc biệt sericin giúp ức chế sự peroxid hóa lipid, kháng khuẩn, chống lại tác hại của hóa học và chống tia cực tím. Các protein tơ tằm có trọng lượng phân tử thấp có tác dụng giữ ẩm cho da. Vì vậy lụa tơ tằm có thể làm cho làn da trở nên đẹp hơn, loại bỏ các điểm da tối, giúp da sáng mịn và đặc biệt là giúp tẩy tế bào chết cho da, trị mụn đầu đen rất tốt. Theo các nghiên cứu, kén tằm là một hợp chất có chứa nhiều thành phần cần thiết cho mọi loại da như silk protein, sericine cùng 13 loại acid amin đặc biệt. Fibroin là một loại protein dạng sợi có cấu trúc bền giúp định hình, nâng đỡ, che chắn và bảo vệ tổ. Ở đây chính là những sợi tơ chúng ta có thể nhìn thấy và kéo sợi ra. Sericin là một loại Protein dạng keo cấu trúc không bền, bao bọc và giúp kết dính các sợi tơ với nhau. Bình thường kén tằm khô thì ta không thể nhận biết được sự tồn tại của loại protein này. Nhưng khi được thả vào nước đủ nóng thì sờ tay vào kén tằm sẽ thấy keo nhớt [3], [4].

Trên thị trường hiện nay có rất nhiều các loại mặt nạ khác nhau như mặt nạ giấy, mặt nạ ngủ, mặt nạ hũ, mặt nạ hoa quả... được sản xuất trong nước và ngoài nước. Nhưng các loại mặt nạ kể trên thường gây ra các dị ứng cho da, hiệu quả không cao, và giá thành lại đắt. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Hoàn thiện quy trình chế tạo mặt nạ dưỡng da do người điều khiển con tằm tự dệt.
2. Đánh giá hiệu quả của mặt nạ dưỡng da do người điều khiển con tằm tự dệt trên các khuôn mặt của những người tình nguyện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các loại da gồm da lão hóa, da mụn, da dầu, da nhờn, da thường, da hỗn hợp sẽ được lựa chọn sử dụng thử mặt nạ dưỡng da do người điều khiển con tằm tự dệt.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Làng nghề truyền thống Huyện Mỹ Đức, Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu từ 1/2017 đến tháng 1/2018.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp quan sát, mô tả cắt ngang từng trường hợp.

**2.4. Quy trình nghiên cứu**

**2.1. Lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu**

- Nhóm nghiên cứu: 100 người từ 15-50 tuổi, 45 nam giới, 55 nữ giới với tất cả các loại da, da lão hóa, da mụn, da đầu, da nhờn, da thường, da hỗn hợp được lựa chọn sử dụng mặt nạ dưỡng da từ tằm tự dệt.

- Nhóm chứng: 50 người từ 15-50 tuổi với các loại da lão hóa, da mụn, da đầu, da nhờn, da thường, da hỗn hợp được lựa chọn sử dụng mặt nạ dưỡng da của The faceshop.

**2.2. Quy trình chế tạo mặt nạ dưỡng da do người điều khiển con tằm tự dệt**

**Bước 1.** Chọn tằm tùy vào từng thời điểm thời tiết để lựa chọn tằm, để tằm nhả tơ nhiều nhất.

Giống tằm tứ nguyên TN1827 là giống kén trắng của Việt Nam được lai tạo chọn lọc thành công ở Trung tâm Nghiên cứu Dâu tằm tơ TW, vòng đời phát dục khoảng 22 đến 24 ngày, tằm to con da màu xanh, ăn dâu khoẻ và sạch dẫu. Tuổi 5 thường 6 - 6,5 ngày thì chín. Kén bầu hơi eo. Năng suất đạt từ 14 -15 kg kén/vòng trứng. Thích hợp nuôi ở vụ Xuân-Thu vùng đồng bằng sông Hồng.

Giống GQ2218 được chọn lọc thành công ở Trung tâm Nghiên cứu Dâu tằm tơ TW. Năng suất của 1 vòng trứng là 13 đến 14 kg. Nuôi tốt ở vụ Xuân-đầu Hè- cuối Hè và Thu, chiều dài tơ từ 800-900m.

- Giống kén vàng VK x TQ (VTxTQ) là giống tằm đa hệ lai nuôi tốt vào thời kỳ nóng ẩm của vụ Hè (tháng 6, 7, 8 ở Bắc Bộ). Tằm to con, ăn khoẻ, tuổi 5 ăn dâu 5-6 ngày thì chín. Năng suất đạt từ 12-13 kg kén/vòng trứng.

**Bước 2.** Cho Tằm nhả tơ trên tấm kén phẳng trong 2 ngày. Nhiệt độ đảm bảo 26-28 độ C, độ ẩm

80-90%. Trong 2 ngày đầu nhả tơ tằm vẫn còn bài tiết nên sợi tơ tằm vẫn bị lẫn một số tạp chất.

**Bước 3.** Ngày thứ 3 bắt 20-25 con tằm cho nhả tơ vào bề mặt các khuôn mẫu sẵn, đặt tằm vào các vị trí cố định trên khuôn hình tròn mặt người đường kính 20cm trong khoảng thời gian 10 tiếng.

**Bước 4.** Thu sản phẩm, sau 10 tiếng thu được mặt nạ có độ dày 1mm đến 1,5mm.

**Bước 5.** Khử trùng sản phẩm bằng nồi hấp, đóng túi cho vào máy hút chân không, hàn kín đóng gói sản phẩm.

**Bước 6. Đắp mặt nạ lên da mặt:** Sau khi thu được chiếc mặt nạ, khi sử dụng ta chỉ việc ngâm nước ấm 80 độ C, sau 3 phút ta lấy ra đắp lên mặt trong 30 phút.

**2.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng:** Đánh giá hiệu quả sử dụng mặt nạ tằm sau 2 tuần sử dụng.

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trong dự án thi "Khoa học kỹ thuật dành cho lứa tuổi học sinh" đã được giải cấp Thành phố Hà Nội và được lựa chọn tham gia thi Quốc gia. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu được chăm sóc và bảo vệ theo những quy định chung về đạo đức nghiên cứu trên đối tượng người bệnh.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Hoàn thiện quy trình nuôi tằm và thu kén:** Sau khi tìm hiểu về cách nuôi tằm và các đặc tính của tằm, chúng tôi tiến hành ương nuôi tằm, chăm sóc theo phương pháp truyền thống, khoảng 18 - 20 ngày thì tằm chín, trong giai đoạn này tằm sẽ ngừng ăn và tiến hành nhả tơ, thay vì việc làm tổ cho tằm, chúng tôi cho tằm lên một mặt phẳng bằng gỗ - đây là chiếc khuôn hình tròn giống mặt người bằng gỗ, khoét 2 lỗ tròn ở vị trí mắt, và khoét vị trí miệng, đặt 20 -25 con tằm lên khuôn gỗ, và điều khiển con tằm tự dệt theo đúng ý muốn của mình (Hình 1).



**Hình 1.** Khuôn gỗ tự thiết kế



**Hình 2.** Đặt Tằm trên các khuôn gỗ



**Hình 3.** Chiếc mặt nạ sau khi thu được từ khuôn mẫu

- Trong 2 ngày đầu tắm bỏ qua bỏ lại nhiều lần để tìm góc khuất quần quanh làm kén theo bản năng, lúc này cần có người trực để đưa tắm vào đúng vị trí đảm bảo khoảng cách các con được đều nhau.

- Đến ngày thứ 3, tắm bắt đầu nhả tơ vào vị trí nó nằm, trung bình các con tắm khỏe mạnh có thể nhả ra sợi tơ dài khoảng 800m-900m/ 1 con, những con yếu hơn thì đạt khoảng 600m/ 1 con. Quan sát thấy tắm nhả tơ theo hình số 8, các sợi tơ được đan xen vào nhau. Thời gian 20-25 con tắm hoàn thành 1 chiếc mặt nạ là 10 giờ với độ dày miếng mặt nạ 1mm-1,5mm (Hình 2).

**3.2. Tạo mặt nạ dưỡng da từ kén tắm:**  
Sau khi thu được mặt nạ, chúng tôi nhấc mặt nạ ra khỏi khuôn mẫu (Hình 3).

- Với giải pháp này ta không cần phải tốn nhiều công sức, tiền bạc trong việc làm đẹp da và thu được chiếc mặt nạ dưỡng da tơ tắm chất lượng cao.

- Để đảm bảo cho mặt nạ không bị nhiễm khuẩn chúng tôi đã khử trùng sản phẩm bằng nồi hấp của trung tâm y tế dự phòng huyện Mỹ Đức (có giấy phiếu chứng nhận kèm theo) với nhiệt độ 121°C thời gian 20 phút (Hình 4) và tiến hành đóng gói sản phẩm (Hình 5).



**Hình 4:** Cho sản phẩm vào nồi hấp để khử trùng sản phẩm



**Hình 5:** Đóng gói bằng máy hút chân không



**Hình 6:** Sử dụng thử nghiệm mặt nạ

- Khi sử dụng ta chỉ việc ngâm nước ấm 80 độ C, sau 3 phút lấy ra đắp lên mặt, trong khi đắp 30 phút ta vẫn có thể làm việc nhà, hoặc nằm thư giãn (Hình 6).

- Điểm đặc biệt của mặt nạ dưỡng da do con tắm tự dệt có thể tái sử dụng nhiều lần mà vẫn cho kết quả rất tốt cho da, sau khi đắp mặt 30 phút, khi mặt nạ đã khô lại, ta lại bảo quản trong túi nilong sạch, lần sau lại mang ra sử dụng, mỗi tuần sử dụng 3 lần, thời gian sử dụng cho 1 tấm mặt nạ này là 12 lần sử dụng.

- Sau khi sử dụng 12 lần xong, ta có thể dùng ngay tấm mặt nạ này để làm bông tắm, vì mặt nạ từ tơ tắm có tác dụng tẩy da chết rất tốt cho da, hoặc làm tấm lót giày, vì tơ tắm thấm mồ hôi và khử mùi hôi chân rất tốt.

**3.3. Kết quả thử nghiệm mặt nạ dưỡng da từ kén tắm:** Chúng tôi đã thử nghiệm với 100 người, với tất cả các loại da, da mụn, da dầu, da nhờn, da thường, da hỗn hợp, tất cả dùng sau 2 tuần, đều cải thiện một cách rõ rệt.

**Bảng 1. Đánh giá hiệu quả sử dụng thử nghiệm mặt nạ**

Số người (100)	Biểu hiện của da trước khi sử dụng mặt nạ	Biểu hiện của da sau khi sử dụng mặt nạ 2 tuần (Theo đánh giá của chuyên gia da liễu)	Ý kiến của người sử dụng, kết quả kiểm định
20	Da nhờn	Hết nhờn	Sản phẩm tốt, giá thành rẻ, dễ sử dụng, nên lưu hành ra thị trường
20	Da nẻ khô	Da mềm, mịn, hết khô nẻ	
30	Da nhiều mụn	Mụn có xu hướng giảm rất nhiều	
3	Da đôi môi, nhăn, tàn nhang	Da sáng, giảm rất nhiều tàn nhang, lớp đôi môi đã nhạt đi	
5	Da lão hóa	Da sáng, căng mịn	
25	Da nhờn, nẻ khô, nhiều mụn	Da mềm mịn, hết mụn	
50	Nhóm chứng dùng mặt nạ dưỡng da The faceshop của Hàn Quốc	Không thay đổi nhiều đối với da nám, tàn nhang, mụn Tác dụng tốt với da khô, nẻ	
Sản phẩm	Kiểm định các tiêu chuẩn cơ sở về các chỉ tiêu kích ứng da, nhiễm khuẩn, không chứa các chất độc hóa học		Đạt tiêu chuẩn cơ sở của viện kiểm định được Quốc gia

Như vậy, sản phẩm mang tên "Mặt nạ dưỡng da điều khiển tầm tự dệt" với rất nhiều ưu điểm như:

- Sản phẩm mặt nạ dưỡng da từ tơ tằm tự nhiên đạt tiêu chuẩn do Viện kiểm định dược Quốc gia cấp về các tiêu chí không chất bảo quản, tạo màu, hương liệu, chất cồn... Không gây kích ứng, không chứa chất hóa học, có thể dùng được cho làn da nhạy cảm nhất. Kiểm soát bã nhờn, giúp da hấp thụ các dưỡng chất tốt hơn, giữ ẩm giúp da thư giãn tối đa sau một ngày làm việc căng thẳng, không nhiễm khuẩn. So sánh, đối chiếu với kết quả sử dụng mặt nạ dưỡng da đang bán trên thị trường, thì sản phẩm có nhiều ưu điểm vượt trội hơn:

- Thành phần dưỡng chất trong mặt nạ hoàn toàn từ thiên nhiên dịu nhẹ với làn da, giúp da trắng, mịn màng, mượt mà. Dưỡng ẩm cho da suốt 24h trong ngày, giúp da hấp thụ và thẩm thấu những tinh chất dưỡng da một cách nhanh nhất. Duy trì sử dụng lâu dài, giúp các tế bào da khỏe mạnh, giúp da tự sản sinh collagen ngăn ngừa sự lão hoá và duy trì vẻ đẹp tươi trẻ cho làn da.

- Thời gian sử dụng một chiếc mặt nạ là 30 ngày, tương đương 12 lần đắp mặt.

- Sau khi không dùng tấm mặt nạ để đắp mặt ta có thể dùng tấm mặt nạ làm khăn mặt, tẩy da chết cho da, làm bông tẩy da chết toàn thân, hoặc làm lót giày, giúp chân không bị mồ hôi và mùi khó chịu.

Kén tằm tự nhiên có chứa tơ tằm là chất liệu tinh khiết và tự nhiên nhất, nó được tổng hợp từ các protein và các loại acid amin gắn gũi với da. Lụa tơ tằm có thể làm cho làn da trở nên đẹp hơn, loại bỏ các điểm da tối, giúp da sáng mịn và đặc biệt là giúp tẩy tế bào chết cho da, trị mụn đầu đen cực kỳ tốt. Các sợi tơ tằm giúp khôi phục và kích thích sản sinh các sợi khung collagen đã bị phá hủy bởi thời gian và tuổi tác.

Từng sợi tơ mỏng manh nhưng đầy dinh dưỡng giúp da chúng ta mịn màng, trắng, đàn hồi tốt hơn và không bị chảy xệ. Xung quanh chiếc kén có nhiều sợi tơ với công dụng tẩy tế bào chết cho da [5], [6], [7].

#### IV. KẾT LUẬN

1. Xây dựng thành công quy trình sản xuất mặt nạ dưỡng da do người điều khiển con tằm tự dệt độc quyền của làng nghề truyền thống Mỹ Đức.

2. Hiệu quả sử dụng mặt nạ dưỡng da từ tơ tằm rõ rệt sau 2 tuần sử dụng với quy trình sử dụng đơn giản, giá thành phù hợp mà chất lượng dưỡng da cao, không gây kích ứng da, đạt các tiêu chuẩn cơ sở của Viện kiểm định dược Quốc gia.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Komatsu K. (1975).** Studies on dissolution behaviors and structural characteristic of silk Sericin. Bull. Sericult. Exp. Sta. 26, 135-256.
2. **Zhou C.Z., Confalonieri F., Medina et al (2000).** Fine organization of Bombyx mori fibroin heavy chain gene. Nucl. Acids Res. 28, 2413-2419.
3. **Guan J., Porter D., Vollrath F. (2013).** Thermally induced changes in dynamic mechanical properties of native silks. Biomacromolecules 14(3):930-937.
4. **Phillips D.M., Drummy L.F., Naik R.R., Delong H.C., Fox D.M., Trulove P.C. and Mantz R.A. (2005)** Silk fibers from an ionic liquid solution. J. Mater. Chem. 15, 4206.
5. **Chen F., Porter D., Vollrath F. (2010).** Silkworm cocoons inspire models for random fiber and particulate composites. Phys Rev E 82(4):041911.
6. **Horrocks N.P.C., Vollrath F., Dicko C. (2013).** The silkworm cocoon as humidity trap and waterproof barrier. Comp Biochem Physiol A 164(4):645-652.
7. **C. Offord F. Vollrath and C. Holland (2016).** Environmental effects on the construction and physical properties of Bombyx mori cocoons. J Master Sci 2016 51: 10683-10872.

## BỆNH VIỆN CHỢ RẪY HƯỚNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH BẰNG CHƯƠNG TRÌNH CHỦ NHẬT CHIA SẺ YÊU THƯƠNG

Lê Minh Hiền, Nguyễn Thị Thùy Dương, Đoàn Đỗ Hạ Huyền,  
Nguyễn Lương Minh Diễm, Trần Chanh Na Rết(\*)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

\**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hiền

Email: leminhhien.bvchoray@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

Ngày 04/6/2015 Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2151 về việc phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh" nhằm mục đích thay đổi nhận thức, thái độ, phong cách phục vụ người bệnh của cán bộ y tế, rèn luyện kỹ năng giao tiếp, ứng xử, nâng cao tinh thần, thái độ phục

vụ, củng cố niềm tin và sự hài lòng của người bệnh; Tạo điều kiện tốt, thuận lợi để giúp người dân tiếp cận các dịch vụ y tế; xây dựng hình ảnh đẹp của người cán bộ y tế Việt Nam.

Được sự cho phép của Ban Chỉ đạo, phòng Công tác xã hội Bệnh viện Chợ Rẫy (CTXH BVCR) đã trình kế hoạch triển khai chương trình "Chủ nhật Chia sẻ yêu thương" (CN CSYT) gồm các hoạt động văn nghệ, cắt tóc, gội đầu... cho người bệnh vào ngày chủ nhật. Định kỳ 02 tháng/ 01 Chương trình.

## II. VÌ SAO THIẾT KẾ CHƯƠNG TRÌNH CN CSYT

Với phương châm "Làm những gì có lợi nhất cho người nghèo" Phòng CTXH BVCR đã trở thành điểm tựa cho người bệnh có hoàn cảnh khó khăn, là nhịp cầu nối giữa các nhà hảo tâm, mạnh thường quân với người bệnh nghèo".

Ngoài việc chăm lo về sức khỏe, vật chất thì tinh thần người bệnh cũng quan trọng không kém. Làm sao để người bệnh luôn có được tinh thần vui tươi, lạc quan nhất để chiến đấu và chiến thắng bệnh tật. Người bệnh với những khó khăn riêng của mình do đau ốm, thương tích, tai nạn... nằm viện điều trị ít nhiều sẽ ảnh hưởng đến việc vệ sinh cá nhân. Qua chương trình chủ nhật yêu thương, phòng CTXH hy vọng những hoạt động như: Văn nghệ, cắt tóc, gội đầu, ... sẽ giúp người bệnh thêm ấm lòng, vững tâm trị bệnh.

- Văn nghệ: Chăm lo đời sống tinh thần bằng bài hát truyền thống, dân ca...

- Cắt tóc – gội đầu: Tạo sự thay đổi và thoải mái

## III. KẾT QUẢ THỰC HIỆN 05 CHƯƠNG TRÌNH CN CSYT

**Chương trình 1:** Tổ chức chào mừng kỷ niệm ngày Công tác xã hội Việt Nam lần thứ 1 ngày 25/3/2017, phòng CTXH BVCR kết hợp với trung tâm Công tác xã hội Thanh niên TP.HCM tổ chức vào ngày 12/3/2017. Đây là chương trình đầu tiên gồm 03 hoạt động: văn nghệ kết hợp cắt tóc – gội đầu và dành cho người bệnh.

Trong buổi lễ long trọng PGS.TS. Nguyễn Văn Khôi, Phó Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy đánh giá cao vai trò của phòng CTXH trong quá trình triển khai hoạt động tại bệnh viện Chợ Rẫy, nơi có rất nhiều người bệnh có hoàn cảnh khó khăn cần giúp đỡ. Trong đó, phòng CTXH đã thật sự là cầu nối để kết nối những trường hợp người bệnh khó khăn với cộng đồng và kết nối những bệnh nhân mắc bệnh hiểm nghèo từ cộng đồng đến BV, góp phần nâng cao chất lượng phục vụ cho người bệnh, nâng cao hình ảnh của Ngành y tế.

Ông Nguyễn Minh Hoàng, Giám đốc Trung tâm Công tác xã hội Thanh niên TP HCM (đơn vị chịu trách nhiệm chương trình văn nghệ) cho biết: "dự kiến chương trình sẽ tổ chức luân phiên vào chủ nhật tại 5 bệnh viện thành phố nhằm mang âm nhạc vào bệnh viện. Hoạt động này góp phần giúp mọi người vượt khó khăn, nỗi đau bệnh tật trong thời gian nằm viện, mau hồi phục, khỏe mạnh để về nhà"

"Buổi sáng nay tôi đã cắt tóc được cho 10 người, nhìn các cô chú bị bệnh bằng tuổi cha mẹ mình ở nhà tôi thấy thoải mái khi đã giúp họ được thư giãn hơn", Chị Thanh Thu, tình nguyện viên vui mừng nói.

Bác NTH., (sn 1957 đang điều trị bệnh Nội Thận) thoải mái giữ chiếc khăn lau sau khi được cắt tóc, gội đầu miễn phí. "5 ngày rồi tôi chưa được gội đầu nên rất ngứa ngáy khó chịu, giờ được gội không cần dùng nước, thấy nhẹ nhàng hẳn".

Chương trình phục vụ cho 104 người bệnh tại sảnh phát thuốc Bảo hiểm y tế[1].

**Chương trình 2:** Từ 7 giờ sáng ngày 07/5/2017 nhân viên phòng CTXH đã tỏa đi các khắp các khoa lâm sàng. Tại đây, Cô bác đã có thư mời được nhân viên phòng CTXH đón về sảnh phát thuốc BHYT để tham gia chương trình. Người bệnh đi lại khó khăn sẽ được đưa đi bằng xe lăn. Phát huy chương trình lần 1, ngoài ca nhạc, cắt tóc, gội đầu lần 2 bổ sung thêm bữa trưa thân mật. Chương trình đã phục vụ cho 110 người [1].

Không chỉ được hớt tóc, gội đầu, bệnh nhân còn được bệnh viện đãi cơm chay miễn phí. Ông NVĐ, (SN 1965, quê Cà Mau) bày tỏ: "Tôi rất vui vì ở đây người ta đối xử tốt với mình. Mang bệnh trong người khổ tâm lắm nhưng sự sẻ chia thiết thực này của bệnh viện đã khiến chúng tôi được an ủi phần nào và có thêm động lực để chiến đấu với bệnh tật".

Đặc biệt, trong bữa cơm trưa thân mật, Bác CVĐ. (68 tuổi đang điều trị tại khoa Tai - Mũi - Họng) chỉ ăn một nửa phần cơm, còn lại để dành mang lên cho vợ. "Cơm chiên chay rất ngon, vừa miệng, vợ tôi cũng ăn chay trường nên tôi mang lên cho bà ấy ăn thử để biết cách nấu", ông Đ vui vẻ giải thích.

Trong chương trình đã có những nụ cười hạnh phúc xen lẫn với những giọt nước mắt xúc động của người bệnh khi nhận được sự quan tâm của bệnh viện. Chị Nguyễn Thị Cẩm Tú (SN 1982, quê Sóc Trăng) nức nghẹn: "Tôi bị bệnh lên đây điều trị đã được 3 tuần. Chồng tôi tranh thủ ra ngoài làm thêm kiếm tiền đóng viện phí

cho tôi. Tôi thấy bệnh viện đối xử quá tốt với mình nên xúc động, không biết phải nói thế nào để cảm ơn”.

**Chương trình 3:** Diễn ra ngày 30/7/2017. Những hoạt động như: Văn nghệ, cắt tóc, gội đầu và ăn trưa tại sảnh phát thuốc vẫn duy trì từ chương trình lần 2 có bổ sung phục vụ tại khoa Chấn thương sọ não, Phỏng & Tạo hình. Các tình nguyện viên trực tiếp đến các khoa lâm sàng trên để cắt tóc, gội đầu cho những bệnh nhân nặng không thể di chuyển được, để tất cả người bệnh có nhu cầu đều có thể tham gia chương trình.

Anh Bùi Thành Công, CLB cắt tóc NVHPN TP.HCM chia sẻ “đây là việc làm ý nghĩa, nhân văn. Rất vui vì đến tận giường bệnh phục vụ cho các Cô-Chú, các Dì-Chị không may mắn phải nằm 1 chỗ”

Anh Bá Tòng, tình nguyện viên gội đầu cho biết: “những chương trình đầu chúng em ngỡ ngàng và lo lắng, không biết bệnh nhân có hài lòng không? Giờ thì em hết lo, vì sau khi gội đầu xong thấy bệnh nhân tươi cười thoải mái, nên vui lắm”!

Chương trình lần này có 156 người bệnh và thân nhân được phục vụ. Trong đó có 36 người bệnh tại 02 khoa CTSN và Phỏng Tạo hình được phục vụ cắt tóc gội đầu tại khoa[1].

**Chương trình 4:** Tại khoa Phỏng Tạo hình, bác LTQ (78 tuổi) bị căn bệnh nhiễm trùng chân hành hạ, có nguy cơ tháo khớp, được con là cô NTL. Đưa lên BVCR chữa bệnh. Cô L. nói: “Bà lớn tuổi rồi nên chuyện cắt tóc cho bà khó lắm. Nay được các cô chú vào tận bệnh viện để phục vụ bà cắt tóc, gội đầu, những người đến từ phương xa như tôi cũng thấy ấm lòng”.

Chị Nguyễn Thị Quỳnh Giao, Điều dưỡng trưởng Khoa Phỏng Tạo hình chia sẻ: “Người bệnh rất thích được cắt tóc, gội đầu vì đa số BN bị phỏng nằm viện lâu, trong khi nằm viện thì khó khăn cho cắt tóc gội đầu. Đề nghị phòng CTXH tăng thêm số lượng cho bn khoa Phỏng”

Với chị Tường Vi, CLB cắt tóc NVH Phụ nữ Tp.HCM, trong lúc cắt tóc cho bà Quận, chị chia sẻ: “Mỗi lần đến đây là mình cảm động lắm, thấy thương Cô Bác ở bệnh viện lắm, thương như cha mẹ của mình”

Hội Thiện nguyện Tâm An tặng 15 phần quà, mỗi phần trị giá 400 ngàn đồng. Anh Vương Nhật Thanh, thành viên Hội vui vẻ nói: “rất vui khi tham gia chương trình này, chúng tôi sẽ tiếp tục đồng hành cùng người bệnh. Sắp tới sẽ mời thêm các thành viên cùng tham gia”

Chương trình lần này có 170 người được phục vụ. Trong đó có 50 người bệnh tại 03 khoa

CTSN, Phỏng Tạo hình và Ngoại Thần kinh được phục vụ cắt tóc gội đầu tại khoa[1].

**Chương trình 5:** Tổ chức vào ngày 19/11/2017. Bên cạnh hoạt động văn nghệ, cắt tóc, gội đầu được diễn ra tại sảnh lãnh thuốc BHYT, các tình nguyện viên còn đến khoa Chấn thương sọ não, khoa Phỏng và Tạo hình, khoa Ngoại thần kinh và Nội thần kinh để cắt tóc, gội đầu cho những người bệnh nặng, không thể di chuyển được, để tất cả người bệnh có nhu cầu đều có thể tham gia. Bữa cơm thân mật được Nhà hàng Phi Phố Biển tài trợ. Đặc biệt, người bệnh còn được tham gia bốc thăm nhận 15 phần quà may mắn.

BGD Công ty Phúc Thiện (đơn vị hỗ trợ nhân lực và đầu gội đầu không dùng nước) cho biết: “Chủ Nhật Chia Sẻ Yêu Thương do Phòng CTXH BVCR tổ chức là 1 chương trình mang rất nhiều ý nghĩa nhân văn và mang mọi người đến gần nhau hơn. Thông qua chương trình này rất đúng với thông điệp của công ty là “làm Phúc làm Thiện” do đó công ty chúng tôi cam kết tiếp tục hợp tác với Phòng CTXH thực hiện nhiều chương trình CN CSYT trong tương lai”

Ca sỹ Hồng Phượng vui vẻ nói: “Đây là lần đầu tiên Hồng Phượng tham gia hát ở bệnh viện, cảm giác rất thích vì đem niềm vui đến cho mọi người nhất là bệnh nhân trong bv, họ cần hơn chút tình”

Bác NMH. (63 tuổi, ngụ tại Bình Phước) chia sẻ: “Tôi bị tai nạn giao thông, phải nằm viện điều trị, vết thương quá đau khiến tôi không tự vệ sinh cá nhân được. Mấy đứa con chăm sóc chỉ lau người, vệ sinh mặt mũi, hơn nửa tháng nằm viện, tóc mọc dài nhưng không thể cắt, đầu ngứa vì nhiều ngày không gội, nay được các cô, các chú cắt tóc, gội đầu sạch sẽ, trong người như khỏe ra”. Ngoài lời cảm ơn đến bệnh viện, các bệnh nhân đều hy vọng sẽ có ngày càng nhiều chương trình Chủ nhật yêu thương được tổ chức.

Chương trình lần 05 có 176 người được phục vụ. Trong đó có 56 người bệnh tại 04 khoa CTSN, Phỏng Tạo hình, Ngoại Thần kinh và Nội Thần kinh được phục vụ cắt tóc gội đầu tại khoa[1].

#### IV. BÀN LUẬN

Bộ Y tế đã ký Thông tư số 43/2015/TT-BYT quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của bệnh viện. Thông tư có 08 điều và có hiệu lực kể từ 01/01/2016. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu chính thức nào đáng giá thực trạng, nguyên nhân, nhu

câu xã hội cũng như hiệu quả hoạt động của phòng CTXH BV [3].

Tại Bệnh viện Đà Nẵng có tổ chương trình mang tên Chủ nhật Chia sẻ yêu thương (trùng khớp tên với BVCR). Các hoạt động ở đây bao gồm: Trò chơi vận động cho trẻ em, cắt tóc, gội đầu, vẽ và chụp chân dung. Đến nay đã tổ chức 02 chương trình, phục vụ cho 330 người. Chương trình 1 ngày 10/9/2017, chương trình 2 ngày 24/12/2017. Kế hoạch mỗi quý 01 chương trình[2].

Tại Hà Nội, BV Bạch Mai Bạch Mai tổ chức yoga cười cho người bệnh[4].

Trong năm 2017, BVCR đã tổ chức 05 chương trình CN CSYT, phục vụ cắt tóc – gội đầu miễn phí cho 716 lượt (người bệnh – thân nhân), cung cấp 460 suất ăn miễn phí[1]. Chương trình “Chủ nhật Chia sẻ yêu thương” do phòng CTXH BVCR phối hợp các đơn vị tổ chức mang giá trị nhân văn sâu sắc, thể hiện sự quan tâm của BV đến người bệnh.

Các hoạt động trên có khác nhau về nội dung và hình thức tổ chức nhưng tất cả đều hướng đến sự hài lòng của người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Trong năm 2017, BVCR đã tổ chức 05 chương trình CN CSYT, phục vụ cắt tóc – gội đầu miễn

phí cho 716 lượt (người bệnh – thân nhân), cung cấp 460 suất ăn miễn phí[1].

Chương trình “Chủ nhật Chia sẻ yêu thương” do phòng CTXH BVCR phối hợp các đơn vị tổ chức mang giá trị nhân văn sâu sắc, thể hiện sự quan tâm của BV đến người bệnh. Chương trình ngày càng phát triển, tăng số lượng phục vụ và tăng thêm nội dung sau mỗi chương trình.

Hoạt động của phòng CTXH BVCR đã tạo lòng tin, được nhiều nhà hảo tâm, nhiều chi hội cam kết đồng hành để chương trình CN CSYT tiếp tục trong tương lai.

Chương trình CN CSYT mang đến sự hài lòng của người bệnh, đáp ứng mục tiêu “chữa mau lành bệnh, làm hài lòng khách”.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Chợ Rẫy (2017)**, Báo cáo tổng kết hoạt động công tác xã hội năm 2017, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Bệnh viện Đà Nẵng (2017)**, Báo cáo tổng kết hoạt động công tác xã hội năm 2017, Thành phố Đà Nẵng.
3. **Trường Đại học Khoa học Xã hội & Nhân văn – Đại học Quốc gia TP.HCM (2016)**, Kỷ yếu Hội thảo khoa học: Công tác xã hội trong bệnh viện – Những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. <http://bachmai.gov.vn/index.php/vi/nhip-cau-nhan-ai-menuleft-123/3994-mang-ti-ng-cu-i-d-n-cho-ngu-i-b-nh>

## TÌM HIỂU MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TW GIAI ĐOẠN 2015-2016

Nguyễn Hà Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Triệu Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 287 bệnh nhân bao gồm 57 bệnh nhi và 230 người lớn bị thiếu máu thiếu sắt tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2015-2016. **Mục tiêu:** Phát hiện một số nguyên nhân gây bệnh thiếu máu thiếu sắt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân trẻ em và người lớn bị thiếu máu thiếu sắt, Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả nghiên cứu:** (1) Ở trẻ em: 21% trẻ nữ, 49% trẻ nam, ở người lớn: 10.8% nữ giới và 7.4% nam giới chưa tìm thấy nguyên nhân gây bệnh; (2)

Rong kinh là nguyên nhân gây chảy máu dẫn đến thiếu máu thiếu sắt chiếm tỷ lệ cao nhất: trẻ gái là 54%, người lớn là 51%; (3) Loét dạ dày chiếm 47% là nguyên nhân hàng đầu trong nhóm nguyên nhân chảy máu ở nam giới; (4) Viêm dạ dày là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất so với các nguyên nhân như cắt dạ dày, ăn kiêng, có thai; (5) Độ tuổi từ 31 – 50 có nhiều bệnh lý phối hợp dẫn đến thiếu máu thiếu sắt. Các kết quả nghiên cứu đã được bàn luận.

**Từ khóa:** Thiếu máu, thiếu sắt, nguyên nhân thiếu máu.

### SUMMARY

#### FINDING ON CAUSES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING 2015 – 2016

The authors have studied on 287 patients with iron deficiency anemia including 57 pediatric and 230 adult at the National Institute of Hematology and Blood

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Viện Huyết học – Truyền máu TW,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Thanh

Email: [ha\\_thanh\\_nguyen\\_vhhtm@yahoo.com](mailto:ha_thanh_nguyen_vhhtm@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 19.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

Transfusion during 2015 – 2016. **Objectives:** To find causes of iron deficiency anemia. **Subject and method:** Patients with iron deficiency anemia, cross – sectional study, convenient sampling. **Results:** (1) Pediatric: 21% female, 49% male; Adult: 10.8% female and 7.4% male with undefined causes; (2) the bleeding cause with highest rate in female leading to iron deficiency anemia is metrorrhagia: junior is 54% and adult is 51%; (3) the bleeding cause with highest rate in male is gastric-ulcer; (4) Gastric-ulcer is most met among the others as gastrectomy, dietary, pregnancy; (5) People at age 31 – 50 is found multi-pathology leading to iron deficiency anemia. These results are discussed.

**Key words:** anemia, iron deficiency, anemia cause.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thiếu máu thiếu sắt là một bệnh phổ biến trong các bệnh về thiếu máu ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo thông kê của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai là gần 42%, trong đó ở các nước đang phát triển chiếm tới 56%, nhưng ở các nước phát triển chỉ chiếm 18%. Tại Việt Nam, theo điều tra của Viện Dinh dưỡng thì có từ 2% đến 5% nam giới trưởng thành và phụ nữ mãn kinh có thiếu máu thiếu sắt, từ 4% đến 13% người bị bệnh đường ruột bị thiếu máu do thiếu sắt.

Các nghiên cứu gần đây đều cho rằng bệnh thiếu máu do thiếu sắt ảnh hưởng hơn nhiều so với bất kỳ sự thiếu hụt vi chất dinh dưỡng nào khác. Vì vậy đề tài này được tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát các nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Đối tượng nghiên cứu gồm 287 bệnh nhân, trong đó có 57 bệnh nhi và 230 bệnh nhân là người lớn được chẩn đoán là thiếu máu thiếu sắt và điều trị tại Viện Huyết học - Truyền máu TW từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2016.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt: Theo tiêu chuẩn của WHO năm 2001: (1) Hb <120 g/l; (2) Ferritin huyết thanh < 30 ng/ml.

- Hai nhóm bệnh nhân được chia 4 nhóm bệnh theo nguyên nhân như sau:

- + Nhóm chảy máu: 13 trẻ em, 69 người lớn.
- + Nhóm không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt: 14 trẻ em và 65 người lớn.
- + Nhóm phổi hợp (PH): có 9 trẻ em và 73 người lớn.
- + Nhóm chưa rõ nguyên nhân (CRNN): có 21 trẻ em và 23 người lớn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

**a. Đặc điểm phân bố về giới:** Trong 57 bệnh nhi thì nam chiếm 58%, nữ chiếm 42%, trong 230 bệnh nhân thì nam chiếm 24%, nữ chiếm 76%.

**b. Đặc điểm phân bố độ tuổi**

**Bảng 3.1: Tỷ lệ tuổi trong nhóm nghiên cứu**

Nhóm tuổi		n	%
Trẻ em	< 2 tuổi	17	29.8
	2 – 11 tuổi	11	19.3
	12 – 16 tuổi	29	50.9
	<b>Tổng</b>	<b>57</b>	<b>100</b>
Người lớn	17 – 30	55	23.9
	31 – 50	116	50.4
	>50	59	25.7
	<b>Tổng</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhi dưới 2 tuổi chiếm 29.8%, cao nhất là nhóm tuổi 12–16 với 50.9%. Bệnh nhân người lớn tuổi từ 17-30 chiếm 23.9%, nhóm tuổi từ 31–50 chiếm 50.4%.

**3.2. Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt**

**a. Nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em:** Rong kinh là nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt rất cao ở nữ chiếm 54%; có đến 21% thiếu máu thiếu sắt chưa rõ nguyên nhân, tiếp theo là viêm dạ dày (17%), loét dạ dày (4%), chế độ ăn thiếu sắt (4%), và 21% bệnh nhân thiếu máu chưa rõ nguyên nhân.

Ở nam giới, chỉ có 51% là xác định được nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt, chiếm tỷ lệ cao nhất là viêm dạ dày chiếm 24%, tiếp theo là loét dạ dày (21%), cắt đoạn ruột (3%), chế độ ăn thiếu sắt (3%).

**Bảng 3.2. Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em theo nhóm tuổi**

Nguyên nhân	< 2 tuổi		2 - 11 tuổi		12 - 16 tuổi	
	n	%	n	%	n	%
CRNN	15	71.4	5	23.8	1	4.8
Viêm loét dạ dày	0	0.0	3	37.5	5	62.5
Viêm dạ dày	0	0.0	3	25.0	9	75.0
Rong kinh	0	0.0	0	0.0	13	100
Cắt đoạn ruột	1	100	0	0.0	0	0.0
Chế độ ăn thiếu sắt	1	50.0	0	0.0	1	50.0
<b>Tổng</b>	<b>17</b>	<b>29.8</b>	<b>11</b>	<b>19.3</b>	<b>29</b>	<b>50.9</b>

**Nhận xét:** Nhóm chưa rõ nguyên nhân gặp chủ yếu ở lứa tuổi dưới 2 chiếm 71.4%, ở lứa tuổi lớn từ 12 đến 16 tuổi chỉ có một trường hợp chiếm 4.8%. Không gặp nguyên nhân gây viêm dạ dày ở tuổi nhỏ hơn 2.

**b. Các nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt ở người lớn**

Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt hàng đầu ở nữ là tình trạng rong kinh chiếm 51%, tiếp theo là loét dạ dày chiếm 22%, ung thư (12%), trĩ (9%) và nhiễm giun móc (6%).

Ở nam giới, nguyên nhân thiếu máu do loét dạ dày chiếm 47%, do trĩ chiếm 27%, do giun móc và ung thư đường tiêu hóa cùng chiếm 13%.

Trong nhóm bệnh nhân là nữ giới có tình trạng không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt, kết quả nghiên cứu cho thấy viêm dạ dày chiếm 69%, có thai chiếm 17%. Có 4 trường hợp ăn kiêng chiếm 8%. Thấp nhất là cắt dạ dày chiếm 6%.

Trong nhóm bệnh nhân là nam giới có tình trạng không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt, kết quả nghiên cứu cho thấy có hai nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt thuộc nhóm không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt. Trong đó viêm dạ dày chiếm 86% còn do cắt dạ dày chiếm 14%.

**Bảng 3.3: Nguyên nhân trong nhóm chảy máu theo nhóm tuổi**

Nguyên nhân	17 - 30 tuổi		31 - 50 tuổi		>50 tuổi	
	n	%	n	%	n	%
Loét dạ dày	7	36.8	10	52.6	2	10.6
Rong kinh	8	28.6	18	64.3	2	7.1
Trĩ	0	0.0	4	44.4	5	55.6
Giun móc	1	20.0	2	40.0	2	40.0
K đường tiêu hóa	0	0.0	3	37.5	5	62.5

**Nhận xét:** Nguyên nhân do loét dạ dày gặp nhiều nhất ở độ tuổi 31 - 50 chiếm 52.6%. Nguyên nhân do rong kinh cũng chiếm 64.3% ở độ tuổi 31 - 50.

**Bảng 3.4: Tỷ lệ % các nguyên nhân trong nhóm không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt ở người lớn theo nhóm tuổi**

Nguyên nhân	17 - 30 tuổi		31 - 50 tuổi		>50 tuổi	
	n	%	n	%	n	%
Ăn kiêng	0	0.0	0	0.0	4	100
Cắt dạ dày	3	60.0	2	40.0	0	0.0
Viêm dạ dày	6	12.8	25	53.2	16	34.0
Có thai	7	77.8	2	22.2	0	0.0

**Nhận xét:** Viêm dạ dày chiếm tỷ lệ cao là 53.2% ở tuổi 31 - 50. Ăn kiêng gặp ở tuổi trên 50 là 100%, cắt dạ dày gặp nhiều hơn ở độ tuổi 17 - 30 chiếm 60%.

**Bảng 3.5. Nguyên nhân trong nhóm phối hợp theo nhóm tuổi**

Nguyên nhân	17 - 30 tuổi		31 - 50 tuổi		>50 tuổi	
	n	%	n	%	n	%
2 nguyên nhân	5	11.4	23	52.2	16	36.4
3 nguyên nhân	3	10.3	17	58.6	9	31.1

**Nhận xét:** Ở độ tuổi 31-50 có 52.2% bệnh nhân thiếu sắt do 2 nguyên nhân gây nên, có 58.6% bệnh nhân thiếu sắt do 3 nguyên nhân gây nên. Trong nhóm bị thiếu máu do nguyên nhân phối hợp, tỷ lệ bệnh nhân ở nam và nữ đều chiếm tỷ lệ cao, trong đó nam giới là 74% và nữ giới là 52%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm của về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

Nhóm bệnh nhi có tỷ lệ nam chiếm 58%, nữ chiếm 42%. Như vậy kết quả này tương đồng với tác giả Mai Lan (nam 62,4%, nữ 37,6%). Nhóm bệnh nhân người lớn thì nữ chiếm 76%, nam chiếm 24%, kết quả này tương tự với kết quả của N.T.T. Hà trong 50 bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt thì nữ chiếm 76%, N.T. Thảo nữ chiếm 76,2% (157/206 bệnh nhân).

Trong số 57 bệnh nhi bị thiếu máu thiếu sắt nhóm tuổi 12-15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50.9%, tiếp theo là nhóm nhỏ hơn 2 chiếm 29.8%, tuổi từ 3-11 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 19.3%. Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của Mai Lan (54.1%) và P.T.L. Hương (43%). Nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt ở giai đoạn từ 12-16 tuổi là do giai đoạn dậy thì của trẻ, cơ thể cần nhiều năng lượng cho sự phát triển toàn diện, đặc biệt ở trẻ gái bắt đầu có kinh nguyệt nên nhu cầu cung cấp sắt rất cao. Trong số 230 bệnh nhân thì độ tuổi 31- 50 chiếm cao nhất là 50.4%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của WHO (42,3%) và tác giả N.T.Thảo (50,5%). Trong nhóm này, gặp rất nhiều bệnh lý về dạ dày như viêm, loét dạ dày, ung thư đường tiêu hóa. Đặc biệt ở nữ giới gặp tỷ lệ cao do bị rối loạn kinh nguyệt.

**4.2. Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt**

**a. Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em:** Theo kết quả nghiên cứu, ở bệnh nhi nữ thì nguyên nhân hàng đầu là do tình trạng rong kinh chiếm 54%, tiếp đến là 21% số bệnh nhi chưa tìm ra nguyên nhân. Ở nam giới tỷ lệ này gặp cao nhất là 49%, nguyên nhân đứng hàng hai là do viêm dạ dày chiếm 24%. Tỷ lệ này tương đương với tác giả P.T.L. Hương. Kết quả cho thấy có 71.4% trẻ dưới 2 tuổi và 23.8% trẻ từ 2–11 tuổi chưa tìm ra nguyên nhân gây bệnh. Việc có nhiều trường hợp chưa tìm thấy nguyên nhân gây bệnh ở trẻ em là do trẻ còn quá nhỏ (dưới 2 tuổi) chưa thể tiến hành nội soi nội soi dạ dày – hành tá tràng, nội soi đại tràng. Tỷ lệ trẻ em bị viêm dạ dày ở cả hai giới đều cao chiếm 75%, viêm-loét dạ dày chiếm 62.5% ở độ tuổi trên 12. Các nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh viêm dạ dày ở trẻ em là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* (Hp). Khi nhiễm khuẩn Hp, khả năng hấp thu sắt giảm dẫn đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt. Đối với các bé gái bắt đầu tuổi dậy thì, rối loạn kinh nguyệt là nguyên nhân hàng đầu gây mất nhiều máu dẫn đến thiếu sắt nặng.

**b. Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt ở người lớn:** Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 51% bệnh nhân nữ trong nhóm chảy máu là do rong kinh. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy ở bệnh nhân nam, nguyên nhân hàng đầu bị mất máu là loét dạ dày chiếm 47%. Độ tuổi bị loét dạ dày cũng tập trung nhiều ở tuổi lao động từ 17-30 tuổi (36.8%) và từ 31- 50 tuổi (52.6%). Bên cạnh đó tình trạng viêm dạ dày cũng chiếm tỷ lệ rất cao với 69% ở nữ và 86% ở nam. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả N.T. Thảo. Trong 230 bệnh nhân có 8 trường hợp bị ung thư đường tiêu hóa. Bệnh lý này gây nên tình trạng chảy máu đường tiêu hóa, dẫn đến thiếu sắt mạn tính. Nhiễm giun móc cũng là một nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt (bảng 3.3, 5 bệnh nhân). Một nguyên nhân nữa là trĩ nội, gây chảy máu khi bệnh nhân đi đại

tiện (nữ 9%, nam 27%). Nhóm các nguyên nhân phổi hợp ở độ tuổi 31-50 có 52.2% có 2 nguyên nhân gây bệnh, 58.6% có 3 nguyên nhân gây bệnh. Tiếp theo là độ tuổi trên 50 với 2 nguyên nhân gây bệnh chiếm 36.4% và 3 nguyên nhân gây bệnh chiếm 31.1%.

## V. KẾT LUẬN

- Rong kinh là nguyên nhân gây chảy máu dẫn đến thiếu máu thiếu sắt chiếm tỷ lệ cao nhất: trẻ gái là 54%, người lớn là 51%.
- Loét dạ dày chiếm 47% là nguyên nhân hàng đầu trong nhóm nguyên nhân chảy máu ở nam giới.
- Viêm dạ dày là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất so với các nguyên nhân như cắt dạ dày, ăn kiêng, có thai.
- Ở trẻ em: 21% trẻ nữ, 49% trẻ nam, ở người lớn: 10.8% nữ, 7.4% nam giới là chưa tìm thấy nguyên nhân gây bệnh.
- Độ tuổi từ 31-50 có nhiều bệnh lý phổi hợp dẫn đến thiếu máu thiếu sắt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Phương Hoa (2013)**, *Tình trạng dinh dưỡng thiếu máu và hiệu quả bổ sung sắt hàng tuần ở phụ nữ 20-35 tuổi tại huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang*, Luận án tiến sỹ dinh dưỡng.
2. **Renate H (2006)**, *Iron deficiency and Iron deficiency anemia*, Pocket Atlas Special 14 - 17
3. **Beard J và Connor J (2003)**, *Iron deficiency alter brain development and functioning*, American society for nutritional sciences journal 133, p.1468-72
4. **WHO (2011)**, *Hemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity Vitamin and mineral nutrition information system Geneva*: World Health Organization.
5. **Nguyễn Thị Tuyết Loan (2010)**, *Tầm soát thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em*, *Y học thực hành*, 741, 65-66.
6. **WHO (2008)**, *World wide prevalence of anemia 1993 -2005*, World health organization geneva, ed.
7. **Susan F Clark (2008)**, *"Iron deficiency anemia"*, *Nutrition in clinical practice*, 23(2), tr. 128-141.

**MỤC LỤC**  
**TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 462 - THÁNG 1 - SỐ 2 - 2018**  
**VIETNAM MEDICAL JOURNAL N<sup>o</sup>2 - JANUARY - 2018**

1. **Nghiên cứu nồng độ ST2 huyết tương ở người Việt nam trưởng thành khỏe mạnh** 1  
**Investigating the levels of plasma ST2 in vietnamese healthy adults**  
**Lương Công Thức, Nguyễn Văn Hùng, Dương Hồng Niên**
2. **Nghiên cứu biến đổi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng điện châm kết hợp tập dưỡng sinh** 3  
**Research the changing of some clinical and subclinical indexes in knee osteoarthritis patients was treated with electro-acupuncture combined qigong**  
**Phạm Hồng Vân**
3. **Nghiên cứu điều chỉnh độ an thần TCI propofol bằng nồng độ đích dưới hướng dẫn của điện não số hóa qua chỉ số psi kết hợp với gây tê vùng cho phẫu thuật bụng dưới ở bệnh nhân cao tuổi** 7  
**Study adjusting TCI propofol sedation by target concentration combined with regional anesthesia for lower abdominal surgery in elderly patients**  
**Nguyễn Mạnh Hùng, Công Quyết Thắng**
4. **Nghiên cứu nồng độ insulin, c-peptid, chỉ số kháng insulin độ nhạy insulin và chức năng tế bào  $\beta$  ở bệnh nhân tiền đái tháo đường** 12  
**The insulin, cpeptide concentration, insulin resistance, insulin sensitivity and beta-cell function in prediabetes**  
**Phan Văn Đoàn, Hoàng Trung Vinh, Nguyễn Văn Tiến**
5. **Tối ưu hóa công thức bào chế viên nén aspirin giải phóng kéo dài** 16  
**Optimizing the formula of aspirin sustained release tablets**  
**Nguyễn Văn Bạch, Trịnh Nam Trung, Nguyễn Mạnh Hùng**
6. **Nghiên cứu nồng độ ST2 huyết tương ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát** 21  
**Investigating the levels of plasma ST2 in essential hypertensive patients**  
**Nguyễn Văn Hùng, Lương Công Thức**
7. **Đánh giá cải thiện tầm vận động khớp vai dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần** 24  
**Evaluating the improvement of shoulder joint mobility in patients with periarthritis of the shoulder under the influence of electro-acupuncture combined shock wave therapy**  
**Phạm Hồng Vân, Nguyễn Bá Quang**
8. **Nghiên cứu hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê tủy sống kết hợp giảm đau ngoài màng cứng cho phẫu thuật bụng dưới ở bệnh nhân cao tuổi** 29  
**Effect of spinal anesthesia combined with epidural anesthesia for lower abdominal surgery in elderly patients**  
**Nguyễn Mạnh Hùng, Công Quyết Thắng**
9. **Sự liên quan của bệnh quanh răng với một số yếu tố của người cao tuổi** 33  
**The involvement of periodontal disease with some factors of the elderly in can tho city**  
**Lê Long Nghĩa, Nguyễn Thị Thu Vân**
10. **Đặc điểm khẩu phần của bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong Da Liễu Văn Môn và Bệnh viện Phong Da Liễu Trung Ương Quỳnh Lập** 36  
**Food intake of leprosy patients at Van Mon Leprosy Dermatology Hospital and Quỳnh Lap National Leprosy Dermatology Hospital**  
**Ninh Thị Nhung, Phạm Thị Dung**
11. **Đánh giá kiến thức về sức khỏe sinh sản của sinh viên lớp điều dưỡng sản phụ khoa 4 tại Trường Đại học Kỹ Thuật Y Tế Hải Dương, tháng 10 năm 2015** 41  
**Evaluation of the reproductive health knowledge of obstetrics and gynecology nursing students 4<sup>th</sup>-course at Hai Duong Medical Technical University in October 2015**  
**Lê Văn Thêm, Đoàn Thị Thanh Hồng và CS**

12. **Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp siêu âm điều trị trong thoái hóa khớp gối** 45  
**Evaluating the effectiveness of relieving pain of electro-acupuncture combined with ultrasound therapy in osteoarthritis of the knee**  
**Trần Phương Đông, Trần Lê Minh**
13. **Kết quả phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội** 49  
**Surgical results of non small cell lung cancer with stage I-IIIa at Hanoi Medical University Hospital**  
**Lê Văn Quảng, Nguyễn Xuân Hậu, Trịnh Lê Huy**
14. **Đánh giá hiệu quả thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp tăng triglyceride máu tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ** 52  
**Efficiency of therapeutic plasma exchange for hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis at Phu Tho Hospital**  
**Nguyễn Huy Ngọc**
15. **Kết quả thực hiện đề án 1816 tại Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí giai đoạn 2011-2015** 57  
**Results implementing the project 1816 in Vietnam Sweden Uong Bi Hospital during the period 2011-2015**  
**Nguyễn Thị Hoài Thu, Vũ Văn Tâm, Phạm Văn Thắng, Nguyễn Thị Lượng**
16. **Khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh tại Khoa Phục hồi Chức năng- Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2017** 61  
**A survey of satisfaction level of the patients treated at Rehabilitation Department of Thai Nguyen National Hospital for the first 6 months in 2017**  
**Nguyễn Phương Sinh, Vũ Thị Tâm**
17. **Tác dụng không mong muốn của xạ trị điều biến liều với collimator đa lá cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – II điều trị bảo tồn tại Bệnh viện K** 66  
**Side effects of intensity modulated radiotherapy for patients with breast cancer in stage I – II conservation treatment**  
**Nguyễn Công Hoàng, Bùi Vinh Quang, Vũ Hồng Thăng, Lê Hồng Quang, Lê Văn Quảng, Phan Thanh Dương**
18. **Tình hình bệnh vùng quanh răng của người cao tuổi Thành phố Cần Thơ** 69  
**The periodontal status of the elderly people living in Can Tho City**  
**Lê Long Nghĩa, Cao Thị Hoàng Yến**
19. **Mô tả kiến thức và thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ từ 18 đến 45 tuổi đến khám tại Khoa Khám bệnh - Bệnh Viện Phụ Sản Hải Dương tháng 11/ 2015** 73  
**Description of knowledge and practice for preventing the vaginal infections in females at the age of 18 - 45 years in Clinical Examination Department of Hai Duong Hospital of Obstetrics and Gynecology november 2015**  
**Lê Văn Thêm, Lương Thị Phương Hoa và CS**
20. **Thực trạng công tác quản lý, điều trị rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa Khoa huyện Thanh Chương tỉnh Nghệ An năm 2016** 77  
**Situation of management, treatment for lipid mellitus in General Hospital of Thanh Chuong district of Nghe An province 2016**  
**Phạm Thị Tĩnh, Ninh Thị Nhung, Phạm Thị Dung**
21. **Kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội** 81  
**Results of treatment of parotid salivary tumor at Hanoi Medical University Hospital**  
**Lê Văn Quảng, Lê Thanh Đức, Nguyễn Xuân Hậu**
22. **Đánh giá tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm** 84  
**Evaluating the effectivenessimproving range of motion of lumbar vertebraeof therapeutic ultrasound combined with long needle electro-acupuncture and acupressure in patients with lumbar pain due to herniated disc**  
**Trần Phương Đông, Nguyễn Tiến Dũng**

23. **Một số nguyên nhân dẫn đến sự không hài lòng của người bệnh tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2017** 87  
**Causes leading to unsatisfaction of patients coming to use services at the Consulting Department of Tuyen Quang General Hospital, 2017**  
**Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Thu Hương**
24. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ não** 91  
**Clinical, subclinical manifestations and some risk factors of nosocomial pneumonia in stroke patients**  
**Đặng Phúc Đức, Nguyễn Minh Hiện, Mai Xuân Khấn**
25. **Đặc điểm phản ứng bất lợi toàn thân ở người hiến máu nhân đạo tại Bệnh viện Quân Y 103** 95  
**Characteristics of the systemic adverse reactions occurring in volunteer blood donors at 103 Military Hospital**  
**Phạm Mạnh Cường, Phạm Quốc Huy, Lê Đắc Phú, Nguyễn Giang Hòa, Nguyễn Văn Tâm**
26. **Khảo sát nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân suy tim mạn tính** 99  
**Survey on serum iron and ferritin in chronic heart failure patients**  
**Trần Văn Công Thắng, Lê Việt Thắng**
27. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có tổn thương thận** 102  
**Studying on clinical characteristics in type 2 diabetes patients with kidney damage**  
**Nguyễn Thị Yên, Đặng Quang Minh, Nguyễn Thanh Xuân**
28. **Mối liên quan giữa đột biến yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR) với phân típ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến phế quản theo IASLC/ATS/ERS IASLC/ATS/ERS 2011** 105  
**Associations between epidermal growth factor receptor mutations and histological subtype of lung adenocarcinoma according to the IASLC/ATS/ERS IASLC/ATS/ERS 2011**  
**Nguyễn Văn Tinh, Ngô Quý Châu, Nguyễn Văn Hưng**
29. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao phổi mới AFB (+) có đái tháo đường bằng phác đồ 2 (E) SHRZ/4RHE tại Bệnh viện 74 Trung Ương** 109  
**Clinical, laboratory characteristics and results of treatment new tuberculosis AFB (+) combined diabetes by 2 (E) SRHZ/4RH at Hospital 74**  
**Đặng Văn Khoa, Hà Văn Sen**
30. **Nhận thức của nhân viên y tế về an toàn người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị** 113  
**Perception of patient safety culture for health care workers in General Hospital Huong Hoa District, Quang Tri Province**  
**Trần Thị Nga, Nguyễn Thị Huyền Trâm**
31. **Thực trạng hồ sơ bệnh án và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Nội III Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2015** 117  
**Current status of medical records and some factors affecting in the department of Internal Medicine III, Hanoi Pulmonary Hospital, 2015**  
**Vũ Khắc Lương**
32. **Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tràn dịch màng ngoài tim sau phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Tim Hà Nội** 121  
**Evaluating several risk factor have a relationship with pericardial effusion after open heart surgery at Hanoi Heart Hospital**  
**Nguyễn Sinh Hiện, Nguyễn Doãn Thái Hưng**
33. **Đánh giá tác dụng điều trị phục hồi chức năng vận động của điện châm trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp** 126  
**Evaluate the effect of rehabilitation of motor function treatment on patients with cerebral infarct after clinical stage by electric acupuncture**  
**Nguyễn Đức Minh**
34. **Kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ bị sốt của bà mẹ có con dưới 6 tuổi đến khám tại phòng Khám Nhi, Bệnh viện Bình Thạnh** 131  
**Knowledge and practice of mothers having under 6-year-old children with fever at Binh Thanh Hospital, Ho Chi Minh City**  
**Vũ Đình Quý Phương, Trương Thị Kim Giang**

35. Nghiên cứu định lượng đồng thời curcumin (CUR), desmethoxycurcumin (DMC) và bisdemethoxycurcumin (BDMC) trong các mẫu curcuminoids bằng phương pháp UPLC/UV  
**Simultaneous quantitative analysis of curcumin, demethoxycurcumin and bisdemethoxycurcumin in curcuminoid samples using UPLC/UV method**  
 Bùi Thị Thu Hà, Vũ Tuấn Anh, Nguyễn Văn Long,  
 Chử Đức Thành, Chử Văn Mên 134
36. Bệnh morgellons nhân một trường hợp tại Viện Sức khỏe Tâm thần  
**Morgellous humanity in a Mental Healthins Titute**  
 Nguyễn Văn Dũng, Bùi Văn San 138
37. Nghiên cứu áp dụng chụp chụp lớp vi tính mạch não nhiều pha chẩn đoán nhồi máu não tối cấp  
**Multiphase ct angiography: Clinical applications in acute ischemic stroke**  
 Trần Anh Tuấn, Nguyễn Thị Thu Trang, Vũ Đăng Lưu 141
38. Nghiên cứu nồng độ interleukin 17 huyết thanh ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong đợt bùng phát  
**Study of serum interleukin 17 levels in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease**  
 Nguyễn Chí Tuấn, Mai Xuân Khấn,  
 Đỗ Khắc Đại, Trần Văn Thanh 146
39. Nghiên cứu xử trí song thai chuyển dạ từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương  
**Management in twin pregnancies from 28 weeks gestation age delivered at National of Obstetrics and Gynecology Hospital**  
 Nguyễn Quảng Bắc 148
40. Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của một số doanh nghiệp dược phẩm vừa và nhỏ tại Việt Nam giai đoạn 2013 – 2016  
**Analysis of business performance of some small and medium size pharmaceutical enterprises in Vietnam in the period 2013 – 2016**  
 Nguyễn Nhật Hải, Nguyễn Thị Song Hà, Nguyễn Đức Vân 151
41. Khảo sát đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn tính  
**Survey on features of anemia in chronic heart failure patients**  
 Trần Văn Công Thắng, Lê Việt Thắng 156
42. Điều trị biến chứng rò miệng nối đại trực tràng bài học từ 235 ca mổ ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện K  
**Treatment of colorectal anastomotic leakage: lessons learned from 235 cases with colorectal cancer in K Hospital**  
 Phạm Văn Bình 160
43. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng song thai chuyển dạ từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương  
**Research the clinical and subclinical in twin pregnancies from 28 weeks gestation age delivered at National of Obstetrics and Gynecology Hospital**  
 Nguyễn Quảng Bắc, Nguyễn Thị Lương 163
44. Hoàn chỉnh quy trình điều khiển quá trình tự dệt của kén tằm ứng dụng chế tạo mặt nạ dưỡng da tự nhiên  
**The face mask based on silkworm cocoons, which was controlled by humans**  
 Nguyễn Thị Trang, Vũ Thị Kim Dung, Nguyễn Hữu Công,  
 Lê Minh Anh, Phan Thị Thuận 165
45. Bệnh viện Chợ Rẫy hướng đến sự hài lòng của người bệnh bằng chương trình chủ nhật chia sẻ yêu thương  
 Lê Minh Hiền, Nguyễn Thị Thùy Dương, Đoàn Đỗ Hạ Huyền,  
 Nguyễn Lương Minh Diễm, Trần Chanh Na Rết 169
46. Tìm hiểu một số nguyên nhân gây bệnh thiếu máu thiếu sắt ở Viện Huyết học – Truyền máu TW giai đoạn 2015-2016  
**Finding on causes of iron deficiency anemia at the national institute of Hematology and Blood transfusion during 2015 – 2016**  
 Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Triệu Vân 172