

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ROBOT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Duy Hiền*, Bùi Đức Hậu*, Trần Anh Quỳnh*,
Tô Mạnh Tuấn*, Lê Anh Dũng*, Nguyễn Văn Linh*, Lê Thanh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi Robot (PTNS Robot) điều trị một số bệnh ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu các bệnh nhi được PTNS Robot tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 3/2014 đến 12/2017. Sử dụng hệ thống Robot phẫu thuật Davinci Si thế hệ thứ 4. **Kết quả:** Từ 3/2014 đến 12/2017 có 120 bệnh nhi được PTNS Robot, gồm 65 trẻ trai và 55 trẻ gái, tuổi nhỏ nhất 3 tháng, lớn nhất 156 tháng, trung bình 46,1 tháng; cân nặng nhỏ nhất 4 kg, lớn nhất 37 kg trung bình 14,9kg; 25 trường hợp nang ống mật chủ (25%), 25 trường hợp Megacolon (25%), 25 trường hợp Hội chứng khúc nối bể thận niệu quản (25%) và 25 trường hợp các bệnh lý lồng ngực (25%). Thời gian mổ từ 67 phút đến 330 phút, trung bình 180 phút. Không có tử vong trong và sau mổ, chuyển mổ mở 3 trường hợp, không trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Chỉ có 1 trường hợp rò miệng nối sau mổ megacolon 1 rò miệng nối niệu quản bể thận do gặp tắc sonda JJ. Thời gian nằm viện trung bình 5,6 ngày. Bệnh nhân được theo dõi từ 12 tháng đến 57 tháng, chưa trường hợp nào có biến chứng nặng sau mổ. Giá trung bình từ 50- 80 triệu VNĐ/trường hợp. **Kết luận:** PTNS Robot cho trẻ em an toàn và khả thi tuy nhiên giá thành còn đắt ở thời điểm hiện tại.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi Robot

SUMMARY

OUTCOMES OF ROBOTIC SURGERY IN NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

Objective: to evaluate outcomes of some Robotic procedures for children in National Hospital of pediatric. **Methods:** From March 2014 to December 2017, we have attempted robot-assisted to treat for 120 patients including 65 males and 55 females using the da Vinci Robotic Surgical System (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA). We analyzed prospectively reviewed medical records for patients' clinical characteristics, operative methods and postoperative outcomes including operative time, hospital days, cost and complications. **Results:** From March 2014 to December 2017, 120 patients were operated. There were 55 girls and 65 boys. Ages ranged from 3 month to 156 months old (mean: 46.1 months). Body weight ranged from 4 kg to 37kg (mean: 14.9kg); 25 cases of choledochal cyst type I and Iva (25 %), 25 cases of hirsprung disease (25%), 25 cases of UPJ stenosis

(25%) and 6 cases of thoracic diseases (25 %). The operating time ranged from 67 to 330 minutes (mean 180 minutes) including: docking time: 20 minutes, surgeon console time 109 minutes. There were no postoperative death and 3 cases conversion to open surgery was required. No blood transfusion was required. Postoperative anastomotic leakage occurred in 2 patients (one hirsprung disease and one UPJ stenosis -3.1%. Postoperative hospital stay ranged from 5 days to 10 days (mean: 5.6 days). Follow up from 12 months to 57 months was obtained in all patients. Of these patients, there were no severe post operative complication. **Conclusion:** Robotic surgery is safe and feasible procedure for children however the cost is still high at that moment.

Key words: Robotic procedures

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PTNS Robot (robotic surgery) là phẫu thuật nội soi được thực hiện bởi người máy điều khiển từ xa. Thay vì các thao tác trong mổ bởi phẫu thuật viên trực tiếp thực hiện, người máy (rôbot) thực hiện dưới sự điều khiển bởi phẫu thuật viên từ buồng điều khiển. PTNS Robot là bước tiến mới của phẫu thuật nội soi và đang được ứng dụng ngày càng nhiều ở các trung tâm phẫu thuật nhi lớn trên thế giới. Đặc điểm ở trẻ em với thành bụng tương đối mỏng hơn so với người lớn giúp cho việc đặt trocar và thực hiện PTNS Robot có những lợi thế riêng so với người lớn. Tuy vậy ở trẻ em lại có các yếu tố khó khăn khác như (khoảng không gian thao tác, phẫu trường) chật hẹp hơn, các dụng cụ PTNS Robot phù hợp cho người lớn nhưng lại to ở trẻ nhỏ. Mặc dù PTNS Robot đã được thực hiện tương đối nhiều cho các loại phẫu thuật khác nhau, tuy nhiên phần lớn các báo cáo chỉ tập trung vào một loại bệnh với số bệnh nhân còn ít, thời gian theo dõi sau mổ còn ngắn. Ở Việt Nam mặc dù phẫu thuật nội soi nhi đã rất phát triển nhưng chưa có nghiên cứu nào về PTNS Robot trên số lượng lớn bệnh nhân và theo dõi trong một thời gian dài. Những bệnh thường gặp như nang ống mật chủ, hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, phình đại tràng bẩm sinh trên thế giới đã thực hiện PTNS Robot cũng chưa có một nghiên cứu nào được công bố chi tiết. Đó chính là cơ sở để thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi Robot tại bệnh viện Nhi Trung Ương". Mục tiêu nghiên cứu là đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi Robot ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 28/12/2018

Ngày duyệt bài: 16/1/2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm toàn bộ các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi Robot tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 3/2014 tới 12/2017 bao gồm nang ống mật chủ (NOMC), Megacolon, hẹp khúc nối bể thận niệu quản và một số bệnh lý khác trong lồng ngực sử dụng Robot Davinci Si.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu tất cả các trường hợp được phẫu thuật nội soi Robot tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 3/2014 tới 12/2017.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, chẩn đoán, thời gian phẫu thuật (Thời gian đặt troca, docking, vận hành robot tính bằng phút), các tai biến trong mổ (thủng các tạng lân cận, mạch máu lớn và các khó khăn khác phải chuyển mổ mở), kết quả sớm sau mổ (diễn biến hồi phục sau mổ, mức độ đau, tình trạng vết mổ, hồi phục vận động, ăn uống, đại tiểu tiện), thời gian nằm viện sau mổ (tính bằng ngày); các biến chứng sớm sau mổ (rò miệng nối; chảy máu, nhiễm khuẩn ổ bụng, vết mổ); hết hoặc cải thiện các triệu chứng so với trước mổ, giá chi phí của từng loại phẫu thuật so sánh với mổ nội soi, theo dõi sau ra viện: theo dõi tái khám sau ra viện 1 tháng, 3 tháng đến 5 năm: tình trạng vết mổ và sẹo mổ, tỉ lệ tái phát, ỉa không tự chủ, nhiễm trùng đường mật ngược dòng, hẹp miệng nối.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0

2.5. Kỹ thuật mổ trong nghiên cứu

- Tư thế bệnh nhân: Tùy thuộc vào loại bệnh lý, vào thói quen của PTV và kích thước, vị trí của thương tổn.

- Thiết lập phòng mổ: Tùy thuộc vào loại bệnh, bệnh nhân được đặt nằm theo tư thế thích hợp, chỉnh bàn sao cho vị trí camera, vùng phẫu thuật và trục chính của Robot nằm trên đường đồng trục, lắp ráp các troca với các cánh tay Robot, đặt các dụng cụ: camera 8,5 mm vào vị trí troca ở rốn; panh 5mm vào vị trí cánh tay số 1 nối với dao điện lưỡng cực; móc 5 mm vào cánh tay số hai nối với dao điện đơn cực; panh cardier 8mm vào vị trí cánh tay số 3 để vén hoặc giữ các mô xung quanh.

- Vị trí đặt trocar: Có từ 4 đến 5 troca được đặt (4 cho robot và một cho người phụ mổ). Áp lực bơm hơi 9-11mmHg đối với các phẫu thuật trong ổ bụng, và 4- 5mmHg đối với các phẫu thuật trong lồng ngực.

- Đánh giá thương tổn đại thể và quan hệ với các tổ chức xung quanh: Tiến hành phẫu thuật Phẫu tích cắt bỏ cấu trúc thương tổn, sau đó làm

miệng nối để thiết lập lại lưu thông đường tiêu hóa, đường mật. Biến chứng trong mổ có thể xảy ra: chảy máu, tổn thương tổ chức xung quanh (tụy, tá tràng, gan), tổn thương đường mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 120 trường hợp được PTNS Robot từ 3/2014 đến 12/2017. Tỉ lệ nam/nữ: 65/55.

3.1. Tuổi: Nhỏ nhất 3 tháng, lớn nhất 156 tháng, trung bình $46,1 \pm 12,3$ tháng.

3.2. Cân nặng: Nhỏ nhất 4,0 kg, lớn nhất 37,0 kg, trung bình $14,9 \pm 6,2$ kg. Các mặt bệnh trong nghiên cứu được chia đều trong 4 nhóm bệnh trong từng chuyên khoa (bảng 1)

Bảng 1. Các bệnh lý trong nghiên cứu

	Số lượng	%
Nang ống mật chủ	30	25
Megacolon	30	25
Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản	30	25
Bệnh lý lồng ngực	30	25
Tổng số	120	100

3.3. Thời gian mổ

Tính bằng phút được trình bày ở bảng 2

Bảng 2. Thời gian PT nội soi Robot.

	Thời gian ngắn nhất	Thời gian dài nhất	Thời gian trung bình
Tgian mổ	67	330	$180 \pm 55,5$
Tgian Docking	5	60	$20 \pm 8,5$
Tgian điều khiển robot	25	300	$115 \pm 47,8$

3.4. Tỉ lệ chuyển mổ mở: 3 bệnh nhân (bn) chiếm 2,5% phải chuyển mổ mở. 1 bệnh nhân nữ 9 tuổi bị NOMC chuyển mổ mở vì nang to, viêm dính nhiều do viêm tụy nhiều lần, 2 bệnh nhân thận ứ nước phải chuyển mổ mở vì khoảng không gian phẫu tích bé, tổ chức viêm dính nhiều.

3.5. Biến chứng trong mổ: Theo dõi sau mổ 1 bn Megacolon ngày thứ 10 sau mổ xuất hiện rò miệng nối (đại tràng hậu môn), được mổ làm HMNT sau đó 3 tháng mổ ha lại đại tràng lần 2. 1 bệnh nhân rò miệng nối sau mổ hội chứng khúc nối bể thận niệu quản do sống jj bị gập, được mổ lại sau mổ 5 ngày.

3.6. Theo dõi xa sau mổ: Ngắn nhất 12 tháng, dài nhất 57 tháng: Chưa có bệnh nhân nào xuất hiện biến chứng như: Hẹp miệng nối mật ruột, miệng nối hậu môn trực tràng hay miệng nối bể thận niệu quản, sỏi mật, nhiễm trùng đường mật ngược dòng

3.7. Bệnh nang ống mật chủ: Có 30 bệnh nhân gồm 2 trẻ trai và 28 trẻ nữ;. Tuổi: Nhỏ nhất 5 tháng, lớn nhất 120 tháng, trung bình 47.3 ± 32.6 tháng. Cân nặng trung bình: $14.1 \pm$

4.7kg (từ 6.5kg đến 24.5kg). Loại nang: 28 trường hợp thuộc typ I (96%) và 2 trường hợp typ IV theo phân loại của Todani. Kích thước đường kính nang trên MRI đường mật: Nhỏ nhất 9mm, lớn nhất 103 mm, trung bình 41 ± 19.3 mm. Thời gian PTNS Robot cho nang ống mật chủ được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Thời gian PT nội soi robot NOMC (phút)

	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thời gian mổ	135	250	177.3 ± 30.3
Thời gian Docking	10	25	14.5 ± 4
Thời gian phẫu tích, cắt nang	30	100	54.5 ± 20
Thời gian nối quai Y	40	60	48.2 ± 4.3
Thời gian mật ruột	20	60	33 ± 8.8

Nhận xét: Kỹ thuật cắt nang: 100% các trường hợp được phẫu tích nang ra khỏi động mạch gan và tĩnh mạch cửa, cắt nang ở giữa chia nang thành hai nửa trên và dưới rồi cắt bỏ từng phần, đầu trên tới sát ống gan chung, đầu dưới tới sát ống mật tụy chung. Nối mật ruột, nối ống gan chung với hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y: 29 TH khâu vết (92%), 2 TH khâu mũi rời (8%). Không có tai biến trong mổ, một trường hợp phải chuyển mổ mở do nang to, viêm dính nhiều do viêm tụy kéo dài. Thời gian nằm viện sau mổ: ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 11 ngày, trung bình 4.9 ± 1.6 (4-11) ngày. Không có biến chứng sau mổ.

3.8. Bệnh phình đại tràng bẩm sinh: 30 bệnh nhân gồm 24 trẻ nam và 6 trẻ nữ, tuổi từ 6,5 tháng đến 133,5 tháng, trung bình $38,2 \pm 38,5$ tháng Cân nặng từ 9,5 đến 36 kg, trung bình $15,3 \pm 6,1$ kg Đa số bệnh nhân có thể bệnh là megacolon vô hạch trực tràng (17/30). Thời gian PTNS Robot được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Thời gian PTNS Robot phình đại tràng bẩm sinh (tính bằng phút)

	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thời gian mổ	80	225	$127,9 \pm 40,7$
Thời gian docking	5	25	$11,8 \pm 4$
Thời gian điều khiển robot	25	140	$59,6 \pm 23$

Nhận xét: Không có tai biến hoặc phải truyền máu trong mổ, không phải chuyển mổ mở.

3.9. Hội chứng hẹp khúc nối bể thận niệu quản: Có 30 bệnh nhân bao gồm 20 nam và 10 nữ, tuổi từ 60 đến 183 tháng, trung bình 96.4 ± 29.3 tháng. Cân nặng từ 14,5kg đến 37 kg, trung bình 22.93 ± 6.36 kg.

3.10. Các bệnh lý lồng ngực: 30 bệnh nhân trong nhóm mổ lồng ngực bao gồm các bệnh lý nang phổi, u trung thất,...

IV. BÀN LUẬN

Theo Goedele &CS (2014), phẫu thuật nội soi cho trẻ em đã bắt đầu từ năm 1971 do hai tác giả Gans và Berci công bố. Kể từ đó đến nay nhiều trung tâm Nhi khoa đã ứng dụng PTNS điều trị nang ống mật chủ, phình đại tràng bẩm sinh, cắt thận, hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, phẫu thuật cắt các khối u ổ bụng, u trung thất thành công [2,3]. Tuy vậy phẫu thuật nội soi vẫn còn những hạn chế nhất định như: Hiển thị hình ảnh 2D, hạn chế cử động của dụng cụ, tư thế mổ dễ gây mệt mỏi cho phẫu thuật viên và người phụ mổ, tầm nhìn của phẫu thuật viên phải phụ thuộc vào người cầm camera, thời gian học mổ rất lâu. PTNS Robot ra đời đã làm tăng khả năng của phẫu thuật viên, làm giảm độ khó cũng như các biến chứng trong phẫu thuật nội soi vì nó giải quyết được các nhược điểm trên của phẫu thuật nội soi. Năm 2001, PTNS Robot tạo van chống luồng trào ngược dạ dày thực quản theo kiểu Nissen cho một bệnh nhi được thực hiện thành công bởi Meininger và cộng sự. Đây được coi là ca phẫu thuật nội soi rõ rệt đầu tiên trên bệnh nhân nhi. Sau đó đã có nhiều báo cáo khác về PTNS Robot được công bố [6,7]. Hiện nay nhiều PTNS Robot ở trẻ em đã được tiến hành thành công như phẫu thuật điều trị nang ống mật chủ, phình đại tràng bẩm sinh, thận ứ nước, cắt các khối u ổ bụng và trong lồng ngực. Qua số liệu 120 trường hợp được phẫu thuật nội soi Robot tại bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi thấy đây là phẫu thuật mang tính an toàn và khả thi cho các bệnh nhi có độ tuổi trung bình là 46 tháng (3,8 tuổi), cân nặng trung bình là 14,9kg. Trong một nghiên cứu tổng quan bao gồm 8 nghiên cứu loạt ca bệnh, 5 nghiên cứu so sánh giữa PTNS Robot với phẫu thuật mở hoặc nội soi thông thường tất cả các nghiên cứu này đều được thiết kế nhằm đánh giá sự dễ dàng, khả thi và độ an toàn của phẫu thuật nội soi rõ rệt cho trẻ em. Các chỉ số như thời gian mổ, thời gian trải qua giai đoạn learning curve, thời gian docking, tỉ lệ thất bại phải chuyển mổ mở, biến chứng trong và sau mổ, chỉ số đau sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ. Cỡ mẫu trong các nghiên cứu này từ 5 đến 100 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 7,8 tuổi (từ 1 ngày tuổi đến 23 tuổi), cân nặng trung bình 24,2kg (từ 2,2kg tới 103kg). Kinh nghiệm phẫu thuật nội soi của các PTV rất khác nhau dẫn tới kết quả là thời gian mổ rất khác biệt giữa các nghiên cứu. Thời gian PTNS Robot tạo hình bể thận cao hơn có ý nghĩa so với thời gian mổ mở nhưng không khác biệt so với mổ

nội soi thông thường. Thời gian trung bình để lắp ráp rô bốt từ 7-11 phút. Thời gian đặt troca từ 17-23 phút. Thời gian học PTNS Robot sẽ rút ngắn hơn ở các PTV đã có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi [6]. Qua số liệu của chúng tôi càng khẳng định, PTNS Robot chính là một bước tiến xa hơn của PTNS thông thường, hay nói cách khác là phẫu thuật nội soi Robot dựa trên nền tảng của phẫu thuật nội soi thông thường. Vì vậy phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi khi tiếp cận với PTNS Robot sẽ dễ dàng hơn. Điều này thể hiện ở thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngày càng được rút ngắn (bảng 2,3,4). Ca PTNS Robot nang OMC đầu tiên kéo dài 250 phút nay thời gian trung bình chỉ còn 177 phút (bảng 3). Tỷ lệ biến chứng chung trong và sau mổ của PTNS Robot thấp. Với tỷ lệ chuyển mổ mở từ 0% đến 13%. Tỷ lệ này phụ thuộc vào trình độ của phẫu thuật viên cũng như mức độ phức tạp của từng loại phẫu thuật [6,8]. Chúng tôi gặp ba bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,5%. Lý do chuyển mổ mở ở các trường hợp này đều do bệnh nhi quá nhỏ, tổ chức viêm dính nhiều, dẫn tới phẫu trường quá hẹp cho các cánh tay Robot thao tác dễ bị va đập vào nhau trong quá trình phẫu tích. Tỷ lệ chảy máu trong mổ ở nhóm PTNS Robot thấp hơn so với mổ mở tuy là không có ý nghĩa thống kê ở phần lớn các nghiên cứu. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của PTNS Robot thành công dao động từ 0% tới 14%. Những biến chứng này bao gồm: tràn dịch, khí màng phổi trong các phẫu thuật ở lồng ngực; tắc ruột, chậm nhu động ruột, thoát vị mạc nối lớn qua chân dẫn lưu trong các phẫu thuật ổ bụng hoặc tiết niệu. Có 2 trường hợp (1.6%) biến chứng sau mổ phình đại tràng bẩm sinh và sau mổ hội chứng hẹp khúc nối bể thận niệu quản. Một rò miệng nối đại tràng với ống hậu môn, một rò sau mổ hội chứng khúc nối bể thận niệu quản. Thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn hẳn ở nhóm PTNS Robot so với nhóm mổ mở hoặc mổ nội soi thông thường ở phần lớn các nghiên cứu [6,8]. Thời gian nằm viện của nghiên cứu này trung bình chỉ là 5,6 ngày. Cũng như vậy, đau sau mổ ở phẫu thuật nội soi rô bốt hầu như không đau hoặc đau rất ít (dựa vào thang điểm đau và dựa vào lượng thuốc giảm đau dùng cho các bệnh nhân) so với phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở [6,7], chúng tôi chưa lượng hóa được đau sau mổ, tuy nhiên dựa vào thời gian nằm viện sau mổ rất ngắn, có thể sơ bộ nhận định PTNS Robot giúp bệnh nhi đỡ đau sau mổ (do dụng cụ phẫu thuật chỉ xoay trong lòng troca chứ không tỳ đè trực tiếp lên thành bụng).

Về kết quả lâu dài sau mổ phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy PTNS Robot tỏ ra vượt trội so với phẫu thuật qui ước và PTNS thông thường. Chúng tôi theo dõi sau mổ trong một thời gian dài ngắn nhất 12 tháng, dài nhất 57 tháng: Chưa có bệnh nhân nào xuất hiện biến chứng như: Hẹp miệng nối mật ruột, miệng nối hậu môn trực tràng hay miệng nối bể thận niệu quản, sỏi mật, nhiễm trùng đường mật ngược dòng. Về chi phí cho PTNS robot khác nhau tùy từng loại phẫu thuật, tùy mức độ phức tạp của bệnh và tùy thói quen của từng phẫu thuật viên. Tuy nhiên chi phí cho PTNS Robot còn đắt do chi phí mua máy lớn, chi phí bảo hành máy và đặc biệt là chi phí cho các dụng cụ tiêu hao như panh, kéo, móc đốt còn rất đắt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi robot cho trẻ em là một phương pháp an toàn, khả thi qua một thời gian dài theo dõi với một số lượng lớn bệnh nhân. Tuy nhiên cần thực hiện tại các trung tâm ngoại nhi lớn với trang thiết bị hiện đại và đội ngũ phẫu thuật viên kinh nghiệm. Giá thành của phẫu thuật còn đắt ở thời điểm hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang EY, Hong YJ, Han SJ (2012). Lessons and tips from the Experience of pediatric Robotic choledochal cyst resection. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques*, 22(6): pp. 609-613.
2. Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M, et al (1995). Congenital choledochal cyst: video-guided laparoscopic treatment. *Surg Laparosc Endosc* 5: pp. 354-358.
3. Georgeson KE, Fuenfer MM, Hardin WD (1995). Primary laparoscopic pull-through for Hirschsprung's disease in infants and children. *J Pediatr Surg*. Jul; 30(7):pp. 1017-21.
4. Liem NT, Pham HD, Dung le A, Son TN, Vu HM (2012). Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 22(6):pp. 599-603.
5. Liem NT, Pham HD, Vu HM (2011). Is the laparoscopic operation as safe as open operation for choledochal cyst in children? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 21(4):pp. 367-70.
6. Meehan JJ, Elliott SS, Sander A (2007). The robotic approach to complex hepatobiliary anomalies in children: preliminary report. *J pediatr Surg*; 42: 2110-2114.
7. Meehan JJ, Francis P, Sandler A (2007). Robotic repair of duodenal atresia. *J pediatr Surg*, 42(7): pp. E31-3.
8. Meehan JJ, Sandler A (2007). Robotic fundoplication in children: resident teaching and a single institution review of our first 50 patients. *J Pediatr Surg*. 42(12): pp. 2022-2025.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG THEO DÕI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT SÓNG CAO TẦN

Đỗ Xuân Quân¹, Hoàng Đức Hạ², Phạm Minh Thông³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới, có thể được điều trị bằng đốt sóng cao tần. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá vai trò của cộng hưởng từ 1.5T trong theo dõi kết quả điều trị khối UTBMTBG bằng phương pháp đốt sóng cao tần. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm cả hồi cứu và tiền cứu, chọn mẫu không xác suất, được tổng số 44 bệnh nhân (BN) tại Khoa CĐHA Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2015 đến 9/2017. BN được chẩn đoán xác định là UTBMTBG, được điều trị bằng đốt sóng cao tần và được theo dõi bằng chụp cộng hưởng từ 1.5T. **Kết quả:** 44 BN (tuổi trung bình 63,9; nam/nữ: 14/1) với tổng số 51 khối UTBMTBG được can thiệp bằng phương pháp đốt sóng cao tần. Sau can thiệp, kích thước các khối u tăng nhẹ và giảm dần sau 2 năm. Khối u tăng khuếch tán trên Diffusion và không ngấm thuốc đối quang sau tiêm (chiếm 92,1 đến 96,1%), có 35/38 (92,1%) khối u ở mức RECIST TE4 (hoại tử hoàn toàn). **Kết luận:** chụp cộng hưởng từ với chuỗi xung Diffusion và T1 sau tiêm thuốc đối quang có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ở BN UTBMTBG bằng phương pháp đốt sóng cao tần.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, đốt sóng cao tần, chụp cộng hưởng từ gan

SUMMARY

THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY RADIOFREQUENCY ABLATION

Background and objective: Hepatocellular carcinoma (HCC) is one of the most common causes of cancer death worldwide. Effective nonsurgical treatment of HCC includes radiofrequency ablation (RFA). This study was conducted to evaluate the role of MRI in surveillance of HCC patients after liver RFA.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study, including a retrospective and prospective study, selected 44 patients at the Radiology Department of Bach Mai Hospital from October 2015 to September 2017. Patients were diagnosed as HCC, treated by RFA and followed up by 1.5T MRI. **Results:** 44 patients (mean age 63.9, male/female: 14/1) with 51 total HCC nodules treated

by RFA. After intervention, tumor size increased slightly and decreased after 2 years. The tumors had a high signal on Diffusion and had no contrast enhancement on MRI (accounting for 92.1 to 96.1%). It showed 35/38 (92.1%) tumors at RECIST TE4 (necrosis completely). **Conclusion:** Diffusion MRI and T1 with contrast agent are very important for postoperative diagnosis and follow-up in patients with HCC treated by RFA.

Key words: Hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation, liver magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh ác tính phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Trong đó UTBMTBG đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư và đứng thứ 3 về tỷ lệ tử vong do các bệnh ung thư. Mặt khác, bệnh nhân (BN) UTBMTBG có thời gian sống thêm thấp nhất trong 11 loại ung thư thường gặp [2]. Với tính chất phổ biến và ác tính của bệnh, UTBMTBG thực sự là một thách thức lớn đối với y học hiện đại. Cho đến nay, chúng ta đã có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG, một trong những phương pháp mới là đốt sóng cao tần (RFA: Radiofrequency ablation) khối UTBMTBG được áp dụng ở một số trung tâm. Chụp cộng hưởng từ với nhiều chuỗi xung khác nhau có thể mang lại nhiều thông tin hữu ích nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp đốt sóng cao tần sau điều trị UTBMTBG. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá vai trò của cộng hưởng từ 1.5T trong theo dõi kết quả điều trị khối UTBMTBG bằng phương pháp đốt sóng cao tần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 44 BN được chẩn đoán xác định là UTBMTBG, được điều trị bằng phương pháp đốt sóng cao tần, được theo dõi sau điều trị bằng chụp CHT trong thời gian từ 10/2015 – 10/2017 tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm cả hồi cứu và tiền cứu. Chọn mẫu không xác suất. BN được khám, chẩn đoán xác định là UTBMTBG, được điều trị bằng phương pháp đốt sóng cao tần. BN được chụp kiểm tra lại bằng hệ thống máy chụp sau 3, 6, 12, 24 tháng bằng máy chụp Cộng hưởng từ 1.5Tesla của hãng Siemens hoặc Phillips với các chuỗi xung T1W, T2W, In-phase, Out-phase, Diffusion b0, b800, ADC và T1W sau

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Đại học Y Dược Hải Phòng

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Quân

Email: doxuanquan1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2018

Ngày duyệt bài: 11/1/2019

tiêm thuốc đối quang. Đánh giá mức độ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECICL (Response Evaluation Criteria in Cancer of the Liver) của Hội Nghiên cứu ung thư Nhật Bản 2009 [7]. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các BN được lựa chọn tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ lưỡng về chỉ định, chống chỉ định, lợi ích, cũng như những nguy cơ về tai biến có thể gặp. Tất cả các BN sau khi được giải thích đầy đủ sẽ ký vào đơn cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu

và có thể rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào theo nguyện vọng của bản thân. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 44BN (tuổi trung bình 63,9; nam/nữ: 14/1) điều trị UTBMTBG, trong đó có tổng số 51 khối u gan được can thiệp bằng phương pháp đốt sóng cao tần tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai.

Bảng 3.1. Kích thước khối u trước can thiệp (n=51)

Kích thước u	Trước CT	3 tháng	6 tháng	1 năm	2 năm
≤30 mm	27 (52,9)	23 (45,1)	28 (57,1)	26 (61,9)	29 (76,3)
>30 mm	24 (47,1)	28 (54,9)	21 (42,9)	16 (38,1)	9 (23,7)
KT trung bình	30,8±7,3	32,6±7,2	30,4±6,5	28,3±5,3	28,3±3,6

Nhận xét: Kích thước các khối u tăng nhẹ sau can thiệp ở thời điểm 3 tháng, sau đó giảm dần ở thời điểm xa hơn, sau 2 năm chỉ còn 9 khối có KT > 3cm.

Bảng 3.2. Đặc điểm CHT các khối U sau can thiệp

Chuỗi xung	Tín hiệu	Đánh giá lại khối U gan sau điều trị			
		3 tháng	6 tháng	1 năm	2 năm
T1W	Tăng	0	2	7	1
	Đồng	1	0	0	0
	Giảm	1	0	2	2
	Đồng nhất	0	0	0	0
	Không đồng nhất	49	47	33	36
T2W	Tăng	0	0	2	2
	Đồng	0	0	0	0
	Giảm	2	3	5	1
	Đồng nhất	0	0	0	0
	Không đồng nhất	49	46	35	36
DWI/ADC	Tăng/Tăng	46	44	38	34
	Tăng/Giảm	2	2	3	3
	Giảm/Giảm	3	3	1	1
T1 + GADO	Ngấm	2	2	3	3
	Không ngấm	49	47	39	35

Nhận xét: Sau can thiệp, các khối u thường không đồng nhất trên xung T1W, T2W, tăng khuếch tán trên Diffusion và không ngấm thuốc đối quang sau tiêm do mô u bị hoại tử.

Bảng 3.3. Phân loại RECICL các khối U sau can thiệp

Phân loại RECICL	3 tháng	6 tháng	1 năm	2 năm
TE1	0	0	0	0
TE2	0	0	0	0
TE3	2	2	3	3
TE4	49	47	39	35

Nhận xét: Sau 3 tháng có 02/51 khối mức độ TE3 (hoại tử 50-100%) theo phân loại RECICL và 49/51 khối u ở mức RECICL TE4 (hoại tử hoàn toàn 100%). Sau 02 năm có 03/38 khối u ở mức RECICL TE3 và 35/38 khối u ở mức RECICL TE4.

IV. BÀN LUẬN

Trước can thiệp, kích thước trung bình của khối UTBMTBG là 30,8 ± 7,3mm, là kích thước

được lựa chọn chỉ định điều trị bằng đốt sóng cao tần (RFA). RFA được cho là có hiệu quả đối với các khối khối u gan có đường kính dưới 3 cm [4]. Sau điều trị 3 tháng kích thước u trung bình là 32,6±7,2mm, lớn hơn kích thước ban đầu vì vùng tổn thương do quá trình đốt sẽ rộng hơn kích thước u ban đầu. Khối u có kích thước giảm dần ở các lần thăm khám tiếp theo nếu khối không có tái phát, trước can thiệp có 24 khối lớn hơn 3cm, sau 2 năm chỉ còn 9 khối có đường kính 3 cm và hoại tử mô u. Kích thước của vùng tổn thương không giảm đi nhiều, do khi điều trị bằng RFA, không những chỉ phá hủy khối u mà còn phá hủy vùng gan tiếp giáp với bờ của khối u từ 0,5 – 1cm để loại trừ vùng gan có thể bị xâm lấn bởi tế bào u. Do vậy, vùng hoại tử sau

làm thủ thuật sẽ có kích thước lớn hơn kích thước khối u ban đầu. Sự thay đổi này cũng phù hợp với các tác giả Golberg và cộng sự thấy kích thước khối u nhỏ đi sau 6 tháng điều trị bằng RFA và giảm rõ rệt nhất ở thời điểm 1 năm sau điều trị [5]. Sau can thiệp 3 tháng, tín hiệu hình ảnh của khối u thường không đồng nhất trên T1W và T2W, do mô u bị tổn thương và đang trong quá trình hoại tử. Các nghiên cứu so sánh việc đánh giá khối U gan UTBMTBG trên CHT và cắt lớp vi tính đều cho thấy CHT ưu thế hơn, mang lại nhiều thông tin có giá trị trong chẩn đoán xác định, đánh giá tính chất khối u [6]. Khối tăng tín hiệu nhẹ trên T2W, không đồng nhất, có ngấm thuốc ở ngoại vi rất gợi ý khối u tái phát [4,6]. Khối u tái phát được định nghĩa là khối u trở nên giàu mạch máu ở thời điểm thăm khám sau điều trị. Trong nghiên cứu này, 96,0% số khối u không ngấm thuốc đối quang, là những khối không tái phát. Khối UTBMTBG sau RFA có xu hướng bị hoại tử, trên cộng hưởng từ Diffusion có thể thấy khối tăng khuếch tán. Ngay sau điều trị, nếu còn có cấu trúc u giảm khuếch tán có thể được coi như còn sót u, điều trị chưa triệt để khối UTBMTBG hoặc có thể coi là u tái phát nếu phát sau điều trị sau thời gian theo dõi. Ở các thời điểm thăm khám, nghiên cứu này cũng cho thấy có sự tương đồng giữa số khối u tăng tín hiệu trên Diffusion/giảm khuếch tán trên ADC và T1 sau tiêm thuốc đối quang từ, tương ứng với 2 trường hợp có u tái phát. CHT Diffusion được cho là có giá trị trong việc lập kế hoạch cho lần điều trị tiếp theo. Đánh giá khối u theo phân loại RECICL ở các thời điểm khác nhau cho thấy số BN ở mức TE4 chiếm 92% đến 96%. Mức TE4 thể hiện khối u bị hoại tử hoàn toàn, thể hiện u đáp ứng tốt với điều trị bằng

RFA, tương tự như nghiên cứu của Ogasawara và cộng sự [8].

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ 1.5T, đặc biệt là chuỗi xung Diffusion và T1 sau tiêm thuốc đối quang, có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ở BN ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt sóng cao tần, giúp chẩn đoán sớm khối u tái phát nhằm có phương án xử lý kịp thời mang lại hiệu quả điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Huyền Châu, Lê Thành Lý:** Kết quả bước đầu của phương pháp huỷ u gan bằng đốt sóng cao tần ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. Y Học TP. Hồ Chí Minh 2013; 17 (2): 15-22.
2. **Ananthakrishnan A, Gogineni V và Saeian K:** Epidemiology of primary and secondary liver cancers. Semin Intervent Radiol. 2006 Mar; 23(1):47-63.
3. **Curley SA, Izzo F, Delrio Pet al.:** Radiofrequency ablation of unresectable primary and metastatic hepatic malignancies: results in 123 patients. Annals of surgery 1999, 230 (1), 1.
4. **Dromain C, De Baere T, Elias D et al.:** Hepatic tumors treated with percutaneous radio-frequency ablation: CT and MR imaging follow-up. Radiology 2002, 223 (1), 255-262.
5. **Goldberg SN et al.:** Treatment of intrahepatic malignancy with radiofrequency ablation: radiologic – pathologic correlation Cancer 2000;88: 2452-2453.
6. **Granata V, Petrillo M, Fusco R, et al.:** Surveillance of UTBMTBG Patients after Liver RFA: Role of MRI with Hepatospecific Contrast versus Three-Phase CT Scan. —Experience of High Volume Oncologic Institute. Gastroenterol Res Pract 2013: 1-9.
7. **Kudo M, Ueshima K, Kubo S:** Response Evaluation Criteria in Cancer of the Liver (RECICL) (2015 Revised version). Hepatol Res. 2015;46(1): 3-9.
8. **Ogasawara S, Chiba T, Motoyama T:** Prognostic Significance of Concurrent Hypovascular and Hypervascular Nodules in Patients with Hepatocellular Carcinoma. PLoS One. 2016; 11(9): e0163119.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt

**Bệnh viện Nội tiết Trung ương*
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Đoàn
 Email: doanbvnt@gmail.com
 Ngày nhận bài: 8/12/2018
 Ngày phản biện khoa học: 30/12/2018
 Ngày duyệt bài: 14/1/2019

Trần Thị Đoàn*, Nguyễn Vinh Quang*

hoá. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 168 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá. Tất cả các đối tượng đều được khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá đặc điểm tuyến giáp, giai đoạn bệnh và đặc điểm nồng độ T3, FT4, TSH, TG và anti-TG huyết thanh. **Kết quả:** Đặc điểm u tuyến giáp trong nghiên cứu này là: mật độ mềm, ranh giới rõ, bề mặt nhẵn, u di động, ấn đau tức và tiến triển chậm. Đặc điểm tuyến giáp trên siêu âm là có thể tích không đều, đa nhân, nằm cả 2 thùy, chủ yếu dạng đặc, rõ ranh giới

với mô xung quanh và vô hoá trong nhân. Giá trị trung bình nồng độ các hormone tuyến giáp như T3, FT4 và TSH huyết thanh trong giới hạn bình thường. Nồng độ TG huyết thanh trung bình là 20,03µg/l, tỷ lệ tăng là 95,8%. Nồng độ anti-TG huyết thanh trung bình là 33,75UI/ml, tỷ lệ tăng là 42,9%. **Kết luận:** Lâm sàng và cận lâm sàng chỉ thể hiện đặc điểm tại tuyến giáp và tăng nồng độ TG và anti-TG huyết thanh.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, di căn hạch, thyroglobulin và anti-thyroglobulin huyết thanh.

SUMMARY

SURVEY SOME CLINICAL CHARACTERISTICS AND LABORATORY DATA IN PATIENTS DIAGNOSED DIFFERENTIATION THYROID CANCER TREATING AT NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: Survey of some clinical characteristics and subclinical data in patients with differentiation thyroid cancer. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study with a study group of 168 patients with differentiation thyroid cancer. All subjects received clinical and laboratory tests to assess thyroid characteristics, stage of disease and levels of serum T3, FT4, TSH, TG and anti-TG. **Results:** Thyroid gland features in this study were: soft density, clear boundary, smooth surface, moving tumors, pressure pain and slow progression. Ultrasound showed multisize, multifocal, both lobes, mainly solid, clear boundaries with surrounding tissues and calcifications. Mean values of thyroid hormone levels such as serum T3, FT4, and TSH were within normal limits. Serum TG concentration was 20.03 µg/l, ratio of increase was 95.8%. The mean serum anti-TG concentration was 33.75 UI/ml, ratio of increase was 42.9%. **Conclusion:** Clinical and laboratory studies show only thyroid characteristics and elevated serum TG and anti-TG levels.

Keywords: Differentiation thyroid cancer, lympho node metastases, serum TG and anti-TG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là một bệnh mà các tế bào ác tính (ung thư) được tìm thấy trong các mô của tuyến giáp. Các tế bào ung thư có thể phá huỷ cấu trúc bình thường của tuyến giáp; xâm lấn ra vùng xung quanh; các tế bào ung thư có thể tách ra khỏi tuyến giáp theo dòng máu di căn đến các hạch hoặc đến các cơ quan khác. Ung thư tuyến giáp thường không có triệu chứng lâm sàng điển hình, xét nghiệm chức năng của tuyến giáp vẫn trong giới hạn bình thường. Người bệnh được phát hiện trong nhiều tình huống khác nhau như: tự phát hiện khi soi gương; người khác phát hiện bất thường vùng cổ; có một số ít xuất hiện các triệu chứng đau cổ, hàm hoặc tai hoặc khan tiếng... Ung thư tuyến giáp thường được chẩn đoán bằng chọc hút kim nhỏ hoặc sinh thiết làm mô bệnh học. Trên lâm sàng ung thư tuyến giáp được chia làm

4 thể: Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm từ 70-80%, ung thư tuyến giáp thể nang chiếm từ 10-15%, ung thư tuyến giáp thể tủy chiếm từ 5-10%, và ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa chiếm tỷ lệ dưới 2%. Ung thư tuyến giáp là loại hiếm gặp so với các loại ung thư khác. Tại Mỹ, năm 2016 số lượng bệnh nhân ung thư tuyến giáp mới phát hiện gần 64.000 bệnh nhân bằng ¼ bệnh nhân ung thư vú và ½ bệnh nhân ung thư đại tràng mới mắc. Tại Việt nam, ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 1% các loại ung thư, tuy nhiên là ung thư phổ biến nhất trong ung thư các cơ quan nội tiết, tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn nam (thường nữ mắc gấp 3 lần nam). Với bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương có những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng do đây là bệnh viện tuyến trung ương và là bệnh viện tuyến cuối. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá được điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 168 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá, qua kết quả giải phẫu bệnh, điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2014 đến tháng 12/2016.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá bằng kết quả giải phẫu bệnh.

- Tuổi từ 18 trở lên

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính kèm theo

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Bệnh nhân được khai thác tiền sử và bệnh sử. Các bệnh nhân đều được khám xét tỷ mỉ toàn thân, tuyến giáp và tình trạng hạch.

- Các biểu hiện lâm sàng được đánh giá bao gồm:

+ Đặc điểm tuyến giáp khi khám bằng tay

+ Đặc điểm tính chất hạch cổ

+ Đặc điểm tuyến giáp trên siêu âm

+ Đặc điểm di căn hạch

+ Đặc điểm giai đoạn bệnh của ung thư tuyến giáp

+ Nồng độ các hormone T3, FT4, TSH, TG và anti-TG huyết thanh

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 41,25 tuổi, tỷ lệ nữ chiếm 87,5%. BMI trung bình là 21,39, với 1,8% thiếu cân và 15,5% thừa cân, béo phì.

Bảng 3.1. Đặc điểm của tuyến giáp khi khám (n=168)

Chỉ số	Số BN	Tỷ lệ %
Nhân tuyến giáp (n=168)	Sờ thấy	166
	Không sờ thấy	2
Mật độ khối u (n=166)	Mềm	94
	Chắc/Cứng	72
Ranh giới khối u (n=166)	Rõ ràng	138
	Không rõ ràng	28
Bề mặt khối u (n=166)	Nhẵn	107
	Lõn nhõn	59
Tính chất di động của khối u (n=166)	Di động	158
	Dính	8
Ấn đau (n=168)	Có	93
	Không	75
Mức độ tiến triển của u (n=168)	To nhanh	49
	To chậm	119

Ung thư tuyến giáp có nhiều đặc điểm khác nhau: Chủ yếu tuyến giáp có nhân, sờ thấy chiếm đại đa số tới 99,8%, có 1,2% bệnh nhân không sờ thấy nhân tuyến giáp. Mật độ khối u gặp đều cả mềm và cứng, trong đó mật độ mềm chiếm nhiều hơn, tới 56,6%. Ranh giới khối u được phát hiện rõ chiếm đại đa số tới 83,1%, còn có 16,9% bệnh nhân không rõ ranh giới khối u. Bề mặt khối u thường có 2 dạng nhẵn và lõn nhõn, trong đó bề mặt nhẵn chiếm tỷ lệ cao hơn tới 64,5%, còn lại 35,5% bệnh nhân có bề mặt khối u lõn nhõn. Tính chất di động của khối u gặp ở 95,2% bệnh nhân, còn lại 4,8% bệnh nhân khi khám thấy khối u không di động. Khi ấn khối u đau tức gặp hơn 55,4%. Mức độ tiến triển của khối u chủ yếu gặp to chậm với tỷ lệ bệnh nhân lên tới 70,8%. Như vậy, đặc điểm u tuyến giáp trong nghiên cứu này là: mật độ mềm, ranh giới rõ, bề mặt nhẵn, u di động, ấn đau tức và tiến triển chậm. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Đức cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Những kết quả này có ý nghĩa về mặt lâm sàng, bác sỹ cần khám xét tuyến cẩn thận để phát hiện u tuyến giáp cho bệnh nhân.

Bảng 3.2. Đặc điểm, tính chất hạch cổ trên siêu âm (n=168)

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Hạch bất thường (n=168)	Có	112
	Không	56
Vị trí hạch (n=112)	Một bên cổ	12
	Cả 2 bên	100

Với 168 bệnh nhân ung thư tuyến giáp chỉ có 112 bệnh nhân có hạch cổ chiếm tỷ lệ 66,7%, còn lại 33,3% bệnh nhân không có hạch cổ. Phân bố hạch cổ cho thấy chủ yếu hạch cổ ở 2 bên, tỷ lệ chiếm tới 89,3%, còn lại 10,7% bệnh nhân có hạch cổ 1 bên. Shi RL và cộng sự (2016), đã công bố kết quả nghiên cứu trên 80565 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp không biệt hoá, trong đó có 22,5% bệnh nhân có di căn hạch lympho.

Bảng 3.3. Đặc điểm tuyến giáp trên siêu âm (n=168)

Chỉ số	Số BN	Tỷ lệ %
Thể tích tuyến giáp (cm ²)	Trung bình	17,43 ± 7,80
	Nhỏ nhất Lớn nhất	4 80
Số lượng nhân tuyến giáp	Đơn độc	42
	Nhiều nhân	126
Vị trí nhân	Thùy trái	25
	Thùy phải	36
	Eo	4
	Cả 2 thùy	103
Tính chất tuyến giáp	Nang	2
	Hỗn hợp	25
	Đặc	92
	Nang và hỗn hợp	19
	Nang và đặc	1
	Đặc và hỗn hợp	29
Ranh giới với mô xung quanh	Rõ	158
	Không	10
Tình trạng vôi hoá	Có	152
	Không	16

Trên siêu âm, tuyến giáp có nhiều đặc điểm đa dạng: Thể tích tuyến giáp trung bình là 17,43 cm², phân bố các mức độ khác nhau, nhỏ nhất chỉ có 4,0 cm² và lớn nhất lên tới 80 cm². Trong tuyến giáp, nhiều nhân chiếm chủ yếu tới 75,0%, nhân đơn độc chỉ chiếm 25,0%. Vị trí nhân nằm cả 2 thùy chiếm chủ yếu tới 61,3%, nhân nằm thùy phải gặp ở 21,4%, thùy trái gặp ở 14,9%, nằm ở eo chỉ có 2,4%. Tính chất tuyến giáp chủ yếu gặp dạng đặc 54,8%, tiếp đến dạng đặc và hỗn hợp chiếm 17,3%, dạng hỗn hợp 14,9%, dạng nang và hỗn hợp 11,3%, còn lại dạng nang và nang với đặc chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,2 và 0,6%. Trên siêu âm có 94,0% bệnh nhân có tuyến giáp rõ ranh giới với tổ chức xung quanh. Tình trạng vôi hoá gặp ở 90,5% bệnh nhân nghiên cứu. Như vậy, đặc điểm tuyến giáp trên siêu âm là có thể tích không đều, đa nhân, nằm cả 2 thùy, chủ yếu dạng đặc, rõ ranh giới với mô xung quanh và vôi hoá tuyến. Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự và Nguyễn Kim Sơn và cộng sự cũng cho kết quả nghiên cứu như của chúng tôi về đặc điểm tuyến giáp

trên siêu âm ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp, mặc dù số liệu nghiên cứu này với cỡ mẫu không lớn. Những đặc điểm trên siêu âm là cơ sở để thực hiện phẫu thuật tuyến giáp. Jauculan MC và cộng sự đã nghiên cứu đặc điểm 145 bệnh nhân Philipin ung thư tuyến giáp thể nhú, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy sự tương đồng.

Bảng 3.4. Đặc điểm di căn hạch

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
N0 (Hạch di căn không rõ)	143	85,1
N1 (Di căn đến hạch lympho trong vùng)	25	14,9
N1a: Di căn hạch lympho cùng bên	9	5,4
N1b: Di căn hạch lympho 2 bên, đường giữa hoặc bên đối diện, hoặc ở trung thất.	16	9,5

Hầu hết các bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể N0 chỉ có 14,9% bệnh nhân ung thư di căn đến hạch trong vùng (giải phẫu bệnh sau khi phẫu thuật). Nghiên cứu về yếu tố nguy cơ di căn hạch lympho mức 5 ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp, Yang J và cộng sự (2016) cho rằng sự nhiều yếu tố có vai trò trong tiến triển bệnh lý này. Nghiên cứu được thực hiện trên 220 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp, với tuổi trung bình là 41 tuổi trong đó 37,3% bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên, tỷ lệ nữ là 76,8%. Có 80,0% bệnh nhân có khối u xâm lấn, 45,0% xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, viêm tuyến giáp lympho chiếm 21,8%, có 80,5% bệnh nhân có di căn hạch trung tâm, 12,3% bệnh nhân di căn hạch mức 5. Tại Việt nam, tác giả Đinh Xuân Cường (2010) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K cho thấy: Tỷ lệ di căn hạch lần đầu cao có 54,7%, chủ yếu hạch nhóm cảnh.

Bảng 3.5. Đặc điểm giai đoạn bệnh của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp

Giai đoạn	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I (T1N0M0)	22	13,1
Giai đoạn II (T2,3N0M0)	117	69,6
Giai đoạn III (T4, N0, M0 hoặc T bất kỳ, N1,M0)	29	17,3
Giai đoạn IV (T bất kỳ, N bất kỳ, M1)	0	0

Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh của ung thư không đồng đều, với 69,6% bệnh nhân ở giai đoạn II, tiếp đến 17,3% bệnh nhân ở giai đoạn III, 13,1% ở giai đoạn I và chỉ có 0,0% bệnh nhân ở giai đoạn IV.

Bảng 3.6. Đặc điểm nồng độ hormone tuyến giáp và TSH huyết thanh

Chỉ số	Số BN	Tỷ lệ %
T3 Giảm	17	10,1

(nmol/l)	Bình thường	139	82,7
	Tăng	12	7,1
	Trung vị (Tứ phân vị)	1,64 (1,44 – 1,94)	
FT4 (pmol/l)	Giảm	7	4,2
	Bình thường	150	89,3
	Tăng	11	6,5
	Trung vị (Tứ phân vị)	16,27 (14,47 – 17,88)	
TSH (μUI/l)	Giảm	10	6
	Bình thường	150	89,3
	Tăng	8	4,8
	Trung vị (Tứ phân vị)	1,31 (0,82 – 2,11)	

Giá trị trung bình nồng độ các hormone tuyến giáp như T3, FT4 và TSH huyết thanh trong giá trị bình thường. Chỉ có 17,2% bệnh nhân có thay đổi nồng độ T3 huyết thanh trong đó chỉ có 7,1% là tăng nồng độ và tới 10,1% bệnh nhân giảm nồng độ. Với FT4, có 10,7% bệnh nhân thay đổi nồng độ trong đó có 6,5% tăng nồng độ và 4,2% giảm nồng độ. Với TSH, chỉ có 10,8% bệnh nhân có thay đổi nồng độ, trong đó 4,8% bệnh nhân tăng và 6,0% bệnh nhân giảm nồng độ TSH. Một nghiên cứu của Lee IS và cộng sự năm 2017 đã nghiên cứu nồng độ của T3, FT4 và TSH ở 533 bệnh nhân có khối u tuyến giáp, trong đó 159 BN chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú và 374 bệnh nhân u lành tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ T3 trung bình nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp là 111,4ng/dl thấp hơn nhóm lành tính là 144,0ng/dl có ý nghĩa thống kê với $p=0,007$. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu này.

Bảng 3.7. Đặc điểm nồng độ TG và anti-TG ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp (n=168)

Chỉ số		Số BN	Tỷ lệ %
TG (µg/l)	Tăng	161	95,8
	Bình thường	7	4,2
	Trung vị (Tứ phân vị)	20,03 (10,60 – 47,37)	
Anti-TG (UI/ml)	Tăng	72	42,9
	Bình thường	96	57,1
	Trung vị (Tứ phân vị)	33,75 (20,02 – 84,92)	

Giá trị trung bình của nồng độ TG và anti-TG trong giới hạn bình thường. Có tới 95,8% bệnh nhân có tăng nồng độ TG, còn lại 4,2% bệnh nhân nồng độ trong giới hạn bình thường. Với anti-TG, có 42,9% bệnh nhân tăng nồng độ, còn lại 57,1% bệnh nhân có nồng độ bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Mai Trọng Khoa và Li C.

Indrasena BS đã đánh giá vai trò của TG ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp, trong đó nhấn mạnh việc sử dụng TG như một marker ung thư. TG có thể được tiết ra bởi các tế bào ung thư của tuyến giáp. Ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp có sự tăng sinh tế bào, do vậy nồng độ TG thường tăng trong huyết thanh. Việc sử dụng TG như một công cụ sàng lọc và chẩn đoán của ung thư tuyến giáp với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 70% và 80% đối với ung thư nang tuyến giáp do tuyến giáp.

IV. KẾT LUẬN

- Đặc điểm u tuyến giáp trong nghiên cứu này là: mật độ mềm, ranh giới rõ, bề mặt nhẵn, u di động, ấn đau tức và tiến triển chậm. Đặc điểm tuyến giáp trên siêu âm là có thể tích không đều, đa nhân, nằm cả 2 thùy, chủ yếu dạng đặc, rõ ranh giới với mô xung quanh và vôi hoá trong nhân.

- Giá trị trung bình nồng độ các hormone tuyến giáp như T3, FT4 và TSH huyết thanh trong giới hạn bình thường. Nồng độ TG huyết thanh trung bình là 20,03µg/l, tỷ lệ tăng là 95,8%. Nồng độ anti-TG huyết thanh trung bình là 33,75UI/ml, tỷ lệ tăng là 42,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Giang Châu (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh ung thư

tuyến giáp trạng nguyên phát, Tạp chí Y học thực hành, Bộ y tế 804 (1): 101-103.

2. Shi RL, Qu N, Yang SW, et al (2016). Tumor size interpretation for predicting cervical lymph node metastasis using a differentiated thyroid cancer risk model. Onco Targets Ther. 2016 Aug 12;9:5015-22.
3. Nguyễn Kim Sơn, Phạm Hồng Đức, Bùi Văn Giang (2017), Giá trị chẩn đoán của siêu âm trong phân loại nhân tuyến giáp thuộc nhóm TI-RADS 219 3 và 4. Tạp chí Y học Việt nam 459 (2): 219-222.
4. Jauculan MC, Buenaluz-Sedurante M, Jimeno CA. (2016). Risk Factors Associated with Disease Recurrence among Patients with Low-Risk Papillary Thyroid Cancer Treated at the University of the Philippines-Philippine General Hospital. Endocrinol Metab (Seoul). 2016 Mar;31(1):113-9.
5. Yang J, Gong Y, Yan S, et al (2016). Risk factors for level V lymph node metastases in solitary papillary thyroid carcinoma with clinically lateral lymph node metastases. Cancer Med. 2016 Aug; 5(8): 2161-8.
6. Đinh Xuân Cường (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K. Luận văn Thạc sỹ, Trường đại học Y Hà nội.
7. Lee IS, Hsieh AT, Lee TW, et al (2017), The Association of Thyrotropin and Autoimmune Thyroid Disease in Developing Papillary Thyroid Cancer. Int J Endocrinol. 2017; 2017: 5940367. doi: 10.1155/2017/5940367. Epub 2017 Aug 29.
8. Indrasena BS. (2017). Use of thyroglobulin as a tumour marker. World J Biol Chem. 2017 Feb 26;8(1):81-85.

NGHIÊN CỨU GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG ĐỘNG MẠCH SÀNG TRƯỚC, SÀNG SAU VỚI CÁC CẤU TRÚC VÁCH MŨI XOANG TRÊN HÌNH ẢNH MSCT 64 CÓ CẢN QUANG VÀ TRÊN XÁC

Trần Đăng Khoa*, Phan Trần Thanh Thảo*, Phạm Đăng Diệu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả các đặc điểm giải phẫu và liên quan ĐM sàng trước, sau so với các cấu trúc vách mũi xoang trên MSCT64 cản quang và xác, 2) Xác định các kích thước ĐM sàng trước, sau so với các cấu trúc vách mũi xoang trên MSCT64 cản quang và xác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 20 bệnh nhân chụp MSCT64 và 10 xác. **Kết quả:** Động mạch sàng trước luôn hiện diện 100%, sàng sau trên bệnh nhân là 90,0% và trên xác là 85%, đường kính động mạch sàng trước là 1mm và sàng sau là 0.7mm, khoảng cách từ động mạch sàng trước đến nền sọ là 3mm và sàng sau là 0.7mm. Trên bệnh nhân, động

mạch sàng trước chạy sau rễ mỏm móc và rễ bóng sàng và cách rễ bóng sàng là 5.0 mm, cách mảnh nền 5.0mm. Động mạch sàng sau chạy sau mảnh nền và rễ xương xoắn mũi trên 65% và cách rễ xoắn mũi trên khoảng 2mm. **Kết luận:** Rễ bóng sàng là một mốc rất quan trọng hay là dấu chỉ điểm để tìm ra động mạch sàng trước, thường nằm sau hay trên và cách rễ khoảng 5mm. Tìm động mạch sàng sau, ta phải tìm rễ xương xoắn mũi trên, động mạch sàng thường nằm xung quanh đây và cách rễ khoảng 2mm.

Từ khóa: ĐM sàng trước, ĐM sàng sau, mỏm móc, bóng sàng

SUMMARY

RESEARCH ON THE ANTERIOR AND POSTERIOR ETHMOID ARTERY IN RELATION TO ANATOMICAL STRUCTURES OF LATERAL NASAL WALL BY MSCT 64 AND CADAVERS TO APPLY IN FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

Objectives: 1) Describe anatomical structures of the anterior ethmoid artery, posterior ethmoid artery

*Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa

Email: khoatrando@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2018

Ngày duyệt bài: 9/1/2019

and relate to structures on lateral nasal wall in MSCT64 and vietnamese corpse; 2) Measure dimensions of anterior ethmoid artery and posterior ethmoid artery and relate to structures on lateral nasal wall in MSCT64 and vietnamese corpse. **Method:** study on 20 patients taken MSCT64 (contrast) and 10 cadavers' skulls used iced-slice frozen technique. **Results:** The anterior ethmoid artery appears on 100%, posterior ethmoid artery appears on 90% on patients and 85% on cadavers, the average diameter is 1mm for anterior ethmoid artery and 0.7mm for posterior ethmoid artery. On MSCT anterior ethmoid arteries locate posterior to the radix of uncinat process, posterior to the radix of the ethmoid bulla and the distance from the radix is about 5.0 mm, the distance from ground lamella is 5.0 mm. The posterior ethmoid artery located at ground lamella of the middle conchal posterior side, far 2mm from the superior conchal. **Conclusion:** The radix of ethmoid bulla is an important landmark for finding an anterior ethmoid artery, anterior ethmoid artery is often located at superiority or posteriority of ethmoidal bulla radix and far 5mm from ethmoidal bulla radix. To find the posterior ethmoid artery, the radix of superior conchal should be located first, posterior ethmoid artery is often located surround here, usually far 2mm from superior conchal radix.

Keyword: Anterior ethmoid artery, posterior ethmoid artery; uncinat process, ethmoidal bulla.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nội soi mũi xoang đã làm một cuộc cách mạng trong phẫu thuật mũi xoang, đã được ứng dụng để điều trị chảy máu mũi với các kết quả bước đầu rất đáng khích lệ. Trong một phân tích nội soi điều trị chảy máu mũi, Mc Garry và CS đã nhận thấy các bệnh nhân được nội soi trực tiếp đốt điện các mạch gây chảy máu hoặc đặt bắc tại chỗ thì thời gian nằm viện ngắn hơn nhiều, tần suất chảy máu mũi tái phát ít hơn, các biến chứng liên quan đến phương pháp phẫu thuật này ít hơn so với các phương pháp cổ điển. Các tác giả kết luận là chi phí điều trị giảm và săn sóc bệnh nhân tốt hơn giúp cho phương pháp nội soi trở thành một quan điểm điều trị hấp dẫn. Theo thống kê, chảy máu mũi trong phẫu thuật nội soi mũi xoang chiếm tỉ lệ 6%. Tuy nhiên, cầm máu mũi trong chảy máu mũi là một vấn đề khó khăn vì những nghiên cứu sâu về hệ mạch máu cung cấp cho thành mũi ngoài còn hạn chế, đặc biệt là mối liên quan động mạch sàng trước và sau với các cấu trúc vách mũi xoang còn chưa sâu nên gây không ít khó khăn cho phẫu thuật viên khi cầm máu động mạch sàng trước và động mạch sàng sau.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về mối liên quan giữa động mạch sàng trước và động mạch sàng sau với các cấu trúc vách mũi xoang. Vì vậy chúng tôi "nghiên cứu giải phẫu ứng dụng

động mạch sàng trước, sau với các cấu trúc vách mũi xoang trên hình ảnh MSCT64 có cản quang và trên xác" nhằm đóng góp một phần về sự hiểu biết cấu trúc động mạch sàng trước và sàng sau để giúp phẫu thuật viên dễ dàng tránh động mạch này hay thực hiện việc cầm máu trong phẫu thuật nội soi mũi xoang. Với mục tiêu nghiên cứu: 1. *Mô tả định tính các đặc điểm giải phẫu và liên quan của ĐM sàng trước, sau so với các cấu trúc vách mũi xoang trên MSCT64 có cản quang mạch máu não và xác*, 2. *Xác định các kích thước liên quan của ĐM sàng trước, sau so với các cấu trúc vách mũi xoang trên MSCT64 có cản quang mạch máu não và xác*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2 Đối tượng & cỡ mẫu nghiên cứu: 20 bệnh nhân người Việt Nam trưởng thành không phân biệt nam nữ được chụp MSCT64 mạch máu não có cản quang tại MEDIC còn nguyên vách mũi xoang và không có dị dạng mạch máu não và 10 xác sọ người Việt Nam trưởng thành còn nguyên vách mũi xoang, đã được xử lý, tại Bộ môn Giải phẫu ĐY Phạm Ngọc Thạch

2.3 Kỹ thuật chọn mẫu: Vì đây là nghiên cứu cơ bản, chưa có nghiên cứu trước đó, và điều kiện thực tế tại MEDIC và Bộ môn Giải phẫu ĐY Phạm Ngọc Thạch nên kiểu chọn thuận tiện trên quần thể bệnh nhân và xác đang có tại thời điểm nghiên cứu.

2.4 Phương pháp thu thập số liệu

2.4.1 Hình thức thu thập số liệu

*Chuẩn bị mẫu bệnh nhân và xác sọ

- Chọn 20 bệnh nhân chụp MSCT64 mạch máu não có cản quang (thông số chụp: KVP=120, mA=150, mAs=90, msec=600, images với 512x512 matrix, độ dày lát cắt 1mm) với vách mũi xoang còn nguyên vẹn.

- Rửa sạch 10 sọ xác dưới vòi nước chảy, giữ đông lạnh 10 sọ xác trong tủ đông, ở nhiệt độ -25°C trong 3 ngày. Cố định sọ vào khung, cửa sọ làm đôi tại đường giữa. Tiến hành cắt lát 1cm ở mỗi nửa sọ xác đã cắt, cố định lát cắt trên mặt kính.

*Phân tích hình ảnh MSCT- Phẫu tích - quan sát mô tả - định vị - đo đạc

- Trên MSCT64, đổ dữ liệu ra workstation, nhận định động mạch sàng trước sau trên các mặt cắt và tái tạo đường đi trên phim 2D, đánh dấu, mô tả mối liên quan với các cấu trúc vách mũi xoang, đo đạc trên phim các kích thước, ghi nhận vào bảng thu thập, đĩa CD.

- Ở mỗi nửa mặt cắt lần lượt: xác định vị trí của ĐM sàng trước và sau, ghi nhận mối tương quan của ĐM sàng trước và sau với các cấu trúc vách

mũi xoang. Đo đường kính; đo khoảng cách.

2.4.2 Phương tiện nghiên cứu: Máy MSCT-Scan 64 MEDIC, khung cố định xương sọ để cắt, máy cửa sọ, kéo phẫu tích, dao, kẹp, bút đánh dấu, cọ, thước kẹp có du xích.

2.4.3 Ghi nhận kết quả: Kết quả đo đạc và mô tả ghi nhận theo bảng thu thập số liệu, lấy một số lẻ, đơn vị đo tính bằng (mm).

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Hiệu chỉnh các số liệu thô trên bảng thu thập; mã hóa các biến; lập tập tin, chuyển đổi tọa độ các biến định vị và thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 19.0; tóm tắt các số liệu dưới dạng bảng.

3.2.1 Tỷ lệ ĐM sàng trước và sàng sau có ống xương bao bọc trên bệnh nhân

Bảng 1. Tỷ lệ ĐM sàng trước và sàng sau có ống xương bao bọc

Ống xương bao bọc ĐM sàng	Phim CT bệnh nhân ĐM sàng trước			Phim CT bệnh nhân ĐM sàng sau		
	phải n=20	trái n=20	chung n=40	phải n=19	trái n=17	chung n=36
Không có	5.0%	/	5.0%	/	/	/
Một phần	45.5%	40%	40%	21.1%	17.6%	19.4%
Hoàn toàn	50.0%	60%	55.0%	78.9%	82.4%	80.6%
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Trên CT tỉ lệ động mạch sàng trước có ống xương bao bọc hoàn toàn là 55.0%, không có sự khác biệt giữa bên phải, trái ($p=0.258$) và tỉ lệ động mạch sàng sau có ống xương bao bọc hoàn toàn bên phải là 78.9%, trái 82.4%, có sự khác biệt giữa 2 bên ($p=0.002$). Ngoài ra chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa động mạch sàng trước và sau có ống xương bao bọc ($p=0.005$).

3.2.2 Liên quan động mạch sàng trước với các cấu trúc vách mũi xoang: Động mạch sàng trước sau khi chui vào ống sàng trước chạy vào mê đạo sàng liên quan với các cấu trúc trên vách mũi xoang như sau:

3.2.2.1. Rể mòm móm

Bảng 2. Liên quan giữa động mạch sàng trước với rể mòm móm

ĐM nằm	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải n=20	trái n=20	chung n=40	phải n=10	trái n=10	chung n=20
Sau rể mòm móm	100%	100%	100%	90%	70%	80%
Trên rể mòm móm	/	/	/	10%	30%	20%
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Trên CT tỉ lệ động mạch sàng trước chạy sau rể mòm móm chiếm tỉ lệ 100%, trên xác là 80% và không có sự khác biệt giữa 2 bên phải, trái ($p=0.408$).

3.2.2.2. Rể bóng sàng

Bảng 3. Liên quan giữa động mạch sàng trước với rể bóng sàng

ĐM nằm	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải n=20	trái n=20	chung n=40	phải n=10	trái n=10	chung n=20
Trước rể bóng sàng	5.0%	5.0%	5.0%	/	/	/
Sau rể bóng sàng	85.0%	90.0%	87.5%	90%	90%	90%
Trên rể bóng sàng	10.0%	5.0%	7.5%	10%	10%	10%
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Trên CT tỉ lệ động mạch sàng trước chạy sau rể bóng sàng là 87.5%, trên xác là 90% và không có sự khác biệt giữa bên phải, trái với ($p=0.983$) và ($p=0.757$).

3.2.2.3. Ngách trán

Bảng 4. Liên quan giữa động mạch sàng trước với ngách trán

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu khảo sát: Chúng tôi tiến hành chụp MSCT64 trên 20 bệnh nhân chụp mạch máu não có cản quang với 16 nữ (40.0%) và 24 nam (60.0%). Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 47 tuổi ($s=0.5$). Và trên 10 xác (20 nửa đầu) với 6 nữ (60.0%), 4 nam (40.0%).

3.2 Mô tả định tính các đặc điểm giải phẫu và liên quan của ĐM sàng trước, sau so với các cấu trúc vách mũi xoang: Động mạch sàng trước luôn hiện diện 100% trên bệnh nhân và xác, trong khi đó tỉ lệ hiện diện động mạch sàng sau trên bệnh nhân là 90.0% và trên xác là 85%.

ĐM nằm	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải n=15	trái n=20	chung n=40	phải n=10	trái n=10	chung n=20
trong ngách trán	5.0%	/	2.5%	/	/	/
sau ngách trán	95.0%	100%	97.5%	100%	100%	100%
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Trên CT tỉ lệ động mạch sàng trước chạy sau ngách trán 97.5% và trên xác là 100%.

3.2.2.4. Tế bào trên bóng – bóng trán

Tỉ lệ hiện diện tế bào trên bóng – bóng trán là 70% (28/40ca)

Bảng 5. Liên quan giữa động mạch sàng trước với tế bào trên bóng – bóng trán

ĐM nằm	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải n=14	trái n=14	chung n=28	phải n=10	trái n=10	chung n=20
Trước tế bào trên bóng	/	7.1%	3.6%	/	/	/
Trong tế bào trên bóng	21.4%	7.1%	14.3%	/	/	/
Sau tế bào trên bóng	57.1%	71.4%	64.3%	100%	100%	100%
Trên tế bào trên bóng	21.4%	14.3%	17.9%	/	/	/
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: trên CT tỉ lệ động mạch sàng trước chạy sau tế bào trên bóng là 64.3%, không có khác biệt giữa 2 bên ($p=0.176$) và trên xác là 100%.

3.2.3. Liên quan động mạch sàng sau với các cấu trúc vách mũi xoang: Động mạch sàng sau, sau khi chui vào ống sàng sau chạy vào mê đạo sàng liên quan với các cấu trúc trên vách mũi xoang như sau:

3.2.3.1 Mạnh nền: Trên CT và xác động mạch sàng sau chạy sau mảnh nền chiếm tỉ lệ 100%.

3.2.3.2 Rễ xương xoắn mũi trên

Bảng 6. Liên quan giữa động mạch sàng sau với rễ xương xoắn mũi trên

ĐM chạy	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải n=19	trái n=18	chung n=37	phải n=7	trái n=8	chung n=15
Trước rễ xương xoắn mũi trên	31.6%	16.7%	24.3%	14.3%	50%	33.3%
Sau rễ xương xoắn mũi trên	57.9%	72.2%	64.9%	85.7%	37.5%	60%
Trên rễ xương xoắn mũi trên	10.5%	11.1%	10.8%	/	12.5%	6.7%
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Trên CT tỉ lệ động mạch sàng sau chạy sau rễ xương xoắn mũi trên chiếm tỉ lệ 64.9% và trên xác là 60%, không có khác biệt giữa bên phải, trái cũng như trên CT và trên xác với lần lượt ($p=0.140$), ($p=0.386$) và ($p=0.378$).

3.3 Các kích thước liên quan của ĐM sàng trước, sau với các cấu trúc vách mũi xoang

3.3.1 Đường kính tại nguyên ủy của ĐM sàng

Bảng 7. Đường kính trung bình của ĐM sàng trước và sau

ĐM	Phim CT bệnh nhân		
	phải	trái	chung
sàng trước	n=20; x=1.05; s=0.16	n=20; x=1.0; s=0.3	n=40; x=1.02; s=0.24
sàng sau	n=19; x=0.93; s=1.38	n=18; x=0.58; s=0.20	n=37; x=0.76; s=1.0

Nhận xét: Trên CT đường kính trung bình của ĐM sàng trước là 1.02mm ($s=0.24$), trên xác là 0.76mm ($s=1.0$), không có sự khác biệt giữa 2 bên ($p=0.259$) và ($p=0.279$). Nhưng có sự khác biệt giữa đường kính ĐM sàng trước và ĐM sàng sau ($p=0.0001$).

3.3.2 Khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng đến nền sọ

Bảng 8. Khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng trước, sau đến nền sọ

Khoảng cách	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải	trái	chung	phải	trái	chung
ĐM sàng trước-nền sọ	n=20 x=3.15 s=2.12	n=20 x=3.06 s=1.48	n=40 x=3.10 s=1.8	n=10 x=2.80 s=1.68	n=10 x=2.70 s=1.93	n=20 x=2.75 s=1.76

ĐM sàng sau-nền sọ	n=19 x=0.7 s=0.77	n=18 x=0.77 s=0.68	n=37 x=0.73 s=0.72	n=7 x=2.14 s=0.94	n=8 x=1.75 s=0.59	n=15 x=1.93 s=0.77
--------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------

Nhận xét: Trên CT khoảng cách từ điểm giữa động mạch sàng trước đến nền sọ là 3.10mm (s=1.8) và sàng sau là 0.73mm (s=0.72), không có sự khác biệt giữa 2 bên (p=0.773) và (p=0.722) nhưng có sự khác biệt giữa khoảng cách từ điểm giữa động mạch sàng trước và sàng sau đến nền sọ (p=0.0001). Trên xác khoảng cách này đối với sàng trước và sau là 2.75mm (s=1.76) và 1.93mm (s=0.77).

3.3.3. Khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng đến bờ trước xương xoăn mũi giữa bám vào vách mũi xoang (AXCM)

Bảng 9. Khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng trước, sau đến AXCM

Khoảng cách	Phim CT bệnh nhân		
	phải	trái	chung
ĐM sàng trước-AXCM	n=20; x=22.4; s=2.03	n=20; x=22.04; s=2,1	n=40; x=22.2; s=2.05
ĐM sàng sau-AXCM	n=19; x=28.77; s=2,97	n=18; x=29.7; s=4.0	n=37; x=29.2; s=3.4

Nhận xét: Trên CT khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng trước đến AXCM là 22.2mm (s=2.05), trên xác 29.2mm (s=3.4), không có khác biệt giữa 2 bên (p=0.469) và (p=0.169).

3.3.4. Khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng trước đến mảnh nền, rễ bóng sàng

Bảng 10. Khoảng cách từ giữa ĐM sàng trước đến mảnh nền, rễ bóng sàng

Khoảng cách	Phim CT bệnh nhân			Xác		
	phải	trái	chung	phải	trái	chung
ĐM sàng trước-mảnh nền	n=20 x=4.5 s=2.7	n=20 x=5.3 s=3.8	n=40 x=4.9 s=3.3	n=10 x=5.25 s=3.31	n=10 x=5.55 s=2.36	n=20 x=5.40 s=2.80
ĐM sàng trước-rễ bóng sàng	n=15 x=5.4 s=5.1	n=20 x=4.8 s=4.5	n=40 x=5.09 s=4.75	n=10 x=8.6 s=3.77	n=10 x=7.05 s=2.54	n=20 x=7.82 s=3.23

Nhận xét: Trên CT khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng trước đến mảnh nền là 4.9mm (s=3.3), đến rễ bóng sàng là 5.09mm (s=4.75), không có sự khác biệt giữa 2 bên (p=0.419) và (p=0.635). Trên xác khoảng cách này đến mảnh nền là 5.40mm (s=2.80) và rễ bóng sàng là 7.82mm (s=3.23) và không có sự khác biệt giữa 2 bên (p=0.482) và (p=0.278).

3.3.5 Khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng sau đến rễ xương xoăn mũi trên: Trên CT khoảng cách từ điểm giữa động mạch sàng sau đến rễ xương xoăn mũi trên là 1.9mm (s=1.82), không có sự khác biệt giữa 2 bên (p=0.926).

3.4 Khảo sát vị trí động mạch sàng trước trên bệnh nhân mổ nội soi mũi xoang: Chúng tôi tiến hành xác định ĐM sàng trước trên 5 bệnh nhân mổ nội soi mũi xoang nhằm xác định vị trí liên quan của ĐM sàng trước với các cấu trúc vách mũi xoang và nhận thấy hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu trên phim CT và trên xác: (1) mở lỗ thông xoang hàm, lấy phần cao rễ mỏm móc, mở bóng sàng; (2) xác định vị trí bám đầu trên của mỏm móc, bóng sàng, SIP, tế bào trên bóng, từ đó xác định ngách trán; (3) thấy gờ "máng xoối" hay gờ xương chạy bằng ngang qua ngay sau ngách trán sau rễ mỏm móc, bóng sàng, đó là ống xương chứa ĐM và thần kinh sàng trước, nằm thấp so với nền sọ.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung: Với cỡ mẫu là 20 bệnh nhân và 10 xác, mặc dù không lớn nhưng vẫn đảm bảo những đặc tính thống kê. Do việc xác và bệnh nhân giới hạn nên chúng tôi chỉ có thể thực hiện đến cỡ mẫu như vậy. Nếu có điều kiện, nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn sẽ được tiếp tục thực hiện trong thời gian tới. Trong những nghiên cứu liên quan mà chúng tôi tham khảo được thì chủng tộc và giới tính được chứng minh là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy vậy, nếu có điều kiện nghiên cứu với mẫu lớn và phân bố đều tỷ lệ nam nữ thì mới có thể kết luận có sự phân biệt đặc điểm hình thái của các cấu trúc liên quan đến động mạch sàng giữa nam và nữ hay không.

4.2 Mô tả định tính các đặc điểm giải phẫu, liên quan và các kích thước của ĐM sàng trước, sau so với các cấu trúc vách mũi xoang: Trên CT đường kính trung bình của động mạch sàng trước là 1.02mm lớn hơn sàng sau là 0.76mm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Phù hợp với các tác giả Quain 1892, Whitnall 1932; Wood Jones 1949; Brash 1951; Schaeffer 1953; Wolff 1954; Hollinshead 1954 [4] động mạch sàng trước thường lớn hơn động mạch sàng sau và theo Whitnall 1932 động mạch sàng trước thường hằng định. Chúng tôi không

đo đường kính trên xác vì chúng rất nhỏ nên sẽ không chính xác khi thao tác dưới lupa.

4.2.1 Tỷ lệ ĐM sàng trước, sàng sau có ống xương bao bọc và khoảng cách đến nền sọ

Theo nghiên cứu của chúng tôi trên CT, ĐM sàng trước có ống xương bao bọc hoàn toàn chiếm tỉ lệ 55%. Như vậy có khoảng 45% ĐM sàng trước bọc trần 1 phần hay toàn bộ trong mê đạo sàng, điều này sẽ gây nguy hiểm cho phẫu thuật viên khi mở ngách trán hay nạo sàng tiết cận gây đứt ĐM sàng trước khi cắt bỏ phần cao rễ mỏm móc và rễ bóng sàng. Tuy nhiên tỉ lệ bọc không hoàn toàn chiếm gần phân nửa nên PTV cần chú ý. Trong khi đó trên CT, có sự khác biệt giữa 2 bên động mạch sàng sau có ống xương bao bọc hoàn toàn bên phải là 82.4% và trái 78.9%. Như vậy tỉ lệ ĐM sàng sau có xương bao bọc hoàn toàn cao hơn sàng trước nhiều và nằm sát nền sọ nên ít gây nguy hiểm hơn.

Trên CT chúng tôi phân lớp khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng trước đến nền sọ từ 2,5-5mm chiếm tỉ lệ 50% và trên 5mm là 10%. Trái lại, khoảng cách từ điểm giữa ĐM sàng sau đến nền sọ từ dưới 2,5mm chiếm tỉ lệ 94.6%. Điều này có nghĩa là ĐM sàng trước nằm thấp hơn sàng sau. Nên tổn thương sàng trước thường xảy ra nhiều hơn sàng sau.

4.2.2 Liên quan, khoảng cách động mạch sàng trước với các cấu trúc vách mũi xoang

So với rễ mỏm móc và bóng sàng (đa số có màng trên phễu do đầu trên rễ mỏm móc dính vào đầu trên rễ bóng sàng), trên CT động mạch sàng trước chạy sau rễ mỏm móc chiếm tỉ lệ 100% và trên xác là 80%. Đối với rễ bóng sàng, ĐM sàng trước chạy sau rễ chiếm tỉ lệ 87.5% trên CT và 90% trên xác, cách rễ bóng sàng là 5mm. Do đó ĐM sàng trước sẽ nằm sau ngách trán với tỉ lệ 97.5% trên bệnh nhân và 100% trên xác sọ.

So với tế bào trên bóng (là tế bào sàng nằm trên bóng sàng, nếu tế bào này to lẫn vào xoang trán thì sẽ thành tế bào bóng trán) trên CT động mạch sàng trước chạy sau tế bào trên bóng chiếm tỉ lệ 64.3%, trên 17.9% và trong 14.3%.

ĐM sàng trước luôn nằm trước mảnh nền và cách mảnh nền là 5mm. Chúng tôi nhận thấy rằng rễ bóng sàng là một mốc rất quan trọng hay là dấu chỉ điểm để tìm ra động mạch sàng trước. Như vậy để tìm ĐM sàng trước, cắt đầu trên rễ mỏm móc, chú ý ĐM sàng trước thường nằm sau hay trên rễ bóng sàng và cách rễ khoảng 5mm, nếu có tế bào trên bóng thì thường nằm sau tế bào này.

4.2.3 Liên quan, khoảng cách động mạch sàng sau với các cấu trúc vách mũi xoang

ĐM sàng sau, sau khi chui vào ống sàng chạy vào mê đạo sàng, chạy sau mảnh nền 100%, chạy sau rễ xương xoắn mũi trên chiếm tỉ lệ 64.9%. Ngoài ra, ĐM sàng sau có thể chạy trước hay trên rễ xoắn mũi trên. Cách rễ xoắn mũi trên khoảng 2mm. Như vậy PTV chỉ gây tổn thương ĐM sàng sau khi thực hiện phẫu thuật nạo sàng sau tiết cận và cũng khó gây tổn thương vì có xương bao bọc và thường nằm sát nền sọ hơn sàng trước. Như vậy muốn tìm ĐM sàng sau, ta phải tìm rễ xoắn mũi trên, ĐM thường nằm xung quanh đây và cách rễ khoảng 2mm và luôn nằm sau mảnh nền của cuốn giữa.

4.3 Khảo sát vị trí động mạch sàng trước trên bệnh nhân mổ nội soi mũi xoang

Vậy khi lấy phần cao rễ mỏm móc, rễ bóng sàng trong việc tìm ngách trán, phẫu thuật viên cần xem trước các cấu trúc này trên phim CT và chú ý gờ "máng xoắn" của ĐM sàng thường nằm ngay sau hay trên rễ bóng sàng khoảng 5mm, sau ngách trán, và nếu có tế bào trên bóng hay bóng trán thì sẽ nằm sau, trong hay trên tế bào này, động mạch sàng trước nằm thấp nền sọ khoảng 3mm.

V. KẾT LUẬN

ĐM sàng trước luôn hiện diện 100% trên bệnh nhân và xác, trong khi đó tỉ lệ hiện diện ĐM sàng sau trên bệnh nhân là 90,0% và trên xác là 85%. Đường kính trung bình của ĐM sàng trước là 1mm lớn hơn sàng sau là 0.7mm. Tỉ lệ bọc trần một phần hay toàn bộ của ĐM sàng trước khoảng 45% và nằm thấp hơn sàng sau, cách nền sọ khoảng 3mm nên sẽ gây nguy hiểm hơn cho PTV khi mổ.

ĐM sàng trước luôn nằm trước và cách mảnh nền 5mm và chạy sau rễ bóng sàng khoảng 85% cách rễ khoảng 5mm. Như vậy rễ bóng sàng là dấu chỉ điểm để tìm ra ĐM sàng trước. Như vậy để tìm ĐM sàng trước, cắt đầu trên rễ mỏm móc, chú ý rễ bóng sàng ĐM sàng trước thường nằm sau hay trên và cách rễ khoảng 5mm, nếu có tế bào trên bóng thì thường nằm sau tế bào này.

ĐM sàng sau chạy sau rễ xương xoắn mũi trên chiếm tỉ lệ khoảng 65% và cách rễ xoắn mũi trên khoảng 2mm. Như vậy muốn tìm ĐM sàng sau, ta phải tìm rễ xoắn mũi trên, ĐM sàng trước thường nằm xung quanh đây và cách rễ khoảng 2mm và luôn nằm sau mảnh nền của cuốn giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernardo Cunha Araujo, F., et al., *Endoscopic anatomy of the anterior ethmoidal artery: a cadaveric dissection study*. Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed), 2006. 72(3): p. 303-8.
2. Couch, J.M., M.E. Somers, and C. Gonzalez,

- Superior Oblique Muscle Dysfunction Following Anterior Ethmoidal Artery Ligation for Epistaxis.* Arch Ophthalmol, 1990. **108**(8): p. 1110-1113.
3. da Costa, L.B., et al., *Anterior Ethmoidal Artery Aneurysm and Intracerebral Hemorrhage.* AJNR Am J Neuroradiol, 2006. **27**(8): p. 1672-1674.
 4. Hayreh, S.S., *THE OPHTHALMIC ARTERY.* British Journal of Ophthalmology, 1962. **46**(4): p. 212-247.
 5. Hyoung-Jin, M., et al., *Surgical Anatomy of the Anterior Ethmoidal Canal in Ethmoid Roof.* The Laryngoscope, 2001. **111**(5): p. 900-904.
 6. Koh, E., V.I. Frazzini, and N.J. Kagetsu, *Epistaxis: Vascular Anatomy, Origins, and Endovascular Treatment.* Am. J. Roentgenol., 2000. **174**(3): p. 845-851.
 7. Lund VJ, *Anatomy of the nose and paranasal sinuses.* Scott Brown's Otolaryngology, 6th ed. , ed. In Gleeson M, London: Butterworths.
 8. Nasser Razack, M.J.G., MD; and Mary E. Jensen, MD, *Evaluation of the patient with epistaxis.* July 2001: p. 18-19.

SƠ SÁNH INVITRO SỰ KHÍT SÁT MÃO TOÀN SỨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP LẤY DẤU THƯỜNG QUY VÀ LẤY DẤU KỸ THUẬT SỐ

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Khảo sát độ khít sát bờ và lòng mào được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu kỹ thuật số (LDKTS) và lấy dấu thường quy (LDTQ). **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh độ khít sát bờ mào và lòng mào toàn sứ thực hiện bằng phương pháp LDKTS và LDTQ in vitro. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 15 bệnh nhân có kế hoạch điều trị phục hình cố định mào đơn lẻ tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. Mài cùi răng, gắn mào tạm. Thực hiện LDKTS và LDTQ cho bệnh nhân 7 ngày sau khi sửa soạn cùi răng để nướu tổn thương do sửa soạn có thể lành thương. Dấu kỹ thuật số được thực hiện với hệ thống scan Trios® và dấu thường quy được dấu bằng cao su Polyvinyl Siloxane. Tất cả mào toàn sứ được cắt nguyên khối bằng vật liệu Ceramill Zolid (Amann Girrbach AG, Áo). Đánh giá độ khít sát của mào trong la bê bằng phương pháp sao mẫu. **Kết quả:** Trung bình khoảng hở bờ mào của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là $129,8 \pm 19,7 \mu\text{m}$ cao hơn so với phương pháp LDKTS là $114,5 \pm 23,1 \mu\text{m}$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trung bình khoảng hở vùng hố rãnh của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là $176,6 \pm 63,8 \mu\text{m}$, bằng phương pháp LDKTS là $108,9 \pm 31,1 \mu\text{m}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Mào toàn sứ được thực hiện bằng LDKTD trong miệng có giá trị khoảng hở bờ và lòng mào trung bình thấp hơn khi so sánh với kỹ thuật LDTQ. Do đó phương pháp LDKTS có thể áp dụng trong phục hình cố định mang lại sự chính xác và hiệu quả về thời gian.

Từ khóa: Mào toàn sứ, lấy dấu kỹ thuật số, kỹ thuật lấy dấu thường quy.

SUMMARY

COMPARISON IN VITRO OF THE MARGIN AND INTERNAL FIT OF ALL-CERAMIC

*Trường Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí

Email: trimdr818@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 6/12/2018

Ngày duyệt bài: 2/1/2019

CROWN BY USING CONVENTIONAL AND DIGITAL IMPRESSION METHODS

The margin and internal fit of crowns were evaluated by using digital and conventional impression methods. **Objectives:** The margin and internal adaptation of zirconia crowns were compared when using digital and conventional impression methods. Patients were taken the digital and conventional impressions at the day 7 after teeth preparation for gingival healing. **Materials and methods:** Fifteen patients, who had been planned crown treatments at Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City. The patients were prepared the abutments and fixed by temporary crowns. Digital impression was done by Trios® scanning system and conventional impression was taken by Polyvinyl Siloxane. All ceramic crowns were cut by ceramic block Ceramill Zolid (Amann Girrbach AG, Austria). The marginal and internal accurate fit of the crowns were evaluated in vitro by replica techniques. **Results:** Average of marginal of fit of all-ceramic crowns which done by conventional impression is $129,8 \pm 19,7 \mu\text{m}$, higher than by digital technique is $114,5 \pm 23,1 \mu\text{m}$, no significantly difference ($p > 0,05$). Average of internal fit of all-ceramic crowns which done by conventional impression is $176,6 \pm 63,8 \mu\text{m}$, by digital impression technique is $108,9 \pm 31,1 \mu\text{m}$, significantly difference ($p < 0,05$). **Conclusions:** All-ceramic crowns were done by digital impression technique, which have the marginal and internal fit of crowns lower than those were done by conventional technique. Therefore, digital impression technique can be used in fixed prosthodontics for accurate and time working results.

Key words: All ceramic crowns, digital impression technique, conventional impression technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành nha khoa tổng quát, lấy dấu cấu trúc răng và mô mềm trong miệng góp phần rất quan trọng trong thành công của phục hình sau cùng [1]. Sự chính xác của dấu sau cùng gửi đến kỹ thuật viên labo sẽ quyết định độ khít sát bờ và khoảng hở lòng mào của phục hình sau cùng. Phần lớn quy trình lấy dấu hiện nay vẫn

còn sử dụng phương pháp lấy dấu thường quy (LDTQ)[1]. Ngày nay, số hóa trong chẩn đoán và điều trị đã trở thành một xu hướng lớn trong phục hình. Lấy dấu kỹ thuật số (LDKTS) là bước đầu tiên hướng tới chế tạo CAD/CAM của phục hình răng. Kỹ thuật này ghi lại dữ liệu ba chiều của cấu trúc giải phẫu bằng camera quang học, có nhiều cách để ghi nhận dữ liệu, có thể quét trực tiếp trên răng đã sửa soạn sử dụng máy quét trong miệng, quét dấu hoặc quét mẫu hàm thạch cao. Thu thập dữ liệu kỹ thuật số cải thiện kế hoạch điều trị, hiệu quả cao hơn, dễ dàng lưu trữ dữ liệu, tái tạo, tư liệu điều trị, hiệu quả chi phí và thời gian, giao tiếp giữa nha khoa và labo tốt hơn [2], [8].

Dù sử dụng phương pháp lấy dấu nào thì yếu tố quan trọng quyết định thành công lâu dài của phục hình là sự khít sát bờ và lòng mào. Hở bờ gây tích tụ mảng bám dẫn đến viêm nha chu và sâu răng, hòa tan xi măng và gây vi kẽ[3]. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu trong la bô nào đánh giá về độ khít sát của phục hình được thực hiện bằng hai phương pháp LDTQ và LDKTS. Đề tài này được thực hiện nhằm đánh giá có hay không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ khít sát bờ và lòng mào được thực hiện bằng phương pháp LDKTS và LDTQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, gồm 15 bệnh nhân có kế hoạch điều trị phục hình cố định mào đơn lẻ tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. Các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được thực hiện hai mào toàn sứ trên một răng trụ, một mào theo phương pháp lấy dấu thường quy, một mào theo phương pháp lấy dấu kỹ thuật số. Dấu kỹ thuật số được thực hiện với hệ thống scan Trios®: đầu quét Trios® Color (3Shape A/S, Copenhagen, Denmark) với phần mềm 3Shape TRIOS 2014-1. LDTQ bằng khay cá nhân với vật liệu lấy dấu polyvinyl siloxane và sử dụng kỹ thuật lấy dấu một thì. Mẫu sau cùng của phương pháp lấy dấu sau cùng được quét bằng máy quét mẫu hàm (3Shape D700, cara TRIOS, Heraeus Kulzer, Hanau, Đức). Tất cả các phục hình được thiết kế bằng phần mềm 3Shape Dental System™ 2016, thiết lập thông số khoảng hở xi măng 30-50 μm . Đánh giá độ khít sát của mào bằng phương pháp sao mẫu. Các thông tin và số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0. Tất cả các phân tích đều được tiến hành với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu: gồm 15 răng từ 14 bệnh nhân độ tuổi trung bình từ 19 đến 60 tuổi gồm 4 răng cối nhỏ và 11 răng cối lớn.

1. Độ khít sát bờ mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS.

Bảng 1. Khoảng hở bờ mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu thường quy và lấy dấu kỹ thuật số in vitro.

		Trung bình(μm)	Độ lệch chuẩn	p
Hở bờ	Thường quy (n=15)	129,8	19,7	0,062
	Kỹ thuật số (n=15)	114,5	23,1	

*Kiểm định Student's t – test

Trung bình khoảng hở bờ mào của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là $129,8 \pm 19,7\mu\text{m}$ cao hơn so với LDKTS là $114,5 \pm 23,1\mu\text{m}$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Độ khít sát lòng mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS.

2.1. Trung bình khoảng hở trục của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là $114,7 \pm 29,4\mu\text{m}$ cao hơn so với kết quả của LDKTS là $97,7 \pm 16,6\mu\text{m}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Khoảng hở thành trục của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS

		Trung bình (μm)	Độ lệch chuẩn	p
Hở trục	Thường quy (n=15)	114,7	29,4	0,013*
	Kỹ thuật số (n=15)	97,7	16,6	

*Kiểm định Student's t – test, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.2. Trung bình khoảng hở vùng múi răng của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là $150,7 \pm 30,9\mu\text{m}$, bằng phương pháp LDKTS là $121,9 \pm 28,2\mu\text{m}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Khoảng hở vùng múi răng của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS

		Trung bình (μm)	Độ lệch chuẩn	p
Hở múi răng	Thường quy (n=15)	150,7	30,9	0,012*
	Kỹ thuật số (n=15)	121,9	28,2	

*Kiểm định Student's t – test, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.3. Trung bình khoảng hở vùng trứng rãnh của mao toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là $176,6 \pm 63,8 \mu\text{m}$, bằng phương pháp LDKTS là $108,9 \pm 31,1 \mu\text{m}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Khoảng hở vùng trứng rãnh của mao toàn sứ thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS

		Trung bình (μm)	Độ lệch chuẩn	p
Hở vùng trứng rãnh	Thường quy (n=15)	176,6	63,8	0,000*
	Kỹ thuật số (n=15)	108,9	31,1	

* Kiểm định Mann – Whitney, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp sao mẫu bằng silicone để đánh giá độ khít sát bờ và trong lòng mao toàn sứ. Phương pháp này được mô tả khá tốt trong y văn là phương pháp dễ thực hiện, không xâm lấn và có thể lặp lại được [6], [7] tương đối rẻ tiền và không tốn thời gian, được sử dụng gần đây để đánh giá độ khít sát bờ và lòng phục hình. Tuy nhiên kỹ thuật sao mẫu gặp phải những hạn chế, như là khó khăn trong việc xác định bờ mao và đường hoàn tất, sai sót khi cắt, ít các điểm tham chiếu, rách lớp đàn hồi khi lấy ra khỏi mao.

Vì đo khoảng hở mao zirconia, cần tránh quy trình chế tạo mao khác nhau. Để tránh ảnh hưởng của các quy trình chế tạo khác nhau lên kết quả, quy trình CAD/CAM giống nhau, cùng vật liệu sử dụng cho cả hai phương pháp lấy dấu. Trong nghiên cứu này, sử dụng định nghĩa độ khít sát bờ theo Holmes và cộng sự [5]. Khoảng hở lòng mao đo bằng khoảng hở giữa mao và răng trụ, và là khoảng hở của mặt trong lòng mao đến thành trục, múi răng và vùng trứng rãnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung bình khoảng hở trục của mao thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS tương ứng là $114,7 \mu\text{m}$ và $97,7 \mu\text{m}$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Berrendero S. [4] tương ứng là $105,2 \mu\text{m}$; $82,8 \mu\text{m}$ và $120,93 \mu\text{m}$; $81,62 \mu\text{m}$, nhưng cao hơn kết quả của Rödiger M. [7] và Pedroche LO. [6]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể giải thích là nghiên cứu các tác giả này đánh giá sự khít sát trên sườn zirconia, trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng mao sứ nguyên khối, có thể tiếp xúc bên làm ảnh hưởng đến việc đặt mao chính xác lên cùi răng.

Khi đo khoảng hở múi răng và vùng trứng

rãnh, kết quả cho thấy giá trị dao động từ $77,8 \mu\text{m}$ đến $240,4 \mu\text{m}$. Giá trị này có thể cao hơn mức chấp nhận về mặt lâm sàng, nhưng chúng tương đương giá trị thu được ở la bô và nghiên cứu lâm sàng. Khoảng hở tăng ở vùng múi và trứng rãnh có thể do hình dạng mũi mài, vì đường kính của mũi khoan xác định phạm vi mài nhỏ nhất của bề mặt bên trong của mao. Một lý do khác có thể gọi là hiện tượng “quá mức”, tạo ra các đỉnh ảo gần các cạnh của cấu trúc ba chiều khi ghi nhận hình ảnh bằng quét kỹ thuật số và có thể gây biến dạng thiết kế răng đã sửa soạn ở các vùng có góc. Nghiên cứu hiện tại sử dụng quét trên mẫu hàm thạch cao và quét trong miệng. Khi làm như vậy, dữ liệu được thu thập từ các bề mặt với các đặc điểm quang học khác nhau, bao gồm độ trong mờ, sự phản xạ và bề mặt nhẵn. Máy quét trong miệng và trong la bô có thể ghi nhận dữ liệu không cùng độ chính xác.

Kết quả về khoảng hở lòng mao có thể so sánh với kết quả của các thử nghiệm lâm sàng so sánh sử dụng hệ thống lấy dấu khác. Trong nghiên cứu hiện tại, sự khít sát lòng mao tốt nhất cho cả hai phương pháp lấy dấu là ở thành trục (thường quy: $114,7 \pm 29,4 \mu\text{m}$; kỹ thuật số: $97,7 \pm 16,6 \mu\text{m}$). Kết quả này tương đồng với kết quả của LDTQ và LDKTS trong nghiên cứu của Berrendero S. [4]. Trong nghiên cứu này, giá trị trung bình cao nhất đo được trong lòng mao ở vị trí vùng trứng rãnh (thường quy: $176,6 \pm 63,8 \mu\text{m}$; kỹ thuật số: $108,9 \pm 31,1 \mu\text{m}$). Kết quả tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác cho thấy khoảng hở ở trứng rãnh dao động từ $112,6 \mu\text{m}$ đến $314,31 \mu\text{m}$.

Nhìn chung, trung bình khoảng hở lòng mao tại thành trục, vùng múi răng, và vùng trứng rãnh của mao toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDKTS ít hơn có ý nghĩa thống kê so với kết quả của phương pháp LDTQ phù hợp với kết quả nghiên cứu của và Pedroche LO. [6]. Có thể giải thích là do không cần vật liệu lấy dấu, khay lấy dấu để lấy dấu kỹ thuật số. Những vật liệu này dù khác nhau về loại và chất lượng cũng có một mức độ thay đổi kích thước nào đó. Thêm vào đó, LDTQ cần mẫu hàm thạch cao, cửa đại, gọt đại, những quy trình này có thể ảnh hưởng đến sự chính xác của mẫu sau cùng, do đó ảnh hưởng đến sự khít sát của phục hình sau cùng.

V. KẾT LUẬN

1. Trung bình độ khít sát bờ mao toàn sứ thực hiện bằng phương pháp LDKTS hơn so với LDTQ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

($p > 0,05$).

2. Trung bình độ khít sát lồng mào toàn sứ thực hiện bằng phương pháp LDKTS tại thành trục, múi răng và hố rãnh thấp so với LDTQ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong ba điểm đo tại lồng mào, khoảng hở tại thành trục có giá trị trung bình thấp nhất, trong khi tại vùng trống rãnh có trung bình khoảng hở cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdel-Azim T., Rogers K., Elathamna E., et al (2015), "Comparison of the marginal fit of lithium disilicate crowns fabricated with CAD/CAM technology by using conventional impressions and two intraoral digital scanners", *The Journal of prosthetic dentistry*, 114 (4), pp. 554-559
2. Ahlholm P., Sipilä K., Vallittu P., et al (2016), "Digital Versus Conventional Impressions in Fixed Prosthodontics: A Review", *Journal of Prosthodontics*, pp.
3. Alghazzawi Tariq F. (2016), "Advancements in CAD/CAM technology: Options for practical

implementation", *Journal of prosthodontic research*, 60 (2), pp. 72-84

4. Berrendero S., Salido M. P., Valverde A., et al (2016), "Influence of conventional and digital intraoral impressions on the fit of CAD/CAM-fabricated all-ceramic crowns", *Clin Oral Investig*, 20 (9), pp. 2403-2410
5. Holmes JR., Bayne Stephen C., Holland Gene A., et al (1989), "Considerations in measurement of marginal fit", *The Journal of prosthetic dentistry*, 62 (4), pp. 405-408
6. Pedroche L. O., Bernardes S. R., Leao M. P., et al (2016), "Marginal and internal fit of zirconia copings obtained using different digital scanning methods", *Braz Oral Res*, 30 (1), pp. e113
7. Rödiger M., Heinitz A., Bürgers R., Rinke S., (2016), "Fitting accuracy of zirconia single crowns produced via digital and conventional impressions—a clinical comparative study", *Clinical Oral Investigations*, pp. 1-9
8. Đoàn Minh Trí, Đỗ Thị Kim Anh (2017), "So sánh lấy dấu theo phương pháp kỹ thuật số và phương pháp thường quy", *Tạp chí Y học TP HCM 2018*, 22 (2), pp. 112-118.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG TRẺ EM SAU ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG HÀM SỮA BẰNG KỸ THUẬT SMART

Lê Thị Thu Hằng*, Đỗ Minh Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả nâng cao chất lượng cuộc sống sau điều trị sâu răng hàm sữa bằng kỹ thuật SMART. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng được thực hiện trên 128 trẻ 3-5 tuổi mắc sâu răng hàm sữa. Toàn bộ trẻ được khám lâm sàng xác định tổn thương và điều trị hàn răng bằng phương pháp SMART (Simplified Modified Atraumatic Restorative Technique). Sức khỏe răng miệng liên quan đến chất lượng cuộc sống được xác định qua sử dụng thang đo MOHQoLS (Michigan Oral Health-related Quality of Life Scale) dành cho trẻ 2-5 tuổi, đánh giá trước và sau khi can thiệp hàn răng 1 năm. **Kết quả:** Trước can thiệp, dấu hiệu cơ năng của răng gặp ở 22.7% trẻ khi ăn đồ ăn nóng hoặc lạnh, 32% trẻ khi ăn kẹo và đã giảm một nửa sau can thiệp SMART. Những vấn đề liên quan đến sinh hoạt của trẻ gặp ở khoảng 1/10 trẻ trước can thiệp và gần như không còn sau khi trẻ được hàn răng. Hầu hết trẻ đều thích hàm răng của mình và tự nhận có nụ cười đẹp (>90%). Sau can thiệp, số trẻ bị bạn bè chế cười hàm răng giảm từ 10.9% xuống 1.6%, số trẻ hài lòng với hàm răng của mình tăng lên từ 74.2 đến 91.4%. Kết quả đã chỉ ra

sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống của trẻ sau can thiệp điều trị sâu răng bằng phương pháp SMART với $p < 0.001$. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của trẻ 3-5 tuổi bị sâu răng hàm sữa đã được cải thiện rõ rệt sau 1 năm điều trị bằng phương pháp SMART, đặc biệt là cảm giác đau- khó chịu, sinh hoạt và tinh thần, thẩm mỹ của trẻ.

Từ khóa: SMART, chất lượng cuộc sống, 3-5 tuổi

SUMMARY

IMPROVING CHILDREN QUALITY OF LIFE BY PRIMARY MOLARCARIES MANAGEMENT USING SIMPLIFIED MODIFIED ATRAUMATIC RESTORATIVE TECHNIQUE

Objective: to evaluate the effectiveness of SMART in primary molar caries on improving quality of life of children. **Methods:** A quasi experimental study was conducted in 128 children at 3-5 years old who experienced in primary molar caries. All children received oral examination and caries treatment using SMART (Simplified Modified Atraumatic Restorative Technique). Oral health related quality of life was measured using MOHQoLS (Michigan Oral Health-related Quality of Life Scale) for children 2-5 years old, evaluated follow up 1 year. **Results:** At baseline, children reported having teeth hurt when eat something hot or cold at 22.7%, when eat something sweet at 32%. These percentages were about 50% decreased. Daily activities related to physical-social performance problems were at 1/10 children at baseline but almost at normal after 1 year receiving SMART. Most of children were like and happy with their smile

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hương
Email: ashrose_tn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 10/11/2018
Ngày phản biện khoa học: 9/12/2018
Ngày duyệt bài: 11/1/2018

(>90%). After 1 year, problem of kid make fun at child teeth decreased from 10.9% to 1.6% and children happy with their teeth increased from 74.2% to 91.4%. The results showed that children quality of life were statistically significant improved after 1 year receiving SMART ($p < 0.001$).
Conclusions: Quality of life of children at 3-5 years old was improved after receiving SMART for primary molar caries management.

Keywords: SMART, Quality of Life, 3-5 years old

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm về sức khỏe ngày nay đã vượt xa sự vắng mặt của căn bệnh và bao gồm "một trạng thái thể chất, tinh thần và xã hội hoàn chỉnh". Chất lượng cuộc sống được công nhận là một tham số hợp lệ trong đánh giá bệnh nhân ở mọi lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả sức khỏe răng miệng [1].

Mặc dù bệnh sâu răng đã phần nào được kiểm soát, tuy nhiên tỷ lệ và mức độ bệnh ở trẻ dưới 6 tuổi vẫn đang ở mức báo động, là vấn đề cấp bách trong công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em [2,3]. Hơn nữa, bệnh sâu răng nếu không được điều trị sẽ dẫn tới các biến chứng gây ảnh hưởng đến ăn nhai, thẩm mỹ, phát âm, học tập, sinh hoạt, sự phát triển thể chất của trẻ [4]. Tuy nhiên, do đặc điểm tâm lý của trẻ nhỏ không thuận lợi cho can thiệp y khoa nói chung và can thiệp nha khoa nói riêng, bên cạnh đó là quan điểm chưa đúng về tầm quan trọng của việc chăm sóc bộ răng sữa ở trẻ nhỏ, do đó dẫn tới tình trạng bệnh lý của trẻ thường không được điều trị kịp thời.

SMART (Simplified Modified Atraumatic Restorative Technique) là kỹ thuật can thiệp tối thiểu để điều trị và phòng bệnh sâu răng với các ưu điểm: dụng cụ tối thiểu, qui trình tối thiểu, đau tối thiểu, tổn thương tối thiểu, nhận được sự hợp tác tốt của trẻ nhỏ [5].

Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào được công bố nào về sự thay đổi chất lượng cuộc sống của trẻ em sau điều trị sâu ngà răng sữa bằng kỹ thuật SMART. Do đó, để góp phần đưa ra những minh chứng khoa học rõ ràng hơn về hiệu quả ứng dụng kỹ thuật SMART trong điều trị sâu răng ở trẻ nhỏ, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả nâng cao chất lượng cuộc sống sau điều trị sâu ngà răng hàm sữa bằng kỹ thuật SMART.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ 3-5 tuổi

***Thời gian, địa điểm:** Từ 12/2017 đến 12/2018 tại Trường mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can

thiệp cộng đồng không đối chứng

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những trẻ từ 3 - 5 tuổi, có răng hàm sữa có lỗ sâu răng ở mặt nhai hoặc/và mặt ngoài được chẩn đoán là sâu ngà răng, không có triệu chứng của bệnh lý tủy răng và vùng quanh cuống răng, lợi vùng tương ứng không viêm, răng không lung lay; trẻ hợp tác, có khả năng trả lời câu hỏi và được phụ huynh đồng ý.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nghiên cứu này loại trừ những trẻ phát triển bất thường về tâm thần kinh, có dị tật khe hở môi - vòm miệng hoặc vắng mặt vào ngày khám và điều trị.

***Cách chọn mẫu:** Khám sàng lọc toàn bộ trẻ trường Mầm non 19-5. Chọn toàn bộ trẻ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu vào nghiên cứu can thiệp. 128 trẻ đã tham gia và được theo dõi đầy đủ theo nội dung của nghiên cứu sau 1 năm can thiệp.

***Biên số, chỉ số nghiên cứu**

- Bệnh sâu răng: sử dụng tiêu chí của hệ thống phát hiện và đánh giá sâu răng quốc tế ICDAS II -2005 (International Caries Detection and Assessment System) [6]

- Sức khỏe răng miệng liên quan đến chất lượng cuộc sống (SKRM-CLCS): được xác định sử dụng thang đo MOHQoLS (Michigan Oral Health-related Quality of Life Scale) dành cho trẻ 2-5 tuổi [7]. Thang đo này gồm 18 câu hỏi chính và 2 câu hỏi phụ dành cho trẻ để khẳng định khả năng trả lời câu hỏi của trẻ. Đồng thời, bộ câu hỏi cũng gồm 11 câu dành cho phụ huynh để đối chiếu sự đồng nhất trong phần trả lời của trẻ. Với các câu hỏi liên quan đến cảm giác đau, thang đo VAS đã được ứng dụng như một phương pháp bổ trợ giúp xác định tính chính xác của câu trả lời của trẻ.

SKRM-CLCS được tính tổng điểm và đánh giá các nhóm tác động: cảm giác đau, chức năng, sinh hoạt, tinh thần- thẩm mỹ.

***Phương pháp can thiệp:** Trám răng bằng kỹ thuật SMART (Simplified Modified Atraumatic Restorative Technique)

***Kỹ thuật thu thập số liệu:** Khám, hàn răng, trám bít được thực hiện bởi bác sĩ răng hàm mặt.

Phòng vấn trực tiếp trẻ và phụ huynh bằng phiếu thiết kế sẵn theo MOHQoLS được thực hiện trước và sau hàn răng 1 năm.

***Tập huấn và chuẩn hóa nghiên cứu viên** đã được thực hiện trước khi tiến hành nghiên cứu và các giá trị của chỉ số KAPPA được xác định trên 0.81

***Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

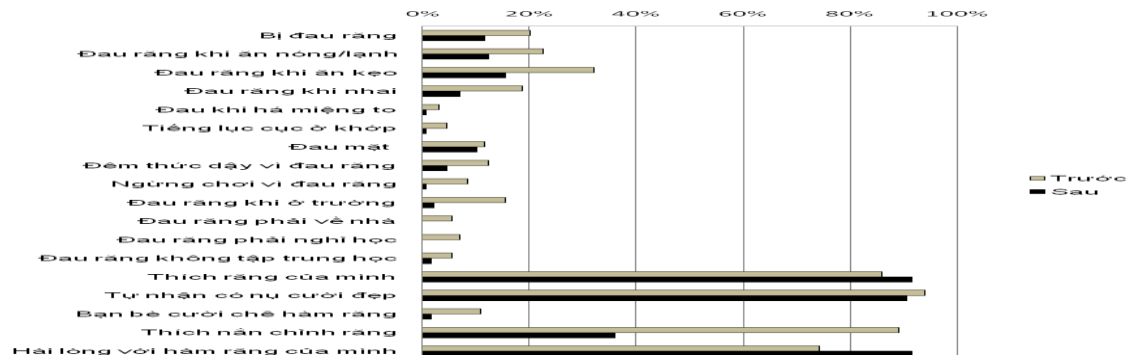
Nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng được thực hiện trên 128 trẻ, trong đó số trẻ nam và nữ gần tương đương nhau và hầu hết trẻ ở độ tuổi 4 đến 5 (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)
Giới tính: Nam	66 (51,6%)
Nữ	62 (48,4%)
Tuổi: 3	10 (8,8%)
4	65 (50,8%)
5	53 (41,4%)

Trước can thiệp, trong số trẻ tham gia vào nghiên cứu có 1/5 số trẻ trả lời có dấu hiệu cơ năng của răng khi ăn đồ ăn nóng hoặc lạnh,

khoảng 1/3 khi ăn kẹo và đã giảm một nửa sau can thiệp. Bên cạnh đó, các dấu hiệu liên quan đến chức năng như đau khi há miệng to, nghe thấy tiếng lục cục ở khớp, đau mắt chiếm rất ít. Những vấn đề liên quan đến sinh hoạt của trẻ gặp ở khoảng 1/10 trẻ trước can thiệp và gần như không còn sau khi trẻ được hàn răng. Liên quan đến tinh thần và thẩm mỹ, hầu hết trẻ đều thích hàm răng của mình và tự nhận có nụ cười đẹp, hầu như không có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp. Tuy nhiên, sau can thiệp, số trẻ trả lời bị bạn bè chê cười hàm răng giảm khoảng 7 lần, số trẻ hài lòng với hàm răng của mình tăng lên.



Biểu đồ 1. Sức khỏe răng miệng liên quan đến chất lượng cuộc sống (SKRM-CLCS) trước và sau can thiệp theo thang đo MOHQoLS.

So sánh các lĩnh vực tác động đến chất lượng cuộc sống của trẻ trước và sau can thiệp, kết quả đã chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cảm giác đau- khó chịu, sinh hoạt, tinh thần-thẩm mỹ của trẻ giữa trước và sau can thiệp với $p \leq 0.001$. Trong đó, sau can thiệp, cảm giác đau, khó chịu và những cản trở trong sinh hoạt của trẻ đã được giảm, tinh thần- thẩm mỹ tốt hơn.

Bảng 2. So sánh các lĩnh vực tác động đến chất lượng cuộc sống của trẻ trước và sau can thiệp

	$\bar{x} \pm SD$	P
Cảm giác đau, khó chịu		
Trước can thiệp	0.94 ± 1.22	0.001
Sau can thiệp	0.47 ± 1.06	
Chức năng khớp thái dương hàm		
Trước can thiệp	0.19 ± 0.51	0.132
Sau can thiệp	0.11 ± 0.32	
Sinh hoạt		
Trước can thiệp	0.55 ± 1.19	<0.001
Sau can thiệp	0.07 ± 0.32	
Tinh thần, thẩm mỹ		
Trước can thiệp	1.46 ± 0.90	<0.001
Sau can thiệp	0.64 ± 1.14	

Kết quả ở bảng 3 đã chỉ ra sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống của trẻ sau can thiệp điều trị và dự phòng sâu răng bằng phương pháp SMART với $p < 0.001$.

Bảng 3. Sức khỏe răng miệng liên quan đến chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp

	$\bar{x} \pm SD$	P
Trước can thiệp	3.14 ± 2.76	< 0.001
Sau can thiệp	1.30 ± 2.04	

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 128 trẻ từ 3-5 tuổi, tuy nhiên hầu hết trẻ 4-5 tuổi, do đó kết quả phỏng vấn chính xác hơn nhóm 3 tuổi.

Trong nghiên cứu này, để đánh giá vấn đề sức khỏe răng miệng ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, chúng tôi sử dụng thang đo MOHQoL (Michigan Oral Health – Related Quality of Life) được thiết kế bởi Đại học Michigan, Hoa Kỳ. Với mục đích sử dụng cho trẻ lứa tuổi nhỏ để đánh giá khả năng trả lời câu hỏi của trẻ, bộ câu hỏi MOHQoL được bổ sung thêm 2 câu hỏi mở đầu ("năm nay cháu bao nhiêu tuổi?" và "cháu có biết nha sĩ làm công việc gì không?"). Chỉ khi trẻ

có khả năng trả lời đúng cả 2 câu hỏi này một cách rõ ràng, người phỏng vấn mới tiếp tục hỏi trẻ những câu hỏi sau. Bên cạnh bộ câu hỏi dành cho trẻ, tác giả cũng xây dựng bộ câu hỏi dành cho phụ huynh. Câu hỏi cho phụ huynh được sử dụng khi trẻ quá nhỏ để tự trả lời câu hỏi hoặc trẻ có những vấn đề sức khỏe đặc biệt không thể trả lời câu hỏi trực tiếp. Bên cạnh đó, bộ câu hỏi này còn có giá trị ở khả năng đánh giá nhận thức của phụ huynh về mối liên quan SKRM – CLCS ở trẻ. Thêm nữa, giúp người nghiên cứu tìm hiểu xem trẻ và phụ huynh có cùng đồng ý về vấn đề được hỏi hay không. Đồng thời, điểm nữa của bộ câu hỏi này là khi được hỏi về vấn đề SKRM – CLCS của con, phụ huynh sẽ có sự lưu tâm hơn về tầm quan trọng của SKRM với CLCS của con mình [7,8]. Trong nghiên cứu này, số trẻ có các dấu hiệu cơ năng của răng khi ăn đồ ăn nóng hoặc lạnh thấp do tiêu chuẩn lựa chọn trẻ tham gia vào nghiên cứu là những trẻ có răng hàm bị sâu nhưng chưa có dấu hiệu bệnh lý của tủy. Bên cạnh đó đối tượng nghiên cứu là trẻ nhỏ, những dấu hiệu cơ năng thoáng qua của sâu ngà răng làm cho trẻ không để ý hoặc không nhớ. Những dấu hiệu liên quan đến chức năng khớp thái dương hàm cũng rất thấp, điều này phù hợp với đối tượng trẻ nhỏ. Đặc biệt, liên quan đến sinh hoạt của trẻ, sau can thiệp hầu hết các hoạt động sinh hoạt của trẻ như học tập, chơi...không còn bị ảnh hưởng bởi các vấn đề sức khỏe răng miệng.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra mặc dù ít nhưng vẫn có trẻ trả lời “đêm phải thức dậy vì đau răng”. Triệu chứng này có thể là kết quả của bệnh lý của những răng không thuộc nhóm răng can thiệp của nghiên cứu này.

So sánh các lĩnh vực tác động đến chất lượng cuộc sống của trẻ trước và sau can thiệp, cảm giác đau, khó chịu, các hoạt động sinh hoạt hàng

ngày và tinh thần, thẩm mỹ của trẻ được cải thiện rõ rệt. Điều này là phù hợp khi bệnh sâu răng của trẻ ở các răng hàm sữa hầu như đã được kiểm soát [8].

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của trẻ 3-5 tuổi bị sâu ngà răng hàm sữa đã được cải thiện rõ rệt sau 1 năm điều trị bằng phương pháp SMART, đặc biệt là cảm giác đau- khó chịu, sinh hoạt và tinh thần, thẩm mỹ của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bennadi D , Reddy C. V. K (2013).** Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*, 3(1): 1-6.
2. **Lê Thị Thu Hằng, Đỗ Minh Hương (2017).** Thực trạng sâu răng hàm sữa ở trẻ 2-5 tuổi trường mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 461: 10-14
3. **Ferro R., Besostri A., Olivieri A. (2009).** Caries prevalence and tooth surface distribution in a group of 5-year-old Italian children. *Eur Arch Paediatr Dent*, 10(1): 33-37.
4. **Arrow P, Klobas E (2016).** Child oral health-related quality of life and early childhood caries: a non-inferiority randomized control trial. *Aust Dent J*, 61(2): 227-235.
5. **Phonghanyudh A, Phatumvanit P, Songpaisan Y, Petersen PE (2012).** Clinical evaluation of three caries removal approaches in primary teeth: a randomized controlled trial. *Community Dent Health*, 29: 173-178.
6. **Neerai G (2011).** International Caries Detection and Assessment (ICDAS): A new concept. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 4(2): 93-100.
7. **Fiona G, Helen R, Chris D, Zoe M (2014).** Assessment of the quality of measures of child oral health-related quality of life. *BMC Oral Health*, 14: 40.
8. **Filstrup S. L , Briskie D, Fonseca M et al (2003).** Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent* 25(5): 431-40.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI

Cung Văn Đông¹, Hoàng Đức Hạ², Phạm Minh Thông³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bưu điện HN

²Trường ĐH Y Dược Hải Phòng

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Đông

Email: cungnhatanh.2108@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 17/12/2018

Ngày duyệt bài: 11/1/2019

Mục tiêu: Ung thư phổi luôn đứng đầu trong danh sách các ung thư thường gặp nhất. Cộng hưởng từ (CHT) không sử dụng tia X, mục tiêu của đề tài nhằm đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán ung thư phổi (UTP). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả BN khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05/2017 đến 10/2017, nghi ngờ u phổi trên phim x quang hoặc cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. BN có đầy đủ hồ sơ bệnh án, hình ảnh chụp CHT và được sinh thiết, hình ảnh được phân tích mù đôi bởi các bác sĩ chuyên khoa. Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** 52

trường hợp nghi UTP (tuổi $59,4 \pm 9,3$; nam/nữ là 2,57). CHT trong chẩn đoán xác định UTP có độ nhạy 97,9% và độ đặc hiệu 80%. CHT tương đương với CLVT trong đánh giá kích thước khối u và tương đương với PET-CT trong đánh giá hạch di căn. CHT có ưu thế trong đánh giá sự xâm lấn của khối u. **Kết luận:** Chụp CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán UTP, có ưu thế trong phân lập khối u trong vùng phổi xẹp, trong xác định sự xâm lấn của khối u, chẩn đoán khối u theo giai đoạn TNM, thể hiện vai trò của CHT trong chẩn đoán UTP.

Từ khóa: Ung thư phổi, chụp cộng hưởng từ.

SUMMARY

EVALUATE THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF LUNG CANCER

Objective: lung cancer is at the top of the list of most common cancers. Magnetic resonance imaging (MRI) does not use X-rays, the objective of the study was to evaluate the role of MRI in the diagnosis of lung cancer (LC). **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of all patients diagnosed and treated at Bach Mai Hospital from May 2017 to October 2017, suspected lung tumors on x-ray or computerized tomography (CT scan). The patient has a complete medical history, a MRI image and a biopsy, and the images are double-blinded by specialist physicians. Data processing on SPSS 16.0 software. **Results:** 52 suspected cases of LC (age 59.4 ± 9.3 , male / female 2.57). MRI has a sensitivity of 97.9% and a specificity of 80% for diagnosing the LC. MRI is equivalent to CT Scan in evaluating the tumor size, equivalent to PET-CT in determining metastatic lymph nodes and MRI was superior to CT in evaluating the invasion of the tumor. **Conclusions:** MRI finding showed a high sensitivity and specificity in diagnosing the LC with the advantages in determining the tumor in atelectasis area, tumor invasion, TNM stages of the tumor, demonstrating the role of MRI in diagnostic of the LC.

Keywords: Lung cancer, MR imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ nhiều thập kỷ gần đây, ung thư phổi luôn đứng đầu trong danh sách các ung thư thường gặp nhất, có tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ chết cao [3]. Với những tiến bộ trong điều trị, thời gian sống của BN được kéo dài hơn, chụp x-quang và CLVT theo dõi bệnh làm BN ngày càng chịu nhiều xạ tích lũy, do vậy, CHT không sử dụng tia X được nghiên cứu và áp dụng cho những đối tượng này nhằm chẩn đoán và theo dõi bệnh. Một số nghiên cứu cho thấy CHT có chất lượng hình ảnh tốt, độ nhạy, độ đặc hiệu khá cao, không thua kém so với CLVT và vượt trội hơn trong đánh giá các xâm lấn phần mềm xung quanh [4, 8]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc áp dụng kỹ thuật CHT ngực còn rất hạn chế, chưa có nghiên cứu nào

đánh giá giá trị của CHT ngực trong phát hiện tổn thương nguyên phát và xâm lấn mô mềm lân cận trong bệnh UTP nói riêng. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán ung thư phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả BN khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05/2017 đến 10/2017, nghi ngờ u phổi trên XQ tim phổi thường quy hoặc CLVT lồng ngực. BN có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đồng ý chụp CHT, không có chống chỉ định chụp CHT và được sinh thiết sau chụp CHT.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi, đánh giá và so sánh giữa các phương pháp chẩn đoán bệnh.

Phương tiện nghiên cứu gồm dữ liệu hình ảnh dạng phim hoặc lưu trữ trên máy x quang kỹ thuật số, máy CLVT đã dây Siemens (CHLB Đức) và máy CHT từ lực cao (1.5 Tesla hoặc 3.0 Tesla). Trên chụp CHT, chúng tôi sử dụng thuốc đối quang từ 0,1ml gado/kg cân nặng. Các chuỗi xung thăm khám gồm T2W HASTE 2D 3 hướng, STIR axial, T1W VIBE 3D trước và sau tiêm Gado và Diffusion axial (với $b=50, 400, 800 \text{ s/mm}^2$), cắt toàn bộ lồng ngực, độ dày lát cắt từ 3-5mm; FOV 350x350mm; Ma trận 160 x 256. Tổng thời gian thăm khám khoảng 15 – 20 phút.

Kết quả mô bệnh học được thu thập qua phẫu thuật hoặc sinh thiết tổn thương. Kết quả theo dõi lâm sàng sau điều trị, theo dõi qua các lần tái khám, điều trị đợt tiếp theo.

2.3. Kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu: Các biến số lâm sàng được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án. Các dữ liệu hình ảnh được phân tích mù đôi bởi các bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ tất cả các tiêu chuẩn về đạo đức trong nghiên cứu y sinh, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, các thông tin được giữ bí mật. Các dữ liệu thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, nâng cao khả năng chẩn đoán cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 52 trường hợp nghi ung thư phổi, trong đó có 47 trường hợp được chẩn đoán xác định UTP trên giải phẫu bệnh, chúng tôi thu được các kết quả sau:

Nhóm tuổi trong nghiên cứu từ 37 – 82, độ tuổi trung bình là $59,4 \pm 9,3$, phần lớn các BN có độ tuổi từ 55 trở lên, chiếm 74,6%. Tỷ lệ nam giới gấp 2,57 lần nữ giới.

3.1. Giá trị chẩn đoán dương tính của CHT và CLVT trong chẩn đoán UTP

Bảng 3.1. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CHT trong chẩn đoán xác định UTP lấy giải phẫu bệnh làm tiêu chuẩn vàng.

Đặc điểm (n=52)	CHT và GPB			CLVT và GPB		
	CHT	GPB		CLVT	GPB	
		+	-		+	-
Khối u	47	46	1	48	46	3
Không u	5	1	4	4	1	3
Độ nhạy(%)	97,9%			95,8%		
Độ đặc hiệu (%)	80%			75%		

Nhận xét: Độ nhạy và độ đặc hiệu của CHT cao hơn so với CLVT trong chẩn đoán u phổi, nhưng không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

3.2. Đánh giá kích thước khối UTP đối chiếu giữa CHT với CLVT

Bảng 3.2. Đánh giá kích thước khối UTP trên cả hai phương pháp

Đặc điểm	CHT (n=47)	CLVT (n=47)	P
Kích thước trung bình +/- độ lệch (mm)	49,3 ± 22,15	48,3 ± 24,5	$p > 0,05$
Min/Max (mm)	14/93	13/107	
Kích thước > 2cm (khối/ tỷ lệ %)	35 (74,4)	35 (74,4)	
Kích thước ≤ 2cm (khối/ tỷ lệ %)	12 (25,6)	12 (25,6)	

Nhận xét: Kết quả kiểm định – so sánh hai kích thước trung bình khối UTP của hai phương pháp trên 47 BN cho thấy không có sự khác biệt về kích thước khối u trên CHT và CLVT với $P > 0,05$.

3.3. Đánh giá UTP theo N đối chiếu giữa CHT với CLVT

Bảng 3.3. Đánh giá hạch

Đặc điểm	CHT		CLVT		P
	Số BN (47)	Tỷ lệ (%)	Số BN(47)	Tỷ lệ (%)	
Có hạch	26	55,3	23	48,9	$P > 0,05$
Không hạch	21	44,7	24	51,1	
Tổng	47	100	47	100	

Nhận xét: Cả hai phương pháp đều nhận định có tỷ lệ di căn hạch cao tại thời điểm quan sát (CHT 55,3 %, CLVT 48,9 %). Tuy nhiên, sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp CHT ngược và CLVT trong việc phát hiện hạch di căn trung thất.

3.4. Đánh giá xâm lấn của khối u vào các tạng lân cận đối chiếu giữa CHT và CLVT

Bảng 3.4. Đánh giá xâm lấn của khối u vào các tạng lân cận đối chiếu giữa CHT và CLVT

Đặc điểm	CHT		CLVT	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Xâm lấn	28	59,6	20	42,6
Không xâm lấn	19	40,4	27	57,4
P	< 0,05			

Nhận xét: Trong hai phương pháp CHT có mức độ phát hiện xâm lấn cao hơn với tỷ lệ 59,6% so với CLVT là 42,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Đánh giá các nốt vệ tinh (di căn tại phổi) của CHT và CLVT

Bảng 3.5. Đánh giá các nốt vệ tinh (di căn tại phổi) của CHT và CLVT

Đặc điểm	CHT		CLVT	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Có nốt vệ tinh	5	11,7	9	19,1
Không có nốt vệ tinh	42	89,3	38	80,9
P	< 0,05			

Nhận xét: Trong hai phương pháp CHT có mức độ phát hiện nốt tổn thương vệ tinh thấp hơn với tỷ lệ 12,1% so với CLVT là 19,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy giá trị chẩn đoán dương tính của CHT đối với bệnh lý ung thư phổi rất cao 97,9%, cao hơn so với CLVT với giá trị chẩn đoán dương tính là 95,8% (bảng

3.1). Trong một phân tích tổng hợp (metanalysis) gần đây, Ciliberto và cộng sự [2] cũng cho thấy CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu trên 80% trong chẩn đoán các tổn thương dạng nốt ở phổi, UTP, đặc biệt là vai trò của chuỗi xung Diffusion. Ngoài ra, CHT với các chuỗi xung khác nhau có

nhều lợi ích trong phân biệt giữa các nốt lành tính và ác tính [3].

Về đánh giá kích thước khối u, không có sự khác biệt giữa CHT và CLVT (bảng 3.2), cho thấy kích thước của khối u được đánh giá trên CHT tương đương với CLVT. Xác định khối u phổi trong vùng phổi xẹp, CLVT có nhiều hạn chế. Theo Naidich và CS không thể phân biệt được tổ chức u và nhu mô phổi xẹp bằng chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang, để phân biệt tốt hơn thì cần tiêm thuốc cản quang [5]. Nghiên cứu này, 47 BN được chẩn đoán xác định UTP trên CHT với 5 BN có xẹp phổi do u (chiếm 10,6%) nhưng cả 5 BN đã không xác định được khối u trong vùng phổi xẹp trên chụp CLVT. Chụp CHT phổi với chuỗi xung Diffusion, STIR và T1vibe FAT SAT 3D có tiêm thuốc xác định rõ khối u trong vùng phổi xẹp, trên ảnh STIR khối u thường có tín hiệu tăng hơn so với vùng phổi xẹp, trên chuỗi xung Diffusion, khối u hạn chế khuếch tán mạnh hơn vùng phổi xẹp, trên ảnh T1vibe 3D có tiêm, khối u ngấm thuốc kém hơn. Yang và CS cũng cho thấy kết quả nghiên cứu tương tự, cho thấy MRI Diffusion và PET-CT có ưu thế để phân biệt giữa khối u và vùng xẹp phổi.

Đánh giá đặc điểm lan tràn của u là tiêu chí quan trọng trong phân loại giai đoạn theo TNM. Trong nghiên cứu này, khối u xâm lấn phần mềm xung quanh xác định được trên CHT chiếm 70,2% và trên CLVT chiếm 42,7% (sự khác biệt với $p < 0,05$), chủ yếu xâm lấn màng phổi gây tràn dịch khoang màng phổi. Kết quả nghiên cứu tương tự như trong nghiên cứu gần đây của Bainbridge và CS [1] cũng cho thấy độ nhạy trong phát hiện u phổi xâm lấn thành ngực là 45% trên CLVT và 90% trên CHT. Đối với các nốt vệ tinh nhỏ, độ nhạy của CHT và CLVT không có sự khác biệt ($p > 0,05$) cho thấy khả năng đánh giá các nốt này của CHT là tương đương với CLVT. CHT từ lực cao ngày càng chiếm ưu thế trong phát hiện các tổn thương nốt nhỏ ở phổi [2].

Đánh giá hạch: PET - CT đánh giá chuyển hóa của tổ chức u, không phụ thuộc hoàn toàn vào kích thước hay vùng hạch di căn trong khi CHT ngược lại đánh giá mức độ hạn chế khuếch tán của tổ chức u trên chuỗi xung khuếch tán, tính chất ngấm thuốc trên xung tiêm thuốc, nên cũng không phụ thuộc hoàn toàn vào kích thước và vùng hạch di căn. Theo tác giả Plathow, C và CS [7] nghiên cứu 52 BN UTP không tế bào nhỏ nhận thấy trong chẩn đoán giai đoạn theo N thì PET-CT chẩn đoán chính xác 51/52 BN, độ nhạy 96.1 %, độ đặc hiệu 100 %, CHT với độ nhạy

88.5 % và độ đặc hiệu 96.1 % đây là một kết quả cao của cả hai phương pháp [7]. CHT Diffusion rất hữu ích trong đánh giá tính chất hạch, phân biệt giữa hạch di căn và không phải di căn, có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác tương ứng từ 38-82,8%, 88,5-100% và từ 75-98%, tương đương và tốt hơn với PET-CT [2, 6].

V. KẾT LUẬN

Chụp CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán UTP (tương ứng là 97,9% và 80%). CHT cũng có ưu thế trong phân lập khối u trong vùng phổi xẹp, trong xác định sự xâm lấn của khối u, chẩn đoán khối u theo giai đoạn TNM. Trong đánh giá di căn hạch trung thất, CHT tương đồng với CLVT và PET-CT, cho thấy rất rõ vai trò của CHT trong chẩn đoán khối u phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bainbridge H, Salem A, Tijssen RHN, Dubec M, Wetscherek A, et al.: *Magnetic resonance imaging in precision radiation therapy for lung cancer*. Transl Lung Cancer Res. 2017 Dec; 6(6): 689-707.
2. Ciliberto M, Kishida Y, Seki S, Yoshikawa T, Ohno Y: *Update of MR Imaging for Evaluation of Lung Cancer*. Radiol Clin North Am 2018. 56(3):437-469.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al.: *Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012*. International Journal of cancer 2015. 136 (5): 359-386.
4. Metintasa M., Ak G, Akcayir IA, Metintas S, Erginel S, Alatas F et al.: *Detecting extrathoracic metastases in patients with non-small cell lung cancer: Is routine scanning necessary?*. Lung Cancer 2007. 58(1): 59-67.
5. Naidich DP, McCauley DI, Khouri NF, Leitman BS, Hulnick DH: *Computed tomography of lobar collapse: 1. Endobronchial obstruction*. J Comput Assist Tomogr 1983. 7(5): 745-757.
6. Ohno Y, Koyama H, Yoshikawa T, et al.: *Diffusion-weighted MR imaging using FASE sequence for 3T MR system: preliminary comparison of capability for N-stage assessment by means of diffusion-weighted MR imaging using EPI sequence, STIR FASE imaging and FDG PET/CT for non small cell lung cancer patients*. Eur J Radiol 2015. 84: 2321-2331.
7. Plathow C, Aschoff P, Lichy MP, Eschmann S, Hehr T, et al.: *Positron emission tomography/computed tomography and whole-body magnetic resonance imaging in staging of advanced nonsmall cell lung cancer-initial results*. Invest Radiol. 2003. 43(5): 290-297.
8. Satoh S1, Kitazume Y, Ohdama S, Kimura Y, Taura S, et al.: *Can Malignant and Benign Pulmonary Nodules Be Differentiated with Diffusion-Weighted MRI?*. AJR Am J Roentgenol. 2008. 191(2): 464-470.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU MẠCH XUYÊN ĐỘNG MẠCH MÔNG TRÊN

Lê Nguyễn Diên Minh*, Trần Thiết Sơn**, Trần Đăng Khoa***

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đặc điểm giải phẫu mạch xuyên động mạch mông trên, (2) Hình chiếu mạch xuyên động mạch mông trên bề mặt da. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 30 thi thể. **Kết quả và bàn luận:** Nhánh nông phân nhánh 8 nhánh nuôi cơ và 4-5 nhánh xuyên, chiều dài mạch xuyên từ 5,8mm đến 65,0mm. Đường kính mạch xuyên 1,2mm. Loại xuyên cơ chiếm 70,2% và vách 29,8%, các mạch xuyên thuộc tam giác trên chiếm 94,5%. **Kết luận:** số lượng nhánh xuyên từ 4-5 nhánh, chiều dài 5,8-65,0mm. Đường kính 0,4mm-1,2mm. Loại xuyên cơ 70,2%, và 94,5% mạch xuyên thuộc tam giác trên.

Từ khóa: Động mạch mông trên, mạch xuyên vách, mạch xuyên cơ.

SUMMARY

RESEARCH ON ANATOMY OF THE SUPERIOR GLUTEAL ARTERY PERFORATORS

Objectives: (1) To describe the superior gluteal artery perforators, (2) to describe the anatomical surface of superior gluteal artery perforators. **Method:** A cross-sectional study was carried out in 30 cadavers. **Results:** superficial branch of the superior gluteal artery give off 8 branches for muscular and 4-5 perforators. SGAP pedicle length varies between 5,8 and 65mm. Diameter of the perforator is 1,2mm. Percentage of muscular perforator is 70,2% and septal perforator 29,8%. The sitewhere the perforator enters the buttock is in the upper triangular. **Conclusion:** there are 4 to 5 perforators in the buttock, the length varies between 5,8 and 65mm. Diameter of the perforator is 0,4-1,2mm. Percentage of muscular perforator is 70,2% and the perforator enters the buttock is in the upper triangular.

Key words: Superior gluteal artery, septal perforator, muscular perforator.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét cùng cụt thường gặp trên những bệnh nhân như chấn thương cột sống, tai biến mạch máu não, suy mòn bỏng... Theo John E. Sherman (1991) khoảng 3-4% bệnh nhân nằm viện có biểu hiện có loét tì đè, 40%-50% bệnh nhân chăm sóc kéo dài đều có biểu hiện loét do tì đè. Trong cộng đồng những bệnh nhân bất động chăm sóc tại nhà thì tỷ lệ loét cùng cụt từ

7,7 - 26,9%. Vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên được sử dụng trong tạo hình để che phủ các tổn khuyết tổ chức khác nhau. Từ năm 1993, Koshima lần đầu sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên che phủ loét cùng cụt ở 8 bệnh nhân có kết quả tốt, vạt được sử dụng dưới hình thức như vạt dây, vạt V-Y, do cung xoay lớn và độ dày của vạt đảm bảo, nên bảo đảm được mục đích che phủ. Vạt mạch xuyên từ động mạch mông trên còn được ứng dụng nhiều trong tạo hình vú trên bệnh nhân sau khi điều trị ung thư vì tính ưu việt là khối lượng mô cho phép, kể đến là điều trị loét cùng cụt và ứng dụng trong việc che phủ chi dưới. Để có thể sử dụng vạt nhánh xuyên động mạch mông trên có hiệu quả trong lâm sàng, các phẫu thuật viên cần nắm vững giải phẫu mạch xuyên động mạch mông trên, đặc biệt là đường đi và vị trí phân bố trên da các nhánh xuyên. Ở nước ngoài, nghiên cứu giải phẫu vạt nhánh xuyên động mạch mông trên đã được tiến hành từ lâu, và khảo sát một cách sâu rộng trên thi thể, hình ảnh học cũng như trên lâm sàng. Ở Việt Nam, tại một số bệnh viện, trung tâm lớn đã dùng vạt này để điều trị bệnh nhân loét cùng cụt nhưng các công trình nghiên cứu về giải phẫu vùng mông đặc biệt là nhánh xuyên còn ít và hơn nữa ứng dụng trong lâm sàng điều trị cho bệnh nhân loét tì đè cùng cụt chưa thấy đề cập sâu. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm giải phẫu nhánh xuyên động mạch mông trên ở người Việt" với 2 mục tiêu (1) Đặc điểm giải phẫu mạch xuyên động mạch mông trên, (2) Hình chiếu mạch xuyên động mạch mông trên trên bề mặt da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Chọn 15 thi thể người Việt trưởng thành, không phân biệt nam nữ tại bộ môn Giải phẫu trường ĐHYD TPHCM. Kiểu chọn là chọn thuận tiện trên quần thể thi thể hiện có với tiêu chuẩn nhận (1) thi thể người Việt trưởng thành trên 18 tuổi và (2) chưa từng phẫu thuật vùng mông. Tiêu chuẩn loại: loại bỏ thi thể có biến dạng vùng mông (bẩm sinh hoặc bệnh lý hoặc do phẫu thuật trước đó), hoặc có biến dạng cấu trúc mạch máu vùng này (có ghép mạch, nối mạch, v.v...) làm thay đổi hoặc biến dạng cấu trúc giải phẫu các mạch máu vùng này.

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Phẫu tích

*Bệnh viện Chợ Rẫy, TPHCM

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa

Email: khoatrander@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 19/12/2018

Ngày duyệt bài: 12/1/2019

và khảo sát mạch xuyên động mạch mông trên

2.3.1 Phương pháp phẫu tích: Rạch da đường ngang nối liền bờ trên mào chậu 2 bên, đường gian mông đến đỉnh xương cùng, nối với đường nếp mông dưới 2 bên. Bóc tách mô dưới da, bộc lộ cơ mông lớn, tách cơ mông lớn với mông nhờ để tiếp cận bó mạch cơ hình lê. Xác định động mạch mông trên với các nhánh của nó, phẫu tích lần theo các nhánh nuôi cơ và các mạch xuyên ra da, thống kê vị trí ra da mạch xuyên liên quan đến tam giác gai chậu sau trên, mẫu chuyển lớn và đỉnh xương cùng với đường thẳng nối từ trung điểm gai chậu sau trên đỉnh xương cùng đến mẫu chuyển lớn.

2.3.2 Các chỉ số cần thu thập: Nguồn gốc mạch xuyên, số lượng mạch xuyên, loại mạch xuyên, hướng vào da, chiều dài và kích thước mạch xuyên động mạch mông trên.

2.4 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Mã hóa các biến, thống kê mô tả và phân tích bằng phần mềm SPSS 19, tóm tắt các số liệu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mạch xuyên động mạch mông trên

3.1.1. Nguồn gốc mạch xuyên và số lượng mạch xuyên: Qua khảo sát trên 30 vùng mông người Việt, số lượng nhánh nông phân nhánh nuôi cơ bên phải là 7,3 nhánh $\pm$ 2,0, bên trái 7,9 nhánh $\pm$ 2,1; số lượng nhánh nông cho nhánh xuyên bên phải là 4,5 nhánh $\pm$ 1,1, bên trái 4,3 nhánh $\pm$ 0,8. Còn nhánh sâu phân nhánh nuôi cơ bên phải là 3,5 nhánh $\pm$ 1,1, bên trái 3,6 nhánh $\pm$ 1,2; chúng tôi không thấy nhánh sâu cho nhánh xuyên nào trên mẫu nghiên cứu này. Vậy tất cả các nhánh xuyên đều có nguồn gốc từ nhánh nông động mạch mông trên. Qua phẫu tích, chúng tôi thấy nhánh nông chạy giữa vách gian cơ cơ giữa cơ mông nhờ và cơ mông lớn và từ đó cho ra 3 nhánh đều có ứng dụng lâm sàng quan trọng là, các nhánh cơ cấp máu cho cơ mông lớn, các nhánh xuyên vách chạy giữa cơ mông lớn và mông nhờ và các nhánh xuyên cơ chạy xuyên qua cơ mông

lớn. Nhánh nông này thông nối với nhánh động mạch mông dưới, động mạch mũ chậu trong và động mạch cùng ngoài. Tác giả Comark và Lamberty cũng đã mô tả bằng việc sử dụng vách mô liên kết gian cơ giữa cơ mông lớn và mông nhờ để phân chia nhánh nông thành 3 nhánh trước, sau và trung gian, trong đó nhánh trước cho ra những nhánh tận chấm dứt tại mạc sâu ở bờ trên ngoài cơ mông lớn rồi cho các nhánh xuyên vách ra danhánh sâu đi giữa cơ mông nhờ và cơ mông bé. Nhánh sâu động mạch mông trên chạy giữa cơ mông nhờ và mặt sau khung chậu (cơ mông bé và cơ hình lê), cấp máu cho cơ mông nhờ, rồi chạy chếch dọc theo bờ trên cơ mông bé và cấp máu cho nó, cuối cùng nó chạy dọc theo gai chậu trước trên và thông nối với động mạch mũ chậu sâu và nhánh lên của động mạch mũ đùi ngoài.



Hình 1. Nhánh nông động mạch mông trên tách ra các nhánh nuôi cơ và nhánh xuyên

Số lượng nhánh xuyên của chúng tôi 4,5 nhánh phù hợp với nghiên cứu Park H.J. trên người Hàn Quốc, nhánh xuyên lấy từ cơ mông lớn là 12,2 nhánh; với 37% các nhánh bắt nguồn từ động mạch mông trên tức khoảng 4,4 nhánh, và các nhánh còn lại từ cơ mông dưới [6]. Các nghiên cứu phẫu tích trên thi thể cho thấy số lượng nhánh xuyên động mạch mông trên khoảng 3 đến 5 nhánh (dao động từ 1 đến 7) [8]. Cũng phù hợp với Ahmadzadeh và cộng sự, trung bình có 5 ± 2 nhánh xuyên là nhánh cơ da, đi qua cơ mông lớn hay cơ mông nhờ [2]. Kết quả này cũng khá phù hợp với tác giả trong nước như Vũ Quang Vinh, Trần Văn Anh (2011) là 2-3 nhánh trong 1 vật [1].

3.1.2. Đường kính và chiều dài mạch xuyên

Bảng 1. So sánh các kích thước mạch xuyên giữa các tác giả

Tác giả	Chiều dài	Đường kính
Chúng tôi (2018)	- Từ da đến điểm tận bóc tách: $5,8\text{mm} \pm 2,9$ - Từ da đến nguyên uỷ: $65,0\text{mm} \pm 22,9$	- Vào da: $0,4\text{mm} \pm 0,2$ - Tại gốc: $1,2\text{mm} \pm 0,5$
Tzeng Y.S.	3 đến 8 cm	1 đến 1,5mm
Park H. J. [6]	3,0 đến 9,1 cm	0,6 đến 1,6 mm
Ahmadzadeh [2]	Chiều dài từ cân sâu là 23 ± 11 mm	0,6-1,0 mm
Tansatit T.[8]	Chiều dài nhánh xuyên chính 3,0 đến 8,7 cm (trung bình $5,3 \pm 1,3$ cm)	Từ 1,1 - 3,5 mm (trung bình $2,2 \pm 0,5$ mm).

Theo nghiên cứu chúng tôi chiều dài mạch xuyên từ điểm vào da đến điểm tận bóc tách khá ngắn 5,8mm, trong khi chiều dài mạch xuyên từ da đến nguyên uỷ mạch xuyên dài hơn rất nhiều 65,0mm. Đường kính mạch xuyên tại da 0,4mm nhỏ hơn tại nguyên uỷ là 1,2mm. Điều này cho thấy đoạn mạch xuyên thoát ra từ cơ vào da khá ngắn trong khi đó đoạn từ cơ trở vào nguyên uỷ khá dài, chính vì thế sẽ gây không ít khó khăn cho phẫu thuật viên khi bóc tách lấy cuộn mạch xuyên qua cơ mông lớn, đường kính mạch xuyên này là điều kiện lý tưởng để ghép mạch.

Chiều dài và đường kính mạch xuyên động mạch mông trên của chúng tôi thay đổi biến thiên khá nhiều trên từng cá thể nhưng nhìn chung cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới như: Tansatit T. và cộng sự [8], những nhánh xuyên thường được sắp xếp thành 1 hàng ở bờ ngoài cơ mông lớn, điều này trái với 5 nghiên cứu của tác giả Koshima, ông đã mô tả những nhánh chính có đường kính lớn được tìm thấy ở vùng cận xương cùng và trung tâm của cơ mông.

3.1.3. Loại và hướng của mạch xuyên:

Theo nghiên cứu chúng tôi đa số mạch xuyên loại xuyên cơ chiếm 70,2% và xuyên vách 29,8%. Hướng đi của mạch xuyên đa số là đi chéo vào da. Điều này khi phẫu tích chúng tôi nhận thấy mạch xuyên có nguồn gốc từ nhánh nông động mạch mông trên mà nhánh này đi giữa vách gian cơ giữa cơ mông lớn và cơ mông nhỏ, sau đó phân ra các mạch xuyên cũng đi giữa vách gian cơ trên vào da nên đa số là xuyên vách, một số còn lại đi vào cơ mông lớn nuôi cơ và cho mạch xuyên đi vào da để cấp máu nên trở thành xuyên cơ.



Hình 2. Mạch xuyên cơ của nhánh nông động mạch mông trên.

+ Chú thích:
Nhánh xuyên cơ với trục mạch dài tách từ nhánh nông chạy theo thớ sợi cơ mông lớn ra da.



+ Chú thích:
Nhánh xuyên vách với trục mạch dài tách từ nhánh nông chạy giữa vách gian cơ mông lớn và mông nhỏ đi dọc theo bờ ngoài cơ mông lớn.

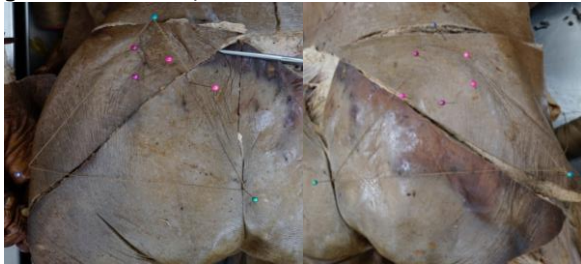
Hình 3. Mạch xuyên vách nhánh nông động mạch mông trên

Kết quả này cũng phù hợp theo nghiên cứu của Hurbungs A. và cộng sự, động mạch mông trên cho các mạch máu nằm theo chiều dọc, đi thẳng vào mô nông trên cơ, thông thường nhánh xuyên nằm bên được ưa chuộng hơn vì chúng cho một cuống mạch máu dài hơn sau bóc tách nhánh xuyên và mạch máu chính. Kinh nghiệm của tác giả cho thấy vật mạch xuyên từ ĐM mông trên có thể được nâng lên thành một nhánh xuyên mà không sợ hoại tử vật [4]. Theo Vasilee J.V. và cộng sự, các nhánh xuyên đi ngang qua cơ mông lớn và cơ mông nhỏ ở nhiều góc và khoảng cách khác nhau. Nhánh xuyên động mạch mông trên thường đi qua các cơ mông góc nhọn hơn nhánh xuyên từ động mạch mông dưới, việc này có thể làm đường mổ ngắn hơn, tạo ra vật có cuống chi phối bởi nhánh xuyên động mạch mông trên ngắn hơn về chiều dài (6-8 cm). Nhánh xuyên động mạch mông dưới đi ngang qua cơ mông ở góc tù hơn, tạo ra cuống dài hơn (8-10 cm), nó có thể làm chỗ nối vi phẫu và ghép vào dễ hơn. Đường đi của mạch máu là yếu tố thứ phát ảnh hưởng đến sự lựa chọn nhánh xuyên. Nếu hai mạch đều có kích thước giống nhau và cả hai có các tính chất phân nhánh đều như nhau trong mô mỡ dưới da, sau đó mạch được mổ dễ hơn, hay gây ít sang chấn cho cơ hơn sẽ được lựa chọn. Với cuống có chiều dài đủ cho ghép vật, một nhánh xuyên với đường đi trực tiếp vào cơ hơn sẽ được lựa chọn vì phẫu thuật sẽ dễ hơn, nhanh hơn và giảm tổn thương cho cơ mông. Trên lý thuyết, mạch xuyên vách da có nhiều ưu thế hơn vì giảm chấn thương cơ mông khi lấy vật.

Những nhánh khác thường sẽ đâm xuyên chéo qua cơ mông lớn ngay từ đầu và cấp máu da, cuống của những nhánh xuyên này thường được tiếp cận bằng cách tách theo hướng sợi cơ. Khó có thể phẫu tích nhánh dọc và ngang bởi vì các mạch máu không chạy dọc theo hướng của sợi cơ. Nhánh xuống chính có cuống dài hơn và chạy song song với sợi cơ, phẫu tích nhánh xuống chính này rất khó và nguy hiểm bởi vì độ dày của vùng cơ mông lớn này tại vị trí động mạch đâm vào, cũng như là do cơ căng mạc đùi ngoài, và các nhánh xuyên không hằng định. Bởi vì cuống của nhánh xuyên chính nằm trong 1 mặt phẳng khe bó sợi đơn, ta làm tổn thương rất ít sợi cơ [8].

3.2. Hình chiếu vị trí mạch xuyên động mạch mông trên trên da: Chúng tôi kẻ một tam giác 3 cạnh lần lượt là đỉnh xương cùng-gai

chậu sau trên, gai chậu sau trên-mẫu chuyển lớn, mẫu chuyển lớn-đỉnh xương cùng. Tam giác này được chia thành 2 phần trên và dưới bởi đường thẳng nối từ mẫu chuyển lớn đến điểm giữa đường thẳng gai chậu sau trên-đỉnh xương cùng (đường phân giác), thông thường đường này trùng với bờ trên cơ hình lê hay là nơi xuất phát động mạch mông trên, và từ đó cho các nhánh xuyên da. Các mạch xuyên trong nghiên cứu này đa số nằm trên đường phân giác thuộc tam giác trên chiếm 94,5% và dưới đường phân giác chỉ chiếm 5,5%.



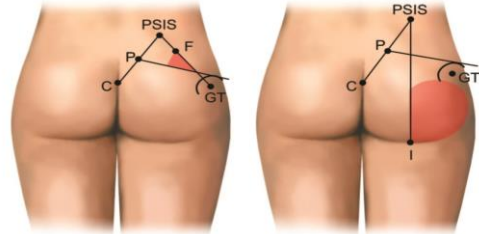
Hình 4. Hình chiếu ra da mạch xuyên động mạch mông trên dựa vào tam giác

+ Chú thích: 3 kim xanh là 3 đỉnh tam giác mẫu chuyển lớn, gai chậu sau trên, đỉnh xương cùng, kim hồng vị trí các mạch xuyên. Các mạch xuyên 2 bên đều nằm trên đường phân giác trong tam giác trên.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tansatit T., Vasile J.V., cho thấy hầu hết các nhánh xuyên tập trung ở vùng trải rộng từ 2/3 đường nối gai chậu sau trên và mẫu chuyển lớn [8]. Tương ứng với vị trí giải phẫu là 6cm phía dưới gai chậu sau trên và 4,5cm bên ngoài của đường giữa xương cùng. Tác giả Song và cộng sự, thấy có sự khác biệt lớn giữa độ dài đường thẳng nối gai chậu sau trên - mẫu chuyển lớn xương đùi và đường thẳng nối ụ ngồi - mẫu chuyển lớn xương đùi giữa nam và nữ, tuy nhiên, không làm ảnh hưởng đến vị trí xuất hiện của động mạch mông trên ở vùng mông. Các nhánh xuyên phân bố rải rác thành 2 vùng trên và dưới của cơ mông lớn, các nhánh xuyên nằm ở 2/5 trên của cơ mông lớn [7].

Để tạo điều kiện xác định nhánh xuyên động mạch mông trên, một đường thẳng nối từ gai chậu sau trên đến xương cụt, và từ gai chậu sau trên đến đỉnh mẫu chuyển lớn. Ở trung điểm đường nối từ gai chậu sau trên đến xương cụt, một đường khác sẽ nối từ bờ trên của mẫu chuyển lớn. Đường này sẽ tương ứng với đường đi của cơ hình lê. Sau đó, sẽ đánh dấu một điểm ở một phần ba trong của đường nối từ gai chậu sau trên đến mẫu chuyển lớn, điểm này tương ứng với nơi động mạch mông trên ra khỏi khung

chậu ở lỗ trên cơ hình lê. Nhánh xuyên động mạch mông trên sẽ tìm thấy ở phần ngang và phần xa của điểm đi ra này và trên cơ hình lê. Trong những nghiên cứu gần đây, Amadzadeh và cộng sự, cho rằng động mạch mông trên họ tìm thấy tập trung ở phần giữa hai phần ba của đường nối từ gai chậu sau trên đến mẫu chuyển lớn.



Hình 5. Cách xác định vị trí đường ra động mạch mông trên

+ Chú thích: Phần diện tích được tô đen tương ứng với vị trí của nhánh xuyên tương ứng. PSIS, gai chậu sau trên; GT, mẫu chuyển lớn; C, xương cụt; I, ụ ngồi; P, trung điểm đường nối gai chậu sau trên - xương cụt; F, điểm ở một phần ba trong đường nối gai chậu sau trên - mẫu chuyển lớn tương đương với đường ra của động mạch mông trên từ xương chậu.

*Nguồn: theo Hallock G.G (2009)[3]

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 vùng mông người Việt, số lượng nhánh nông phân nhánh nuôi cơ 8 nhánh và số lượng nhánh xuyên từ 4-5 nhánh, nhánh sâu chỉ nuôi cơ từ 4-5 nhánh. Chiều dài mạch xuyên từ điểm vào da đến điểm tận bóc tách ngắn 5,8mm so với chiều dài từ da đến nguyên uỷ 65,0mm. Đường kính mạch xuyên tại da 0,4mm nhỏ hơn tại nguyên uỷ là 1,2mm. Điều này cho thấy đoạn mạch xuyên thoát ra từ cơ vào da khá ngắn trong khi đó đoạn từ cơ trở vào nguyên uỷ khá dài, sẽ gây không ít khó khăn cho phẫu thuật viên khi bóc tách lấy cuốn mạch xuyên qua cơ mông lớn, đường kính mạch xuyên này là điều kiện lý tưởng để ghép mạch. Loại xuyên cơ chiếm 70,2% và xuyên vách 29,8%, hướng đi của mạch xuyên đa số là đi chéo vào da; các mạch xuyên nằm trên đường phân giác thuộc tam giác trên chiếm 94,5% và dưới đường phân giác chỉ chiếm 5,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thanh, Trần Văn Anh, Nguyễn Văn Huệ, (2015), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị loét cụt mức độ nặng (III,IV) bằng vật da cân có cuống mạch nuôi nhánh xuyên động mạch mông trên", *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 437, tr. 216-222.

2. Ahmadzadeh R, Bergeron L, Tang M, Morris S.F. (2007), "The superior and inferior gluteal artery perforator flaps." *Plast Reconstr Surg* 2007;120:1551e6.
3. Hallock G.G., (2009), "A Primer of Schematics to Facilitate the Design of the Preferred Muscle Perforator Flaps." *Plastic and Reconstructive Surgery*, 123(3), p. 1107-1115.
4. Hurbungs A., Ramkalawan H., (2012), "Sacral pressure sore reconstruction – the pedicled superior gluteal artery perforator flap." *SAS*, 50(1), p. 6-8.
5. Koshima I, Moriguchi T, Soeda S, Kawata S, Ohta S, Ikeda A. (1993), "The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores." *Plast Reconstr Surg*. 1993;91:678–683.
6. Park H.J., Son K.M, Choi W.Y., et al. (2016), "Clinical Efficacy of Gluteal Artery Perforator Flaps for Various Lumbosacral Defects." *Arch Reconstr Microsurg*, 25(2), p. 49-55.
7. Song W.C., Bae S.M., Han S.H., Koh K.S., (2006), "Anatomical and radiological study of the superior and inferior gluteal arteries in the gluteus maximus muscle for musculocutaneous flap in Koreans." *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 59, p. 935-41.
8. Tansatit T., Chokrungrayanont P., Sanguansit P., et al. (2008), "Anatomical Study of the Superior Gluteal Artery Perforator (S-GAP) for Free Flap Harvesting." *J Med Assoc Thai*, 91(8), p. 1244-1249.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẦY VỠ SẬP XOANG HÀM TRONG GẦY XƯƠNG TẦNG GIỮA MẶT BẰNG KỸ THUẬT NẮN CHỈNH –ĐẶT BÓNG FOLEY TRONG XOANG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN TỪ NĂM 2016 ĐẾN NĂM 2018

Nguyễn Văn Ninh*, Lê Thị Hòa*, Nguyễn Nam Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả điều trị vỡ sập xoang hàm trong gãy xương tầng giữa mặt trên 32 bệnh nhân chấn thương hàm mặt khám và điều trị tại khoa RHM -Bệnh viện TW Thái nguyên từ năm 2016 đến năm 2018. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Các dấu hiệu tại chỗ thường gặp là đau nhói (100%) và sưng nề tại chỗ (87.5%), 31.25% có dấu hiệu tê bì mũi má. Dấu hiệu chức năng thường gặp là há miệng hạn chế 46.87%, nhìn mờ 3.13%, sai lệch khớp cắn 3.13%. Điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít kết hợp với sử dụng sonde Foley để nắn chỉnh cố định. Đánh giá kết quả gần: 84.37% tốt, 12.5% khá, kém 3.13%; đánh giá kết quả xa: 93.1% tốt, 3.45% khá, 3.45% kém. Tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Vỡ xoang hàm trên, bóng Foley cố định trong xoang

SUMMARY

ASSESSMENT OF MAXILLARY SINUS WALL BROKEN TREATMENT IN MID-FACE FRACTURE BY REDUCTION – FOLEY BALLOON INTRASINUS FIXATION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL FROM 2016 TO 2018

Objective: To analyze the clinical features, X-ray and treatment result of using Foley balloon as the role of intrasinus fixation device in sinus wall broken on 32 patients with jaw and facial injuries treated at the

Odonto-stomatology Dep. of Thai Nguyen national Hospital from 2016 to 2018. **Methods:** Cross section, descriptive study. **Results and Conclusions:** The sign is frequent on -site pain (100%) and local swelling (87.5%) and 31.25% with signs of nasal cheek numbness. Common signs of function is difficult to 46.87% open my mouth, blurred vision, 3.13%, 3.13% incorrect bite. Surgical treatment combined with splint bone screws with Sonde Foley was used to assist the reduction of sinus wall fragments. Short-term outcome (7 - 10 days after surgery) showed that 84.37% had good result, 12.5% fair result. 3.13% was bad. Long-term outcome (3 - 6 months after surgery), 93.1% had good result, 3.45% was fair, 3.45% was bad. The rate of complications is low.

Keywords: Maxillary sinus fracture, Foley balloon intrasinus fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gãy khối xương tầng giữa mặt là một chấn thương hay gặp trong đó có tổn thương vỡ xoang hàm chiếm tỷ lệ không nhỏ có xu hướng tăng lên do sự gia tăng dân số và phương tiện giao thông [1],[4],[2],[3],[6]. Xoang hàm là một bộ phận nằm ở tầng giữa mặt, có liên quan nhiều đến các cơ quan lân cận như ổ mắt, hốc mũi, hệ thống các xoang, khoang miệng. Tổn thương xoang hàm có thể ảnh hưởng tới thị giác, dây thần kinh dưới ổ mắt và ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ. Nếu không được điều trị sẽ để lại di chứng về chức năng và thẩm mỹ [3],[4].

Trong điều trị tổn thương vỡ xoang hàm có rất nhiều phương pháp mang lại kết quả tốt như

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ninh
Email: nguyenvanninh@tump.edu.vn
Ngày nhận bài: 5/11/2018
Ngày phản biện khoa học: 1/12/2018
Ngày duyệt bài: 3/1/2019

phẫu thuật Caldwell_luc, Gillies... mỗi phương pháp đều có những ưu và nhược điểm riêng và được chỉ định cho từng trường hợp cụ thể nhưng việc tiếp cận này sẽ lấy một phần xương và niêm mạc lồng chuyển của thành trước xoang hàm nên sẽ ảnh hưởng đến chức năng dẫn lưu xoang hàm sau điều trị [7],[3],[4],[6]. Gần đây một số bệnh viện đã áp dụng phương pháp đặt sonde Foley cố định và nắn chỉnh nâng xoang vỡ kết hợp phẫu thuật điều trị gãy khối xương tăng giữa mặt có nhiều ưu điểm lại khắc phục ít nhiều các thiếu sót của phương pháp kinh điển trên.

Khoa Răng Hàm Mặt-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hàng năm tiếp cận và xử trí hàng nghìn ca chấn thương hàm mặt, với chấn thương gãy vỡ xoang hàm trên trong chấn thương tăng giữa mặt chiếm tỷ lệ không nhỏ[1]. Để góp phần nâng cao hiệu quả khám và điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Phân tích đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị gãy vỡ sập xoang hàm trong chấn thương tăng giữa mặt bằng đặt sonde foley cố định kết hợp với nắn chỉnh tại khoa Răng Hàm Mặt -Bệnh viện TW Thái nguyên từ năm 2016 đến năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** Bệnh nhân chấn thương được khám, chụp X quang chẩn đoán gãy xương tăng giữa mặt có vỡ xoang hàm được điều trị tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 9/2018.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Những bệnh nhân gãy xương tăng giữa mặt có vỡ sập xoang hàm chỉ định kết hợp xương bằng nẹp vít kết hợp đặt sonde Foley.

+ Bệnh nhân hợp tác điều trị, đồng ý phẫu thuật theo phương pháp này.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân gãy xương

**Tổn thương xương tăng giữa mặt qua phim X quang*

Bảng 2. Hình ảnh tổn thương xoang và vùng lân cận

Tổn thương	Một bên		Hai bên		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tụ máu xoang hàm kèm tổn thương các thành xoang hàm	2	6,25	0	0	2	6,25
Tụ máu xoang hàm + Vỡ thành xoang hàm + gãy gò má	10	31,25	6	18,75	16	50
Tụ máu xoang hàm + vỡ thành xoang hàm + gãy gò má + bờ ổ mắt	8	25	6	18,75	14	43,75
Tổng	20	62,5	12	37,5	32	100

Nhận xét: Gãy vỡ xoang hàm một bên chiếm tỷ lệ cao 20/32 (62,5%).

3.2. Kết quả điều trị

**Tai biến và biến chứng:*

cũ, có bệnh lý xoang hàm trước khi chấn thương.

- **Địa điểm:** Khoa Răng Hàm Mặt- BVTW Thái Nguyên

- **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện.

- **Chỉ tiêu nghiên cứu:** Thông tin chung về bệnh nhân, các biểu hiện lâm sàng, hình ảnh Xquang, chẩn đoán, kết quả điều trị tại thời điểm ra viện, sau 3-6 tháng theo các tiêu chí đặt ra và các tai biến, biến chứng

- **Kỹ thuật thu thập số liệu:** Thông tin được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu với các đặc điểm: đặc điểm dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng và X-quang của tổn thương vỡ sập xoang hàm trong chấn thương gãy xương tăng giữa mặt, phương pháp điều trị, tai biến và biến chứng, kết quả gần khi ra viện (7-10 ngày sau phẫu thuật), kết quả xa (3-6 tháng sau phẫu thuật).

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng và Xquang của nhóm nghiên cứu

**Triệu chứng lâm sàng*

Bảng 1. Các dấu hiệu lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mất cân đối gò má	30	93,75
Há miệng hạn chế	15	46,87
Tê bì môi má bên chấn thương	10	31,25
Sưng nề, bầm tím mi mắt	28	87,5
Mất liên tục bờ xương	28	87,5
Giảm /mất thị lực	1	3,13
Song thị	1	3,13
Sai khớp cắn	1	3,13
Chảy máu mũi	29	90,63
Đau chói	32	100

Nhận xét: Đau chói chiếm 100%, sưng nề và mất liên tục bờ xương là 87,5%.

Bảng 3. Tai biến và biến chứng

Tai biến - biến chứng	Đánh giá	
	Có Số lượng (%)	Không Số lượng (%)
Chảy máu sau mổ (n=32)	0 (0)	32 (100)
Nhiễm trùng sau mổ (n=32)	0 (0)	32 (100)
Biến chứng đặt sonde Foley (n=32)	1 (3,13)	31 (96,87)
Phản ứng với nẹp vít (đánh giá sau 3-6 tháng) (n=29)	0 (0)	29 (100)

Nhận xét: Chỉ gặp biến chứng đặt sonde Foley chiếm 3,13%

Bảng 4. Kết quả điều trị phục hồi chức năng-xương và thẩm mỹ khi ra viện

Chức năng – Xương - Thẩm mỹ	Kết quả		
	Tốt n (%)	Khá n (%)	Kém n (%)
Vết mổ	2 (87,5)	4 (12,5)	0 (0)
Cân đối gò má hàm trên 2 bên	29 (90,62)	4 (12,5)	0 (0)
Phục hồi về khớp cắn và há miệng	32 (100)	0 (0)	0 (0)
Phục hồi về thị lực, cảm giác dây thần kinh dưới ổ mắt, nhìn đôi	29 (90,62)	2 (6,25)	1 (3,13)
Kết quả chung (n=32)	27 (84,37)	4 (12,5)	1 (3,13)

Nhận xét: Đánh giá kết quả chung tốt chiếm 84,37%; khá 12,5% và kém 3,13%.

Bảng 5. Kết quả điều trị phục hồi chức năng - xương - thẩm mỹ sau phẫu thuật từ 3-6 tháng

Chức năng – Xương - Thẩm mỹ	Kết quả		
	Tốt n (%)	Khá n (%)	Kém n (%)
Sẹo mổ (n=29)	29 (100)	0 (0)	0 (0)
Cân đối gò má hàm trên 2 bên (n=29)	29 (100)	0 (0)	0 (0)
Tình trạng xoang hàm trên (n=29)	28 (96,55)	1 (3,45)	0 (0)
Phục hồi về khớp cắn và há miệng (n=29)	29 (100)	0 (0)	0 (0)
Phục hồi về thị lực nhìn đôi (n=29)	28 (96,55)	0 (0)	1 (3,45)
Kết quả chung (n=29)	27 (93,1)	1 (3,45)	1 (3,45)

Nhận xét: Sau 3-6 tháng tái khám có 29 bệnh nhân đến khám lại đánh giá kết quả chung tốt chiếm 93,1%; khá 3,45%; kém 3,45%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về triệu chứng: Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân trong đó 25 bệnh nhân nam (78,12%) và 7 bệnh nhân nữ (21,88%) với nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng được chọn là bệnh nhân có gãy sập thành xoang hàm kèm theo các chấn thương tăng giữa mặt nên các triệu chứng lâm sàng phong phú do vậy tỷ lệ bệnh nhân sưng nề chiếm tỷ lệ cao (87,5%) phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thành Trí (94,54%)[4], so với tác giả Trần Ngọc Quảng Phi là 89,52%[2]. Chảy máu mũi thứ phát sau chấn thương chiếm 93,125% cao hơn nghiên cứu của Đỗ Thành Trí [4] (85,54%) do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều có gãy thành xoang hàm và tụ máu trong xoang.

Giảm/mất thị lực là dấu hiệu nặng ít gặp trong chấn thương vỡ xoang hàm, trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,13% (1 trường hợp) so với Đỗ Thành Trí 3,64% (2 trường hợp)[4], so Trần Ngọc Quảng Phi: 0,88%[2]. Song thị có thể do lệch trục nhãn cầu hay rối loạn vận nhãn.

Chúng tôi gặp 1 trường hợp (3,13%) bệnh nhân song thị, sau điều trị bệnh nhân đã hết hẳn cho kết quả tốt. Kết quả này thấp hơn so với Đỗ Thành Trí [4] và tác giả Trần Ngọc Quảng Phi [2] 14,03%.

Triệu chứng tê bì vùng môi má bên tổn thương gặp tương đối phổ biến trong chấn thương vỡ xoang chiếm tỷ lệ 31,25%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thành Trí [4] và thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Ngọc Quảng Phi (73,74%) [2] triệu chứng này tự giảm sau khi hết phù nề phần mềm vùng mặt.

Về hình ảnh Xquang trong nghiên cứu này đều có máu tụ trong xoang và vỡ thành xoang hàm. Ngoài ra còn số lượng lớn bệnh nhân có gãy kết hợp với gò má cung tiếp và bờ dưới ổ mắt cho kết quả gần như tương tự với nghiên cứu khác [1],[4].

4.2. Về những tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: Đặt bóng sonde Foley xoang hàm để nắn chỉnh cố định gãy tăng xương giữa mặt cho thấy nhiều ưu điểm: kỹ thuật đơn giản dễ làm được thực hiện qua lỗ thông tự nhiên ở vách mũi giữa, nắn chỉnh cố định các mảnh

xương gãy tốt, qua sonde có thể bơm rửa hạn chế tỷ lệ viêm xoang sau chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo dõi các biến chứng: không vỡ bóng, không đặt lệch bóng, không chèn nhãn cầu, hầu như không gây khó chịu và tức vùng mắt. Có một trường hợp ban đầu thấy hơi tức và khó chịu vùng mắt bên đặt sonde do vùng ổ sừng nề nhiều sau 2 ngày thì hết triệu chứng chiếm tỷ lệ 3,13%. Nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [3],[4]. Tình trạng chảy máu và nhiễm trùng sau mổ không gặp trường hợp nào bệnh nhân chảy máu và nhiễm trùng vết mổ, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây do quá trình chăm sóc hậu phẫu tốt.

Về phản ứng với nẹp vít chúng tôi theo dõi chưa có bệnh nhân nào có biến chứng này. Tuy vậy, chúng tôi luôn theo dõi trong vấn đề sử dụng nẹp vít.

4.3. Về kết quả điều trị: Đánh giá ở thời điểm ra viện: kết quả tốt có 27/32 bệnh nhân chiếm 84,37%; khá 12,5%; kém 3,13%. Kết quả kém là do 1 bệnh nhân có thị lực giảm và kết quả khá là do 4 bệnh nhân chưa có sự cân đối hai bên gò má và vết mổ còn sưng nề. Đánh giá kết quả sau 3- 6 tháng phẫu thuật có 29 bệnh nhân đến tái khám cho kết quả tốt 93,1%; khá 3,45%; kém 3,45%. Kết quả kém là do 1 bệnh nhân có thị lực giảm và 1 bệnh nhân có hình ảnh X quang mờ xoang hàm, thỉnh thoảng đau nhức vùng xoang hàm trên.

Sau 7-10 ngày sau phẫu thuật chúng tôi đánh giá kết quả thấy rằng có 1 bệnh nhân đạt kết quả kém do giảm thị lực chiếm 3,13%. Sau 3- 6 tháng thị lực có cải thiện hơn trước phẫu thuật nhưng vẫn còn giảm do bệnh nhân bị đụng dập nhãn cầu. Tóm lại, ngoại trừ trường hợp thị lực giảm do đụng dập nhãn cầu bởi chấn thương, còn trường hợp thị lực giảm do chấn thương gãy xương ổ mắt thì sau phẫu thuật nắn chỉnh kết xương phục hình trả lại cấu trúc giải phẫu ổ mắt, tình trạng phù nề giảm, thị lực sẽ dần được phục hồi tốt.

Với 4 bệnh nhân đánh giá mức độ khá ở thời điểm ra viện là do phục hồi về sự đối cân gò má hai bên đạt kết quả khá (12,5%), những bệnh nhân này gãy xương gò má cung tiếp, hàm trên phức tạp, xương gãy di lệch có mảnh rời, khi phẫu thuật cần phải kết hợp xương ở nhiều vị trí. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Đăng Thuyết [3]. Trên những bệnh nhân này cũng xác định là có dấu hiệu song thị ở 1 bệnh nhân và cảm giác tê bì vùng má gặp ở 1 bệnh nhân và cả 4 bệnh nhân trên đều có sưng nề nhẹ vùng mổ.

Với bệnh nhân có triệu chứng song thị và tê bì vùng má sau phẫu thuật 3-6 tháng kiểm tra lại bệnh nhân hết triệu chứng song thị. So với các nghiên cứu khác tỷ lệ song thị trước và sau phẫu thuật cũng khác nhau. Mario F. G. [5] song thị trước phẫu thuật là 29,1% sau phẫu thuật là 0%. Trần Ngọc Quảng Phi [2] trước phẫu thuật là 14,03% sau phẫu thuật là 0%. Sau phẫu thuật 3-6 tháng có 3 bệnh nhân không đến kiểm tra nên chỉ còn 29 bệnh nhân đến kiểm tra và đều đạt khuôn mặt cân đối và đạt kết quả tốt.

Khi ra viện, vết mổ khô liền da kỳ đầu đạt kết quả tốt 28/32 bệnh nhân chiếm 87,5% còn lại 4 bệnh nhân có vết mổ còn sưng nề, không có trường hợp nào vết mổ nhiễm trùng chảy dịch. Nghiên cứu này phù hợp với Lê Đăng Thuyết có 35/38 bệnh nhân (92,1%) đạt kết quả tốt [3]. Sau phẫu thuật 3-6 tháng kết quả đạt tốt về sẹo mổ chiếm 100% trong 29 bệnh nhân đến tái khám cao hơn nghiên cứu của Lê Đăng Thuyết có 22/25 bệnh nhân (88%) đạt kết quả tốt.

Sau 3-6 tháng sau phẫu thuật có 29 bệnh nhân đến tái khám gặp 1/29 bệnh nhân (3,45%) xuất hiện hình ảnh mờ xoang hàm trên phim Xquang, không có triệu chứng lâm sàng. Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với nghiên cứu của Lê Đăng Thuyết [3] là 1/25 bệnh nhân (4%) bệnh nhân bị viêm xoang. Viêm xoang sau chấn thương [4] được đề cập do nhiều nguyên nhân như vỡ thành xoang, máu tụ, bong tróc niêm mạc, những mảnh xương dị vật rơi vào lòng xoang hàm.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp là điểm đau chói (100%), thương tổn có thể gặp ở cả hai bên gò má, mất cân đối hai bên gò má (93,75%), chảy máu mũi thứ phát chiếm tỷ lệ cao (90,63%). Trên phim Xquang tất cả bệnh nhân đều có tụ máu xoang hàm và gãy sập từ 1-2 thành xoang, Gãy một bên tầng giữa mặt làm sập xoang hàm chiếm 20/32 bệnh nhân (62,5%).

Điều trị phẫu thuật và đặt bóng sonde Foley xoang hàm để nắn chỉnh cố định vẫn là biện pháp có hiệu quả cao, kết quả tốt sau 7-10 ngày phẫu thuật là 84,37 % , sau 3-6 tháng điều trị là 93,1% trong tổng số 29 bệnh nhân đến tái khám.

Không có biến chứng chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ và phản ứng với nẹp vít. Biến chứng đặt sonde Foley chỉ tức nhẹ bên vùng đặt sonde chiếm 3,13%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tiến Công (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả điều trị gãy khối

- xương tăng giữa mặt tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, 89 (01)/1, 238 -244
2. **Trần Ngọc Quang Phi (2011)**, Nghiên cứu phân loại, lâm sàng, X- quang và điều trị gãy phức hợp gò má cung tiếp, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108
 3. **Lê Đăng Thuyết (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và đánh giá kết quả điều trị tổn thương sàn ổ mắt trong chấn thương tăng giữa mặt bằng đặt bóng sonde foley xoang hàm. Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện quân Y
 4. **Đỗ Thành Trí (2013)**, Nghiên cứu điều trị vỡ xoang hàm trong chấn thương tăng giữa mặt bằng nội soi kết hợp với nắn chỉnh xương, Luận văn tiến sĩ. Viện nghiên cứu Khoa học Y dược lâm sàng 108
 5. **Mario Francisco Gabrielli (2011)**, Orbital Wall Reconstruction with Titanium Mesh: Retrospective Study of 24 Patients, *Craniofacial Trauma Reconstruction*. 4, pages. 151–156
 6. **So Young Ji, Seung Soo Kim, Moo Hyun Kim (2016)**, Surgical Methods of Zygomaticomaxillary Complex Fracture, *Archives of Craniofacial Surgery*, Vol 17 No.4, 206-210.
 7. **Vrinda B. Nair et al. (2013)**, Old Foley's in a new bottle'- Use of Foley's catheter in anterior Maxillary wall fractures, *Otolaryngology online journal*, 3(1.5), pp. 1-13.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SÂU RĂNG Ở TRẺ EM 12 - 35 THÁNG TUỔI TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Vũ Thị Hà*, Đỗ Minh Hương*, Lê Thị Thu Hằng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 319 trẻ 12 – 35 tháng tuổi ở 6 trường mầm non thành phố Thái Nguyên với mục tiêu xác định mối liên quan giữa một số yếu tố và sâu răng ở trẻ 12 – 35 tháng tuổi. Khám và đánh giá sâu răng được thực hiện theo tiêu chuẩn ICDAS II. Các yếu tố liên quan được thu thập bằng cuộc phỏng vấn trực tiếp phụ huynh trẻ. Kiểm định phân tích hồi quy đa biến được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố với bệnh sâu răng ở trẻ nhỏ. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng: Phụ huynh không giúp trẻ chải răng, thường xuyên ăn ngay trước khi đi ngủ và người chăm sóc trẻ bị sâu răng có thói quen không tốt (đưa thìa thức ăn vào miệng mình trước khi bón cho trẻ, thớm mút bàn tay trẻ, ăn chung bát – thìa với trẻ) là yếu tố nguy cơ gây sâu răng ở trẻ nhỏ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Mặt khác, giới tính và tiền sử sản khoa không liên quan đến tình trạng sâu răng ($p > 0.05$). Vì vậy, việc thay đổi các thói quen không có lợi trong chăm sóc là cần thiết để dự phòng sâu răng, nâng cao sức khỏe răng miệng cho trẻ nhỏ.

Từ khóa: Sâu răng, 12-35 tháng tuổi, yếu tố liên quan.

SUMMARY

RISK FACTORS OF DENTAL CARIES AMONG 12 – 35 – MONTH – OLD CHILDREN IN THAI NGUYEN CITY

Cross-sectional descriptive study was conducted on 319 children aged 12 to 35 months in 6 kindergartens in Thai Nguyen city. The objective of this research was to determine the relationship between some risk factors and dental caries in children aged 12-35

months. Dental caries were examined and evaluated according to ICDAS II. Risk factors were collected by interviewing directly their parents. Regression analysis was used to evaluate the relationship between risk factors and caries. Results showed that: Parents do not help children brush their teeth, eating regularly before bedtime and childminder with dental caries have a bad habit (putting a spoonful of food into his mouth before feeding baby, kissing or sucking baby's fingers, eating by spoon or bowl of baby) were risk factors of dental caries in children (statistically significant association with $p < 0.05$). On the other hand, gender and obstetric history were not associated with caries ($p > 0.05$). Therefore, changing the unhealthy habits is essential for preventing dental caries and improving oral health for children.

Key words: Dental caries, 12 - 35 months of age, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù việc kiểm soát bệnh sâu răng nói chung đã có nhiều thành công nhưng cho đến nay sâu răng ở trẻ nhỏ vẫn còn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng ở cả các nước phát triển và các nước đang phát triển. Hơn ba mươi năm qua, tỷ lệ sâu răng sớm ở trẻ nhỏ không có xu hướng tăng lên: Tỷ lệ sâu răng trẻ 5 tuổi năm 1983 là 48%, năm 1993 là 54%, năm 2003 là 56% và giai đoạn 2007 - 2017 tỉ lệ trẻ 3 – 5 tuổi sâu răng 57.3% [1][2]. Tổn thương sâu răng ở trẻ nhỏ có tính chất phát triển nhanh ở nhiều răng, thường là nguyên nhân dẫn đến mất răng, ảnh hưởng đến ăn nhai, phát âm, giao tiếp, sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ.

Bệnh cùn và các yếu tố liên quan của sâu răng ở trẻ nhỏ cũng tương tự như sâu răng nói chung. Tuy nhiên, có một số yếu tố đặc biệt liên quan đến sâu răng ở trẻ nhỏ là răng khiếm khuyết, lây nhiễm *S. mutans* từ người chăm sóc,

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hà
Email: vuthiha@tump.edu.vn
Ngày nhận bài: 10/11/2018
Ngày phản biện khoa học: 9/12/2018
Ngày duyệt bài: 8/1/2018

cách chăm sóc trẻ không đúng. Tác giả Yen HTN nghiên cứu tại thành phố Huế nhận thấy trình độ học vấn của mẹ, nuôi con kéo dài bằng sữa mẹ, dùng đồ ngọt thường xuyên, chỉ số mảng bám cao là yếu tố nguy cơ gây sâu răng ở trẻ nhỏ [3].

Giai đoạn trước 36 tháng tuổi là thời kì trẻ mọc hoàn thiện bộ răng sữa, là giai đoạn nhạy cảm với sâu răng. Tuy nhiên tại Việt Nam, không có nhiều nghiên cứu về tình trạng sâu răng cũng như đề cập đến các yếu tố liên quan sâu răng ở trẻ em dưới 36 tháng tuổi. Để góp phần trong công tác dự phòng và kiểm soát sâu răng của trẻ nhỏ, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Xác định mối liên quan giữa một số yếu tố và sâu răng ở trẻ 12 – 35 tháng tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em 12 – 35 tháng tuổi sống tại thành phố Thái Nguyên.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2018 đến 12/2018 tại thành phố Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ 12 - 35 tháng tuổi sống tại thành phố Thái Nguyên được phụ huynh đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu và trẻ hợp tác trong khám răng. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ đang mắc bệnh lý cấp tính vùng hàm mặt.

- Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$, $\alpha = 0.05$, $d = 0.05$, %. $p = 0.724$ [3]. d : sai số cho phép là 5% ($d = 0.05$). Cỡ mẫu tính được là 307 trẻ. Nghiên cứu thực hiện trên 319 trẻ.

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu chùm. Nghiên cứu được tiến hành tại 6 trường mầm non trong địa bàn thành phố Thái Nguyên.

2.4. Các tiêu chuẩn và tiêu chí nghiên cứu

- Biến số: Bệnh sâu răng được khám và chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICDAS II (2005)[4].

- Yếu tố liên quan: tiền sử sản khoa (cân nặng khi sinh, tuổi thai), giới tính, tiền sử thăm khám nha khoa (thời điểm đi khám nha khoa lần đầu), thói quen vệ sinh răng miệng (thời điểm bắt đầu chải răng, số lần chải răng hàng ngày, sử dụng kem chải răng có fluoride, phụ huynh trẻ giúp chải răng), chế độ chăm sóc dinh dưỡng (thời gian bú mẹ, thời gian bú bình), lây nhiễm từ người chăm sóc (mẹ hoặc người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt: đưa thìa thức ăn vào miệng mình trước khi bón cho trẻ, thơm nút bàn tay trẻ, ăn chung bát – thìa với trẻ).

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu: Bệnh sâu răng được khám và chẩn đoán bởi 4 bác sĩ răng hàm mặt đã được tập huấn theo tiêu chuẩn của ICDAS II trên lâm sàng bằng các dụng cụ khám thông thường (gương, găng, cây thăm dò) dưới ánh sáng tiêu chuẩn (Chỉ số KAPPA đạt mức nhất trí cao: từ 0.82 đến 0.89). Yếu tố liên quan thu thập bằng cuộc phỏng vấn trực tiếp phụ huynh trẻ.

2.6. Xử lý số liệu: Kiểm định hồi quy đa biến được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố với tình trạng mắc sâu răng ở trẻ nhỏ. Số liệu được thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 319 trẻ 12 – 35 tháng tuổi (52.98% nam và 47.02% nữ; 22.6% trẻ 12 – 23 tháng tuổi và 77.4% trẻ 24 – 35 tháng tuổi) thành phố Thái Nguyên. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng:

Bảng 1. Mối liên quan giữa một số yếu tố và tình trạng mắc sâu răng ở trẻ nhỏ

Chỉ số nghiên cứu		Sâu răng		OR (95%CI)	p
		Không n(%)	Có n(%)		
Cân nặng khi sinh	Bình thường ($\geq 2500\text{gr}$)	119(38.5)	190(61.5)	0.939 (0.26-3.39)	0.254
	Nhẹ cân ($< 2500\text{gr}$)	4(40)	6(60)		
Tuổi thai	Không đẻ non (≥ 36 tuần)	102(38.5)	163(61.5)	0.983 (0.53-1.79)	0.121
	Đẻ non (< 36 tuần)	21(38.9)	33(61.1)		
Giới tính	Nam	67(39.6)	102(60.4)	1.10 (0.70-1.73)	0.730
	Nữ	56(37.3)	94(62.7)		
Khám nha khoa lần đầu	Trước 1 tuổi	4(44.4)	5(55.6)	1.284 (0.34-4.88)	0.247
	Sau 1 tuổi	119(38.4)	191(61.6)		
Phụ huynh giúp trẻ chải răng	Có	27(55.1)	22(44.9)	2.22 (1.20-4.12)	0.008
	Không	96(35.6)	174(64.4)		
Thời điểm bắt đầu	Mọc được vài răng	5(40.2)	79(59.8)	1.121	0.354

chải răng	Tất cả răng đã mọc	70(37.4)	117(62.6)	(0.71-1.77)	
Dùng kem chải răng có fluor	Có	56(38.4)	90(61.6)	0.984	0.092
	Không	67(38.7)	106(61.3)	(0.62-1.55)	
Thói quen chải răng	Hàng ngày	100(40.3)	148(59.7)	1.410	0.054
	Không hàng ngày	94(39.2)	146(60.8)	(0.81-2.46)	
Ăn ngay trước khi ngủ	Không thường xuyên	102(42)	141(58)	1.895	0.016
	Thường xuyên	21(27.6)	55(61.4)	(1.08-3.33)	
Bú mẹ đến	Dưới 12 tháng	45(40.5)	66(59.5)	1.136	0.083
	Trên 12 tháng	78(37.5)	130(62.5)	(0.71-1.82)	
Bắt đầu dùng sữa công thức	Trên 12 tháng	37(39.4)	57(60.6)	1.05	0.098
	Dưới 12 tháng	86(38.2)	139(61.8)	(0.64-1.72)	
Cai bú bình khi ngủ	Dưới 12 tháng	101(39.6)	154(60.4)	1.25	0.086
	Trên 12 tháng	22(34.4)	42(65.6)	(0.71-2.22)	
Người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt	Không	99(43.4)	129(56.6)	2.14	0.002
	Có	24(26.4)	67(73.6)	(1.26-3.66)	

* Chi square Test

Nhận xét: Sự khác biệt về các yếu tố phụ huynh giúp chải răng, ăn ngay trước khi ngủ, người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt giữa nhóm không sâu răng và nhóm sâu răng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa các yếu tố và tình trạng mắc sâu răng

Chỉ số nghiên cứu	p	OR	95%CI
Người chăm sóc bị sâu răng có thói quen không tốt	0.022	1.905	1.10 - 3.30
Phụ huynh giúp trẻ chải răng	0.045	1.913	1.01 - 3.61
Ăn ngay trước khi ngủ	0.031	1.882	1.06 - 3.34

*Phương trình hồi quy tuyến tính đa biến có kiểm soát các yếu tố: tiền sử sản khoa (cân nặng khi sinh, tuổi thai), giới tính, tiền sử thăm khám nha khoa (thời điểm đi khám nha khoa lần đầu, thói quen đi khám nha khoa, thói quen vệ sinh răng miệng (thời điểm bắt đầu chải răng, số lần chải răng hàng ngày, sử dụng kem chải răng có fluoride, phụ huynh giúp trẻ chải răng), chế độ chăm sóc dinh dưỡng (thời gian bú mẹ, thời gian bú bình), lây nhiễm từ người chăm sóc (mẹ hoặc người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt như: đưa thìa thức ăn vào miệng mình trước khi bón cho trẻ, thơm mát bàn tay trẻ, ăn chung bát – thìa với trẻ).

Nhận xét: Người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt, phụ huynh không giúp trẻ chải răng, thường xuyên ăn ngay trước khi đi ngủ, làm tăng nguy cơ sâu răng, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Kiểm định khi bình phương chỉ ra khác biệt có ý nghĩa thống kê về các yếu tố phụ huynh giúp chải răng, ăn ngay trước khi ngủ, người chăm sóc bị sâu răng có thói quen không tốt giữa nhóm sâu răng và không sâu răng ($p < 0.05$) (Bảng 1). Tuy nhiên, sâu răng là bệnh ảnh hưởng bởi đa yếu tố. Để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố với tình trạng mắc sâu răng

ở trẻ nhỏ, phân tích hồi quy đa biến có kiểm soát các yếu tố tiền sử sản khoa (cân nặng khi sinh, tuổi thai), giới tính, tiền sử thăm khám nha khoa (thời điểm đi khám nha khoa lần đầu, thói quen đi khám nha khoa, thói quen vệ sinh răng miệng (thời điểm bắt đầu chải răng, số lần chải răng hàng ngày, sử dụng kem chải răng có fluoride, phụ huynh giúp trẻ chải răng), chế độ chăm sóc dinh dưỡng (thời gian bú mẹ, thời gian bú bình), lây nhiễm từ người chăm sóc (mẹ hoặc người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt như: đưa thìa thức ăn vào miệng mình trước khi bón cho trẻ, thơm mát bàn tay trẻ, ăn chung bát – thìa với trẻ) được sử dụng, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng: Người chăm sóc bị sâu răng và có thói quen không tốt, phụ huynh không giúp trẻ chải răng, thường xuyên ăn ngay trước khi đi ngủ, làm tăng nguy cơ sâu răng, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.05$ (Bảng 2).

Sâu răng là bệnh nhiễm khuẩn, sự có mặt của vi khuẩn gây bệnh có vai trò quan trọng đến sự phát triển của sâu răng. Hầu hết các nghiên cứu chỉ ra rằng *S. mutans* không được phát hiện trong miệng trẻ chưa mọc răng nhưng thường xuyên xuất hiện trong khoang miệng của trẻ sau khi các răng cửa bắt đầu xuất hiện, sự lây nhiễm này thường xảy ra theo chiều dọc: trẻ có mẹ có nồng độ *S. mutans* cao, là kết quả của sâu răng không được điều trị, có nguy cơ bị nhiễm *S.*

mutans sớm hơn so với trẻ có nồng độ *S. mutans* thấp [5],[6]. Tại Việt Nam, một số bà mẹ và người chăm sóc trẻ có thói quen không tốt như: thớm mút bàn tay trẻ, đưa thìa thức ăn của trẻ vào miệng mình trước khi bón cho trẻ (để kiểm tra hoặc làm nguội thức ăn), ăn chung bát – thìa với trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá về tình trạng vi khuẩn trong miệng của bà mẹ - người chăm sóc và trẻ nhưng cũng chỉ ra rằng: người chăm sóc trẻ bị sâu răng mà có thói quen không tốt làm tăng nguy cơ mắc sâu răng với trẻ (OR = 1.88, 95%CI: 1.06 – 3.34). Vì vậy, việc thay đổi thói quen không có lợi trong chăm sóc trẻ là cần thiết để giảm nguy cơ mắc sâu răng ở trẻ nhỏ.

Sâu răng là bệnh có thể phòng ngừa được và một trong các cách hiệu quả nhất để ngăn ngừa sâu răng đó là chải răng thường xuyên bằng kem chải răng có fluoride. Nghiên cứu này cho thấy: tần suất chải răng hàng ngày không liên quan với tình trạng sâu răng mà việc phụ huynh giúp trẻ chải răng khác biệt có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc sâu răng (OR = 1.913, 95%CI: 1.01 – 3.61). Một nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Huế - Việt Nam cũng cho kết quả tương tự [3]. Vì vậy, sự có mặt và trợ giúp trẻ chải răng của phụ huynh khi trẻ còn nhỏ, chưa có khả năng tự làm sạch răng là rất quan trọng trong việc làm giảm nguy cơ gây sâu răng ở trẻ. Khuyến cáo này phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội nha khoa Mỹ: Chải răng nên được thực hiện cho trẻ bởi cha mẹ trẻ ngày hai lần từ khi mọc chiếc răng sữa đầu tiên, lượng kem chải răng có fluoride phù hợp với trẻ dưới 3 tuổi là bằng một vết hoặc một hạt gạo [7]; cũng phù hợp với khuyến cáo của các nhà khoa học tại Anh: chải răng ngày hai lần nên bắt đầu từ khi răng mọc và cần phải có người lớn giúp đỡ - giám sát cho ít nhất đến khi trẻ 7 tuổi [8].

Chăm sóc dinh dưỡng có vai trò quan trọng đối với tình trạng mắc sâu răng. Sau khi ăn, các thức ăn có chứa carbohydrates bị vi khuẩn phân hủy, làm giảm độ pH trên bề mặt răng và hậu quả là xảy ra quá trình khử khoáng răng. Loại thức ăn có vai trò quan trọng trong bệnh sinh sâu răng nhưng chế độ ăn lại quan trọng hơn rất nhiều. Nghiên cứu này góp phần khẳng định tầm quan trọng của việc chăm sóc dinh dưỡng trong dự phòng sâu răng ở trẻ nhỏ: Ăn ngay trước khi ngủ làm tăng gần gấp đôi nguy cơ gây sâu răng (OR = 1.882, 95%CI: 1.06 – 3.34). Nước bọt góp phần làm sạch thức ăn bám trên bề mặt

răng và rửa trôi vi khuẩn trong khoang miệng, là hệ thống đệm giúp trung hòa acid. Lưu lượng nước bọt giảm đến mức tối thiểu trong giấc ngủ ban đêm và giảm đáng kể trong bất kỳ giấc ngủ nào [6]. Vì vậy, ăn ngay trước khi ngủ cho phép sự hiện diện thức ăn trên bề mặt răng kéo dài, khử khoáng tiến triển dẫn đến sâu răng xảy ra. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Yan Li và cộng sự.

Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy có mối liên quan sâu răng ở trẻ nhỏ với các yếu tố: bú mẹ kéo dài, bú bình [1],[3]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mắc sâu răng và không mắc sâu răng với thời gian bú mẹ, thời gian bú bình ($p > 0.05$).

V. KẾT LUẬN

Phụ huynh giúp chải răng, ăn ngay trước khi đi ngủ và người chăm sóc trẻ bị sâu răng có thói quen không tốt là yếu tố nguy cơ gây sâu răng sớm ở trẻ nhỏ ($p < 0.05$).

Giới tính, tiền sử sản khoa không liên quan đến tình trạng sâu răng ($p > 0.05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Misra, S., J.F. Tahmassebi,** and M. Brosnan, *Early childhood caries-a review*, Dent Update, 2007. **34**(9): p. 556-8, 561-2, 564.
2. **El Tantawi, M., et al.,** Prevalence and Data Availability of Early Childhood Caries in 193 United Nations Countries, 2007-2017, Am J Public Health, 2018, **108**(8): p. 1066-1072.
3. **Yen HTN, Masayuki U, Takashi Z et al,** Early Childhood Caries and Risk Factors in Vietnam, The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 2018, **42**(3), p.173-81.
4. **Neeraj G et al,** International caries detection and assessment system (ICDAS): A new concept. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 2011, **4**(2), 93 – 100.
5. **Robert JBC,** Treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective, *Journal of Canadian Dental Association*, 2003, **69**(5):304-307.
6. **Fung MHT, Wong MCM, Lo ECM, CH Chu (2013)** Early Childhood Caries: A Literature Review. Oral. Hyg. Health 1: 107. DOI: 10.4172/2332- 0702.1000107
7. **American Academy on Pediatric Dentistry and American Academy of Pediatrics, Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies.** *Pediatr Dent*, 2008.**30**(7): p. 40-43.
8. **Z. Marshman, S.M. Ahern, R.R.C. McEachan et al,** Parents' Experiences of Toothbrushing with Children: A Qualitative Study, *JDR Clinical & Translational Research*, 2016, **1**(2), 122 – 130.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN VINH LỢI NĂM 2016

Phùng Văn Nhẫn*, Huỳnh Văn Bá**, Nguyễn Văn Nguyên***

TÓM TẮT

Thực trạng bệnh nhân đái tháo đường typ2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện Vinh Lợi tuân thủ điều trị chung chỉ có 20,0%. Trong đó tuân thủ chế độ dinh dưỡng 24,2%; hoạt động thể lực 54,7%; tuân thủ dùng thuốc 58,9%; tuân thủ kiểm soát đường huyết 16,8%, tái khám định kỳ 97,4%. Một số yếu tố như: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, có bảo hiểm y tế hay không có BHYT, mức độ hài lòng đối với nhân viên y tế đều ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện đa khoa huyện Vinh Lợi. **Mục tiêu:** (1) Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Vinh Lợi, năm 2016. (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Vinh Lợi, năm 2016. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân tuân thủ điều trị chung chỉ có 20,0%. Trong đó tuân thủ chế độ dinh dưỡng 24,2%; hoạt động thể lực 54,7%; tuân thủ dùng thuốc 58,9%; tuân thủ kiểm soát đường huyết 16,8%, tái khám định kỳ 97,4%. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện Vinh Lợi tuân thủ điều trị còn thấp bị ảnh hưởng bởi: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, có bảo hiểm y tế hay không có BHYT, mức độ hài lòng đối với nhân viên y tế.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường

SUMMARY

REALITY AND SOME FACTORS RELATED TO COMPLIANCE OF TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES OUTPATIENTS AT VINH LOI DISTRICT GENERAL HOSPITAL IN 2016

Status of patients with type 2 diabetes treatment outpatient in Vinh Loi general hospital adhere to general treatment only 20.0%. Of which dietary compliance 24.2%; physical activity 54.7%; adherence

to medication 58.9%; compliance with blood glucose control 16.8%, periodic follow-up 97.4%. Some factors such as education, occupation, family economics, health insurance or no health insurance, satisfaction with health care workers affect treatment adherence to Patients with type 2 diabetes mellitus in Vinh Loi General Hospital. **Objective:** (1) Description of treatment adherence status in patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient clinic at Vinh Loi General Hospital, 2016. (2) Identification of some adherence-related factors in type 2 diabetic patients in outpatient clinic at Vinh Loi General Hospital, 2016. **Method:** Design of prospective study, cross sectional description. **Result:** Patients adhere to general treatment only 20.0%. Of which dietary compliance 24.2%; physical activity 54.7%; adherence to medication 58.9%; compliance with blood glucose control 16.8%, periodic follow-up 97.4%. **Conclusion:** Patients with type 2 diabetes mellitus receiving outpatient treatment in Vinh Loi District General Hospital adhere to treatment that is low, influenced by: education, occupation, family economics, health insurance have health insurance, the level of satisfaction for health workers.

Keyword: Adherence to treatment of patients with diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường typ 2 là một bệnh lý mạn tính chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh nội tiết chuyển hóa. Bệnh với nồng độ đường trong máu tăng cao gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng trên hệ thần kinh, mạch máu, gây mù lòa, loét bàn chân, suy tim, suy thận,... làm giảm thời gian, chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh hiện đang có xu hướng tăng nhanh, kéo theo những hậu quả nặng nề về sức khỏe và kinh tế toàn cầu. Vì quá trình điều trị đòi hỏi sự liên tục, suốt cuộc đời người bệnh; Chế độ điều trị lại phức tạp, phải phối hợp tuân thủ nhiều biện pháp như chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực, chế độ dùng thuốc, tự kiểm soát đường huyết và khám định kỳ,... Mặc dù vậy nhưng trên địa bàn huyện Vinh Lợi chưa có nghiên cứu nào! Để có cơ sở khoa học trả lời cho các câu hỏi trên, từ đó đề xuất các giải pháp hữu hiệu với các bên liên quan, các nhà quản lý nhằm làm giảm số ca bệnh đái tháo đường phải nhập viện, giảm biến chứng, kéo dài cuộc sống cho các bệnh nhân này, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều

*Bệnh viện Đa khoa Vinh Lợi, Bạc Liêu

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

***Trung tâm GDNN Thấm Mỹ FOB

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bá

Email: bs.ba_fob@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2018

Ngày duyệt bài: 5/1/2019

trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vĩnh Lợi tỉnh Bạc Liêu, năm 2016” nhằm hai mục tiêu:

- *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường týp2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Vĩnh Lợi, năm2016.*

- *Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường týp2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Vĩnh Lợi, năm2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ týp 2

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

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

2.2.2. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Theo chương trình phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Tuân thủ chế độ dinh dưỡng của ĐTNC (n=190)

Tuân thủ chế độ dinh dưỡng		Thường xuyên		Không thường xuyên	
		N	%	n	%
Lựa chọn thực phẩm	<i>Thực phẩm nên ăn</i>				
	Món luộc	103	54,2	87	45,8
	Các loại đậu	54	28,4	136	71,6
	Xoài sống, mận, bưởi,...	111	58,4	79	41,6
	Rau	164	86,3	26	13,7
	<i>Thực phẩm cần hạn chế</i>				
	Đồ chiên, xào	62	32,6	128	67,4
	Bánh mì	47	24,7	143	75,3
	Phở, hủ tiếu, bún	186	97,9	4	2,1
	Xoài chín, chuối, đu đủ,..	76	40,0	114	60,0
	<i>Thực phẩm cần tránh</i>				
	Nội tạng (lòng, gan, đồ hộp,...)	25	13,2	165	86,8
	Khoai (tây, lang) nướng, chiên	5	2,6	185	97,4
	Dưa hấu, sầu riêng, nhãn, ...	42	22,1	148	77,9
	Nước uống có đường, kẹo	17	8,9	173	91,1
Số bữa ăn	≤3 bữa/ ngày	143	75,3		
	4 bữa/ ngày	29	15,3		
	5-6 bữa/ ngày	18	9,5		
	Tổng	190	100		
Tuân thủ CĐDD	Tuân thủ	46	24,2		
	Không tuân thủ	144	75,8		
	Tổng	190	100		

Trong 190 ĐTNC có 24,2% tuân thủ CĐDD về tần suất ăn các loại thực phẩm nên ăn, nên hạn chế hay cần tránh trong tuần cũng như số bữa ăn mà người ĐTĐ nên ăn mỗi ngày.

Bảng 3.2: Tuân thủ điều trị thuốc của ĐTNC (n=190)

Điều trị thuốc		Tần số	Tỷ lệ (%)
Cách dùng thuốc	Dùng theo đơn	112	58,9
	Dùng theo đơn nhưng quên	71	37,4
	Bỏ trị	5	2,6
	Tự ý điều trị	2	1,1
	Tổng	190	100
Loại thuốc quên	Thuốc viên	62	87,3
	Thuốc tiêm	7	9,9
	Cả 2	2	2,8
	Tổng	71	100
Xử lý quên uống	Uống bù	3	4,7
	Bỏ đi không uống	61	95,3
	Tổng	64	100
Xử lý quên tiêm	Bỏ đi không tiêm nữa	9	100
	Tổng	9	100
Loại thuốc bỏ	Thuốc viên	4	80,0

	Cả 2	1	20,0
	Tổng	5	100
Lý do bỏ thuốc	Đang điều trị bệnh khác	5	100
	Tổng	5	100
Lý do quên uống thuốc	Bận	30	46,9
	Đi xa không mang theo	3	4,7
	Không có ai nhắc nhở	1	1,6
	Chỉ đơn giản là quên	30	46,9
	Tổng	64	100
Lý do quên tiêm thuốc	Bận	4	44,4
	Không có ai nhắc nhở	1	11,1
	Chỉ đơn giản là quên	4	44,4
	Tổng	9	100
Tuân thủ dùng thuốc	Tuân thủ	112	58,9
	Không tuân thủ	78	41,1
	Tổng	190	100

Trong nhóm nghiên cứu có 41,1% không tuân thủ CDDT, bao gồm dùng thuốc theo đơn nhưng thỉnh thoảng quên 37,4%; bỏ trị 2,6%; tự ý điều trị 1,1%. Trong số các trường hợp quên thuốc có 87,3% quên thuốc viên; 9,9% quên thuốc tiêm và 2,8% là cả hai. Cách ĐTNC xử lý khi quên thuốc uống là bỏ đi không uống nữa chiếm 95,3% và 4,7% uống bù; đối với quên thuốc tiêm thì 100% bỏ đi không tiêm nữa. Tỷ lệ lý do quên thuốc uống do bận và chỉ đơn giản là quên bằng nhau với 46,9%; còn lại 4,6% là do đi xa quên mang theo và 1,6% cho rằng do không có ai nhắc nhở. Tỷ lệ lý do quên thuốc tiêm do bận và chỉ đơn giản là quên bằng nhau với 44,4; còn lại 11,1% cho là do không có ai nhắc nhở. 100% các trường hợp bỏ trị là do đang điều trị bệnh khác.

Bảng 3.3: Tuân thủ HĐTL của ĐTNC (n=190)

Tuân thủ hoạt động thể lực		Tần số	Tỷ lệ (%)
Loại hình HĐTL	Đi bộ	90	47,4
	Chạy bộ	1	0,5
	Đi xe đạp	2	1,1
	Cầu lông, tennis,...	6	3,2
	Yoga, dưỡng sinh	5	2,6
	Làm việc nhà, nội trợ,....	61	32,1
	Không tập	25	13,2
	Tổng	190	100
Tuân thủ HĐTL	Tuân thủ	104	54,7
	Không tuân thủ	86	45,3
	Tổng	190	100
Lý do không tuân thủ HĐTL	Không có thời gian	17	19,8
	Không cần thiết	6	7,0
	Người lao động thể lực	37	43,0
	Mắc bệnh mạn tính	26	30,2
	Tổng	86	100

Kết quả nghiên cứu có 54,7% ĐTNC tuân thủ HĐTL. Trong đó có 47,4% chọn loại hình đi bộ; 3,2% chọn các môn thể thao như cầu lông; 2,6% tập Yoga, dưỡng sinh; chỉ có 1,1% đi xe đạp và 0,5% chạy bộ. Ở nhóm không tuân thủ HĐTL có 32,1% chỉ làm việc nhà; 13,2% không luyện tập. Các lý do mà ĐTNC không tuân thủ HĐTL thì 43,0% cho rằng mình là người lao động thể lực; 30,2% do sức khỏe (mắc bệnh/biến chứng kèm như viêm khớp, ...); 19,8% do không có thời gian và 7,0% cho rằng không cần thiết.

Bảng 3.4: Tuân thủ kiểm soát đường huyết ĐTNC (n=190)

Tuân thủ KSDH		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thử đường huyết tại nhà	Không thử	158	83,2
	Có thử	32	16,8
	Tổng	190	100
Lý do thử	Tự thử	32	100
Tần suất thử	Mỗi ngày	2	6,3

	Mỗi tuần	17	53,1
	2 lần/ tháng	13	40,6
	Tổng	32	100
Thời điểm thử	Trước ăn sáng	32	100
Ghi lại chỉ số đường huyết	Có	9	28,1
	Không	23	71,9
	Tổng	32	100
Lý do không thử đường huyết tại nhà	Sợ đau	1	0,5
	Không có người hỗ trợ	3	1,6
	Điều kiện kinh tế	26	13,7
	Đường huyết ổn định	41	21,6
	Không có yêu cầu	119	62,6
	Tổng	190	100

Dù không có yêu cầu từ phía BSĐT, nhưng kết quả nghiên cứu có 16,8% ĐTNC tự thử đường huyết tại nhà. Trong đó 6,3% thử mỗi ngày; 53,1% thử 1-2 lần/tuần và 40,6% thử 2 lần/tháng. Thời điểm mà ĐTNC chọn để thử đường huyết là trước bữa ăn sáng 100%. Trong số các trường hợp thử đường huyết tại nhà thì 28,1% có ghi lại chỉ số đường huyết.

Bảng 3.5: Tuân thủ tái khám định kỳ

Tuân thủ tái khám định kỳ		Tần số	Tỷ lệ(%)
1tuần/ 1 lần (tuân thủ)		185	
		55	97,4
		5	
≥2 tuần/ 1lần (không tuân thủ)		5	2,6
Tổng		190	100
Lý do không đi khám định kỳ	Nhà xa	1	20,0
	Do điều kiện kinh tế	1	20,0
	BHYT hết hạn	3	60,0
	Tổng	5	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 97,4% ĐTNC tuân thủ tái khám định kỳ.

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với một số yếu tố

	Yếu tố	Tuân thủ điều trị (%)		OR (95%CI)	X ²	p
			Tuân thủ(-)			
Nghề nghiệp	Nông dân	9,6	90,4		Linear 10,61	0,001
	CNVC	20,0	80,0			
	Buôn bán	19,0	81,0			
	Nội trợ	13,6	86,4			
	Hưu trí	43,2	56,8			
TĐHV	<THPT	14,0	86,0	3,34 1,6-7,00	9,59	0,02
	≥THPT	35,2	64,8			
Thu nhập	<1,5 triệu/tháng	7,8	92,2		11,69	0,03
	1,5-3,0 triệu/tháng	18,1	81,9			
	>3 triệu/tháng	33,9	66,1			
Hài lòng thông tin	Hài lòng(+)	41,3	58,7	4,63 2,17-9,90	15,51	0,00
	Hài lòng(-)	13,2	86,8			
Hưởng BHYT	Có	59,4	40,6	0,41 0,34-0,48	0,95	0,03
	Không	0,0	100,0			

Trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, có bảo hiểm y tế hay không có BHYT, mức độ hài lòng đối với nhân viên y tế đều ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 190 đối tượng nghiên cứu, chỉ có 30,0% có kiến thức chung đúng về bệnh đái tháo đường. Có kiến thức đúng về chế độ tái khám định kỳ là 97,9%, có kiến thức đúng về chế độ dùng thuốc 92,6%, có kiến thức đúng về hoạt động thể lực chiếm 76,8%, có 27,9% người

bệnh có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng và thấp nhất là 3,7% đối tượng có kiến thức đúng về kiểm soát đường huyết. Trong bệnh đái tháo đường, chế độ dinh dưỡng là biện pháp điều trị ĐTĐ không dùng thuốc, nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 24,2% đối tượng thực hiện đúng, kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh tuân thủ

dinh dưỡng thấp, nguyên nhân người bệnh không tuân thủ chế độ dinh dưỡng là do họ chưa thật sự hiểu đúng, đủ về dinh dưỡng cho người ĐTĐ.

Có 54,7% đối tượng tuân thủ hoạt động thể lực, kết quả cho thấy việc hướng dẫn cho người bệnh ĐTĐ về tác dụng của hoạt động thể lực cũng như các loại hình thể dục phù hợp cho bệnh nhân đái tháo đường còn hạn chế.

Có 58,9% người bệnh tuân thủ dùng thuốc, nguyên nhân người bệnh không tuân thủ dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là quên và bận với 46,9% cho mỗi lý do. Một tỷ lệ nhỏ 4,7% và 1,6% người bệnh không tuân thủ do đi xa không đem theo và không ai nhắc nhở. Còn có một tỷ lệ tuy nhỏ nhưng không chỉ nguy hiểm cho người bệnh là 2,6% bỏ trị; mà còn gợi ý NVYT cần hướng dẫn rõ ràng hơn cho người bệnh; vì 100% trường hợp bỏ trị này là do người bệnh được phát hiện và điều trị bệnh kèm mà không biết phải phối hợp điều trị các bệnh cùng lúc.

Với những tiến bộ trong công nghệ y học hiện nay thì việc tự theo dõi đường huyết đã dễ dàng hơn cho người bệnh ĐTĐ; nhưng kết quả nghiên cứu chỉ có 16,8% người bệnh thử đường huyết tại nhà. Nguyên nhân người bệnh không kiểm soát đường huyết là do chưa có yêu cầu từ bác sĩ điều trị (62,6%), do điều kiện kinh tế (13,7%), không có người hỗ trợ (1,6%) và sợ đau (0,5%).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 20,0% bệnh nhân tuân thủ điều trị chung. Trong đó tuân thủ chế độ dinh dưỡng 24,2%; hoạt động thể lực 54,7%; tuân thủ dùng thuốc 58,9%; tuân

thủ kiểm soát đường huyết 16,8%, tái khám định kỳ 97,4%.

Kết quả cũng cho thấy một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường type 2 như: Hoạt động thể lực, chế độ dinh dưỡng, chi phí điều trị, BHYT, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập, hài lòng với thông tin từ nhân viên y tế cũng như kiến thức về bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2003)**, dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực miền thành 4 thành phố lớn, nhà xuất bản y học Hà Nội, 2003:17-19.
2. **Tạ Văn Bình (2006)**, dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các biện pháp điều trị và biện pháp dự phòng, nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2006: 36 -38.
3. **Tạ Văn Bình (2007)**, người bệnh đái tháo đường cần biết, nhà xuất bản Y học Hà Nội.
4. **Tạ Văn Bình (2007)**, những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2007: 35-39.
5. **JumaAl-Kaabi & et al (2009)**, "Physical Activity and Reported Barriers to Activity Among Type 2 Diabetic Patients in the United Arab Emirates", *There view of the Diabetic Studies*.6(4), p.271-8.
6. **Harith Kh.Al-Qazaz & et al (2011)**, "Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes", *International Journal of Clinical Pharmacy*. 33(6),p.1028-35.
7. **American Diabetes Association (2003)**, "Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus", *Diabetes Care*.26(1),p.5-13.
8. **Elizabeth Broadbent & et al (2006)**, Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet and exercise in diabetic patients, *International Congress of Behavioural Medicine*, Bangkok, Thailand.

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG SỰ KHÍT SÁT MÃO SỨ ZIRCONIA BẰNG PHƯƠNG PHÁP LẤY DẤU THƯỜNG QUY VÀ LẤY DẤU KỸ THUẬT SỐ

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Đánh giá lâm sàng độ khít sát mão sứ zirconia được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu kỹ thuật số (LDKTS) và lấy dấu thường quy (LDTQ). **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá lâm sàng độ khít sát bờ mão và lòng mão toàn sứ thực hiện bằng phương pháp LDKTS và LDTQ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 15 bệnh nhân có kế hoạch điều trị phục

hình cố định mão sứ tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. Dấu kỹ thuật số được thực hiện với hệ thống scan Trios® và dấu thường quy được dấu bằng cao su Polyvinyl Siloxane. Tất cả mão toàn sứ được cắt nguyên khối bằng vật liệu Ceramill Zolid (Amann Girrbach AG, Áo). Đánh giá chính xác lâm sàng về độ khít sát bờ và lòng mão bằng Polyvinyl silicone độ nhớt thấp. **Kết quả:** Trung bình điểm đánh giá trên lâm sàng độ khít sát bờ mão toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu thường quy là $1,33 \pm 0,48$ cao hơn so với phương pháp kỹ thuật số là $1,20 \pm 0,41$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trung bình điểm đánh giá tiếp xúc bên của mão toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu thường quy là $2,00 \pm 0,00$ cao hơn so với phương pháp kỹ thuật số là $1,66 \pm 0,8$, sự khác

*Trường Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí

Email: trimdr818@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 6/12/2018

Ngày duyệt bài: 5/1/2019

biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trung bình điểm đánh giá tiếp xúc cắn khớp của mão toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu thường quy là $1,86 \pm 0,35$ cao hơn so với phương pháp kỹ thuật số là $1,53 \pm 0,52$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,05$). **Kết luận:** Sử dụng LDKTS phục hình cố định giúp chế tạo được mão sứ có độ khít xác hơn khi so sánh với LDTQ, hơn nữa kỹ thuật này cũng giúp tiết kiệm thời gian làm việc trong labô và lâm sàng.

Từ khóa: Mão toàn sứ, lấy dấu kỹ thuật số, kỹ thuật lấy dấu thường quy.

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF THE MARGIN AND INTERNAL FIT OF ALL-CERAMIC ZIRCONIA CROWN BY USING CONVENTIONAL AND DIGITAL IMPRESSION METHODS

The margin and internal fit of crowns were evaluated by using digital and conventional impression methods. **Objectives:** The margin and internal adaptation of zirconia crowns were compared when using digital and conventional impression methods. Patients were taken the digital and conventional impressions at the day 7 after teeth preparation for gingival healing. **Materials and methods:** Fifteen patients, who had been planned crown treatments at Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City. Digital impression was done by Trios® scanning system and conventional impression was taken by Polyvinyl Siloxane. All ceramic crowns were cut by ceramic block Ceramill Zolid (Amann Girrbach AG, Austria). The marginal and internal of the crowns, were evaluated in clinical examination by using light body Polyvinyl Siloxane. **Results:** In clinical evaluation, the average score of marginal fit of all-ceramic crowns which done by conventional impression is $1,33 \pm 0,48$, higher than by digital technique is $1,14,5 \pm 23,1 \mu m$, no significant difference ($p > 0,05$). Average score of adjacent contact of all-ceramic crowns which done by conventional impression is $2,00 \pm 0,00$ higher than by digital technique is $1,66 \pm 0,8$, significant difference ($p < 0,05$). **Conclusions:** Using digital impression technique in fixed prosthodontics can fabricate more accurate fit crowns in comparing with conventional technique, moreover this technique also save the laboratory and clinical working time.

Key words: All ceramic crowns, digital impression technique, conventional impression technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phục hình toàn sứ zirconia được sử dụng ngày càng nhiều do yêu cầu thẩm mỹ của bệnh nhân đối với phục hình phải tự nhiên như răng thật [5]. Ngoài ra, phục hình toàn sứ không có kim loại nên có thể tránh được sự ăn mòn, đổi màu nướu và phản ứng dị ứng. Ưu điểm chính của phục hình toàn sứ là thẩm mỹ về màu sắc, kết cấu bề mặt, độ trong mờ và tính tương hợp sinh học. Nghiên cứu lâm sàng đã cho thấy tầm quan trọng của độ chính xác và sự khít sát

liên quan thành công phục hình. Tuy nhiên, những nghiên cứu trước đây có giới hạn khi đánh giá khít sát của mão đơn lẻ chủ yếu dựa vào bờ mão [3].

Theo Holmes và cộng sự [7], sự khít sát của mão có thể được định nghĩa tốt nhất bằng thuật ngữ “khoảng hở” đo tại các điểm khác nhau giữa bề mặt mão và răng. Đo vuông góc từ bề mặt bên trong của mão đến thành trục của răng trụ gọi là *khoảng hở lòng mão*, phép đo tương tự ở bờ mão gọi là *khoảng hở bờ*. Lấy dấu là bản sao ngược của bề mặt mô cứng hoặc mô mềm dùng để chẩn đoán hoặc để làm phục hình [1]. Phần lớn quy trình lấy dấu hiện nay vẫn còn sử dụng phương pháp thường quy, bằng khay lấy dấu và vật liệu lấy dấu [4].

Mặc dù đã xuất hiện lần đầu tiên vào những năm 1950 nhưng cho đến những năm 1980, công nghệ thiết kế và chế tạo hỗ trợ bằng máy tính (CAD/CAM) mới được sử dụng trong nha khoa. Kể tiếp những thành tựu và sự lớn mạnh về công nghệ trong hơn 35 năm qua, hệ thống lấy dấu kỹ thuật số và CAD/CAM hiện nay đã phổ biến trong thực hành nha khoa và labô [2]. Máy quét trong miệng đã có trên thị trường cách đây hơn 40 năm với tốc độ phát triển nhanh chóng về số lượng hệ thống thương mại trong mười năm qua [5], nhiều hệ thống thay đổi từ hình ảnh đơn sắc, có hoặc không phủ bột đến hệ thống video có màu, không cần phủ bột.

Trên thế giới, rất ít nghiên cứu về lâm sàng đánh giá và so sánh việc lấy dấu LDTQ và LDKTS [1], [6], [7]. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá lâm sàng về độ khít sát của phục hình được thực hiện bằng hai phương pháp LDTQ và LDKTS. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá lâm sàng sự khít sát bờ mão, tiếp xúc bên và tiếp xúc cắn khớp của mão toàn sứ thực hiện bằng hai phương pháp LDKTS và LDTQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng. Chọn mẫu thuận tiện gồm 15 bệnh nhân có kế hoạch điều trị phục hình cố định mão đơn lẻ tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. Mài cùi răng và gắn mão tạm cho bệnh nhân. Các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được thực hiện hai mão toàn sứ trên một răng trụ, một mão theo phương pháp lấy dấu thường quy, một mão theo phương pháp lấy dấu kỹ thuật số. Buổi hẹn LDKTS và LDTQ được sắp xếp cho cùng bệnh nhân ở ngày thứ 7 sau khi sửa soạn cùi răng để nướu tổn thương do sửa soạn có thể lành thương.

Dấu kỹ thuật số được thực hiện với hệ thống scan Trios®, và LDTQ bằng khay cá nhân với vật liệu lấy dấu polyvinyl siloxane và sử dụng kỹ thuật lấy dấu mộtથી. Mẫu sau cùng của phương pháp lấy dấu sau cùng được quét bằng máy quét mẫu hàm. Tất cả các phục hình thiết lập thông số khoảng hở xi măng 30 – 50 μm . Tất cả mẫu toàn sứ zirconia được cắt nguyên khối bằng vật liệu Ceramill Zolid (Amann Girrbach AG, Áo). Sau khi cắt, mẫu được nhuộm màu và nướng bóng. Để đánh giá chính xác lâm sàng về độ khít sát bờ và lòng mào, bề mặt bên trong mào được phủ bằng silicone độ nhớt thấp. Để bao phủ bên dưới lớp silicone độ nhớt thấp (tượng trưng cho khoảng hở bờ và lòng mào) đã được cố định bằng silicone nặng (thay thế cho trụ răng), làm một hộp bao phủ mẫu bản sao bằng silicone độ nhớt trung bình. Các phép đo hở bờ và hở lòng mào trên lâm sàng được thực hiện tại 4 điểm ở

hai mặt của mỗi phần (gần – xa và ngoài – trong) cho khoảng hở bờ và lòng mào bao gồm: hở bờ, hở trục, hở vùng múi răng, hở vùng múi rãnh. Điểm số đánh giá tiếp xúc khít sát bờ từ 1 (tốt) đến 3 (cần sửa chữa); tiếp xúc bên từ 1 (tốt) đến 4 (cần chỉnh); tiếp xúc cắn khớp từ 1 (bình thường) đến 4 (thiếu tiếp xúc cắn khớp). Các số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0, độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu gồm 15 răng từ 14 bệnh nhân độ tuổi trung bình từ 19 đến 60 tuổi gồm 4 răng cối nhỏ và 11 răng cối lớn. Độ khít sát bờ mào, tiếp xúc bên và tiếp xúc cắn khớp của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS (bảng 1)

Bảng 1. Độ khít sát bờ mào, tiếp xúc bên và tiếp xúc cắn khớp của mào toàn sứ trên lâm sàng được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS.

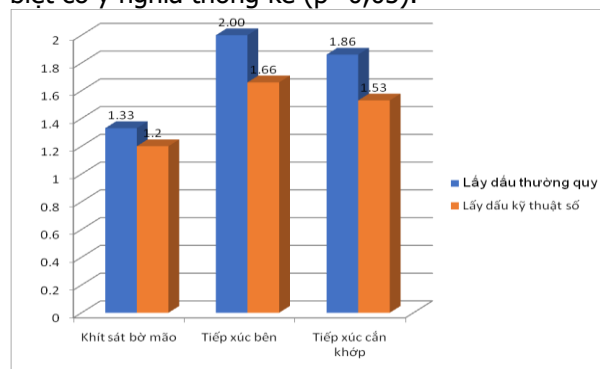
Phương pháp lấy dấu	Đánh giá		
	Khít sát bờ mào	Tiếp xúc bên	Tiếp xúc cắn khớp
Lấy dấu thường quy	1,33 $\pm$ 0,48	2,00 $\pm$ 0,00	1,86 $\pm$ 0,35
Lấy dấu kỹ thuật số	1,20 $\pm$ 0,41	1,66 $\pm$ 0,8	1,53 $\pm$ 0,52
<i>p</i>	0,417	0,016*	0,05*

* Kiểm định Mann – Whitney, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

– Trung bình điểm đánh giá khít sát bờ mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là 1,33 $\pm$ 0,48 cao hơn so với phương pháp LDKTS là 1,20 $\pm$ 0,41, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

– Trung bình điểm đánh giá tiếp xúc bên của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là 2,00 $\pm$ 0,00 cao hơn so với phương pháp LDKTS là 1,66 $\pm$ 0,8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

– Trung bình điểm đánh giá tiếp xúc cắn khớp của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ là 1,86 $\pm$ 0,35 cao hơn so với phương pháp kỹ thuật số là 1,53 $\pm$ 0,52, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,05$).



Biểu đồ 1. Độ khít sát bờ mào, tiếp xúc bên và tiếp xúc cắn khớp của mào toàn sứ được thực hiện bằng phương pháp LDTQ và LDKTS.

IV. BÀN LUẬN

Để đánh giá lâm sàng, chúng tôi sử dụng giấy cắn GC (bề dày 40 μm) đánh giá tiếp xúc cắn khớp, đánh giá bằng thường được sử dụng để điều chỉnh tiếp xúc cắn khớp trong thực hành nha khoa. Khảo sát tiếp xúc bên bằng sử dụng chỉ nha khoa có sáp Oral B (Mỹ). Khảo sát sự khít sát bờ bằng thăm trầm đường kính 150 μm , phù hợp với nghiên cứu của GjevoldB. và cs. [8].

Kết quả cho thấy trong ba thông số đánh giá lâm sàng được nghiên cứu, chỉ có thông số khít sát bờ của mào thực hiện bằng LDKTS là thấp hơn không có ý nghĩa so với LDTQ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Björn Gjervold, điều này có thể được giải thích là do giới hạn của phương pháp sử dụng để đánh giá trên lâm sàng là dùng thăm trầm có đầu nhọn đường kính 150 μm trong khi độ khít sát bờ trên lâm sàng có thể chấp nhận được từ 100 – 120 μm , nên những sự khác biệt nhỏ nằm trong phạm vi này có thể bị bỏ qua khi sử dụng thăm trầm đường kính 150 μm .

Thông số tiếp xúc bên của mào thực hiện bằng phương pháp lấy dấu kỹ thuật số và

phương pháp lấy dấu thường quy có giá trị cao hơn giá trị trong nghiên cứu của GjolvoldBjörn (bảng 2). Sự khác biệt giữa kết quả hai nghiên cứu có thể giải thích là do giới hạn của đánh giá lâm sàng, trong nghiên cứu này chỉ sử dụng chỉ

nha khoa, trong khi nghiên cứu của Björn Gjolvold sử dụng chỉ nha khoa kết hợp với lưới kim loại dày 100 μ m. Thêm vào đó, sự khác biệt của hai nghiên cứu có thể do thiết kế mẫu có sự khác nhau về độ chặt của tiếp xúc bên.

Bảng 2. So sánh kết quả khi đánh giá các thông số lâm sàng của mẫu toàn sứ so với kết quả nghiên cứu khác

Thông số lâm sàng	Björn Gjolvold (2016)			Nghiên cứu này		
	Thường quy	Kỹ thuật số	p	Thường quy	Kỹ thuật số	p
Khít sát bờ	1,54 $\pm$ 0,66	1,25 $\pm$ 0,53	0,075	1,33 $\pm$ 0,48	1,20 $\pm$ 0,41	0,417
Tiếp xúc cắn khớp	1,58 $\pm$ 0,65	1,21 $\pm$ 0,41	0,028	1,86 $\pm$ 0,35	1,53 $\pm$ 0,52	0,05
Tiếp xúc bên	1,58 $\pm$ 1,21	1,79 $\pm$ 0,83	0,100	2,00 $\pm$ 0,00	1,66 $\pm$ 0,8	0,016

Ngoài ra, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp LDTQ và LDKTS về điểm tiếp xúc bên. Điều này có thể giải thích do trong phương pháp LDTQ có thể làm biến dạng của thạch cao khi đổ mẫu, do thao tác cưa đại có thể ảnh hưởng răng kế cận, cuối cùng ảnh hưởng đến tiếp xúc bên của phục hình sau cùng. Kết quả nghiên cứu cho thấy thông số tiếp xúc cắn khớp cao hơn kết quả của nghiên cứu Gjolvold B. [8]. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của Björn Gjolvold sử dụng giấy cắn có bề dày 8 μ m, trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng giấy cắn bề dày 40 μ m, do đó việc ghi được điểm tiếp xúc quá mức có sự khác nhau.

Hệ thống lấy dấu kỹ thuật số đem lại nhiều lợi ích từ tiết kiệm thời gian thực hiện trên lâm sàng, labo, việc lưu trữ dữ liệu vô thời hạn, đem lại sự thoải mái cho bệnh nhân, loại bỏ được những sai sót trong quy trình labo mà lấy dấu thường quy có thể gặp phải.

Lấy dấu kỹ thuật số giúp nha sĩ kiểm tra được rằng sửa soạn với hình ảnh phóng đại lớn hơn và chi tiết hơn, có thể đánh giá lấy dấu có chính xác hay không, việc lấy dấu lại nếu có cũng đơn giản hơn, chỉ cần lấy dấu lại vùng bị thiếu.

Trong nghiên cứu cho thấy tiếp xúc cắn khớp của phương pháp LDKTS tốt hơn khi so sánh với LDTQ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này là do sự khác biệt trong việc ghi khớp cắn giữa hai kỹ thuật. Trong đó, kỹ thuật LDKTS, việc ghi dấu khớp cắn thực hiện bằng quét mặt ngoài khi hai hàm ăn khớp, mẫu răng được thiết kế và sản xuất mà không cần mẫu hàm trung gian. Điều này loại bỏ những thay đổi của vật liệu ghi khớp cắn trong LDTQ có thể biến dạng khi lấy ra khỏi miệng, hoặc khi vận chuyển hoặc thay đổi nhiệt độ.

Việc áp dụng kỹ thuật số trong lấy dấu phục hình cố định giúp chế tạo nhanh phục hình mà vẫn đạt được độ khít sát của phục hình, tiết kiệm thời gian và sức lao động, là giải pháp khả thi và

có ý nghĩa.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát lâm sàng sự khít sát bờ mẫu, tiếp xúc bên và tiếp xúc cắn khớp của mẫu toàn sứ cho thấy thông số tiếp xúc bên và tiếp xúc cắn khớp của mẫu toàn sứ thực hiện bằng phương pháp LDKTS tốt hơn so với LDTQ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdel-Azim T., Rogers K., Elathamna E. et al (2015), "Comparison of the marginal fit of lithium disilicate crowns fabricated with CAD/CAM technology by using conventional impressions and two intraoral digital scanners", *The Journal of prosthetic dentistry*, 114 (4), pp. 554-559
2. Alghazzawi Tariq F. (2016), "Advancements in CAD/CAM technology: Options for practical implementation", *Journal of prosthodontic research*, 60 (2), pp. 72-84
3. Berrendero S., Salido M. P. et al (2016), "Influence of conventional and digital intraoral impressions on the fit of CAD/CAM-fabricated all-ceramic crowns", *Clin Oral Investig*, 20 (9), pp. 2403-2410
4. Boeddinghaus M., Breloer E. S., Rehmann P. et al (2015), "Accuracy of single-tooth restorations based on intraoral digital and conventional impressions in patients", *Clin Oral Investig*, 19 (8), pp. 2027-34
5. Burke FJT. (2007), "Four year performance of dentine-bonded all-ceramic crowns", *British dental journal*, 202 (5), pp. 269-273
6. Contrepois M., Soenen A., Bartala M., et al (2013), "Marginal adaptation of ceramic crowns: a systematic review", *The Journal of prosthetic dentistry*, 110 (6), pp. 447-454. e10
7. Cunali R. S., Saab R. C., Correr G. M., Cunha L. F. D., et al (2017), "Marginal and Internal Adaptation of Zirconia Crowns: A Comparative Study of Assessment Methods", *Braz Dent J*, 28 (4), pp. 467-473
8. Gjolvold B., Chrcanovic Bruno R., et al (2015), "Intraoral digital impression technique compared to conventional impression technique. A randomized clinical trial", *Journal of Prosthodontics*.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM GAN SIÊU VI B TẠI TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2014 - 2018

Tạ Văn Trâm*, Võ Thanh Nhơn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị viêm gan B mang tính chất lâu dài và thích ứng cho từng bệnh nhân dựa trên những hiểu biết mới về chiến lược điều trị đã được các hội nghị đồng thuận trên thế giới và khu vực đề ra.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B tại tỉnh Tiền Giang. **Kết quả:** Đáp ứng sinh hóa: Có 770 (70%) sau 6 tháng và 887 (80,6%) sau 48 bệnh nhân AST chuyển bình thường sau điều trị; ALT có 781 (71%) và 011 (92,8%) bình thường sau 6 và 48 tháng điều trị. Đáp ứng siêu vi: Sau điều trị 6 tháng, 550 (40,4%) số bệnh nhân nồng độ HBV-DNA $<10^4$; tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ HBV-DNA cao $>10^5$ giảm so với trước điều trị; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$), sau 48 tháng điều trị nồng độ HBV-DNA âm tính 956 (86,9%), có 2 (0,2%) trường hợp nồng độ virus $>10^5$. Đáp ứng mất HBeAg (+) 63,5%, chuyển đổi huyết thanh antiHBe (+) là 36,5% sau 3 tháng điều trị; ghi nhận sự thay đổi HBeAg (+) chuyển thành HBeAg (-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đáp ứng với điều trị Tenofovir cao hơn điều trị Lamivudin (97,18%/87,5%). Tỷ lệ đáp ứng chung ở bệnh nhân viêm gan virus B chiếm 956 (86,9%). **Kết luận:** Phác đồ điều trị theo hướng dẫn đồng thuận của Hội Nghiên cứu Bệnh Gan Châu Á Thái Bình Dương năm 2014 về chẩn đoán và điều trị viêm gan B mạn có hiệu quả trong điều trị ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn.

Từ khóa: điều trị, viêm gan siêu vi B mạn, hướng dẫn đồng thuận của Hội Nghiên cứu Bệnh Gan Châu Á Thái Bình Dương.

SUMMARY

ASSESSMENT OF HEPATITIS B TREATMENT IN TIEN GIANG PROVINCE IN 2014 – 2018

Background: Treatment of chronic hepatitis B and adaptation for each patient based on new knowledge of treatment strategies has been proposed by regional and global consensus conferences.

Objectives: To evaluate the treatment outcome in Hepatitis B patients in Tien Giang province. **Results:** Biochemical response: There were 770 (70%) after 6 months and 887 (80.6%) after 48 patients with normal AST transition after treatment. ALT had 781 (71%) and 011 (92.8%) normal after 6 and 48 months of treatment. Virologic response: After 6 months, 550 (40.4%) of patients with HBV DNA levels $<10^4$; The rate of patients with high HBV DNA levels $>10^5$ decreases compared with pre-treatment; The difference was statistically significant ($p \leq 0,001$). After

48 months of treatment with HBV DNA-negative 956 (86.9%), there were 2 (0.2%) cases with viral concentrations $>10^5$ HBeAg-negative (+) 63.5%, HBeAg seroconversion (+) was 36.5% after 3 months of treatment; Changes in HBeAg (+) change to HBeAg (-) were statistically significant ($p < 0.001$). Responding to Tenofovir treatment is superior to lamivudine therapy (97.18%/87.5%). The overall response rate in Hepatitis B patients was 956 (86.9%). **Conclusion:** The treatment protocol under the consent of the Asian Pacific Liver Society's 2014 Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Hepatitis B is effective in the treatment of patients with chronic hepatitis B.

Key words: treatment, chronic hepatitis B, consensus guide by the Asia Pacific Liver Association.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam nằm trong khu vực có tỷ lệ nhiễm HBV rất cao và là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm HBV cao nhất thế giới với khoảng 8-20% dân số. Viêm gan B mạn tính thường không có triệu chứng lâm sàng rõ hoặc hoàn toàn không có triệu chứng gì. Sau nhiều năm, triệu chứng đầu tiên khiến bệnh nhân quan tâm là biểu hiện của biến chứng xơ gan mất bù hoặc ung thư gan. Vấn đề đặt ra là cần phát hiện sớm các trường hợp viêm gan vi rút B mạn để giúp cho thầy thuốc lâm sàng có chẩn đoán sớm viêm gan do vi rút B và chỉ định đúng lúc thuốc kháng vi rút để có thể ngăn ngừa bệnh chuyển sang xơ gan và ung thư gan nguyên phát. Điều trị viêm gan B mang tính chất lâu dài và thích ứng cho từng bệnh nhân dựa trên những hiểu biết mới về chiến lược điều trị đã được các hội nghị đồng thuận trên thế giới và khu vực đề ra. Mục tiêu của việc điều trị là ức chế sự nhân lên của vi rút, giảm quá trình viêm, chuyển đổi huyết thanh; từ đó làm giảm nguy cơ dẫn đến xơ gan, suy gan, ung thư tế bào gan và tử vong. Việc theo dõi và đánh giá kết quả điều trị có ý nghĩa rất quan trọng. Kết quả đáp ứng siêu vi, huyết thanh, sinh hóa cho phép việc tiếp tục điều trị theo phác đồ cũ hoặc định hướng lộ trình điều trị tiếp theo ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm gan siêu vi B tại tỉnh Tiền Giang năm 2014 - 2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân có hộ khẩu tại tỉnh Tiền Giang và các tỉnh lân cận được chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn tính điều trị tại Phòng

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

khám Gan, Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2018. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn: dựa theo hướng dẫn đồng thuận của Hội Nghiên cứu Bệnh Gan Châu Á Thái Bình Dương năm 2014 về chẩn đoán và điều trị viêm gan B mạn: Tiêu chuẩn cận lâm sàng: HBsAg (+) kéo dài > 6 tháng (Khai thác bệnh sử, tiền sử); HBV-DNA (+) $\geq 10^5$ copies/ml đối với HBeAg (+), hoặc $\geq 10^4$ copies/ml đối với HBeAg(-); Men transaminase (ALT) tăng trên giới hạn bình thường (bình thường 0 - 40 UI/L); Được điều trị bằng thuốc kháng vi rút. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 1100 trường hợp viêm gan vi rút B mạn có hộ khẩu tại tỉnh Tiền Giang và các tỉnh lân cận điều trị với thuốc kháng vi rút tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 6 năm 2018, chúng tôi ghi nhận như sau:

Bảng 1. Phân bố hoạt độ AST sau điều trị 6 tháng điều trị

Men gan (AST)	Số trường hợp (n=1100)	Tỷ lệ (%)
Bình thường < 40IU	770	70
Tăng dưới 2 lần (80IU)	220	20
Tăng 2-5 lần (80- 200IU)	110	10
Tăng trên 5 lần (200IU)	00	00

Sau 6 tháng điều trị, AST trở về bình thường 70% và tăng dưới 2 lần 90%

Bảng 2. Phân bố hoạt độ ALT sau điều trị 6 tháng

Men gan (ALT)	Số trường hợp (n=1100)	Tỷ lệ (%)
Bình thường <40IU	781	71
Tăng dưới 2 lần (80IU)	209	19
Tăng từ 2-5 lần (80-200IU)	88	8
Tăng trên 5 lần (200IU)	22	2

Đáp ứng sinh hóa trong Viêm gan B mạn biểu hiện bằng sự giảm ALT, sau 6 tháng điều trị, ALT về bình thường 71%

Bảng 3. So sánh hoạt độ AST trước và sau điều trị 6 tháng

AST trước Điều trị	AST sau 6 tháng điều trị				Tổng (n,%)
	Bình thường	Tăng <2 lần	Tăng 2-5 lần	Tăng >5 lần	
Bình thường	55(100%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	55(100,0)
Tăng <2 lần	110(61%)	50 (28%)	20(11%)	0(0,0)	180(100,0)
Tăng 2-5 lần	440(82,2%)	60(11,2%)	35(6,6%)	0(0,0)	535(100,0)
Tăng >5 lần	165(50%)	110(33,3%)	55(16,7%)	0(0,0)	330(100,0)
Tổng (%)	770(70%)	220(20%)	110(10%)	0(0,0)	1100 (100,0)

Kiểm định McNemar, $p=0,105$.

Bảng 4. So sánh hoạt độ ALT trước và sau điều trị 6 tháng

ALT trước Điều trị	ALT sau điều trị 6 tháng				Tổng (n,%)
	Bình thường	Tăng <2 lần	Tăng 2-5 lần	Tăng >5 lần	
Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Tăng <2 lần	90 (80,4%)	11(9,8%)	11(9,8%)	0(0,0)	112(100,0)
Tăng 2-5 lần	581(80,6%)	118(16,4%)	22(3%)	0(0,0)	721(100,0)
Tăng >5 lần	110(41,2%)	80(30%)	55(20,6%)	22(8,2%)	267(100,0)
Tổng (%)	781(71%)	209(19%)	88(8%)	22(2%)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p=0,043$.

Bảng 5. Phân bố hoạt độ AST sau điều trị 48 tháng điều trị

Men gan (AST)	Số trường hợp (n=104)	Tỷ lệ (%)
Bình thường < 40IU	887	80,6%
Tăng dưới 2 lần (80IU)	175	15,9%
Tăng 2-5 lần (80- 200IU)	38	3,5%
Tăng trên 5 lần (200IU)	00	00

Sau 48 tháng điều trị, AST trở về bình thường 80,6%,

Bảng 6. Phân bố hoạt độ ALT sau điều trị 48 tháng

Men gan (ALT)	Số trường hợp (n=104)	Tỷ lệ (%)
Bình thường <40IU	911	82,8%
Tăng dưới 2 lần (80IU)	169	15,4%
Tăng từ 2-5 lần (80-200IU)	18	1,6%
Tăng trên 5 lần (200IU)	2	0,2%

Đáp ứng sinh hóa với ALT về bình thường sau 48 tháng điều trị là 80,2%, tuy nhiên còn 02 trường hợp ALT tăng trên 5 lần.

Bảng 7. So sánh hoạt độ AST trước và sau điều trị 48 tháng

AST trước Điều trị	AST 48 tháng sau điều trị				Tổng (n,%)
	Bình thường	Tăng <2 lần	Tăng 2-5 lần	Tăng >5 lần	
Bình thường	55(100%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	55(100,0)
Tăng <2 lần	171(95%)	5(2,8%)	4(2,2%)	0(0,0)	180(100,0)
Tăng 2-5 lần	419(78,3%)	110(20,6%)	6(1,1%)	0(0,0)	535(100,0)
Tăng >5 lần	242(73,3%)	60(18,2%)	28(8,5%)	0(0,0)	330(100,0)
Tổng (%)	887(80,6%)	175(15,9%)	38(3,5%)	0(0,0)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p=0,03$.**Bảng 8. So sánh hoạt độ ALT trước và sau điều trị 48 tháng**

ALT trước Điều trị	ALT sau điều trị 48 tháng				Tổng (n,%)
	Bình thường	Tăng <2 lần	Tăng 2-5 lần	Tăng >5 lần	
Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Tăng <2 lần	101(90,2%)	10(8,9%)	1(0,9%)	0(0,0)	112(100,0)
Tăng 2-5 lần	600(83,2%)	109(15,1%)	12(1,7%)	0(0,0)	721(100,0)
Tăng >5 lần	210(78,6%)	50(18,7%)	5(1,9%)	2(0,8%)	267(100,0)
Tổng (%)	911(82,8%)	169(15,4%)	18(1,6%)	2(0,2%)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p=0,013$.**Bảng 9. Nồng độ trung bình men gan trước và sau điều trị**

Men gan		Trung bình	N	SD	p
AST	Trước điều trị	40,66	1100	37,444	<0,001
	Sau 48 tháng	40,06	1100	32,243	
ALT	Trước điều trị	42,16	1100	51,217	<0,001
	Sau 48 tháng	40,72	1100	37,845	

Nồng độ trung bình AST, ALT trước và sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$ **Bảng 10. Tỷ lệ đáp ứng sinh hóa chung của bệnh nhân viêm gan B mạn**

Đặc điểm chung	Số trường hợp	Tỷ lệ
Có đáp ứng	775	70,5%
Không đáp ứng	325	19,5%
Tổng	1100	100%

Đáp ứng sinh hóa chung chiếm tỉ lệ 70,5%

Đáp ứng siêu vi của bệnh nhân viêm gan B mạn*Bảng 11. Tỷ lệ HBV-DNA trước và sau 6 tháng điều trị**

Nồng độ (Copies/ml) trước điều trị	Nồng độ sau điều trị 6 tháng				Tổng (n,%)
	Am tính	<10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵	
<10 ⁴	49(44,5)	50(45,5)	11(10,0)	0(0,0)	110(100,0)
10 ⁴ -10 ⁵	164(41,0)	156(39,0)	60(15,0)	20(5,0)	400(100,0)
>10 ⁵	169(28,6)	170(28,8)	141(23,9)	110(18,7)	590(100,0)
Tổng n(%)	550(40,4)	341(31,0)	176(16)	33(3)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p<0,001$.**Bảng 12. Tỷ lệ HBV-DNA sau 12 tháng điều trị**

Nồng độ (Copies/ml) trước điều trị	Nồng độ sau điều trị 12 tháng				Tổng (n,%)
	Am tính	<10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵	
<10 ⁴	55(50)	50(45,5)	5(4,5)	0(0,0)	110(100,0)
10 ⁴ -10 ⁵	208(52)	140(35)	41(10,3)	11(2,7)	400(100,0)
>10 ⁵	287(47,6)	151(25,6)	130(22,1)	22(3,7)	590(100,0)
Tổng n(%)	550(40,4)	341(31)	176(16)	33(3)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p<0,001$.**Bảng 13. Tỷ lệ HBV-DNA sau 48 tháng điều trị**

Nồng độ (Copies/ml) trước điều trị	Nồng độ sau điều trị 48 tháng				Tổng (n,%)
	Am tính	<10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵	
<10 ⁴	75(68,2)	35(31,8)	0(0,0)	0(0,0)	110(100,0)
10 ⁴ -10 ⁵	354(88,5)	49(10,0)	41(1,5)	11(2,7)	400(100,0)
>10 ⁵	527(89,3)	51(8,6)	10(1,7)	2(0,3)	590(100,0)
Tổng n(%)	956(86,9)	126(11,5)	16(1,4)	2(0,2)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p < 0,001$.**Bảng 14. Đáp ứng HBV-DNA và thuốc kháng virus sau 48 tháng điều trị**

HBV-DNA trước ĐT	TDF	ETV	LAM	ADF	ADF + LAM	TDF + LAM	TDF + ETV	Tổng (n%)
$<10^4$	50(45,5)	15(13,6)	10(9,1)	10(9,1)	10(9,1)	9(8,2)	6(5,4)	110(100,0)
10^4-10^5	182(45,5)	78(19,5)	40(10,0)	40(10,0)	30(7,5)	16(4,0)	14(3,5)	400(100,0)
$>10^5$	210(35,6)	90(15,3)	85(14,4)	75(12,7)	60(10,2)	37(6,3)	33(5,5)	590(100,0)
Tổng n(%)	442(40,2)	183(16,6)	135(12,3)	125(9,1)	100(9,1)	62(5,6)	53(4,8)	1100(100,0)

Kiểm định McNemar, $p: 0,08$.**Bảng 15. Tỷ lệ đáp ứng điều trị sớm chung ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính**

Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
Có đáp ứng	956	86,9
Không đáp ứng	144	13,1
Tổng cộng	1100	100

IV. BÀN LUẬN

Đáp ứng sinh hóa sau điều trị: Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 781/1100 bệnh nhân AST chuyển bình thường sau 6 tháng điều trị chiếm 71%, và chuyển bình thường 911 (82,8%) sau 48 tháng điều trị, có 02 bệnh nhân (0,2%) tăng ALT >5 lần sau 48 tháng điều trị, đây là tỉ lệ kháng thuốc sau 4 -5 năm điều trị. Men AST chuyển bình thường sau 6 tháng điều trị là 770 trường hợp chiếm 70%, và chuyển bình thường 887 (80,6%) sau 48 tháng điều trị. Tỷ lệ AST bình thường sau 48 tháng điều trị chiếm cao hơn so trước điều trị, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$). Tỷ lệ ALT bình thường sau điều trị chiếm cao hơn so trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,013$). Nồng độ AST và ALT trung bình gần như trở về bình thường sau điều trị 48 tháng (so với trước điều trị); ($p < 0,001$). Nghiên cứu Nguyễn Hoài Phong cho thấy sự thay đổi nồng độ trung bình AST, ALT thời điểm sau 6 và 12 tháng điều trị lần lượt là 68 ± 19 IU/L và 72 ± 22 IU/L ($p < 0,01$)⁽⁷⁾. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ bình thường hóa AST, ALT của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu Nguyễn Công Long; sau 6 tháng và 48 tháng tuần điều trị thuốc kháng vi rút tỷ lệ bình thường hóa men AST chỉ đạt 56,8% và ALT là 51,1%⁽⁶⁾. Trong nghiên cứu của Dương Hữu Tín, men AST và ALT cho thấy nồng độ trung bình giảm khá nhanh gần như bình thường sau 6 và 48 tháng điều trị lần lượt $32,80 \pm 15,04$ IU/L và $44,47 \pm 37$ IU/L so với trước điều trị là $79,88 \pm 105,42$ IU/L và $142,02 \pm 162,99$ IU/L. Tỷ lệ bình thường hóa men AST sau điều trị chiếm 82,28% cao hơn so với trước điều trị (17/79; 21,52%) với $p \leq 0,001$ và tỷ lệ ALT bình thường hóa sau điều trị chiếm 67,09% cao hơn so trước điều trị (12/79 bệnh nhân) với $p=0,035$.

Đáp ứng HBV-DNA sau điều trị: Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ HBV-DNA trung bình giảm dần theo thời gian. Sau điều trị 6 và 48 tháng, số bệnh nhân nồng độ HBV-DNA $<10^4$; tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ HBV-DNA cao $>10^5$ giảm so với trước điều trị; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$). Nghiên cứu Nguyễn Công Long cho thấy đáp ứng sớm vi rút sau 12 tuần điều trị chiếm 95,7% (HBV-DNA giảm > 2 log copies/ml)⁽⁶⁾. Tỷ lệ đáp ứng siêu vi này khá cao so với nghiên cứu chúng tôi. Kết quả nghiên cứu Lê Hữu Song cho thấy sau 6 và 48 tháng điều trị hầu hết bệnh nhân có HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện (<100 copies/ml), chỉ có 33/305 trường hợp chiếm 10,8% bệnh nhân còn phát hiện được HBV-DNA, và không có sự khác biệt ($p > 0,05$)⁽³⁾. Trong nghiên cứu của Dương Hữu Tín, cho thấy nồng độ HBV-DNA trung bình giảm dần theo thời gian. Sau điều trị 3 tháng số bệnh nhân nồng độ HBV-DNA $< 2 \times 10^4$ là 40/79 bệnh nhân chiếm 50,63%; tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ HBV-DNA cao ($2 \times 10^6 - \geq 2 \times 10^8$) giảm dần còn 14/79 bệnh nhân chiếm 17,72%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p \leq 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B mạn có đáp ứng siêu vi sớm (giảm HBV-DNA > 1 log copies/ml) là 76/79 bệnh nhân chiếm 96,2%; còn lại 3/79 bệnh nhân chiếm 3,8% không đáp ứng (giảm HBV-DNA ≤ 1 log copies/ml)⁽²⁾. Nghiên cứu Dogan Bilge Umit và cộng sự cho thấy nồng độ HBV-DNA sau 3 tháng điều trị là $6,8 \pm 7,7$ log IU/ml⁽¹⁾. Như vậy, cho thấy tỷ lệ đáp ứng siêu vi sớm (đáp ứng tiên phát) nghiên cứu của chúng tôi là khá cao; điều này phù hợp với tỷ lệ đáp ứng sinh hóa men AST, ALT và có sự tương đồng với các nghiên cứu thực hiện trong nước.

Đáp ứng vi rút sau 48 tháng theo loại thuốc điều trị: Sau điều trị 48 tháng, số bệnh nhân nồng độ HBV-DNA âm tính, $<10^4$; tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ HBV-DNA cao $>10^5$ giảm so với trước điều trị; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$). Nghiên cứu Lê Hữu Song cho thấy khả năng ức chế HBV-DNA của Tenofovir là rất tốt, sau 1 tháng điều trị tất cả

bệnh nhân đều giảm ít nhất 2 log copies/ml, trong đó có 286/305 bệnh nhân giảm ít nhất 3 log copies/ml. Sau 3 tháng điều trị hầu hết bệnh nhân có HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện (<100copies/ml), có 33/305 (10,8%) trường hợp còn phát hiện được HBV-DNA ở nồng độ thấp⁽³⁾.

Tỷ lệ HBeAg chuyển âm tính và chuyển đổi huyết thanh HBeAg (có antiHBe): Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Sau điều trị 3 tháng, ghi nhận sự thay đổi HBeAg (+) chuyển thành HBeAg (-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$). Tỷ lệ có antiHBe (+) sau điều trị 3 tháng chiếm 63,5% và có 36,5% bệnh nhân không có antiHBe. Sự khác biệt về tỷ lệ HBeAg (+) chuyển âm tính giữa thời điểm trước và sau điều trị 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nghiên cứu Dienstag J.L và cộng sự, tỷ lệ mất HBeAg sau 3 tháng điều trị thuốc Nucleo(s)tide trên 32 bệnh nhân là 18%⁽⁷⁾. Như vậy, mất HBeAg (+) và chuyển đổi huyết thanh antiHBe được xem là điểm mốc đánh giá đáp ứng điều trị ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính.

Đáp ứng điều trị sớm chung ở bệnh nhân viêm gan B: Tỷ lệ đáp ứng chung ở bệnh nhân viêm gan vi rút B chiếm 956 chiếm tỉ lệ 86,9%, không đáp ứng 144 (13,1)%, khả năng kháng thuốc 2 (0,2%). Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị siêu vi chung cả về lâm sàng, sinh hóa, siêu vi và chuyển đổi HBeAg (+) chiếm 86,9%, Tuy nhiên, còn 13,1% không có đáp ứng điều trị sau 48 tháng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Dương Hữu Tín điều trị và theo dõi 43 bệnh nhân viêm gan B mạn có 38 (88,4%) bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt, 5 bệnh nhân 11,6%) điều trị thất bại⁽²⁾. Nghiên cứu Lê Thanh Phương cho thấy đáp ứng sinh hóa, đáp ứng mất HBeAg (+) và đáp ứng HBV-DNA (giảm > 1 log copies/ml) sau 3 tháng điều trị Tenofovir lần lượt 47,7%, 4%, 95%⁽⁴⁾. Tỷ lệ mất HBeAg (+) của tác giả thấp tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và một số các nghiên cứu khác. Điều này cho thấy trong nhóm nghiên cứu của tác giả tỷ lệ bệnh nhân có genotyp C chiếm khá cao 32,9% thì khả năng mất HBeAg (+) và chuyển đổi huyết thanh ở nhóm bệnh nhân này so với genotype B. Phạm Thị Lệ Hoa nghiên cứu điều trị 105 trường hợp sau 48 tháng cho thấy tỷ lệ đáp ứng sớm chiếm 66,7% và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm có đáp ứng sớm cao hơn so với nhóm kháng tiên phát sau 12 tháng (24,3% so với 2,9%) $p \leq 0,05$ ⁽⁸⁾. Tỷ lệ đáp ứng điều trị sớm của tác giả tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Đáp ứng sinh hóa: Có 770 (70%) sau 6 tháng và 887 (80,6%) sau 48 bệnh nhân AST chuyển bình thường sau điều trị.; ALT có 781 (71%) và 011(92,8%) bình thường sau 6 và 48 tháng điều trị. Đáp ứng siêu vi : Sau điều trị 6 tháng, 550 (40,4%) số bệnh nhân nồng độ HBV-DNA <10⁴; tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ HBV-DNA cao >10⁵ giảm so với trước điều trị; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$)., sau 48 tháng điều trị nồng độ HBV-DNA âm tính 956 (86,9%), có 2 (0,2%) trường hợp nồng độ virus > 10⁵. Đáp ứng mất HBeAg (+) 63,5%, chuyển đổi huyết thanh antiHBe (+) là 36,5% sau 3 tháng điều trị; ghi nhận sự thay đổi HBeAg (+) chuyển thành HBeAg (-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đáp ứng với điều trị Tenofovir cao hơn điều trị Lamivudin (97,18%/87,5%). Tỷ lệ đáp ứng chung ở bệnh nhân viêm gan virus B chiếm 956 (86,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dogan Bilge Umit, Kara Banu (2012), "Comparison of the efficacy of tenofovir and entecavir for the treatment of nucleos (t) ide-naive patients with chronic hepatitis B", *Turk J Gastroenterol*, 23, (3), pp. 247- 252.
2. Dương Hữu Tín, Trần Thị Ngọc Dung, Kha Hữu Căn (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa 2, Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. Lê Hữu Song, Nguyễn Trọng Chính (2012), "Hiệu quả bước đầu của Tenofovir trong điều trị viêm gan B mạn tính", *Tạp chí Gan Mật Việt Nam*, (22), tr. 24- 28.
4. Lê Văn Phương, Lê Mạnh Hùng, Cao Ngọc Nga (2012), "Hiệu quả của Tenofovir trong điều trị viêm gan B mạn", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 16, (1), tr. 107- 111.
5. Lu Y.H., Zhuang W.L., Yu Y.Y. (2010), "Virological response to antiviral therapy at week 12 indicates a great reduction of intrahepatic hepatitis B virus DNA and HBeAg positive chronic hepatitis B patients", *Journal of viral Hepatitis*, 17, (1), pp. 59- 65.
6. Nguyễn Công Long, Đào Văn Long, Bùi Xuân Trường (2010), "Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị entecavir trên bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính HBeAg (+) và HBeAg(-)", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 66, (1), tr. 8- 14.
7. Nguyễn Hoài Phong (2012), "Nghiên cứu đáp ứng lâm sàng, sinh hóa và virus sau 12 tháng điều trị Tenofovir trên bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
8. Phạm Thị Lệ Hoa, Phan Vĩnh Thọ, Nguyễn Văn Hào (2008), "Đặc điểm viêm gan siêu vi B mạn tính HBeAg (-) trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Nhiệt Đới", *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 12, (Phụ bản 2), tr. 1- 5.

NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG VỀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẨN ĐOÁN MUỘN TIM BẨM SINH Ở TRẺ EM

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố có liên quan đến chẩn đoán muộn tim bẩm sinh cần can thiệp ở trẻ em để đề xuất các biện pháp nhằm cải thiện tiên lượng của bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng không bắt cặp với tỷ lệ bệnh chứng là 1:1. Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân bị tim bẩm sinh đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 6/2017 – 6/2018. Các bệnh nhân đến khám tại phòng khám hay tại các khoa bệnh sau khi xác định đúng là tim bẩm sinh cần can thiệp, sẽ được phân làm hai nhóm bệnh và nhóm chứng. Các bà mẹ được của bệnh nhân thuộc 2 nhóm được phỏng vấn theo phiếu thu thập bao gồm các thông tin liên quan đến bệnh nhân, liên quan đến gia đình và người mẹ, và liên quan đến hệ thống y tế. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Phân tích hồi quy đa biến được dùng để xác định các yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn tim bẩm sinh. **Kết quả nghiên cứu:** Có 156 ca bệnh và 156 ca chứng đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam: nữ trong nhóm bệnh và chứng là tương đương nhau (1:1,05), tuổi trung bình của hai nhóm bệnh và chứng là 3,4 tháng và 3,6 tháng. Các yếu tố có liên quan đến chẩn đoán muộn qua phân tích hồi quy đa biến là tim bẩm sinh không tím (aOR = 1,6, CI 95%: 1,02 – 2,51), thu nhập dưới mức thu nhập trung bình (aOR=2,27, CI 95%: 1,43 – 3,59), cư trú ngoài thành phố Hồ Chí Minh (aOR= 7,17, CI 95%: 2,97 – 17,34), học vấn của người mẹ chưa tốt nghiệp trung học phổ thông (aOR= 2,57, CI 95%: 1,47 – 4,49), nghề nghiệp nội trợ (aOR= 2,02, CI 95%: 1,28 – 3,18), tuổi của mẹ < 35 tuổi (aOR= 3,1, CI 95%: 1,7 – 5,67), khám thai tại trạm xá xã, bệnh viện quận (aOR= 5,03, CI 95%: 1,59 – 16,18), và nơi sinh là trạm xá xã, bệnh viện quận (aOR= 3,19, CI 95%: 1,16 – 8,76) (p< 0,05). **Kết luận:** Để giảm tỷ lệ phát hiện muộn tim bẩm sinh cần can thiệp tim mạch cần nhiều biện pháp phối hợp. Đó là nâng cao năng lực phát hiện tim bẩm sinh của các tuyến y tế thông qua huấn luyện, các trang bị thiết yếu, và phối hợp chặt chẽ giữa các tuyến trong chăm sóc các trường hợp nghi ngờ tim bẩm sinh, đồng thời tăng cường các kênh truyền thông giáo dục sức khỏe cho phụ nữ mang thai phù hợp với các lứa tuổi, trình độ, nghề nghiệp, và có chính sách về việc nâng cao đời sống cho các gia đình ở các vùng xa có thể tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng.

Từ khóa: tim bẩm sinh; chẩn đoán; yếu tố liên quan; trẻ em.

SUMMARY

A CASE CONTROL STUDY OF FACTORS

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2018

Ngày duyệt bài: 27.12.2018

RELATED TO THE LATE DIAGNOSIS OF CONGENITAL HEART DISEASES IN CHILDREN

Objectives: Identify factors related to late diagnosis of congenital heart diseases in children requiring cardiac intervention in order to suggest measures to improve the prognosis of congenital heart diseases. **Methods:** A unmatched case – control study with the ratio of case: control is 1:1. The study was conducted on the patients with congenital heart diseases who were examined and treated at children hospital 1 from June 2017 – June 2018. The patients who were diagnosed congenital heart diseases requiring cardiac intervention would be classified into 2 group of cases and controls. The patients' mothers were interviewed following a data form containing the data involving the patients, their families and mothers, and healthcare system. Data were analyzed by software SPSS 20. A multivariable analysis of regression model was used to identify the factors related to the late diagnosis. **Results:** There were 156 cases and 156 controls enrolled in the study. The ratio of male: female in cases and controls was equal (1:1,05), mean age of cases and controls were 3.4 months and 3.6 months, respectively. The factors significantly related to the late diagnosis of congenital heart diseases with multivariable regression analysis were acyanotic congenital heart diseases (aOR = 1.6, CI 95%: 1.02 – 2.51), the family's income under average income (aOR=2.27, CI 95%: 1.43 – 3.59), residing outside Ho Chi Minh city (aOR= 7.17, CI 95%: 2.97 – 17.34), mothers' educational level under high school degree (aOR= 2.57, CI 95%: 1.47 – 4.49), housewife (aOR= 2.02, CI 95%: 1.28 – 3.18), mothers' age < 35 years old (aOR= 3.1, CI 95%: 1.7 – 5.67), antenatal care at health commune stations, district hospitals (aOR= 5.03, CI 95%: 1.59 – 16.18), and place of newborn delivery at health commune stations, district hospitals (aOR= 3.19, CI 95%: 1.16 – 8.76) (p< 0,05). **Conclusion:** To reduce the rate of late diagnosis of congenital heart diseases requiring cardiac intervention needs combined measures. That are to enhance the capacity of different health care levels through training, providing necessary medical equipment, close collaboration among different health care levels in caring for suspected cases of congenital heart diseases, and also promote health education for pregnant women relevant to age, educational level, and job, and issue policies on improving the income of families living in remote areas to access good quality health care services as well.

Keywords: congenital heart diseases; diagnosis; related factors; children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp ở trẻ em, chiếm khoảng 0,7 - 0,8% tổng số trẻ sơ sinh sinh sống⁽⁷⁾. Mỗi năm Việt Nam có 8000 – 10.000 trẻ sinh ra bị tim

bẩm sinh⁽¹⁾. Trong các tử vong do dị tật bẩm sinh thì tim bẩm sinh là nguyên nhân gây tử vong cao nhất chiếm tỷ lệ 40% trong tổng số các nguyên nhân tử vong do các dị tật bẩm sinh⁽⁷⁾. Có nhiều yếu tố làm cho tim bẩm sinh ở trẻ em có tiên lượng nặng, trong đó việc phát hiện trễ làm cho việc xử trí các dị tật bẩm sinh không kịp thời là nguyên nhân quan trọng dẫn đến tử vong cao của bệnh tim bẩm sinh^{(5),(8)}. Tỷ lệ chẩn đoán muộn tim bẩm sinh làm ảnh hưởng đến can thiệp kịp thời các dị tật tim là 20% - 30%⁽⁶⁾. Đã có nhiều khảo sát của nước ngoài về lý do chẩn đoán muộn các dị tật tim bẩm sinh có thể kể đến như loại tim bẩm sinh, các dị tật ngoài tim, trình độ học vấn của mẹ, số con trong gia đình, siêu âm tim tiền sản, nơi sinh (điều kiện cơ sở vật chất và nhân lực) có liên quan đến chẩn đoán muộn^{(4),(7)}. Tại Việt Nam việc phát hiện muộn tim bẩm sinh cần can thiệp khá phổ biến ở trẻ sơ sinh⁽⁸⁾. Tuy nhiên những yếu tố ảnh hưởng đến chẩn đoán muộn này có thể giống hay khác so với các nước khác vẫn chưa có nhiều nghiên cứu trả lời câu hỏi này. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu tìm các yếu tố có liên quan đến chẩn đoán muộn các tim bẩm sinh cần can thiệp tim mạch ở trẻ em để từ đó đề xuất ra các giải pháp nhằm cải thiện tiên lượng của tim bẩm sinh ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng không bắt cặp với tỷ lệ nhóm bệnh: chứng là 1:1. Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Nhi Đồng 1, trong thời gian từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018. Dân số chọn mẫu là bệnh nhân bị tim bẩm sinh (TBS) đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: 1) Trẻ sinh từ 1/12/2016 đến thời điểm nghiên cứu; 2) Được xác định là TBS bằng siêu âm tim bởi 2 bác sĩ của bệnh viện Nhi

Đồng 1; 3) Thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không thể phỏng vấn hay tiếp xúc được người mẹ.

Tiêu chuẩn ca bệnh (ca chẩn đoán muộn): 1) Tim bẩm sinh tím không được chẩn đoán trước xuất viện về nhà sau khi sinh; 2) Tim bẩm sinh vừa được xác định chẩn đoán đã có chỉ định can thiệp cấp cứu hoặc chương trình theo phác đồ điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1⁽²⁾; 3) Tim bẩm sinh quá chỉ định phẫu thuật.

Tiêu chuẩn ca chứng (ca chẩn đoán sớm): 1) Phát hiện tim bẩm sinh trước sinh bằng siêu âm tim tiền sản; 2) Phát hiện tim bẩm sinh sau sinh trước khi xuất viện về nhà; 3) Phát hiện tim bẩm sinh sau khi đã xuất viện nhưng chưa có chỉ định can thiệp lúc chẩn đoán.

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng không bắt cặp với tỷ lệ bệnh và chứng là 1:1. Dựa trên nghiên cứu của Rhasid U với $p_0 = 45,3\%$, $OR = 1,9$, tính được cỡ mẫu là 156 ca cho mỗi nhóm.

Tiến hành nghiên cứu: Mẫu sẽ được lấy theo cách thuận tiện. Các bệnh nhân đến khám tại phòng khám hay tại các khoa bệnh sau khi xác định đúng là tim bẩm sinh cần can thiệp tim mạch⁽²⁾, sẽ được phân làm hai nhóm bệnh và nhóm chứng. Tiến hành phỏng vấn bà mẹ của các bệnh nhân thuộc 2 nhóm theo phiếu thu thập được thiết kế bao gồm các thông tin liên quan đến bệnh nhân, liên quan đến gia đình và người mẹ, và liên quan đến hệ thống y tế.

Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Tính tần số và tỷ lệ % cho các biến định tính. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương so sánh tỷ lệ đối với biến định tính, phép kiểm kiểm Sommers'd, Kendall's tau-b, Kendall's tau-c so sánh tỷ lệ đối với các biến định danh theo thứ tự. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Giới:				
Nam	83	53,2	69	44,2
Nữ	73	46,8	87	55,8
Tuổi (tháng, trung bình)	3,4 ± 1,2		3,5 ± 1,1	
Cân nặng lúc sanh < 2,5 kg	16	10,3	42	26,9
Sinh mổ	48	30,8	72	46,2
Hội chứng Down	5	3,2	14	9,2
Dị tật khác ngoài tim	2	1,3	10	6,4
Tim bẩm sinh có tím	59	37,8	77	49,3

Có tất cả 156 ca bệnh (chẩn đoán muộn) và 156 ca chứng (chẩn đoán sớm) được đưa vào nghiên cứu, trong thời gian từ 6/2017 – 6/2018. Tỷ lệ nam: nữ là tương đương nhau và tương đương giữa hai nhóm bệnh và chứng (1:1,05). Tuổi trung bình của hai nhóm nghiên cứu là 3,4 ± 1,2 tháng ở

nhóm chứng và $3,5 \pm 1,1$ tháng nhóm bệnh, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, phép kiểm t). Tỷ lệ các trường hợp có cân nặng lúc sanh $< 2,5$ kg, có dị tật đi kèm, sanh mổ, tim bẩm sinh có tím ở nhóm chứng (nhóm chẩn đoán sớm) cao hơn so với nhóm bệnh (chẩn đoán muộn) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, phép kiểm chi bình phương) (bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm về gia đình, người mẹ và nơi khám thai, nơi sanh của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Thu nhập trên trung bình ^(*)	73	46,8	104	66,7
Nơi cư trú: TP.Hồ Chí Minh	20	12,8	75	48,1
Nơi khác	136	97,2	81	51,9
Gia đình có người bị TBS	2	1,3	3	1,9
Số con trong gia đình: ≤ 2	142	91,7	138	88,4
> 2	14	8,3	18	11,6
Người mẹ biết về bệnh TBS	4	2,6	10	1,6
Trình độ học vấn: Chưa tốt nghiệp cấp 3	133	85,2	108	69,2
Tốt nghiệp cấp 3 trở lên	23	14,8	48	30,8
Nghề nghiệp: Nội trợ	84	53,8	57	36,5
Công nhân	38	24,4	33	21,2
Tự do	16	10,3	21	13,5
Viên chức	18	11,5	45	28,8
Tuổi mẹ: < 35 tuổi	132	84,6	108	69,2
≥ 35	24	15,4	48	30,8
Nơi khám thai: Trạm y tế xã, bệnh viện quận	82	50,0	27	17,3
Bệnh viện đa khoa tỉnh	58	37,2	55	35,3
Bệnh viện chuyên khoa	16	12,8	74	47,4
Nơi sanh: Trạm y tế xã, bệnh viện quận	55	35,2	19	12,2
Bệnh viện đa khoa tỉnh	79	50,6	58	37,2
Bệnh viện chuyên khoa	22	14,2	79	50,6

(*) Thu nhập bình quân đầu người theo Tổng cục Thống kê năm 2016 là 50 triệu đồng năm tương đương 4,2 triệu/người/tháng; TBS: Tim bẩm sinh.

Khi xét yếu tố liên quan đến gia đình và người mẹ, từ nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ các gia đình có thu nhập dưới trung bình (thu nhập 50 triệu đồng/năm theo số liệu của tổng cục thống kê 2016) ở nhóm bệnh là 53,2% cao hơn nhiều so với nhóm chứng là 33,3% ($p < 0,05$, phép kiểm chi bình phương). Tương tự, tỷ lệ các gia đình có nơi cư trú ngoài thành phố Hồ Chí Minh ở nhóm chẩn đoán muộn là 97,2% cao hơn so với nhóm chứng là 51,9% ($p < 0,05$, phép kiểm chi bình phương); Trình độ học vấn dưới cấp 3, nghề nghiệp nội trợ, tuổi mẹ dưới 35 tuổi có tỷ lệ ở nhóm bệnh lần lượt là 85,2%, 53,8%, và 84,6% cao hơn so với nhóm chứng lần lượt là

51,9%, 36,5%, và 69,2% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, phép kiểm chi bình phương). Các yếu tố khác như số con trong gia đình ≤ 2 , sự hiểu biết của người mẹ về tim bẩm sinh, gia đình có người bị bệnh tim bẩm sinh, nghề nghiệp của mẹ là công nhân, nghề nghiệp tự do không có sự khác biệt ở 2 nhóm bệnh và nhóm chứng ($p > 0,05$, phép kiểm chi bình phương) (bảng 2).

Đối với các yếu tố liên quan đến hệ thống y tế, tỷ lệ khám thai tại trạm y tế xã, bệnh viện quận huyện ở nhóm bệnh là 48,7% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 17,3%. Còn xét về nơi sanh của trẻ, thì tỷ lệ trẻ sanh tại trạm y tế xã, bệnh viện quận và bệnh viện đa khoa tỉnh ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng lần lượt là 35,2 và 50,6% so với 12,2 và 37,2% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, phép kiểm chi bình phương) (bảng 2).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các biến sau khi phân tích đa biến

Biến số	aOR ^(*)	CI 95%	p
Giới	0,88	0,47-1,61	0,67
Cân nặng lúc sinh < 2500 g	0,89	0,05 – 5,32	0,91
Sinh mổ	0,72	0,54 – 2,91	0,26
Hội chứng Down	0,63	0,12 – 1,96	0,25
Dị tật ngoài tim	0,79	0,41 – 2,14	0,14
Tim bẩm sinh không tím	1,6	1,02 – 2,51	0,02

Thu nhập dưới mức thu nhập trung bình	2,27	1,43 - 3,59	0,01
Cư trú ngoài thành phố HCM	7,17	2,97 - 17,34	0,01
Không biết TBS	2,07	0,44 - 9,75	0,36
Học vấn của mẹ chưa tốt nghiệp THPT	2,57	1,47 - 4,49	0,01
Nghề nghiệp nội trợ	2,02	1,28 - 3,18	0,04
Tuổi mẹ < 35	3,1	1,7 - 5,67	0,04
Khám thai tại trạm xá xã, bệnh viện quận	5,03	1,59 - 16,18	0,01
Khám thai tại bệnh viện tỉnh	1,61	0,48 - 5,42	0,44
Sinh tại trạm xá xã, bệnh viện quận	3,19	1,16 - 8,76	0,04
Sinh tại bệnh viện tỉnh	1,14	0,37 - 3,55	0,82

(*) a OR: adjusted OR (OR điều chỉnh); THPT: Trung học phổ thông; HCM: Hồ Chí Minh; TBS: Tim bẩm sinh.

Khi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố có liên quan đến chẩn đoán muộn, nghiên cứu này cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê là tim bẩm sinh không tím (aOR = 1,6, CI 95%: 1,02 - 2,51), thu nhập dưới mức thu nhập trung bình (aOR=2,27, CI 95%: 1,43 - 3,59), cư trú ngoài thành phố Hồ Chí Minh (aOR= 7,17, CI 95%: 2,97 - 17,34), học vấn của người mẹ chưa tốt nghiệp trung học phổ thông (aOR= 2,57, CI 95%: 1,47 - 4,49), nghề nghiệp nội trợ (aOR= 2,02, CI 95%: 1,28 - 3,18, tuổi của mẹ < 35 tuổi (aOR= 3,1, CI 95%: 1,7 - 5,67), khám thai tại trạm xá xã, bệnh viện quận (aOR= 5,03, CI 95%: 1,59 - 16,18), và nơi sinh là trạm xá xã, bệnh viện quận (aOR= 3,19, CI 95%: 1,16 - 8,76) ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 156 ca bệnh có chẩn đoán muộn bệnh tim bẩm sinh cần can thiệp, và 156 ca chứng có chẩn đoán sớm, trong thời gian là một năm. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này được khảo sát 3 nhóm yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn đó là yếu tố do chính bản thân bệnh, nhóm yếu tố có liên quan đến gia đình và người mẹ, nhóm yếu tố có liên quan đến chăm sóc của hệ thống y tế.

Đối với các yếu tố do chính bản thân bệnh nhân, khi xem xét các yếu tố về giới tính thì sự khác biệt về giới tính không ảnh hưởng đến việc phát hiện tim bẩm sinh muộn. Sự không khác biệt về giới trong phát hiện tim bẩm sinh cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác⁽⁴⁾. Điều này có thể giải thích là mối quan tâm đến bệnh của con trong các gia đình hiện nay không có sự phân biệt về giới tính, mặc dù đầu hiện nay quan niệm thích con trai hơn con gái vẫn còn phổ biến tại Việt Nam. Trong nghiên cứu này sinh nhẹ cân < 2500 gram không liên quan đến việc chẩn đoán muộn, ngược lại còn có ý nghĩa giúp cho việc phát hiện tim bẩm sinh sớm tốt

hơn. Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy sinh non là yếu tố giúp cho phát hiện tim bẩm sinh sớm hơn^{(4),(6)}. Điều này có thể giải thích là do tim bẩm sinh có thể làm tăng nguy cơ sinh non, và cũng là một chỉ định của việc tầm soát tim bẩm sinh. Sinh mổ cũng là yếu tố làm gia tăng khả năng chẩn đoán tim bẩm sinh sớm, tuy nhiên không có liên quan đến yếu tố làm giảm nguy cơ chẩn đoán muộn bệnh tim bẩm sinh qua phân tích đa biến. Tương tự các yếu tố như hội chứng Down, các dị tật ngoài tim, qua phân tích đa biến cho thấy không có liên quan đến việc chẩn đoán muộn bệnh tim bẩm sinh, tuy nhiên trong phân tích đơn biến có ghi nhận là những yếu tố làm tăng khả năng phát hiện tim bẩm sinh sớm. Phát hiện này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của một số tác giả^{(3),(6),(7)}. Điều này có thể giải thích là do việc tầm soát các dị tật tim bẩm sinh thường được chỉ định khi bệnh nhân có hội chứng Down, hay có các dị tật khác.

Một yếu tố có liên quan đến chẩn đoán muộn trong nhóm các yếu tố do chính bản thân bệnh đó là loại bệnh tim. Trong nghiên cứu này ghi nhận tim bẩm sinh không tím là yếu tố có liên quan đến phát hiện muộn tim bẩm sinh cần can thiệp ở trẻ em. Phát hiện này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Rhasid U. Điều này có thể là do tim bẩm sinh tím thường có biểu hiện sớm ngay sau sinh nên thường được quan tâm bởi nhân viên y tế và gia đình vì thế khả năng phát hiện sớm tim bẩm sinh để có thể can thiệp kịp thời nhiều hơn. Trong khi đó tim bẩm sinh không có triệu chứng tím thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác hay không được nghĩ là có bệnh tim bởi nhân viên y tế và gia đình nên dẫn đến việc phát hiện muộn. Điều này càng thấy rõ đối với các tuyến phường xã, và quận, huyện. Để có thể tầm soát tốt các bệnh tim bẩm sinh sớm không tím một phương pháp đơn giản có hiệu quả có thể thực hiện tại tuyến quận hay trạm y tế xã đó là đo độ bão hòa oxy qua da như trong một nghiên cứu khác đã cho thấy.

Trình độ học vấn trong nghiên cứu này cũng có liên quan đến việc phát hiện tim bẩm sinh

muộn. Tuy nhiên điều này được ghi nhận khác nhau theo các nghiên cứu trước đây. Có một số nghiên cứu thì ghi nhận có liên quan ở các nước đang phát triển⁽³⁾, còn đối với các nước đang phát triển thì không ghi nhận sự khác biệt giữa phát hiện tim bẩm sinh sớm ở các trình độ học vấn khác nhau của người mẹ^{(4),(6),(7)}. Sự chưa rõ ràng về yếu tố trình độ học vấn có liên quan đến chẩn đoán muộn tim bẩm sinh phải chăng là ngoài trình độ học vấn của người mẹ có thể có các yếu tố khác ảnh hưởng đến sự nhận thức của gia đình và người mẹ về việc phát hiện tim bẩm sinh sớm như vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe và khả năng của hệ thống y tế.

Nghề nghiệp của mẹ là nội trợ, hay tuổi của mẹ dưới 35 tuổi có liên quan đến việc phát hiện muộn tim bẩm sinh trong nghiên cứu này qua phân tích đa biến. Nghề nghiệp của mẹ là nội trợ thì khả năng trẻ được phát hiện tim bẩm sinh sớm thấp, đây là yếu tố chưa được ghi nhận nhiều trong các nghiên cứu trước đây^{(7),(8)}. Điều này phải chăng là do người mẹ chỉ làm nội trợ do công việc hay do trình độ học vấn nên ít có cơ hội tiếp xúc với các truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh tim bẩm sinh nên không thể phát hiện sớm bệnh. Điều này cần phải nghiên cứu thêm, vì đây chỉ là phát hiện bước đầu. Đối với tuổi của người mẹ thì các nghiên cứu của tác giả khác thì không ghi nhận có sự liên quan về tuổi đối với việc chẩn đoán muộn tim bẩm sinh trong các nghiên cứu tại các nước phát triển^{(3),(6),(7)}. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do tại Việt Nam các bà mẹ dưới 35 tuổi thường ít kinh nghiệm về chăm sóc con hơn, đồng thời cũng thuộc nhóm ít nguy cơ tầm soát các bệnh cho con nên thường không được quan tâm tầm soát bệnh tim cho trẻ sinh ra.

Nghiên cứu này ghi nhận yếu tố hệ thống y tế liên quan đến nơi khám thai và nơi sinh của các bà mẹ có liên quan đến việc phát hiện muộn tim bẩm sinh. Nơi khám thai tại trạm xá xã, hay bệnh viện quận huyện có liên quan đến phát hiện muộn bệnh tim bẩm sinh. Yếu tố nơi khám thai có ảnh hưởng đến việc phát hiện muộn tim bẩm sinh cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác. Khả năng phát hiện tim bẩm sinh sớm trong thời kỳ bào thai sẽ được tăng lên nếu được gợi ý chẩn đoán qua siêu âm tiền sản. Điều này cũng có thể thực hiện tại tuyến y tế cơ sở nếu nhân viên chịu trách nhiệm siêu âm thai trong theo dõi sản phụ được huấn luyện về những đường cắt cơ bản trong siêu âm cho thai phụ⁽⁶⁾. Tuy nhiên đây vẫn không phải là lý do chính làm

cho việc khám thai tại tuyến y tế cơ sở phường xã hay quận huyện dẫn đến chậm phát hiện tim bẩm sinh, mà còn có nhiều yếu tố khác. Bởi vì có những trường hợp không có chẩn đoán tiền sản tại các tuyến y tế cơ sở nhưng bệnh nhi vẫn được phát hiện sớm tim bẩm sinh. Đồng thời có những trường hợp được tiến hành siêu âm tiền sản nhưng vẫn phát hiện muộn tim bẩm sinh ở trẻ bị tim bẩm sinh. Để phát hiện tim bẩm sinh cần can thiệp kịp thời cho trẻ, ngoài năng lực chẩn đoán tiền sản thì khả năng phát hiện tim bẩm sinh sau khi sinh đóng vai trò rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Để giảm tỷ lệ phát hiện muộn tim bẩm sinh cần can thiệp tim mạch cần nhiều biện pháp phối hợp. Đó là nâng cao năng lực phát hiện tim bẩm sinh của các tuyến y tế thông qua huấn luyện, các trang bị thiết yếu, và phối hợp chặt chẽ giữa các tuyến trong chăm sóc các trường hợp nghi ngờ tim bẩm sinh, đồng thời tăng cường các kênh truyền thông giáo dục sức khỏe cho phụ nữ mang thai phù hợp với các lứa tuổi, trình độ, nghề nghiệp, và có chính sách về việc nâng cao đời sống cho các gia đình ở các vùng xa có thể tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Bàng, Lê Ngọc Lan (2013)**, *Bài giảng nhi khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr.15-35.
2. **Bệnh viện Nhi đồng 1 (2013)**, *Phác đồ điều trị*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr.521- 652.
3. **Castro F, Zúñiga J, Higuera G, Donderis MC, Gómez B, Motta J (2016)**, "Indigenous Ethnicity and Low Maternal Education Are Associated with Delayed Diagnosis and Mortality in Infants with Congenital Heart Defects in Panama", *PLoS ONE*, | DOI:10.1371/journal.pone.0163168.
4. **Dawson A, Cassell CH, Riehle-Colarusso T et al (2013)**, "Factors associated with late detection of critical congenital heart disease in newborns", *Pediatrics*, 132(3), pp. 604-611.
5. **Eckersly L, Sadler L, Parry E, Finucane K, Gentles TL (2016)**, "Timing of diagnosis affect mortality in critical congenital heart disease", *Arch Dis Child*, 101(6), pp. 516-520.
6. **Liberman RE, Getz KD, Lin AE (2014)**, "Delayed diagnosis of critical congenital heart disease: trends and associated factors", *Pediatrics*, 134 (2), pp. 373 -381.
7. **Peterson C, Ailes E, Riehle-Colarusso T (2014)**, "Late detection of critical congenital heart disease among us infants" *JAMA Pediatr*, 168(4), pp. 361-370.
8. **Phuc VM, Tin DN, Giang DTC (2015)**, "Challenges in the management of congenital heart disease in Vietnam: A single center experience", *Ann Pediatr Cardiol*, 8(1), pp. 44-46.

KẾT QUẢ THEO DÕI SỰ THAY ĐỔI NỐT MỜ PHÁT HIỆN TRÊN CHỤP SÀNG LỌC BẰNG CẮT LỚP VI TÍNH LIỀU THẤP QUA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH THƯỜNG QUY

Nguyễn Tiến Dũng¹, Ngô Quý Châu², Nguyễn Quốc Dũng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện ở 28 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính theo dõi các nốt mờ đã phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính liều thấp nhằm mục đích phát hiện sự thay đổi kích thước để chẩn đoán sớm ung thư phổi. Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi có một số kết luận sau:

- Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu hút thuốc trên 22 bao-năm
- Về kết quả chụp cắt lớp theo dõi phát hiện có 5/28 (17,9%) ca có nốt mờ tăng kích thước, 10/28 (35,7%) nốt mờ giảm kích thước và 13/28 (46,4%) không thấy nốt mờ.
- Về kết quả mô bệnh học và giai đoạn bệnh theo TNM phát hiện thêm 2 trường hợp ung thư và đều ở giai đoạn IIIA.
- Phát hiện thêm 1 ca lao

Tóm lại: Chụp CLVT liều thấp là một trong những kỹ thuật phát hiện sớm những tổn thương nhỏ trong phổi, chụp CLVT theo dõi là cần thiết để các nhà lâm sàng có kế hoạch theo dõi sát sự thay đổi của những tổn thương này nhằm phát hiện sớm các tổn thương ác tính cũng như điều trị sớm để kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

Từ khóa: cắt lớp vi tính, nốt mờ

SUMMARY

THE RESULTS OF THE OBSERVATION OF NODULE'S CHANGES DETECTED ON SCREENING BY LOW-DOSE COMPUTED TOMOGRAPHY THROUGH ROUTINE COMPUTED TOMOGRAPHY

The study was conducted in 28 patients with routine computed tomography for observation of nodules which detected on a low-dose computed tomography, the purpose of detecting a change in size for early diagnosis of lung cancer. Through the research we have some conclusions as follows:

The majority of patients in the study group smoked over 22 pack-year

The results of the follow-up scan showed 17.9% of cases with increased nodule size, 35.7% nodule diminished size and 46.4% not found nodule.

On the histopathology results, we detected more 2 cases of lung cancers, these two are in stage IIIA.

One more case of TB was detected

Summary: Low-dose computer tomography is one

of the techniques for early detection of small lesions in the lung, routine computed tomography is needed to clinicians plan to closely monitor the change of these lesions, early detection of malignant lesions as well as early treatment to extend the patient's life time.

Keywords: computed tomography, nodule

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư thường gặp. Bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới, đa số gặp ở những người cao tuổi. Theo thống kê của IARC (International Agency for Research on Cancer) giai đoạn 2000-2003 [1], tần suất mắc chuẩn theo tuổi của UTP tại một số vùng trên thế giới rất khác nhau và tỷ lệ UTP vẫn tiếp tục tăng ở phần lớn các nước trên thế giới. Năm 2015, ở Hoa Kỳ có khoảng 221.200 trường hợp UTP mới được phát hiện và khoảng 158.040 ca tử vong do UTP, chiếm 28% tổng số tử vong do ung thư [2]. Ở Việt Nam, theo Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2006), ung thư phế quản - phổi chiếm 20% trong tổng số các ung thư, là ung thư phổ biến nhất ở nam giới và đứng hàng thứ ba trong số các ung thư ở nữ giới sau ung thư vú và ung thư dạ dày [4]. Tần số mắc UTP tăng dần theo lứa tuổi. Tuổi thường gặp từ 35 đến 75 tuổi, đỉnh cao ở lứa tuổi trên 60 [5]. Dưới 15% UTP sống được trên 5 năm và 80% tử vong trong vòng một năm sau chẩn đoán, chỉ có khoảng 10% các trường hợp UTP được chẩn đoán có khả năng phẫu thuật. Do đó việc chẩn đoán sớm và theo dõi có ý nghĩa vô cùng quan trọng để kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

Hiện nay, trong chẩn đoán ung thư, có nhiều phương pháp để có thể phát hiện những khối u nhỏ. Tuy nhiên trên thực tế không có một phương pháp nào có hiệu quả thực sự để phát hiện sớm những bệnh này. Trong chẩn đoán hình ảnh, có 2 phương pháp được sử dụng để phát hiện sớm UTP là phương pháp chụp X quang thường quy và phương pháp chụp CLVT liều thấp. Phương pháp chụp CLVT liều thấp có nhiều ưu điểm và hiệu quả hơn trong việc phát hiện các nốt mờ ở phổi, đặc biệt là các nốt mờ nhỏ mà phương pháp chụp X quang thường quy không phát hiện được.

Theo nhiều nghiên cứu, việc theo dõi phát hiện sự thay đổi của nốt mờ phải được kiểm tra

¹Khoa Hô hấp – Dị ứng Bệnh viện Hữu Nghị

²Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai

³Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: bvvietxo@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

định kỳ, thường xuyên để hỗ trợ chẩn đoán và có hướng điều trị thích hợp là vô cùng quan trọng. Tại Bệnh viện Hữu Nghị đa phần bệnh nhân có nốt mờ cần theo dõi là những đối tượng cao tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ mắc UTP. Hơn nữa, bệnh viện được trang bị máy chụp cắt lớp vi tính Somatom 2 dãy đa chức năng, vừa có thể chụp liều thấp, vừa chụp thường quy theo dõi, đồng thời đây là cơ sở rất thuận tiện cho việc theo dõi và quản lý lâu dài bệnh nhân. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét kết quả chụp theo dõi nốt mờ phổi phát hiện trên chụp CLVT liều thấp

2. Đánh giá kết quả chẩn đoán nốt mờ sau chụp theo dõi

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên 28 bệnh nhân đã được phát hiện có nốt mờ không canxi hóa trên chụp CLVT liều thấp. Các bệnh nhân đã nằm trong tiêu chuẩn lựa chọn khi chụp CLVT liều thấp là:

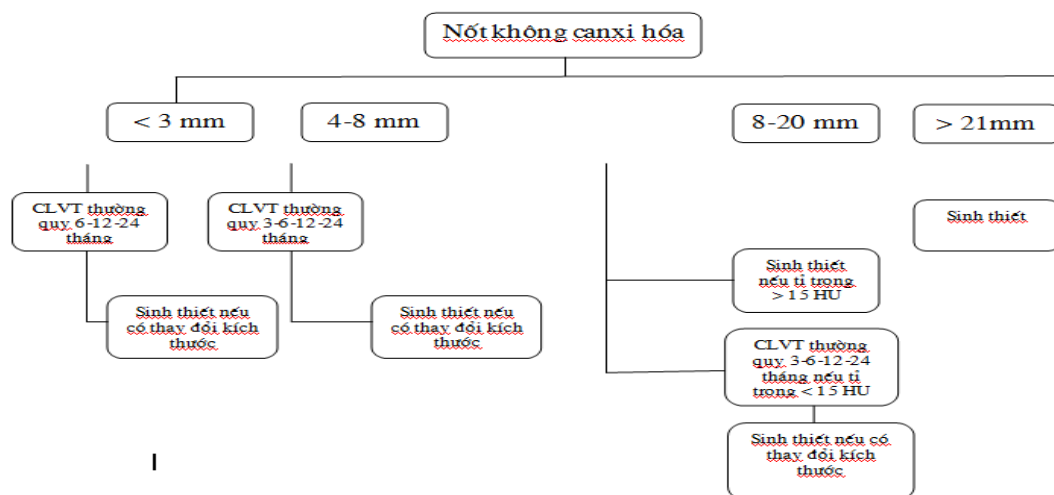
+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tuổi trên 60
- Tiền sử hút thuốc lá >20 bao-năm

+ Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Đã được chẩn đoán ung thư phổi trước đó
- Bệnh máu gây rối loạn đông cầm máu
- Đã cắt toàn bộ phổi một bên
- Suy tim, suy hô hấp nặng
- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn nặng (FEV1 < 1L)

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Những bệnh nhân được chụp theo dõi sẽ được ghi chép sự thay đổi kích thước trên chụp cắt lớp vi tính thường quy theo từng giai đoạn, cùng kết quả sinh thiết, phẫu thuật nếu có.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu phân tích bằng phần mềm SPSS 16 và Epi 6.04 với các test thống kê thường dùng trong y học.

+ Thời gian thực hiện: 3 năm từ tháng 8/2015 đến tháng 1/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả

2.2.2. Phương pháp tiến hành

2.2.2.1. Lựa chọn đối tượng chụp theo dõi: Tất cả các bệnh nhân được phát hiện có nốt mờ không canxi hóa trên chụp CLVT liều thấp không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ được làm các xét nghiệm tiếp theo

2.2.2.2. Xét nghiệm dấu ấn ung thư: Tất cả các bệnh nhân có nốt mờ ở phổi đều được làm xét nghiệm dấu ấn ung thư như: CEA, NSE, Cyfra 21-1...

2.2.2.3. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh

Sử dụng máy chụp cắt lớp vi tính Somatom 2 dãy tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị, các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ngực thường quy có tiêm thuốc cản quang theo dõi nốt mờ đã phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp để phát hiện sự thay đổi kích thước tổn thương, phát hiện tổn thương mới và đánh giá giai đoạn bệnh.

2.2.2.4. Chẩn đoán nốt mờ: Những bệnh nhân có nốt mờ thay đổi kích thước sẽ được sinh thiết hoặc phẫu thuật nếu nghi ngờ ác tính để chẩn đoán.

2.3. Quy trình theo dõi nốt mờ: Những bệnh nhân có nốt mờ không canxi hóa trên cắt lớp vi tính ngực liều thấp sẽ được theo dõi và làm xét nghiệm theo sơ đồ nghiên cứu sau:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 39/312 ca có nốt mờ không canxi hóa được phát hiện trên chụp CLVT liều thấp, có 9 ca được chẩn đoán ngay sau chụp sàng lọc, còn lại 28 ca được chụp theo dõi

3.1. Đặc điểm tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Có nốt mờ	
	n	%
60-69	4	14,3
70-79	18	64,3
80-90	6	21,4
Tổng số	28	100

Tuổi trung bình và độ lệch chuẩn: 71,19 ± 7,40.

Nhận xét: hầu hết bệnh nhân chụp theo dõi có độ tuổi từ 70-79, trong đó tuổi thấp nhất là 60, cao nhất là 88.

3.2. Tiền sử hút thuốc lá: Thời gian hút thuốc trung bình là 20,96 ± 1,08 bao-năm. Bệnh nhân hút thuốc ít nhất là 20 bao-năm, nhiều nhất là 32 bao-năm, trong đó nhóm hút >22

bao-năm chiếm nhiều nhất.

3.3. Kết quả chụp CLVT ngực theo dõi

CLVT ngực theo dõi			
Tổng số ca chụp	Tăng kích thước	Giảm kích thước	Không thấy nốt
28(100%)	5(17,9%)	10(35,7%)	13(46,4%)

Nhận xét: Trong số bệnh nhân được chụp theo dõi, có 5 trường hợp phát hiện thấy tăng kích thước, 10 trường hợp kích thước giảm và 13 trường hợp không thấy nốt

3.4. Kết quả mô bệnh học

Loại tổn thương	n	%
Ung thư	2	40
Lao	1	20
Nấm	0	0
Viêm mạn tính	2	40
Tổng số	5	100

Nhận xét: Trong tổng số 5 ca có chỉ định sinh thiết, có 2 ca ung thư, 1 ca lao và 2 ca viêm mạn tính được theo dõi tiếp.

3.5. Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu theo nguyên nhân gây bệnh

Xét nghiệm hóa sinh	Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu			Tổng số
	Ung thư	Lao	Viêm mạn tính	
Canxi máu: < 2.6 mmol/l	2 (100%)	1(100%)	2 (100%)	5 (100%)
>2.6 mmol/l	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
CEA: <3 ng/ml	1(50%)	1(100%)	2(100%)	4(80%)
>3ng/ml	1(50%)	0(0%)	0 (0%)	1(20%)
NSE: <16,3 ng/ml	1(50%)	1(100%)	1(50%)	3(60%)
>16,3 ng/ml	1(50%)	0(0%)	1(50%)	2(40%)
Cyfra 21-1: <3,3 ng/ml	2(100%)	1(100%)	2(100%)	5(100%)
>3,3 ng/ml	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân được làm xét nghiệm sinh hóa máu chúng tôi nhận thấy xét nghiệm Canxi máu của toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu không tăng. Đối với xét nghiệm dấu ấn ung thư: CEA và NSE tăng nhẹ ở 1 bệnh nhân ung thư, còn lại 1 bệnh nhân ung thư không thấy tăng các dấu ấn ung thư này, với xét nghiệm Cyfra 21-1 thì không thấy tăng ở toàn bộ các bệnh nhân được phát hiện ung thư. Đặc biệt trong 2 bệnh nhân kết quả giải phẫu bệnh viêm mạn tính, có 1 trường hợp NSE tăng nhẹ. Hiện chúng tôi vẫn theo dõi sát bệnh nhân này.

3.6. Phân giai đoạn ung thư

Giai đoạn	n	%
IA	0	0
IB	0	0
IIA	0	0
IIB	0	0
IIIA	2	100
IIIB	0	0
IV	0	0
Tổng	2	100

Nhận xét: 2 ca ung thư phổi được phát hiện thêm đều ở giai đoạn IIIA

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới của nhóm nghiên cứu: Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tuổi thấp nhất là 60, cao nhất là 88, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 71,19. Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trên 65, đặc biệt ở nhóm tuổi từ 70-79 chiếm tỉ lệ cao nhất 64,3% (18/28 bệnh nhân)

Mặt khác, trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân có nốt mờ thay đổi nằm rải rác toàn bộ các nhóm tuổi, tuy nhiên 2 bệnh nhân ung thư được phát hiện đều nằm trong nhóm từ 70-79. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Henschke, độ tuổi 70-79 mắc UTP cũng chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 45,2% [6].

Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là chủ yếu là nam vì đây là đặc thù của Bệnh viện Hữu Nghị có số lượng bệnh nhân nam là chủ yếu, đồng thời nam giới cũng là thành phần hút thuốc chủ yếu, tuy nhiên chúng tôi gặp 2 trường hợp nữ hút thuốc. Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu NLST có tỉ lệ nữ cao [7]. Theo chúng

tôi có thể do truyền thống văn hóa tại Việt Nam nữ ít hút thuốc.

4.2. Tiền sử hút thuốc lá và môi liên quan đến bệnh: Hút thuốc lá - là một trong những yếu tố nguy cơ chính gây UTP. Người hút thuốc có nguy cơ mắc UTP cao gấp từ 6 đến 30 lần so với người không hút thuốc.

Khi khai thác tiền sử phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ ở các bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi nhận thấy số bao-năm trung bình là $20,96 \pm 1,08$, thời gian hút thuốc thấp nhất là 20 bao năm, nhiều nhất là 32 bao năm, trong đó nhóm hút >22 bao năm chiếm nhiều nhất.

Trong các bệnh nhân UTP của nhóm nghiên cứu đều có tiền sử hút thuốc trên 22 bao-năm, của Lê Thị Thanh Mai là 62% [8]. Như vậy có thể thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân ung thư có tiền sử hút thuốc nhiều cao hơn hẳn so với những bệnh nhân hút thuốc số lượng ít. Theo nhiều nghiên cứu, người hít khói thuốc lâu ngày có nguy cơ bị ung thư cao hơn 1,5 lần so với những người không tiếp xúc. Điều này khẳng định tầm quan trọng trong việc tư vấn không hút thuốc hoặc cai thuốc cho mọi người.

4.3. Kết quả chụp CLVT theo dõi: Trong tổng số 28 trường hợp chụp theo dõi, chúng tôi nhận thấy có tới 46,4% (13/28 ca) nốt mờ phát hiện trên chụp CLVT liều thấp không thấy trên chụp CLVT theo dõi, 35,7% (10/28 ca) nốt mờ giảm kích thước. Đặc biệt gặp 17,9% (5/28 ca) bệnh nhân có nốt mờ ở phổi có tăng kích thước. Thời gian chụp theo liệu trình đã định sẵn và theo khuyến cáo quốc tế. Kết quả các nghiên cứu khác cũng cho thấy đa phần các nốt mờ đều là tổn thương lành tính, đặc biệt nốt mờ dưới 4 mm. Nghiên cứu của Hasegawa và cộng sự nhận thấy thời gian nhân đôi thể tích của nốt kính mờ là 813 ngày và 189 ngày của nốt đặc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 2 ca ung thư, 1 ca được phát hiện sau 90 ngày (3 tháng) kể từ ngày phát hiện nốt mờ khi chụp CLVT liều thấp, 1 ca phát hiện sau 180 ngày (6 tháng) khi sinh thiết lần 2, điều này có ý nghĩa rất lớn trong việc chọn thời điểm sinh thiết chẩn đoán hợp lý để tránh bỏ sót hoặc có định hướng phẫu thuật sớm nếu điều kiện cho phép.

4.4. Kết quả mô bệnh học: Trong tổng số bệnh nhân được chụp theo dõi, có 40% (2/5) bệnh nhân mắc ung thư, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của MILD (Multicentric Italian Lung Detection) phát hiện chỉ có 15% các trường hợp có nốt từ 5-8mm được theo dõi là ung thư sau 3 tháng kiểm tra lại, trong số được kiểm tra trong nghiên cứu MILD này có tới 87%

các nốt mờ là âm tính. Sự khác nhau về tỉ lệ phát hiện ung thư trong 2 nghiên cứu này có thể trong nghiên cứu của chúng tôi 2 trường hợp phát hiện ra ung thư có đường kính nốt mờ trên 15mm lớn hơn so với đường kính nốt mờ trong nhóm nghiên cứu MILD.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thêm 1 trường hợp là u lao, bệnh nhân này đã được điều trị nội khoa với 4 thuốc chống lao và qua theo dõi tổn thương trên Xquang có nhỏ đi, các triệu chứng được cải thiện.

4.5. Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu: Vai trò của các dấu ấn ung thư trong máu đã được chỉ ra trong nhiều nghiên cứu, không chỉ có ý nghĩa trong việc nghiên cứu về sinh học khối u mà còn có vai trò chẩn đoán, tiên lượng kết quả điều trị. Tuy nhiên chưa có dấu ấn ung thư nào có độ đặc hiệu là 100% nên việc áp dụng để chẩn đoán ung thư còn có những hạn chế nhất định, dấu ấn ung thư tăng không khẳng định được chẩn đoán, dấu ấn ung thư bình thường chưa loại trừ UTP. Tuy nhiên khi kết hợp các dấu ấn ung thư sẽ làm tăng độ đặc hiệu trong chẩn đoán UTP. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân UTP có nồng độ CEA và NSE cùng tăng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Molina R và cộng sự, khi kết hợp các dấu ấn ung thư làm tăng độ đặc hiệu lên 82% trong chẩn đoán UTP không tế bào nhỏ.

4.6. Phân giai đoạn bệnh theo TNM: Việc phát hiện sớm các tổn thương ở phổi là quan trọng, nhưng việc theo dõi các tổn thương chưa được chẩn đoán để phát hiện sự thay đổi là rất cần thiết, bệnh nhân phát hiện giai đoạn càng sớm thì thời gian sống thêm càng kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân phát hiện thêm ung thư qua chụp theo dõi là 2 trường hợp và toàn bộ 100% phát hiện được ở giai đoạn IIIA. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu khác chỉ ra đa phần bệnh nhân ung thư phổi đều phát hiện ở giai đoạn muộn, khoảng 60-70% bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn lan tràn [12][13]. Như vậy bước đầu có thể khẳng định được chụp CLVT liều thấp phát hiện sớm những tổn thương nhỏ trong phổi và chụp CLVT theo dõi sự thay đổi khối u là cần thiết để các nhà lâm sàng có định hướng kế hoạch chẩn đoán và điều trị sớm những tổn thương này để kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu hút thuốc trên 22 bao-năm
- Về kết quả chụp cắt lớp theo dõi phát hiện có 5/28 (17,9%) ca có nốt mờ tăng kích

thước, 10/28 (35,7%) nốt mờ giảm kích thước và 13/28 (46,4%) không thấy nốt mờ.

- Về kết quả mô bệnh học và giai đoạn bệnh theo TNM phát hiện thêm 2 trường hợp ung thư và đều ở giai đoạn IIIA.

- Phát hiện thêm 1 ca lao

Chụp CLVT theo dõi các tổn thương nhỏ phát hiện trên chụp CLVT liều thấp là rất cần thiết nhằm phát hiện sớm UTP giúp cho việc điều trị có hiệu quả hơn để kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

- Ngoài ra chụp CLVT theo dõi còn có khả năng đánh giá được nguy cơ ác tính của nốt mờ, phát hiện thêm tổn thương mới và đánh giá giai đoạn bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC (2003)**. Scientific Publication No. 155: Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII. Edited by Parkin DM, Whelan SL.
2. **American Cancer Society (2015)**. *Cancer Facts & Figures*.

3. **John K. Field (2012)**. Perspective: The screening imperative. *Nature*, 513.

4. **Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2006)**. Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001- 2004 qua ghi nhận ung thư tại năm tỉnh thành Việt Nam. *Y học thực hành*, 541: p. 9-17.

5. **Hoàng Đình Chân, Võ Văn Xuân, Bùi Công Toàn, Đỗ Tuyết Mai (2005)**. Nghiên cứu các biện pháp chẩn đoán sớm và điều trị phổi hợp ung thư phổi. Đề tài cấp nhà nước, chương trình KC 10-06. p12-33

6. **Henschke C.I., McCauley D.I., Yankelevitz D.F, Naidich D.P., McGuinness G., Miettinen O.S., et al.** Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening *Lancet* 1999 ; 354 : 99-105

7. **The National Lung Screening Trial Research Team:** Results of Initial Low Dose Computed Tomographic Screening for Lung Cancer, *N Engl J Med*. 2013 May 23; 368(21):1980-1991

8. **Lê Thị Thanh Mai (2003)**, " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của tràn dịch màng phổi do ung thư phổi màng phổi nguyên phát". Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II- Đại học Y Hà Nội.

XÁC ĐỊNH KHUYẾT TẬT NGÔN NGỮ Ở TRẺ TỪ MỘT ĐẾN 6 TUỔI VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH HẢI DƯƠNG

Đinh Thị Hoa*, Vũ Thị Bích Hạnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố nguy cơ liên quan khuyết tật ngôn ngữ ở trẻ em tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Nhi Hải Dương. **Phương pháp:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu lấy được là 206 trẻ. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khuyết tật ngôn ngữ chung (KTNN) theo chẩn đoán lâm sàng là 38,83%, trong đó tỷ lệ KTNN đơn thuần là 14,08%, KTNN phối hợp là 24,75%. Có các yếu tố nguy cơ liên quan đến KTNN là độ tuổi của trẻ, trẻ sinh non tháng, trẻ sinh thiếu cân, hành vi, chậm phát triển vận động và tiền sử anh chị em của trẻ có KKNV và nghề nghiệp của bố mẹ. **Kết luận:** Tỷ lệ KTNN ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Hải Dương là 38,83% và có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến khuyết tật ngôn ngữ.

Từ khóa: khuyết tật ngôn ngữ.

SUMMARY

IDENTIFY THE INCIDENCE OF LANGUAGE

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghhoa@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2018

Ngày duyệt bài: 17.12.2018

IMPAIRMENT OF CHILDREN AGES FROM 1-6 YEARS OLD AND A NUMBER OF RISK FACTORS AT HAI DUONG CHILDREN HOSPITAL

Objectives: To determine the rate and some risk factors associated with language impairment of children at rehabilitation department of Haiduong children hospital. **Methods:** Using a cross-sectional study, the sample size was 206 children. **Results:** The results of the study show that, the rate of language impairment is 38.83%, of which the specific language impairment is merely 14.08%, the complex language impairment is 24.75% %. There are some risk factors related to the language impairment of the children in the study. That are premature birth, low birth weight, behavior, motor developmental delays, sibling history of children with language impairment and the occupation of parents of the child. **Conclusion:** The rate of the language impairment of children at Haiduong children hospital is 38.83% and there are many risk factors related to this language impairment.

Key words: Language impairment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần *SLI (specific language impairment)*: Là rối loạn phát triển ở trẻ em mà trẻ khiếm khuyết rõ rệt về khả năng ngôn ngữ nhưng không kèm theo các tình trạng khác: Không bị thiếu năng trí tuệ; Khả

năng nghe trong giới hạn bình thường; Không khiếm khuyết thần kinh hoặc thần kinh cơ; Không có các rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và không có khác biệt và khiếm khuyết môi trường [1]. Khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần hay rối loạn ngôn ngữ đơn thuần ở trẻ em là một bệnh thường gặp trong lĩnh vực ngôn ngữ trị liệu. Theo NC của Black (2012) ở Hoa Kỳ có gần 8% trẻ từ 3-17 tuổi có rối loạn về ngôn ngữ, trong đó có 55% trẻ được điều trị [2]. Theo thống kê ở Việt Nam (2013), có khoảng 1,3 triệu trẻ khuyết tật trong đó tỉ lệ trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ chung (đơn thuần và phối hợp): 19%; Khiếm thính: 12,43% [3].

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có số liệu thống kê về tỷ lệ trẻ mắc chung và tỷ lệ trẻ được điều trị nhưng ước lượng tỉ lệ trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ ngày càng gia tăng, khiếm khuyết này không chỉ ảnh hưởng đến quá trình phát triển ngôn ngữ, học tập của trẻ mà còn góp phần làm chậm quá trình phát triển chung của trẻ. Vì vậy các chương trình sàng lọc phát hiện sớm và phục hồi các bệnh lý ngôn ngữ được đặt ra là một đòi hỏi khách quan, một nhu cầu cấp thiết đối với ngành y tế.

Trong lĩnh vực ngôn ngữ trị liệu cho trẻ em hiện nay cũng chưa xây dựng được chuẩn phát triển ngôn ngữ bình thường, chưa có bộ công cụ nào được chuẩn hóa ứng dụng vào chẩn đoán và điều trị các khiếm khuyết về ngôn ngữ – giao tiếp ở trẻ em và cũng là công cụ phục vụ cho việc giảng dạy và nghiên cứu chuyên ngành ngôn ngữ trị liệu trong Phục hồi chức năng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Xác định khuyết tật ngôn ngữ ở trẻ từ 1 đến 6 tuổi và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan khuyết tật ngôn ngữ tại bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương*” với mục tiêu “*Xác định tỷ lệ trẻ có khuyết tật ngôn ngữ và một số yếu tố nguy cơ ở trẻ em từ 1 đến 6 tuổi tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương*”.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm nhóm trẻ và kết quả chẩn đoán lâm sàng

Nhóm tuổi	Trẻ có ngôn ngữ bình thường		Trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
1-2	23	57,5	17	42,5	40	100	0,002
2-3	21	45,7	25	54,3	46	100	
3-4	25	62,5	15	37,5	40	100	
4-5	22	55,0	18	45,0	40	100	
5-6	35	87,5	5	12,5	40	100	
Tổng	126	61,2	80	38,8	206	100	

Nhận xét: Trong tổng số 206 trẻ đến khám tỷ lệ khiếm khuyết ngôn ngữ là 38,8%. Nhóm trẻ có tỷ lệ cao nhất là 2-3 tuổi (54,3%). Có sự khác biệt với $p < 0,05$ giữa các nhóm trẻ có và không có KKN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (NC) Trẻ em từ 1-6 tuổi thường trú tại tỉnh Hải Dương. Gồm trẻ phát triển ngôn ngữ bình thường và trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần hay phối hợp bệnh lý như tự kỷ, bại não ...

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ có khả năng hợp tác tốt khi làm trắc nghiệm ngôn ngữ và được bố mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có bố mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2018

Địa điểm: Khoa PHCN, bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương. Bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương là bệnh viện chuyên khoa hạng 2, quy mô 250 giường. Tần số khám bệnh trung bình một ngày khoảng 250 bệnh nhi.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, ước lượng một tỷ lệ trong quần thể. Cỡ mẫu đã lấy là 206 trẻ.

2.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

***Công cụ:** Phiếu nghiên cứu, dụng cụ ống nghe, búa phản xạ... kèm theo. Kết quả khám và chẩn đoán của bệnh phòng dựa vào biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng do các bác sĩ khoa Phục hồi chức năng khám bệnh chẩn đoán, sử dụng test Denver II có đồ chơi dụng cụ kèm theo.

***Kỹ thuật thu thập số liệu:** Khai thác bệnh sử/ thăm khám tổng quan theo phiếu nghiên cứu. Đánh giá khiếm khuyết ngôn ngữ bằng test Denver II.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu của NC được xử lý bằng phần mềm spss 20.0. Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Phân loại theo bệnh lý trên lâm sàng

Phân loại bệnh	Tỷ lệ	
	n	%
Trẻ phát triển các lĩnh vực bình thường	122	59,22
Tự kỷ	43	20,87
Bại não	8	3,88
Chậm PTNN+ Rối loạn NN (khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần)	29	14,08
Khiếm khuyết thần kinh (liệt VII, tăng động, liệt 1/2 người)	4	1,94
Tổng	206	100

Nhận xét: Kết quả NC chỉ gặp một số bệnh lý như tự kỷ, bại não. Tỷ lệ trẻ mắc tự kỷ khá cao chiếm 20,87%, bại não 3,88%, trẻ khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần là 14,08%.

Bảng 3.3. Liên quan giữa quá trình sau sinh của trẻ và KKNN

Biến số	KKNN		Có		Không		Các chỉ số		
	n	%	n	%	N	%	OR	95%CI	p
Tuổi thai: Thiếu tháng	14	70,0	6	30,0	4,24	1,56-11,56			<0,05
Đủ tháng, già tháng	66	35,5	120	64,5	1				
Cân nặng lúc sinh: Thiếu cân	16	84,2	3	15,8	10,25	2,88-36,48			<0,05
Đủ cân	64	34,2	123	65,8	1				
Tổng	80	38,8	126	61,2					

Nhận xét: Nguy cơ KKNN ở trẻ sinh thiếu tháng cao hơn 4,24 lần so với trẻ sinh đủ tháng. Nguy cơ KKNN ở trẻ sinh thiếu cân cao gấp 10,25 lần so với trẻ sinh đủ cân. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Liên quan giữa tuổi, giới, số anh chị em và số thứ tự của trẻ trong gia đình với tình trạng KKNN

Biến số	KKNN		Có		Không		Các chỉ số		
	n	%	n	%	n	%	OR	95%CI	p
Giới: Trai	55	39,9	83	60,1	1,14	0,63-2,08			>0,05
Gái	25	36,8	43	63,2	1				
Tổng số con trong gia đình									
≥3	15	48,4	16	51,6	1,59	0,66-3,80			>0,05
2	42	37,2	71	62,8	1,00	0,53-1,90			>0,05
1	23	37,1	39	62,9	1				
Hành vi: Có	44	48,9	46	51,1	2,13	1,20-3,76			<0,05
Không	36	31,0	80	69,0	1				
Trẻ có khiếm khuyết vận động									
Có	20	80,0	5	20,0	8,07	2,89-22,54			<0,05
Không	60	33,1	121	66,9	1				
Anh/chị/em có khiếm khuyết ngôn ngữ									
Có	10	66,7	5	33,3	3,46	1,14-10,52			<0,05
Không	70	36,6	121	63,4	1				
Tổng	80	38,8	126	61,2					

Nhận xét: Có mối liên quan giữa hành vi của trẻ, trẻ có khiếm khuyết vận động, có anh/chị/em có khiếm khuyết ngôn ngữ với tình trạng bất thường ngôn ngữ. Nguy cơ KKNN ở trẻ có vấn đề về hành vi cao gấp 2,13 lần trẻ bình thường. Trẻ có khiếm khuyết vận động có nguy cơ khiếm khuyết ngôn ngữ cao gấp 8,07 lần trẻ bình thường và trẻ có anh/chị/em bị khiếm khuyết ngôn ngữ có nguy cơ bị khiếm khuyết ngôn ngữ cao gấp 3,46 lần trẻ không có anh/chị/em bị khiếm khuyết ngôn ngữ. Sự khác biệt là có nghĩa thống kê. Những trẻ sống trong gia đình có trên 3 con có nguy cơ bất thường ngôn ngữ cao hơn so với trẻ là con một, số con trong gia đình nhỏ hơn 3, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Liên quan giữa tuổi mẹ khi sinh trẻ, nghề nghiệp và trình độ học vấn của bố mẹ trẻ và khuyết tật ngôn ngữ ở con

Biến số	KKNN		Có		Không		Các chỉ số		
	n	%	n	%	n	%	OR	95%CI	p
Nghề nghiệp mẹ									
Nông dân, công nhân	47	36,2	83	63,8	1,02	0,43-2,39			>0,05
Nghề khác	23	47,9	25	52,1	1,66	0,64-4,32			>0,05

Cán bộ, viên chức	10	35,7	18	64,3	1		
Trình độ mẹ							
Hết cấp 1,2	20	37,0	34	63,0	0,93	0,44-1,94	>0,05
Phổ thông	34	40,0	51	60,0	1,05	0,55-2,02	>0,05
Trung cấp, CĐ/ĐH/SDH	26	38,8	41	61,2	1		
Nghề nghiệp bố							
Nông dân, công nhân	40	34,5	76	65,5	1,32	0,58-3,01	>0,05
Nghề khác	30	54,5	25	44,5	3,00	1,21-7,42	<0,05
Cán bộ, viên chức	10	28,6	25	71,4	1		
Trình độ bố							
Hết cấp 1,2	18	39,1	28	60,9	1,04	0,48-2,28	>0,05
Phổ thông	38	39,2	59	60,8	1,05	0,55-2,01	>0,05
Trung cấp, CĐ/ĐH/SDH	24	38,1	39	61,9	1		
Tổng	80	38,8	126	61,2			

Nhận xét: Nguy cơ KKNN ở trẻ có bố làm nghề khác như kinh doanh, lao động tự do cao hơn 3 lần so với trẻ có bố mẹ làm cán bộ, viên chức, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nguy cơ KKNN ở trẻ có bố mẹ học PTTH hay thấp hơn cao hơn trẻ có bố mẹ học trung cấp trở lên, nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả khám lâm sàng thấy tỷ lệ trẻ em bị khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần (chậm và rối loạn) trong nghiên cứu là 14,08%, và tỷ lệ trẻ mắc tự kỷ và bại não gây rối loạn phát triển ngôn ngữ kèm theo là 24,75%, tổng tỷ lệ khiếm khuyết ngôn ngữ là 38,83% chiếm tỷ lệ khá cao so với các NC khác như: Tại Brazil, tỷ lệ khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần khoảng 7% ở trẻ 4 tuổi và 7,5% ở trẻ 5 tuổi [4].

Theo kết quả NC của Nguyễn Hữu Chút và cs trên 220 trẻ khuyết tật tại huyện Hoài Đức- Hà Nội năm 2014 thấy có 51,4% là trẻ có khuyết tật về nói, 8,6% trẻ khuyết tật về nghe tuy nhiên trong dạng khuyết tật này tác giả chưa chỉ rõ là số trẻ chậm phát triển ngôn ngữ và rối loạn phát triển ngôn ngữ và tỷ lệ trong cộng đồng [5]. Tuy nhiên sự khác biệt có thể do các thiết kế NC khác nhau, sử dụng công cụ đo lường khác nhau và cỡ mẫu NC. Hạn chế của NC là thực hiện tại bệnh viện nên những trẻ được đi khám KKNN thường có các biểu hiện rõ cha mẹ trẻ mới cho đi khám bệnh.

Kết quả bảng 3,4,5 cho thấy có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến KKNN. Những trẻ sinh thiếu tháng có nguy cơ có vấn đề về ngôn ngữ cao hơn 4,24 lần so với trẻ sinh đủ tháng, trẻ có sinh thiếu cân có nguy cơ bị bất thường về ngôn ngữ cao gấp 10,25 lần so với trẻ sinh đủ cân. Kết

quả này cũng phù hợp với NC của tác giả Yliherva và cs (2001) phân tích các yếu tố nguy cơ cho thấy: trẻ cân nặng sơ sinh thấp, thai non tháng có ngôn ngữ kém hơn so trẻ cân nặng bình thường, thai đủ cân ($p < 0,001$). [6]

Kết quả của NC cũng cho thấy yếu tố hành vi, tiền sử chậm phát triển vận động, anh chị em trẻ có KKNN có liên quan đến KKNN. Kết quả phù hợp với NC của Philip (2013), có mối liên quan giữa KKNN và hành vi. và vấn đề hành vi tăng lên theo độ tuổi của trẻ $p = 0,004$. Kết quả NC của Vukovic (2010) cũng khẳng định có mối liên quan giữa khả năng phát triển ngôn ngữ và khả năng vận động của trẻ [7].

Kết quả NC của Tomblin JB và cs (1997) thực hiện trên 177 trẻ KKNN đã xác định các yếu tố nguy cơ liên quan như: tiền sử anh em có KKNN, trình độ giáo dục của mẹ [8]. Có nhiều NC chỉ ra các yếu tố nguy cơ khác liên quan đến KKNN của trẻ như: thời kỳ trước sinh, trong sinh, trình độ giáo dục của bố mẹ, nghề nghiệp của bố mẹ, giới tính, địa dư... Tuy nhiên do hạn chế về thời gian nên chúng tôi mới chỉ khai thác các yếu tố nguy cơ đã nêu ở trên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ là 38,83%. Có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan: Trẻ sinh thiếu tháng, trẻ sinh thiếu cân, hành vi, tiền sử chậm phát triển vận động, gia đình có KKNN, nghề nghiệp của bố mẹ.

KIẾN NGHỊ

Từ hạn chế của NC là cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại bệnh viện chúng tôi xin kiến nghị thực hiện những NC lớn hơn ở cộng đồng nhằm xác định tỷ lệ KTNN ở trẻ em và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến khuyết tật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Speech-Language-Hearing Association. (1993).** *Definitions of communication disorders and variations.* Available from //www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Spoken-Language-Disorders/Language-In-Brief/.
2. **Black, L.I, Vahratian A, Hoffman. H.J (2015).** *Communication Disorders and Use of Intervention Services Among Children Aged 3–17 Years.* United States, 2012. National Center for Health Statistics.
3. **Cục quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế (2011).** *Hướng dẫn phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ em khuyết tật.*
4. **Andrade CRF.** Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. *Rev Saude Publica* 1997; 31(5):495-501.
5. **Nguyễn Hữu Chút và cs (2014).** Tỷ lệ các dạng khuyết tật ở trẻ em khuyết tật dưới 6 tuổi tại huyện Hoài Đức – Hà Nội năm 2014. *Tạp chí Phục hồi chức năng*, năm thứ I - số 2 - 6/2017.
6. **Yliherva A et al (2001).** Linguistic and motor abilities of low-birthweight children as assessed by parents and teachers at 8 years of age. *Acta Paediatrica.* 2001;90(12):1440-1449.
7. **Tomblin JB, Smith E, Zhang X (1997).** Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. *Journal of communication disorders*, 1997 Jul-Aug;30(4):325-43; quiz 343-4.
8. **Vukovic M, Vukovic I, Stojanovic V (2010).** Investigation of language and motor skills in Serbian speaking children with specific language impairment and in typically developing children. *Research in developmental disabilities.* Nov-Dec;31(6):1633-44.

THỰC TRẠNG VỀ ĐIỀU KIỆN ĐẢM BẢO AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM CỦA CÁC BẾP ĂN TẬP THỂ TẠI TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2017

Trần Quang Cảnh*, Nguyễn Mạnh Hùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và điều kiện an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể ở Hưng Yên năm 2017. **Đối tượng:** Các bếp ăn tập thể, người quản lý bếp ăn tập thể và mẫu nguyên liệu thực phẩm tại các bếp ăn tập thể được điều tra. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 84% bếp ăn tập thể được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm. 56% bếp ăn tập thể đạt về điều kiện cơ sở vật chất. Tỷ lệ sử dụng các trang thiết bị trong nhà bếp theo đúng quy định khá cao đạt 88 - 99 % các chỉ tiêu, trong đó 83% bếp ăn tập thể được đánh giá đạt về trang thiết bị, chỉ có 3% được đánh giá không đạt. Tỷ lệ người lao động làm việc tại các bếp ăn tập thể sử dụng đầy đủ bảo hộ theo quy định là 79%. Kết quả kiểm nghiệm các mẫu thực phẩm, đối với thịt sống (tỷ lệ nhiễm *Coliforms* cao nhất là 33,3%, nhiễm *Salmonella spp* thấp nhất là 5%), mẫu rau không phát hiện có tồn dư lượng thuốc bảo vệ thực vật.

Từ khóa: Bếp ăn tập thể

SUMMARY

SITUATION ON FOOD SAFETY CONDITIONS OF COLLECTIVE KITCHENS IN HUNG YEN PROVINCE IN 2017

Objectives: Describe the food safety conditions at collective kitchens in Hung Yen in 2017. **Subjects:** Collective kitchens, collective kitchens managers and

food specimens. **Methodology:** Design of studies describing cross sectional. **Results:** 84% of collective kitchens are certified by the competent authority to be food safety. 56% of the kitchens met the facilities. The rate of using the equipment in the kitchen in accordance with the law is quite high 88 to 99% of the criteria, of which 83% of the collective kitchen was assessed to reach equipment, only 3% was assessed not achieved. The percentage of employees working in collective kitchens is 79%. Surveys of suspected food samples (highest percentage of coliforms were 33.3% and lowest were *Salmonella spp.* 5%). No pesticide was detected in the vegetable samples.

Keywords: *Collective kitchens*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm (ATTP) là vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt. Thực phẩm an toàn đóng góp to lớn đối với việc cải thiện sức khỏe con người và chất lượng cuộc sống cũng như sự phát triển giống nòi. Được tiếp cận đối với thực phẩm an toàn là quyền cơ bản của mỗi con người. Tại Việt Nam, đến năm 2016 có 325 khu công nghiệp và 16 khu kinh tế. An toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể khu công nghiệp (KCN) là vấn đề quan trọng đáp ứng nhu cầu phát triển của xã hội. Tuy nhiên, công tác bảo đảm ATTP, phòng chống ngộ độc thực phẩm tại các khu công nghiệp vẫn còn một số hạn chế, luôn tiềm ẩn nguy cơ xảy ra ngộ độc thực phẩm. Hưng Yên là một tỉnh thuộc Đồng bằng sông Hồng, nằm trong vùng kinh tế trọng điểm phía Bắc. Với xu thế phát triển kinh tế xã hội của tỉnh, nhiều khu công nghiệp, cụm công nghiệp đã ra đời kéo theo đó là sự ra đời của hàng loạt bếp ăn tập thể

*Trường Đại học Kỹ Thuật Y tế Hải Dương

** Chi cục An toàn Vệ sinh Thực phẩm, Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Cảnh

Email: canhhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

(BATT). Từ năm 2010 đến năm 2017, trên địa bàn tỉnh đã xảy ra 10 vụ ngộ độc thực phẩm (NĐTP), với tổng số 529 người mắc nguyên nhân chính là do vi sinh vật [1, 2, 3]. Xuất phát từ tình hình thực tiễn và để có cơ sở định hướng công tác quản lý ATTP, phòng ngừa nguy cơ xảy ra NĐTP tại các BATT doanh nghiệp trên địa bàn tỉnh Hưng Yên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng về điều kiện đảm bảo An toàn Vệ sinh Thực phẩm của các bếp ăn tập thể tại Hưng Yên năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Các bếp ăn tập thể tại các doanh nghiệp được Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hưng Yên kiểm tra năm 2017.
- Người quản lý bếp ăn tập thể tại các doanh nghiệp được Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hưng Yên kiểm tra năm 2017.
- Mẫu nguyên liệu thực phẩm tại các BATT được điều tra.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BATT ngừng hoạt động tại thời điểm điều tra. Đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu có chủ đích toàn bộ các BATT doanh nghiệp được Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hưng Yên kiểm tra năm 2017. Sau khi loại trừ các bếp ăn dừng hoạt động và nhà ăn còn lại 100 bếp được

chọn đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Mô tả thực trạng an toàn thực phẩm tại các BATT: Quan sát, kết hợp với kiểm tra hồ sơ, hợp đồng mua bán nguyên liệu để chấm điểm dựa theo tiêu chí đánh giá.

- Phương pháp lấy mẫu theo quy định của FAO – 1988

- Các kỹ thuật xét nghiệm được tiến hành tại Labo xét nghiệm An toàn Vệ sinh Thực phẩm, trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, gồm có: *Coliforms* thực hiện theo Tiêu chuẩn Quốc gia (TCVN) 6848:2007; *E. coli*: TCVN 7924-2 : 2008; *S. aureus*: TCVN 4830-1: 2005; *Salmonella* spp: TCVN 4829: 2005

2.3. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Thủ tục hành chính:
- Tiêu chuẩn cơ sở về cơ sở vật chất chế biến
- Tiêu chuẩn cơ sở về điều kiện trang thiết bị, dụng cụ.
- Tiêu chuẩn cơ sở về biện pháp phòng chống côn trùng và động vật gây hại.
- Tiêu chuẩn cơ sở về bảo hộ lao động
- Tiêu chuẩn cơ sở về điều kiện bảo quản thực phẩm
- Tiêu chuẩn đánh giá các kết quả xét nghiệm

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin thu thập được của mỗi bếp ăn tập thể trong điều tra nghiên cứu được giữ bí mật, không được tiết lộ thông tin nghiên cứu cho một cá nhân hay một tổ chức nào khác.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Mức độ chấp hành về thủ tục hành chính

Tiêu chí đánh giá		Số lượng (n=100)	Tỷ lệ %
1	Có giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP	84	84
2	Có giấy xác nhận kiến thức ATTP	96	96
3	Có hồ sơ lưu khám sức khỏe	98	98
4	Có hợp đồng cung cấp thực phẩm	91	91
Không đạt		16	16
Chấp nhận		9	9
Đạt		75	75

Thủ tục hành chính là tiêu chí cần có trong hoạt động của bếp ăn tập thể, để chứng minh về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, điều kiện con người của cơ sở theo quy định của pháp luật, thể hiện sự quan tâm của cơ sở về những quy định văn bản pháp luật. Kết quả ở Bảng 3.1 cho thấy, nhìn chung các BATT trên địa bàn tỉnh chấp hành khá tốt các quy định về thủ tục hành chính, có tới 75% cơ sở đạt cả 4 tiêu chí. Trong đó, 98% BATT có lưu hồ sơ khám sức khỏe,

chứng tỏ chủ cơ sở đã quan tâm đến tình trạng sức khỏe của người trực tiếp sản xuất, qua đó kiểm soát được nguồn lây nhiễm tác nhân gây bệnh từ người sang thực phẩm trong quá trình chế biến. 84% cơ sở được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm còn hiệu lực. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hùng Long và cộng sự tiến hành năm 2012 tại các BATT và cơ sở chế biến suất ăn sẵn khu công

ng nghiệp hai tỉnh Đồng Nai, Bình Dương (82,9%) [8] và cũng cao hơn tỷ lệ được cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm theo Phạm Thị Mỹ Hạnh tại các BATT các trường tiểu học bán trú trên địa bàn tỉnh Thái Bình năm 2011 là 48,4% [4].

Theo quyết định số 4128/QĐ-BYT về điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm tại các nhà ăn, bếp ăn tập thể và cơ sở kinh doanh chế biến

suất ăn sẵn người trực tiếp chế biến thực phẩm, phục vụ ăn uống phải được tập huấn kiến thức về vệ sinh an toàn thực phẩm. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 96% BATT có giấy xác nhận kiến thức ATTP. Điều này cho thấy chủ các cơ sở đã nhận thức rõ vai trò quan trọng của việc đảm bảo an toàn khi chế biến thực phẩm, mức độ nguy hiểm khi xảy ra ngộ độc thực phẩm.

Bảng 3.2. Mức độ chấp hành về điều kiện cơ sở vật chất

Tiêu chí đánh giá		Số lượng(n = 100)	Tỷ lệ(%)
1	Thiết kế theo nguyên tắc một chiều	74	74
2	Khu sơ chế nguyên liệu thực phẩm riêng	79	79
3	Khu chế biến nấu nướng riêng	87	87
4	Khu vực ăn uống riêng	100	100
5	Khu rửa nguyên liệu, rửa dụng cụ chín tách biệt	73	73
6	Kho nguyên liệu thực phẩm, kho lưu trữ bảo quản thực phẩm bao gói sẵn riêng	67	67
7	Khu vực tập trung các chất thải, rác riêng	93	93
8	Khu vực nhà vệ sinh riêng biệt	95	95
9	Phòng riêng thay quần áo, trang bị bảo hộ lao động	66	66
10	Cổng rửa thoát nước thải có che kín, có vệ sinh khai thông thường xuyên	92	92
Đạt		56	56
Chấp nhận		36	36
Không đạt		8	8

Cơ sở hạ tầng có vai trò quyết định đến điều kiện an toàn thực phẩm của BATT. Kết quả nghiên cứu cho thấy các BATT được điều tra đạt các tiêu chí cơ sở hạ tầng tương đối cao, từ 66% đến 100% (Bảng 3.2). Nhìn chung hầu hết các BATT đã bố trí tách biệt các khu vực từ sơ chế, chế biến, nấu nướng, ăn uống, rửa dụng cụ chế biến, kho bảo quản nguyên liệu riêng biệt và được thiết kế theo nguyên tắc một chiều; các khu vực rác thải, nhà vệ sinh, thay bảo hộ lao động cũng được thiết kế tách biệt với khu vực chế biến thực phẩm. Tỷ lệ tiêu chí thiết kế theo

nguyên tắc một chiều là 74% cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Oanh và cộng sự tiến hành tại các bếp ăn tập thể thuộc các khu công nghiệp tỉnh Bắc Giang vào năm 2010 chỉ có 41,7% [8], cũng cao hơn so với loại hình bếp ăn tập thể của trường tiểu học bán trú Thái Bình đạt 40,3% theo nghiên cứu của Phạm Thị Mỹ Hạnh. Kết quả này có được có thể do công tác truyền thông giáo dục nâng cao nhận thức; thanh tra, kiểm tra đi cùng với việc xử lý, xử phạt nghiêm minh nên nhiều cơ sở đã phải chỉnh sửa, làm lại mới cơ sở hạ tầng theo quy định của nhà nước.

Bảng 3.3. Đặc điểm trang thiết bị, dụng cụ phục vụ quá trình chế biến thực phẩm

Tiêu chí đánh giá		Số lượng (n=100)	Tỷ lệ (%)
1	Có dao, thớt riêng dùng cho thực phẩm sống	88	88
2	Có dao, thớt riêng dùng cho thực phẩm đã qua chế biến	91	91
3	Có dụng cụ chứa đựng riêng cho thực phẩm sống	88	88
4	Có dụng cụ chứa đựng riêng cho thực phẩm đã qua chế biến	91	91
5	Có dụng cụ chia, gắp, xúc thức ăn đã qua chế biến	96	96
6	Có găng tay dùng một lần khi tiếp xúc với thức ăn	99	99
7	Thức ăn ngay để trên thiết bị vệ sinh, cách mặt đất 60 cm	99	99
8	Thức ăn sống để tách biệt với thức ăn qua chế biến	96	96
Đạt		83	83
Chấp nhận		14	14
Không đạt		3	3

Việc sử dụng riêng dụng cụ chế biến, bảo quản thức ăn sống với chín có nghĩa ý rất quan trọng, tránh hiện tượng lây nhiễm chéo mầm bệnh từ thực phẩm sống sang thực phẩm chín. Kết quả ở Bảng 3.4 cho thấy các BATT được điều tra thực hiện tương đối tốt việc sử dụng trang thiết bị, dụng

cụ phục vụ quá trình sơ chế, chế biến thực phẩm. Các tiêu chí đều đạt tỉ lệ rất cao từ 88% trở lên, tỉ lệ đạt từ 7-8 tiêu chí là 83%. Điều này chứng tỏ các cơ sở đã được trang bị kiến thức về chế biến thực phẩm an toàn.

Bảng 3.4. Mức độ chấp hành về thiết bị phòng chống côn trùng và động vật gây hại

	Tiêu chí đánh giá	Số lượng(n=100)	Tỷ lệ(%)
1	Làm bằng vật liệu không gỉ	85	85
2	Thiết kế phù hợp, đảm bảo phòng chống hiệu quả côn trùng và động vật gây hại trong khu vực có thực phẩm	69	69
3	Dễ tháo rời để làm vệ sinh	84	84
4	Không sử dụng thuốc, động vật để diệt côn trùng và động vật gây hại trong khu chế biến thực phẩm	31	31
Đạt		41	41
Chấp nhận		49	49
Không đạt		10	10

Kết quả nghiên cứu tại Bảng 3.4 cho thấy 69% BATT lắp đặt các thiết bị có thiết kế phù hợp, đảm bảo phòng chống hiệu quả côn trùng và động vật gây hại trong khu vực có thực phẩm. Tỉ lệ này cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng tại BATT các trường mầm non ở Hưng Yên năm 2012 là 44,9% [5]. Tuy nhiên tỉ lệ BATT đạt cả 4 tiêu chí còn thấp 41%. Đặc biệt chỉ có 31% BATT đạt tiêu chí về không sử dụng thuốc, động vật để diệt côn trùng và động vật gây hại trong khu chế biến thực phẩm. Điều đó chứng tỏ các BATT còn lại có thể đã sử dụng các biện pháp diệt côn trùng không

đúng quy định. Việc sử dụng các chất hóa học để diệt côn trùng và động vật gây hại trong khu vực chế biến, bảo quản thực phẩm sẽ có nguy cơ cao lây nhiễm sang thực phẩm, từ đó ảnh hưởng đến sức khỏe người tiêu dùng khi ăn phải các thực phẩm bị lây nhiễm này. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhiều BATT vẫn chưa nhận thức được hoặc chưa được trang bị kiến thức về vấn đề này. Do vậy, cần đẩy mạnh hơn nữa công tác truyền thông của các cơ quan chức năng về phương pháp phòng chống côn trùng đảm bảo an toàn thực phẩm cho các BATT.

Bảng 3.5. Mức độ chấp hành về sử dụng bảo hộ lao động

	Tiêu chí đánh giá	Số lượng (n=100)	Tỷ lệ (%)
1	Đeo tạp dề khi tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm	96	96
2	Đội mũ, che tóc khi tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm	86	86
3	Đeo khẩu trang khi tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm	89	89
4	Mặc quần áo bảo hộ khi tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm	90	90
5	Đeo găng tay khi tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm	94	94
6	Quần áo, trang bị bảo hộ được vệ sinh thường xuyên	91	91
Đạt		79	79
Chấp nhận		13	13
không đạt		8	8

Trên cơ thể người luôn chứa lượng lớn các hệ vi sinh vật cơ hội và gây hại. Hai vị trí trên cơ thể có nguy cơ lây nhiễm sang thực phẩm lớn nhất là bàn tay và khoang miệng. Bàn tay người chế biến được ví như véc tơ truyền tác nhân gây bệnh vào thực phẩm. Thật vậy, theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Long cho thấy tỉ lệ có mặt của *S. aureus* và *C. perfringens* trên 300 mẫu phết bàn tay của nhân viên chế biến tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm lần lượt là 27% và 23,7% [6]. Mỗi khi người chế biến ho hay hắt xì hơi sẽ bắn ra xung quanh vô số mầm bệnh. Vì vậy việc sử dụng găng tay, khẩu trang cũng như các bảo hộ lao động khác đúng quy định sẽ góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm tác nhân gây ô

nhiễm thực phẩm từ người sang thực phẩm. Kết quả ở Bảng 3.5 cho thấy các BATT được điều tra đã có ý thức chấp hành việc sử dụng bảo hộ trong quá trình chế biến và chia thức ăn. Số cơ sở thực hiện sử dụng găng tay và sử dụng tạp dề trong quá trình chế biến đạt tỉ lệ cao lần lượt là 94% và 96%, cao hơn các kết quả trong nghiên cứu của Ngô Thị Oanh tại BATT khu công nghiệp tỉnh Bắc Giang với 80,9% dùng găng tay một lần. Kết quả nghiên cứu sử dụng đầy đủ 4 bảo hộ trong quá trình chế biến, chia thức ăn chín này cao hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng nghiên cứu thực trạng quy mô hoạt động đảm bảo an toàn thực phẩm tại BATT các trường mầm non tại Hưng Yên 2012 (59,3%) [5].

Bảng 3.6. Đặc điểm bảo quản thực phẩm

Tiêu chí đánh giá	Số lượng (n=100)	Tỷ lệ (%)
Có kho bảo quản thực phẩm đảm bảo vệ sinh	64	64
Có đủ giá, kệ, thiết bị bảo quản phù hợp với từng loại thực phẩm	89	89
Bảo quản thực phẩm không đúng quy định	12	12

Kết quả Bảng 3.6 cho thấy các BATT được điều tra đã có trang bị tương đối đầy đủ giá, kệ, thiết bị bảo quản phù hợp với từng loại thực phẩm (89%), tuy nhiên số cơ sở có bố trí kho bảo quản thực phẩm đảm bảo vệ sinh chưa cao chỉ đạt 64% và còn 12% bảo quản thực phẩm không đúng quy định. Các tỷ lệ này cho thấy bên cạnh việc đầu tư khá tốt điều kiện cơ sở vật chất thì còn một số BATT chưa chú trọng việc lưu giữ, bảo quản thực phẩm. Trong thời gian tới cần tập trung công tác truyền thông kết hợp với công tác thanh tra, kiểm tra, xử lý nghiêm những cơ sở vi phạm về nội dung này.

Bảng 3.7. Kết quả kiểm tra một số chỉ tiêu vi sinh, thuốc bảo vệ thực vật

Chỉ tiêu	Kết quả	Số lượng (n =30)	Tỷ lệ (%)
<i>Coliforms</i>		10	33,3
<i>S. aureus</i>		7	23,3
<i>Salmonella spp.</i>		5	16,7
<i>E. coli</i>		9	30
Dư lượng thuốc bảo vệ thực vật		0	0

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành lấy ngẫu nhiên 30 mẫu thịt sống (Bảng 3.7). Kết cho thấy các mẫu đều nhiễm vi sinh vật, tuy nhiên mức độ nhiễm đều nằm trong giới hạn cho phép. Ngộ độc thực phẩm và bệnh truyền qua thực phẩm do vi sinh vật thường xảy ra ở nơi có trình độ vệ sinh xã hội thấp kém, đời sống kinh tế khó khăn, liên quan tới việc sử dụng thực phẩm, nước sinh hoạt, vệ sinh phân của người và động vật. Bên cạnh các xét nghiệm vi sinh vật, chúng tôi đã tiến hành xét nghiệm tồn dư thuốc bảo vệ thực vật trong các mẫu rau tại các BATT trên địa bàn tỉnh Hưng Yên. Kết quả cho thấy, 100% số mẫu đảm bảo không phát hiện dư lượng thuốc bảo vệ thực vật. Kết quả này góp phần làm tăng niềm tin của người tiêu dùng với nông sản trong nước. Tuy nhiên, số lượng mẫu xét nghiệm còn nhỏ nên có thể chưa phản ánh đúng thực trạng nhiễm vi sinh vật cũng như tồn dư thuốc bảo vệ thực vật. Do vậy cần giám sát, thanh kiểm tra lấy mẫu xét nghiệm và thực hiện nghiên cứu tiếp theo trên quy mô rộng hơn cũng như số lượng mẫu đủ lớn để có thể đánh giá được đúng thực trạng an toàn thực phẩm được sản xuất trên địa bàn tỉnh cũng như trên cả nước.

IV. KẾT LUẬN

Sau khi đánh giá thực trạng an toàn thực phẩm tại 100 bếp ăn tập thể trên địa bàn tỉnh Hưng Yên năm 2017, kết quả cho thấy nhìn chung các bếp ăn tập thể thực hiện tốt các quy định về thủ tục hành chính, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị dụng cụ phục vụ chế biến thực phẩm, sử dụng bảo hộ lao động. Bên cạnh đó còn một số quy định chưa thực hiện tốt như: không sử dụng thuốc, động vật để diệt côn trùng và động vật gây hại trong khu chế biến thực phẩm; bảo quản thực phẩm chưa đúng quy định, việc đầu tư cơ sở vật chất chưa được đồng bộ.

KIẾN NGHỊ

Các doanh nghiệp có bếp ăn tập thể cần đầu tư nâng cấp điều kiện cơ sở, vật chất, trang thiết bị dụng cụ một cách đồng bộ và chuẩn hóa theo các quy định của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hưng Yên.** Báo cáo tổng kết hoạt động quản lý an toàn thực phẩm tại tỉnh Hưng Yên giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015.
2. **Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hưng Yên.** Báo cáo tổng kết hoạt động quản lý an toàn thực phẩm tại tỉnh Hưng Yên năm 2016.
3. **Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hưng Yên.** Báo cáo tổng kết hoạt động quản lý an toàn thực phẩm tại tỉnh Hưng Yên 9 tháng đầu năm 2017.
4. **Phạm Thị Mỹ Hạnh (2012),** "Thực trạng đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm tại các bếp ăn các trường tiểu học bán trú trên địa bàn tỉnh Thái Bình, năm 2011", *Tạp chí Y học thực hành* 84265.
5. **Đỗ Mạnh Hùng (2013),** *Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm và công tác quản lý bếp ăn tập thể của các trường mầm non tại Hưng Yên năm 2012:* Đại học Y Hải Phòng.
6. **Nguyễn Duy Long (2014),** "Đánh giá tình hình nhiễm vi sinh vật trên bàn tay nhân viên chế biến thực phẩm ở các nhà hàng, khách sạn tại Khánh Hòa năm 2010 - 2012", *Tạp chí Y học thực hành* Hội nghị khoa học an toàn thực phẩm lần thứ VII năm 2014, số 933 + 934, tr 191 -3.
7. **Nguyễn Hùng Long và cộng sự (2012),** *Thực trạng quản lý an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể và cơ sở cung cấp suất ăn sẵn cho khu công nghiệp tại hai tỉnh Bình Dương và Đồng Nai.*, [Đề tài cấp Bộ]. Hà Nội
8. **Ngô Thị Oanh và cộng sự (2012),** "Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại các bếp ăn tập thể thuộc các khu công nghiệp tỉnh Bắc Giang", *Tạp chí Y học thực hành*, 84268-71.

ỨNG DỤNG PHẦN MỀM PPWE01 TRONG ĐO THỜI GIAN PHẢN XẠ THÍNH - THỊ VẬN ĐỘNG

Nguyễn Đức Sơn*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá việc ứng dụng phần mềm PPWE01 (sử dụng trên máy tính) trong đo thời gian phản xạ thính - thị vận động thay thế cho máy đo Respondent time meter VT-007 (không sử dụng trên máy tính). Nghiên cứu được tiến hành trên 43 cán bộ, nhân viên của một Viện nghiên cứu có tuổi đời từ 20 - 45, trong đó nam chiếm 30,2% và nữ chiếm 69,8% đã tham gia nghiên cứu. Các đối tượng được thực hiện đo và đánh giá thời gian phản xạ thính - thị vận động (bằng máy đo - không sử dụng trên máy tính và bằng phần mềm - sử dụng trên máy tính) tại cùng một thời điểm trong buổi sáng, thực hiện theo thường quy kỹ thuật Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường năm 2015.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Thời gian phản xạ thính - vận động trung bình của các đối tượng khi đo trên máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 lần lượt là $201,1 \pm 13,1$ ms và $200,6 \pm 19,1$ ms ($p > 0,05$). Thời gian phản xạ thị - vận động trung bình của các đối tượng khi đo trên máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 lần lượt là $209,9 \pm 11,2$ ms; $208,9 \pm 19,5$ ms ($p > 0,05$). Thời gian phản xạ thính - thị vận động trung bình của nam giới khi đo bằng máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 lần lượt là: $195,4 \pm 12,9$ ms; $188,9 \pm 18,9$ ms và $203,5 \pm 12,6$ ms; $205,7 \pm 16,9$ ms ($p > 0,05$). Thời gian phản xạ thính - thị vận động trung bình của nữ giới khi đo bằng máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 lần lượt là: $205,1 \pm 11,2$ ms; $201,9 \pm 16,4$ ms và $211,9 \pm 10,8$ ms; $211,9 \pm 20,2$ ms ($p > 0,05$). Trong cùng một nhóm tuổi, không thấy có sự khác biệt về kết quả thời gian phản xạ thính - thị vận động trên các đối tượng khi đo bằng máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 ($p > 0,05$). Như vậy sử dụng phần mềm PPWE01 (sử dụng trên máy tính) trong đánh giá thời gian phản xạ thính - thị vận động có kết quả đo tương đương với kết quả đo trên máy Respondent time meter VT-007 (không sử dụng trên máy tính).

Từ khóa: Thời gian phản xạ thính - thị vận động, thời gian phản xạ thính vận động, thời gian phản xạ thị - vận động, phần mềm PPWE01, Respondent time meter VT-007.

SUMMARY

APPLYING THE PPWE01 SOFTWARE IN MEASURING THE SIMPLE REACTION TIME

The study was conducted to evaluate the application of PPWE01 (computer-based) software to

evaluate visual reaction time (VRT) and auditory reaction time (ART) instead of the Respondent time meter VT-007 machine (not used on the computer). 43 subjects aged 20-45, of which male accounted for 30.2% and female accounted for 69.8% participated in the study. The subjects were measured simple reaction time (by a computer and non-computer) at the same time in the morning, according to the routine technique of the National Institute of Occupational and Environmental Health in 2015.

The results showed that: The average VRT measured by the Respondent time meter VT-007 machine and PPWE01 software is 201.1 ± 13.1 ms and 200.6 ± 19.1 ms ($p > 0.05$). The average ART measured by the Respondent time meter VT-007 machine and PPWE01 software is 209.9 ± 11.2 ms; 208.9 ± 19.5 ms ($p > 0.05$). The average simple reaction time (VRT and ART) measured by the Respondent time meter VT-007 machine and PPWE01 software in man is 195.4 ± 12.9 ms; 188.9 ± 18.9 ms and 203.5 ± 12.6 ms; 205.7 ± 16.9 ms ($p > 0.05$). The average simple reaction time (VRT and ART) measured by the Respondent time meter VT-007 machine and PPWE01 software woman is 205.1 ± 11.2 ms; 201.9 ± 16.4 ms and 211.9 ± 10.8 ms; 211.9 ± 20.2 ms ($p > 0.05$). In the same age group, there was no difference in average simple reaction time (VRT and ART) outcomes on subjects measured with the Respondent time meter VT-007 machine and PPWE01 software ($p > 0.05$). Thus, using the PPWE01 software (used on the computer) to evaluate simple reaction time (VRT and ART) equivalent to that of the Respondent time meter VT-007 (not used on the computer).

Key words: Simple reaction time, Visual reaction time (VRT), Auditory reaction time (ART), PPWE01 software, Respondent time meter VT-007.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, những người sử dụng lao động, tuyển dụng lao động đều dựa trên tiêu chuẩn đánh giá gánh nặng lao động được quy định để cải thiện điều kiện lao động, quản lý sức khỏe người lao động và bố trí thời gian lao động, nghỉ ngơi hợp lý cho người lao động bằng cách đo thời gian phản xạ thị vận động, thời gian phản xạ thính vận động, chỉ số mạch, điện tim, đánh giá tâm sinh lý....trước, giữa và sau mỗi ca lao động. Từ đó, các nhà sử dụng lao động có thể sắp xếp người lao động vào từng vị trí công việc một cách phù hợp nhằm nâng cao số lượng sản phẩm và chất lượng sản xuất, giảm căng thẳng đối với người lao động.

Việc vi tính hóa các kỹ thuật đo tâm sinh lý lao động và Ecgonômi ngày càng được mở rộng, áp dụng theo nhu cầu thực tế của xã hội. Phần

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: ducson199@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2018

Ngày duyệt bài: 27.12.2018

mềm PPWE01 đo - đánh giá thời gian phản xạ thính - thị vận động (sử dụng trên máy tính), được Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường áp dụng có nhiều ưu điểm: Vận chuyển gọn nhẹ (máy vi tính xách tay), tính khách quan cao (phần mềm tự phát tín hiệu yêu cầu trả lời theo lập trình sẵn, tự lưu kết quả trong máy tính), rút ngắn thời gian đo, đánh giá (người đo không phải ghi chép số liệu, nhập... kết quả từng lần)...

Mục tiêu nghiên cứu: *Ứng dụng phần mềm PPWE01 trong đánh giá thời gian phản xạ thính - thị vận động.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành năm 2017 tại một Viện nghiên cứu trên địa bàn Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 43 cán bộ công nhân viên chức khỏe mạnh được lựa chọn ngẫu nhiên từ 7 khoa, phòng, trung tâm của một Viện nghiên cứu trên địa bàn Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.4. Kỹ thuật, công cụ thu thập số liệu

2.4.1. Công cụ thu thập số liệu

- Máy đo thời gian phản xạ thính - vận động, thị - vận động Respondent time meter VT-007

- Phần mềm đo thời gian phản xạ thính - vận động, thị - vận động PPWE01 được cài đặt trên máy tính xách tay. Yêu cầu cài đặt đối với phần mềm:

Với hệ điều hành Windows

- CPU mức tối thiểu là Intel® Core 2 hoặc AMD Athlon® 64 processor; 2 GHz

- Hệ điều hành tương thích là Microsoft Windows 7 with Service Pack 1, Windows 8.1, hoặc Windows 10.

- 2 GB cho mức RAM tối thiểu (Mức đề nghị là 8GB)

- Dung lượng ổ cứng chứa phần mềm PPWE01 là 2.6 GB đối với bản 32 bit và 3.1 GB đối với bản 64 bit.

- Màn hình hiển thị là 1024x768 mức tối thiểu (Mức yêu cầu 1280x800) với 16-bit và 512 VRAM, 2GB là mức yêu cầu

- Có kết nối với Headphone

Với hệ điều hành MacOS

- CPU Multicore Intel hỗ trợ 64bit

- Hệ điều hành macOS version 10.12 (Sierra), Mac OS X version 10.11 (El Capitan), or Mac OS X version 10.10 (Yosemite)

- 2 GB cho mức RAM tối thiểu (Mức đề nghị là 8GB)

- 4GB dung lượng cho ổ cứng để chứa phần mềm

- Màn hình hiển thị là 1024x768 mức tối thiểu

3.2. Kết quả đo thời gian phản xạ thính - vận động, thị - vận động của máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 trên máy tính cá nhân.

(Mức yêu cầu 1280x800) với 16-bit và 512 VRAM, 2GB là mức yêu cầu

- Có kết nối với Headphone

2.4.2. Kỹ thuật thu thập thông tin: Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được hướng dẫn đo thời gian phản xạ thính-thị vận động tại cùng một thời điểm trên máy đo thời gian phản xạ thính-vận động, thị-vận động Respondent time meter VT-007 và trên máy tính xách tay có cài phần mềm đo thời gian phản xạ thính-vận động, thị-vận động PPWE01, cách làm như sau: Trước hết yêu cầu đối tượng tập trung chú ý cao độ và đảm bảo phản ứng nhanh, chính xác tới mức tối đa - chớp phát hiện tín hiệu là phải trả lời ngay và chuẩn bị tinh thần trả lời tín hiệu tiếp sau.

+ *Đối với máy Respondent time meter VT-007(VT-007):* Khi chớp phát hiện tín hiệu "tít" (đối với thời gian phản xạ thính - vận động), hay tín hiệu đèn màu đỏ chớp bật sáng (đối với thời gian phản xạ thị - vận động) thì phải trả lời ngay bằng cách ấn vào nút ngắt tín hiệu và chuẩn bị tinh thần trả lời tiếp tín hiệu sau.

+ *Đối với phần mềm PPWE01:* Khi chớp phát hiện tín hiệu "tít" (đối với thời gian phản xạ thính - vận động), hay tín hiệu màu đỏ chớp xuất hiện trên màn hình (đối với thời gian phản xạ thị - vận động) thì phải trả lời ngay bằng cách ấn vào chuột trái và chuẩn bị tinh thần trả lời tiếp tín hiệu sau.

Sau khi hoàn thành việc đo, tiến hành ghi thời gian phản xạ của mỗi người ra mẫu phiếu đã được thiết kế sẵn.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Giới	Nam	13	30,2
	Nữ	30	69,8
Tuổi	20 - 25	14	32,6
	26 - 30	15	34,8
	Trên 30	14	32,6

Nhận xét: Trong 43 đối tượng nghiên cứu thì nữ chiếm đa số (69,8%), nam giới chỉ chiếm 30,2%. Các nhóm tuổi từ 20 - 25; 26 - 30 và trên 30 phân bố khá đồng đều, chiếm tỷ lệ lần lượt là 32,6%, 34,8% và 32,6%.

Bảng 2: Thời gian phản xạ trung bình của các đối tượng nghiên cứu

Thời gian phản xạ	VT-007 (n=43)	PPWE01 (n=43)	P (t test)
Thời gian phản xạ thính – vận động	201,1 ± 13,1	200,6 ± 19,1	0,878
Thời gian phản xạ thị - vận động	209,9 ± 11,2	208,9 ± 19,5	0,769

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt về thời gian phản xạ thính - vận động, thị vận động trung bình của các đối tượng khi đo trên máy 1 (VT-007) và máy 2 (PPWE01) ($p > 0,05$).

Bảng 3: Tương quan thời gian phản xạ trung bình theo giới giữa 2 thiết bị đo

Thời gian PX	Nam* (n=13)		Nữ** (n=30)		p (t test)
	VT-007	PPWE01	VT-007	PPWE01	
Thời gian phản xạ thính – vận động	195,4 ± 12,9	188,9 ± 18,9	203,5 ± 12,6	205,7 ± 16,9	0,117* 0,570**
Thời gian phản xạ thị - vận động	205,1 ± 11,2	201,9 ± 16,4	211,9 ± 10,8	211,9 ± 20,2	0,472* 1,000**

Nhận xét: Kết quả thời gian phản xạ thính - vận động trung bình của máy 1 cao hơn máy 2 đối với nam giới, và máy 1 thấp hơn máy 2 đối với nữ giới, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả thời gian phản xạ thị - vận động trung bình của máy 1 cao hơn máy 2 đối với nam giới, và bằng nhau đối với nữ giới. Tuy nhiên, sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4: Tương quan thời gian phản xạ trung bình theo nhóm tuổi giữa 2 thiết bị đo

Thời gian PX	Thời gian phản xạ thính – vận động*		Thời gian phản xạ thị - vận động**		p (t test)
	VT-007	PPWE01	VT-007	PPWE01	
Nhóm tuổi					
20 – 25(n = 14)	201,8 ± 15,5	197,6 ± 13,5	207,1 ± 13,2	211,0 ± 13,9	0,357*; 0,498**
26 – 30(n = 15)	200,1 ± 12,3	193,7 ± 20,0	209,5 ± 12,3	208,1 ± 23,3	0,148*; 0,813**
30 – 45(n = 14)	204,6 ± 13,7	210,9 ± 19,5	213,0 ± 7,3	207,6 ± 20,9	0,367*; 0,389**

Nhận xét: Không có sự chênh lệch nhiều về kết quả thời gian phản xạ thính – vận động, thị - vận động giữa máy 1 và máy 2 phân theo nhóm tuổi. Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp đo và đánh giá thời gian phản xạ thị - vận động và thính - vận động là một trong những thử nghiệm tâm sinh lý quan trọng để đánh giá mức độ căng thẳng, mệt mỏi trong công việc, căng thẳng thần kinh tâm lý của một nghề, tuyển chọn nghề và phân loại lao động, giúp cho người tuyển dụng lao động sắp xếp vị trí việc làm cho người lao động một cách phù hợp, từ đó nâng cao chất lượng và số lượng sản phẩm trong lao động [1].

Thời gian của một phản xạ là tổng thời gian quá trình của 5 yếu tố trong cung phản xạ. Các yếu tố có thể ảnh hưởng đến thời gian phản xạ trung bình bao gồm tuổi, giới tính, mệt mỏi, căng thẳng tâm lý, tập luyện thể dục...[2]. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để so sánh thời gian phản xạ thính – vận động và thời gian phản xạ thị - vận động như nghiên cứu của Thompson và cộng sự đã ghi nhận rằng trung bình thời gian phản xạ để phát hiện kích thích thị giác là khoảng 180-200ms, còn âm thanh là khoảng 140-160 ms [3]. Một nghiên cứu của nhóm tác giả Aditya Jain và cộng sự cũng cho thấy sự khác biệt về thời gian phản xạ thính vận động (228,01±16,49) nhanh hơn so với thời gian phản

xạ thị vận động (247,60±18,54) với $p < 0,001$ [5]. Bên cạnh đó, các tác giả cũng thường phân tích vấn đề thời gian phản xạ trung bình theo tuổi, giới, hoạt động thể lực...như nghiên cứu thời gian phản xạ thị - vận động của nhóm tác giả Tạ Thúy Lan và cộng sự: Thời gian phản xạ giảm dần khi tuổi tăng từ 19 đến 22. Thời gian phản xạ trung bình của sinh viên nam (131.22±12.72 ms thời gian phản xạ đơn và 235.98±22.67ms thời gian phản xạ phức) luôn ngắn hơn so với của sinh viên nữ 182.75±15.52ms thời gian phản xạ đơn và 316.59±29.70ms thời gian phản xạ phức[4]. Khi so sánh nhóm sinh viên khỏe mạnh ít vận động với nhóm sinh viên thường xuyên hoạt động thể thao cũng cho thấy một sự khác biệt đáng kể, nhóm sinh viên ít hoạt động thể thao có trung tâm phản xạ thị, thính vận động chậm hơn ($p=0,007$)[5].

Chính vì vậy, khi so sánh sự khác biệt giữa 2 thiết bị đo là máy Respondent time meter VT-007 và phần mềm PPWE01 cài đặt trên máy tính chúng tôi tập trung vào việc so sánh thời gian phản xạ trung bình cũng như so sánh trên khía cạnh tuổi, giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phản xạ phản xạ thính – vận động, thị - vận động trung bình giữa 2 thiết

bị đo. Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê khi chúng tôi tiến hành phân tích theo nhóm tuổi và giới tính.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng phần mềm PPWE01 (sử dụng trên máy tính) trong đánh giá thời gian phản xạ thính - thị vận động có kết quả đo tương đương với kết quả đo trên máy Respondent time meter VT-007 (không sử dụng trên máy tính).

Phần mềm PPWE01 có nhiều ưu điểm: Vận chuyển gọn nhẹ, tính khách quan cao, tự lưu kết quả trong máy tính và rút ngắn thời gian đo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Sức khỏe Nghề nghiệp và Môi trường (2015).** Thường quy kỹ thuật sức khỏe nghề nghiệp và môi trường. Nhà xuất bản Y học, tr 270 – 275.

2. **Karia RM, Ghuntla TP, Mehta HB, Gokhale PA, Shah CJ (2012).** Effect of gender difference on visual reaction time: A study on medical students of Bhavnagar region. IOSR-PHR. 2012;2:452–4.

3. **Thompson PD, Colebatch JG, Brown P, Rothwell JC, Day BL, Obeso JA và cộng sự (1992).** Voluntary stimulus-sensitive jerks and jumps mimicking myoclonus or pathological startle syndromes. Mov Disord. 1992;7:257–62.

4. **Tạ Thúy Lan, Mai Văn Hưng, Nguyễn Thúy Sinh (2009).** Thời gian phản xạ cảm giác - vận động của sinh viên trường đại học TDTT Bắc Ninh. Tạp chí Khoa học – ĐHSP Hà Nội 2, Số 2 – 2009, tr 134 – 141.

5. **Jain A, Bansal R, Kumar A, Singh K (2015).** A comparative study of visual and auditory reaction times on the basis of gender and physical activity levels of medical first year students. Int J Appl Basic Med Res. 2015;5(2):124–7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH CÒI XƯƠNG Ở TRẺ 6-36 THÁNG TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG

Nguyễn Trọng Hưng¹, Phạm Thị Thu Hương¹,
Trần Thị Trà Phương¹, Nguyễn Thị Lâm¹

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước sau nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh còi xương trên 84 trẻ 6-36 tháng tuổi (42 trẻ/nhóm) đến khám tại Viện Dinh Dưỡng năm 2015. Kết quả cho thấy: Nồng độ vitamin D huyết thanh sau can thiệp ở nhóm điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày tăng nhanh và cao hơn so với nhóm điều trị vitamin D liều cao duy nhất. Một số trường hợp sử dụng vitamin D liều thấp hàng ngày (2.000UI/ngày) có khả năng gây tình trạng thừa vitamin D ở trẻ > 150ng/ml.

Từ khóa: Còi xương, trẻ em, liều vitamin D, Viện Dinh Dưỡng.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT FOR RICKETS CHILDREN AGED 6-36 MONTHS WHO CHECKED-UP AT NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION

A comparative clinical trial was used to assess the outcome of rickets treated in 84 children aged 6-36 months (42 children/group) at the National Institute of Nutrition in 2015. The results showed that: Serum vitamin D levels after intervention in the low-dose daily vitamin D treatment group increased rapidly and

higher than those in the high-dose vitamin D group alone. Some cases of low daily vitamin D intake (2,000UI/day) have the potential to cause overdose of vitamin D in children > 150ng/ml.

Key words: Rickets, children, vitamin D dose, National Institute of Nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Còi xương là tình trạng thiếu hụt vitamin D gây nên tình trạng rối loạn chuyển hóa can xi và photpho trong cơ thể. Còi xương không phải là bệnh hiếm nghèo nhưng nếu không có biện pháp khắc phục hợp lý sẽ dẫn đến những biến chứng nguy hiểm hay những di chứng ảnh hưởng xấu đến ngoại hình, gây ra những tự ti mặc cảm khi trưởng thành. Những di chứng mà bệnh còi xương để lại ảnh hưởng đến chiều cao của trẻ, biến dạng xương không phục hồi và có thể là một trong những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng ở trẻ.

Chẩn đoán còi xương không chỉ dựa vào các dấu hiệu lâm sàng kinh điển (ngủ không sâu giấc, ra nhiều mồ hôi, tóc rụng vành khăn, chậm vận động...) mà còn dựa vào xét nghiệm vitamin D huyết thanh. Hiện nay, có rất nhiều quan điểm và phác đồ điều trị còi xương do thiếu vitamin D, như điều trị theo lứa tuổi, điều trị theo kết quả xét nghiệm vitamin D huyết thanh. Vì những lý do trên mà chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị bệnh còi xương ở trẻ 6-36 tháng đến khám tại Viện Dinh Dưỡng năm 2015”.

¹Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hưng

Email: nguyentronghung9602@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2018

Ngày duyệt bài: 18.12.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 6-36 tháng tuổi đến khám tư vấn dinh dưỡng tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, Viện Dinh Dưỡng năm 2015 được chẩn đoán còi xương trong thời gian nghiên cứu, được bố mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu và thỏa mãn cả 2 tiêu chuẩn sau:

• **Tiêu chuẩn 1:** Có ít nhất 1 dấu hiệu lâm sàng trên xương sau: (theo bài giảng Nhi khoa, Trường ĐHY Hà Nội)

- Thóp rộng, bờ thóp mềm, đầu bẹt, bướu, chậm vận động...

- Ra nhiều mồ hôi
- Ngủ không sâu giấc
- Rụng tóc vành khăn
- Chậm phát triển vận động, ...

• **Tiêu chuẩn 2:** Kết hợp với nồng độ vitamin D huyết thanh < 30 ng/ml (thấp hoặc thiếu)

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ bị suy dinh dưỡng nặng
- Trẻ có bệnh gan, thận, tuyến giáp, có dị tật kèm theo...

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước sau.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp trước sau:

$$N = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{d^2}$$

Trong đó: N: Là cỡ mẫu nghiên cứu cho 1 nhóm; $Z_{(1-\alpha/2)}$: Là độ tin cậy ở ngưỡng xác suất

$\alpha = 5\%$ ($Z = 1,96$); P1: Là tỷ lệ còi xương trước can thiệp, ước tính 99%; P2: Là tỷ lệ còi xương sau can thiệp, ước tính 10%; d: Là độ chính xác mong muốn, dự kiến bằng 0,1.

Số mẫu tính được là 38 đối tượng/nhóm, thêm 10% dự kiến bỏ cuộc trong quá trình can thiệp, số mẫu cần cho 1 nhóm sẽ là 42 trẻ/nhóm

2.3. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bảng phân loại nồng độ vitamin D huyết thanh sau:

Nồng độ vitamin D huyết thanh	Nhận định
30-80 ng/ml	Bình thường
20-<30 ng/ml	Thấp
10-<20 ng/ml	Thiếu nhẹ và TB
< 10 ng/ml	Thiếu nặng

Phác đồ điều trị:

- Nhóm điều trị liều thấp hàng ngày: 2,000 UI vitamin D3 x 50 ngày (dùng Aquadetrim hoặc sản phẩm tương tự).

- Nhóm điều trị liều cao duy nhất: 100,000 UI vitamin D3 x 1 lần duy nhất (dùng Uvedose hoặc sản phẩm tương tự). Xét nghiệm lại nồng độ vitamin D huyết thanh sau 50 ngày điều trị.

Quá liều vitamin D: Ngộ độc vitamin D là một tình trạng hiếm gặp nhưng khá nghiêm trọng xuất hiện khi nồng độ vitamin D tăng cao trong cơ thể. Ngộ độc vitamin D là một sự tích tụ canxi trong máu (tăng calci máu), có thể gây chán ăn, buồn nôn và nôn. Trương lực cơ giảm, đi tiểu nhiều.

2.4. Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng chương trình EPI DATA. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình stata 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của 2 nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu

Các chỉ số	Nhóm điều trị vitamin D liều cao duy nhất	Nhóm điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày	P T-test
Nhóm tuổi [n(%)]: 6-12 tháng	35 (83,3)	21 (50)	
13-24 tháng	7 (16,7)	21 (50)	
25-36 tháng	0 (0,0)	0 (0,0)	
Giới [n(%)]: Nam	14 (33,3)	21 (50)	
Nữ	28 (66,7)	21 (50)	
Cân nặng (kg) [TB±SD]: 6-12 tháng	7,4±0,93	7,7±0,7	>0,05
13-24 tháng	7,8±0,0	8,4±0,94	>0,05
25-36 tháng	0 (0,0)	0 (0,0)	
Chiều cao (cm) [TB±SD]: 6-12 tháng	68,5±1,5	68,0±0,7	>0,05
13-24 tháng	74±0,0	75,03±0,3	>0,05
25-36 tháng	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tình trạng dinh dưỡng [n(%)]: Bình thường	28 (59,5)	32 (76,2)	
Suy dinh dưỡng	7 (16,7)	10 (23,8)	
Thừa cân	7 (16,7)	0 (0,0)	

Nồng độ vitamin D máu trước can thiệp (ng/ml) [TB±SD]	20,37±0,86	21,32±0,9	>0,05
---	------------	-----------	-------

Kết quả bảng 1: Trong tổng số 84 trẻ từ 6-36 tháng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được chia làm 2 nhóm can thiệp, mỗi nhóm 42 trẻ. Sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm can thiệp về cân nặng ở nhóm trẻ trung bình, chiều cao trung bình, nồng độ vitamin D huyết thanh trước can thiệp của cả hai nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu.

Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng của 2 nhóm trẻ sau 50 ngày can thiệp

Các chỉ số	Nhóm điều trị vitamin D liều cao duy nhất	Nhóm điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày	p T- test
Cân nặng (kg) [TB±SD]: 6-12 tháng	7,8±0,6	8,3±0,59	>0,05
13-24 tháng	8,08±0,0	9,5±2,0	>0,05
25-36 tháng			
Chiều cao (cm) [TB±SD]: 6-12 tháng	71,4±2,53	70,4±1,9	>0,05
13-24 tháng	76±0,0	78,02±5,27	>0,05
25-36 tháng			
Tình trạng dinh dưỡng[n(%): Bình thường	35 (83,3)	35 (83,3)	
Suy dinh dưỡng	7 (16,7)	7 (16,7)	
Thừa cân	0 (0,0)	0 (0,0)	

Kết quả bảng 2 cho thấy: Sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm can thiệp về cân nặng trung bình, chiều cao trung bình, sau can thiệp của cả hai nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu.

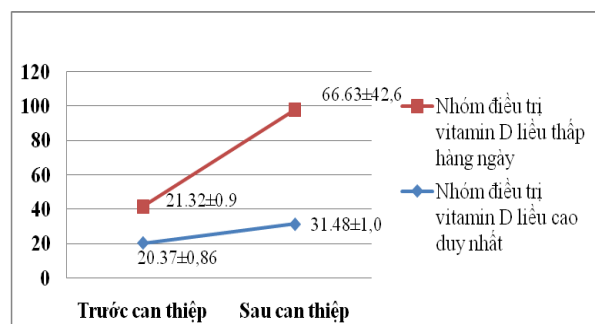
Bảng 3: Thay đổi nồng độ vitamin D huyết thanh sau 50 ngày can thiệp

Các chỉ số	Nhóm điều trị vitamin D liều cao duy nhất	Nhóm điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày	p T- test
Nồng độ vitamin D máu sau can thiệp (ng/ml) [TB±SD]	31,48±1,0	66,63±42,56	<0,05
Giá trị thấp nhất	25,0	31,9	
Giá trị cao nhất	42,0	186,4	
6-12 tháng	32,0±6,9	99,0±55,0	<0,05
13-24 tháng	27,0±0,01	55,0±22,0	>0,05

Bảng 4: Hiệu quả cải thiện nồng độ vitamin D huyết thanh sau 50 ngày sử dụng vitamin D điều trị.

Nồng độ Vitamin D máu (ng/ml) [TB±SD]	Nhóm điều trị liều thấp hàng ngày	Nhóm điều trị liều cao duy nhất	Giá trị p T- Test
Trước can thiệp (T0)	20,37±0,86	21,32±0,9	>0,05
Sau 50 ngày can thiệp (T50)	31,48±1,0	66,63±42,56	< 0,05
Thay đổi (T50-T0)	-54,541±0,89	-212,5±50,2	< 0,05

Kết quả bảng 3, bảng 4 và hình 1 cho thấy: Sau can thiệp 50 ngày, nồng độ vitamin D huyết thanh ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu ghi nhận: ở nhóm trẻ can thiệp vitamin D liều thấp hàng ngày có 3 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh > 150ng/ml.



Hình 1: So sánh nồng độ vitamin D huyết thanh trước và sau can thiệp ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, Viện Dinh dưỡng từ tháng 6 -12/2015, có 84 trẻ từ 6-36 tháng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu can thiệp được chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm 42 trẻ.

Sau can thiệp 50 ngày, nhóm 1 với can thiệp điều trị vitamin D liều cao duy nhất 100.000UI và nhóm 2 với can thiệp điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày 2.000 UI/ ngày cho kết quả:

Nồng độ vitamin D huyết thanh sau can thiệp ở nhóm điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày tăng cao hơn so với nhóm điều trị vitamin D liều cao duy nhất. Cụ thể:

Nồng độ vitamin D huyết thanh sau can thiệp trung bình ở nhóm 1: $31,48 \pm 0,86$ và nồng độ vitamin D huyết thanh sau can thiệp trung bình ở nhóm 2: $66,63 \pm 42,6$. Có sự khác biệt giữa nồng độ vitamin D huyết thanh sau can thiệp ở cả hai nhóm với $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thuốc vitamin D liều hàng ngày là 2 loại: Kisout 60UI/ giọt và Aquadetrim 500UI/ giọt. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số trường hợp sử dụng vitamin D liều thấp hàng ngày (2.000UI/ngày) - Aquadetrim 500UI/ giọt có khả năng gây tình trạng thừa vitamin D ở trẻ $> 150\text{ng/ml}$.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ vitamin D huyết thanh sau can thiệp ở nhóm điều trị vitamin D liều thấp hàng ngày tăng nhanh và cao hơn so với nhóm điều trị vitamin D liều cao duy nhất. Một số trường hợp sử dụng vitamin D liều thấp hàng ngày (2.000UI/ngày) có khả năng gây tình trạng thừa vitamin D ở trẻ $> 150\text{ng/ml}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Misra M, Pacaud D, Petryk A. et al (2008).** Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics*; 122(2):398-417
2. **Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB, editors (2013).** *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC: The National Academies Press. Institute of Medicine of the National Academies.
3. **National Kidney Foundation, Inc. Guideline 8 (2005).** Prevention and treatment of vitamin D insufficiency and vitamin D deficiency in CKD patients. KDOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in children with chronic kidney disease. http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_pedbone/guide8.htm. Accessed August 30, 2013.
4. **Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA. et al (2011).** Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*; 96(7):1911-1930. [PubMed]
5. **Marcia L. Buck, et al.** Prevention and Management of Vitamin D Deficiency in Children: Part II. Vitamin D Supplementation, http://www.medscape.com/viewarticle/707757_7

HIỆU QUẢ CỦA INFLIXIMAB TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mức độ đáp ứng điều trị với infliximab ở bệnh nhân VCSĐK điều trị tại khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc trong 12 tuần, hồi cứu kết hợp với tiền cứu, có can thiệp điều trị với infliximab trên 52 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984 tại khoa Cơ Xương Khớp, bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 8 năm 2018. **Kết quả và kết luận:** Điểm VAS đau cột sống về đêm trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu giảm từ 6,5 tại thời điểm T0 xuống 1,98 tại thời điểm T12 ($p < 0,001$) và điểm VAS của đau khớp ngoại vi ngoài cột sống cũng giảm dần theo thời gian dùng thuốc. Tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu, số khớp sưng, đau ngoài cột sống trung bình là 2,9 và sau 12 tuần điều trị, giảm xuống còn 0,8 ($p < 0,001$). Điểm BASDAI trung bình tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là 4,78 và sau 2 tuần điều trị, chỉ số này giảm mạnh xuống còn 2,49 ($p < 0,001$) và sau 12 tuần dùng thuốc là 1,61. Khi kết

Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Hứa Thị Hiệp¹

thúc nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân đạt được BASDAI 50 là 76,2%. Sau 2 tuần điều trị infliximab, chỉ số ASDAS-CRP giảm từ 4,19 xuống còn 1,55 ($p < 0,05$) và tiếp tục duy trì ổn định ở các tuần sau đó.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, hiệu quả điều trị, infliximab.

SUMMARY

EFFICACY OF INFLIXIMAB IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Purposes: Evaluate the level of response to infliximab in patients with ankylosing spondylitis at Rheumatology department, Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** A longitudinal follow up study for 12 weeks which was retrospective combined with prospective, including 52 ankylosing spondylitis (AS) patients who were diagnosed based on 1984 modified New York Criteria for AS, treated with infliximab at Rheumatology Department of Bach Mai hospital, from 6/2016 to 8/2018. **Results and Conclusions:** The average VAS score for spinal pain at night of these patients fell from 6.5 at T0 to 1.98 at T12 ($p < 0.001$) and the VAS score of peripheral joint pain also gradually decreased with time of using drug. At the time of starting the study, the average number of swollen and tender peripheral joints was 2.9 and after 12 weeks of treatment, it decreased to 0.8 ($p < 0.001$). The average BASDAI score at the beginning of the study was 4.78 and after 2 weeks of

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2018

Ngày duyệt bài: 19.12.2018

treatment, the score dropped sharply to 2.49 ($p < 0.001$) and after 12 weeks of treatment it was 1.61. At the end of study, the proportion of patients achieving BASDAI 50 was 76.2%. After 2 weeks of treatment with infliximab, ASDAS-CRP decreased from 4.19 to 1.55 ($p < 0.05$) and continued to remain stably in the following weeks.

Key words: Ankylosing spondylitis, treatment efficacy, infliximab

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh lý khớp viêm hay gặp nhất trong nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính. Bệnh thường gặp ở nam giới trẻ tuổi nên hay bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm, dẫn đến dính và biến dạng khớp háng- cột sống làm bệnh nhân tàn phế. Ngoài ảnh hưởng đến cột sống và khớp cùng chậu, bệnh còn gây viêm các khớp ngoại vi khác như khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân và viêm các điểm bám tận. Hiện nay, các thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm kinh điển- nhóm DMARDs (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) ít có hiệu quả trong điều trị VCSKD và thuốc chỉ được chỉ định trong VCSKD thể ngoại vi. Vì vậy, bệnh ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và làm tăng gánh nặng bệnh tật cho xã hội. Trong VCSKD, yếu tố hoại tử u (TNF- tumour necrosis factor) là một cytokine gây viêm có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh. Nồng độ TNF trong huyết thanh tăng cao, dẫn đến phá hủy các cấu trúc xương- sụn, gây bào mòn sụn khớp, phá hủy xương dưới sụn làm hẹp và mất khe khớp. Infliximab thuộc nhóm thuốc kháng TNF và là một kháng thể đơn dòng có hiệu quả cao trong kiểm soát sự tiến triển của bệnh VCSKD [1]. Thuốc ngăn chặn sự liên kết của TNF với các thụ thể ở trên màng của tế bào đích và ức chế hoạt tính của các TNF đã gắn với thụ thể do đó infliximab ức chế phản ứng viêm và ngăn chặn quá trình hủy hoại khớp. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về đánh giá hiệu quả cũng như tính an toàn của thuốc infliximab trong điều trị VCSKD. Tại Việt Nam, thuốc infliximab là một trong những thuốc thuộc nhóm kháng TNF được chỉ định nhiều nhất trong điều trị bệnh VCSKD, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của thuốc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu mức độ đáp ứng điều trị với infliximab ở bệnh nhân VCSKD điều trị tại khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984, có chỉ

định điều trị với thuốc infliximab theo khuyến cáo của ASAS/EULAR 2006, điều trị tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 8 năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Hồi cứu kết hợp với tiền cứu, theo dõi dọc, đánh giá hiệu quả và tính an toàn sau 12 tuần điều trị với thuốc infliximab.

- Địa điểm tiến hành nghiên cứu: khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai.

- Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm BASDAI, ASDAS, nghiệm pháp tay đất, VAS đau cột sống về đêm và số vị trí khớp sưng đau ngoài cột sống. Các đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, tốc độ máu lắng, nồng độ protein C phản ứng (CRP), chức năng gan, chức năng thận, đường máu.

- Đánh giá hiệu quả sau 12 tuần điều trị với infliximab: dựa vào chỉ số BASDAI và ASDAS. Sự thay đổi trước và sau điều trị của chỉ số BASDAI và ASDAS (kí hiệu là Δ) được đưa ra nhằm xem xét tiếp tục dùng thuốc infliximab hay chuyển sang thuốc sinh học khác. Bệnh nhân có đáp ứng điều trị khi Δ BASDAI ≥ 2 hoặc Δ ASDAS $\geq 1,1$ và thuốc không có hiệu quả khi Δ BASDAI < 2 hoặc Δ ASDAS $< 1,1$.

- Đánh giá tính an toàn của thuốc infliximab sau 12 tuần điều trị: dị ứng thuốc, tăng men gan, nhiễm trùng cơ hội.

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

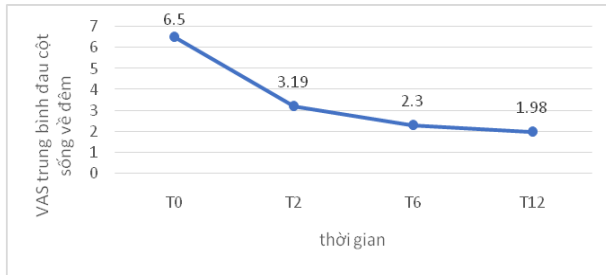
1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Trong nghiên cứu, bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ 84,6%, trong đó tỷ lệ mắc bệnh của nam/nữ là 5,5/1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $31,3 \pm 11,7$ tuổi và hơn 80% bệnh nhân dưới 40 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $5,8 \pm 7,8$ năm, trong đó, 69,2% các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm.

- 84,6% bệnh nhân nghiên cứu trong giai đoạn hoạt động bệnh nặng khi tính theo chỉ số BASDAI và 98,1% bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh nặng khi tính theo thang điểm ASDAS-CRP.

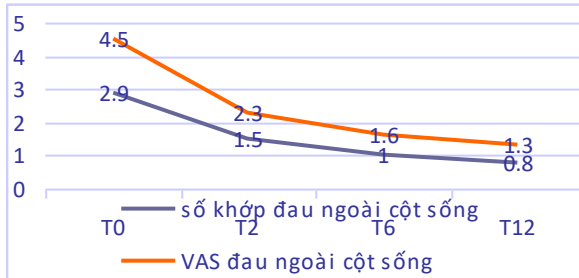
2. Đánh giá hiệu quả của infliximab sau 12 tuần điều trị

- Trong nghiên cứu, có 10/52 bệnh nhân ngừng điều trị thuốc do phản ứng dị ứng, nhiễm trùng ngoài da và điều kiện kinh tế khó khăn. Do vậy, chúng tôi đánh giá hiệu quả trên 42 bệnh nhân VCSKD truyền đủ 4 đợt infliximab.



Biểu đồ 3.1: Hiệu quả giảm đau khi đánh giá theo thang điểm VAS ở cột sống

Nhận xét: Mức độ đau ở cột sống khi đánh giá theo thang điểm VAS giảm rõ rệt từ tuần thứ 2 sau điều trị infliximab (giảm 51%) và tiếp tục giảm sâu ở các tuần sau đó so với trước khi điều trị ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.2: Đánh giá hiệu quả điều trị qua số khớp đau trung bình ngoài cột sống và điểm VAS đau ngoài cột sống.

Nhận xét: Sau 2 tuần dùng infliximab, số khớp ngoại vi sưng- đau trung bình giảm rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,01$) và thông số này tiếp tục giảm sau 6 tuần và 12 tuần ($p < 0,001$).

3. Tính an toàn của infliximab sau 12 tuần điều trị

Bảng 3.1: Đánh giá chức năng gan sau 12 tuần điều trị với infliximab

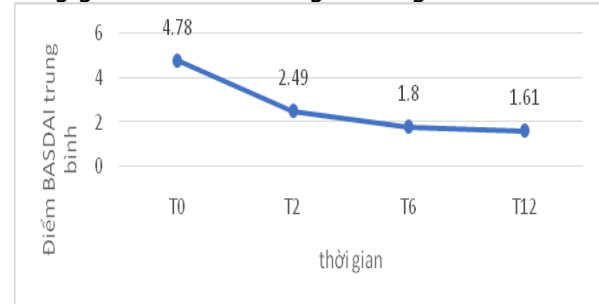
Chỉ số		T0	T2	T6	T12
AST	AST ≤ 3 lần giới hạn bình thường	0	5 (15%)	3 (7,7%)	2 (4,9%)
	AST > 3 lần giới hạn bình thường	0	0	0	0
ALT	ALT ≤ 3 lần giới hạn bình thường	3 (7,1%)	9 (22,5%)	3 (7,7%)	3 (7,3%)
	ALT > 3 lần giới hạn bình thường	0	0	0	0

Nhận xét: Sau 12 tuần điều trị, 2 bệnh nhân có nồng độ AST và 3 bệnh nhân có nồng độ ALT tăng cao trong khoảng 1-3 lần giới hạn bình thường so với trước điều trị, không gặp bệnh nhân nào có tăng men gan gấp trên 3 lần giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

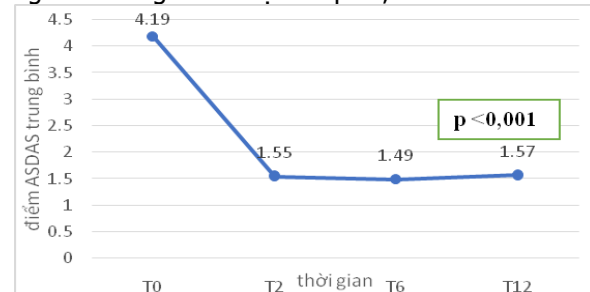
VCSDK là một bệnh lý khớp viêm mạn tính thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính. Bệnh đặc trưng bởi sự kết hợp giữa hội chứng cùng-chậu, hội chứng bám tận và hội chứng ngoài khớp với các biểu hiện khác nhau. Tổn thương cơ bản của bệnh là xơ teo, calci hóa dây chằng, bao khớp và kèm theo viêm nội mạc các mao mạch. Biểu hiện lâm sàng chính của bệnh là đau- hạn chế vận động cột sống, có thể kèm theo viêm các khớp ở chi dưới

(thể ngoại vi), nhanh chóng dẫn đến teo cơ, dính khớp và cột sống nếu bệnh nhân không được theo dõi và điều trị tích cực. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ 84,6% và hơn 80% bệnh nhân mắc bệnh dưới 40 tuổi. Ở các bệnh nhân VCSDK, nồng độ của TNF trong máu và các khớp viêm tăng cao hơn so với bình thường. Thuốc Infliximab thuộc nhóm kháng TNF, là một kháng thể đơn dòng dạng khảm với 25% acid amin có nguồn gốc từ chuột và 75%



Biểu đồ 3.3: Đánh giá hiệu quả điều trị trên thang điểm BASDAI (n= 25)

Nhận xét: Sau 12 điều trị với infliximab, điểm BASDAI trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm rõ rệt với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.4: Đánh giá hiệu quả điều trị qua điểm ASDAS-CRP

Nhận xét: Điểm ASDAS-CRP trung bình giảm mạnh ở tuần thứ 2 sau dùng thuốc và duy trì ổn định ở các tuần sau đó ($p < 0,001$).

acid amin có nguồn gốc từ người. Thuốc có độ đặc hiệu và ái lực cao với phân tử TNF nên hạn chế được tác động của TNF trong cơ chế bệnh sinh của bệnh VCSDK [2]. Điểm VAS khi đánh giá mức độ đau cột sống về đêm là một chỉ số được sử dụng nhiều trên lâm sàng để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSDK. Khi điểm VAS càng cao chứng tỏ bệnh hoạt động càng mạnh. Sau 12 tuần dùng infliximab, điểm VAS đau cột sống về đêm trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu giảm từ 6,5 tại thời điểm T0 xuống 1,98 tại thời điểm T12 ($p < 0,001$). Điểm VAS khi đánh giá mức độ đau cột sống về đêm là một chỉ số được sử dụng nhiều trên lâm sàng để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSDK. Khi điểm VAS càng cao chứng tỏ bệnh hoạt động càng mạnh.

Trong bệnh VCSDK, ngoài tổn thương cột sống bệnh nhân còn bị viêm các khớp ở chi dưới, thường hay gặp nhất ở khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân. Tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu, số khớp sưng, đau ngoài cột sống trung bình là 2,9. Sau 12 tuần dùng infliximab, số khớp sưng đau ngoài cột sống giảm xuống còn 0,8 ($p < 0,001$) và điểm VAS của đau khớp ngoại vi ngoài cột sống cũng giảm dần theo thời gian dùng thuốc. Thuốc infliximab đã giúp cải thiện khả năng lao động và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Theo Guillemain F, số khớp ngoại vi bị sưng, đau là một yếu tố quan trọng làm tăng số ngày nghỉ ốm và mất khả năng làm việc của các bệnh nhân VCSDK [3]. Bệnh VCSDK gặp chủ yếu ở nam giới, trẻ tuổi, một lực lượng lao động chính trong gia đình và xã hội. Do đó, việc cải thiện chức năng vận động và chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân này có vai trò quan trọng trong giảm gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội. BASDAI là một chỉ số được dùng nhiều trong lâm sàng để đánh giá mức độ hoạt động bệnh VCSDK và hiệu quả điều trị. Theo EULAR 2006, bệnh ở giai đoạn hoạt động mạnh khi điểm BASDAI ≥ 4 và các thuốc có hiệu quả điều trị cao khi Δ BASDAI ≥ 2 [4]. Điểm BASDAI trung bình của 42 bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là 4,78 và sau 2 tuần điều trị, chỉ số này giảm mạnh xuống còn 2,49 ($p < 0,001$) và sau 12 tuần dùng thuốc là 1,61. Khi kết thúc nghiên cứu, chúng tôi thấy 76,2% bệnh nhân đạt được BASDAI 50. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới, thuốc infliximab có hiệu quả cao trong kiểm soát hoạt động bệnh và thuốc sẽ đạt hiệu quả cao hơn khi được chỉ định sớm. Chỉ số ASDAS-CRP cũng có giá trị và độ tin cậy cao khi đánh giá mức độ hoạt động bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị do

có sử dụng cả chỉ số đánh giá mức độ viêm là protein-C phản ứng (CRP). Trong nghiên cứu, sau 2 tuần điều trị infliximab, chỉ số ASDAS-CRP giảm từ 4,19 xuống còn 1,55 ($p < 0,05$) và tiếp tục duy trì ổn định ở các tuần sau đó.

Trong nhóm 52 bệnh nhân VCSDK tham gia nghiên cứu, có 5 bệnh nhân phải ngừng điều trị do bị dị ứng thuốc chiếm tỷ lệ 9,6% và một bệnh nhân bị nấm ngoài da phải dừng thuốc (chiếm tỷ lệ 1,9%). Sau 12 tuần dùng thuốc, có 5 bệnh nhân tăng men gan nhưng trong giới hạn 3 lần bình thường và không gặp bệnh nhân nào có tăng nồng độ creatinin trong huyết thanh quá giới hạn bình thường. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân bị các tác dụng phụ do dùng thuốc infliximab như nhiễm trùng cơ hội và tăng men gan không khác biệt so với những thuốc kháng TNF khác như golimumab, adalimumab và certolizumab [5].

V. KẾT LUẬN

- Điểm VAS đau cột sống về đêm trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu giảm từ 6,5 tại thời điểm T0 xuống 1,98 tại thời điểm T12 ($p < 0,001$) và điểm VAS của đau khớp ngoại vi ngoài cột sống cũng giảm dần theo thời gian dùng thuốc. Tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu, số khớp sưng, đau ngoài cột sống trung bình là 2,9 và sau 12 tuần điều trị, giảm xuống còn 0,8 ($p < 0,001$).

- Điểm BASDAI trung bình tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là 4,78 và sau 2 tuần điều trị, chỉ số này giảm mạnh xuống còn 2,49 ($p < 0,001$) và sau 12 tuần dùng thuốc là 1,61. Khi kết thúc nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân đạt được BASDAI 50 là 76,2%.

- Sau 2 tuần điều trị infliximab, chỉ số ASDAS-CRP giảm từ 4,19 xuống còn 1,55 ($p < 0,05$) và tiếp tục duy trì ổn định ở các tuần sau đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu W, et al, *Efficacy and safety of TNF- α inhibitors for active ankylosing spondylitis patients: Multiple treatment comparisons in a network meta-analysis*. Scientific reports, 2016. 6, 32768.
2. Braun, et al, *Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomised controlled multicentre trial*, The Lancet 2002. 359: 1187-1193.
3. Guillemain F, et al, *Long-term disability and prolonged sick leaves as outcome measurements in ankylosing spondylitis. Possible predictive factors*, Arthritis Rheum, 1990. 33(7), 1001-1006.
4. Zochling J, et al, *ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis*, Annals of the Rheumatic Diseases, 2006. 65(4), 442-452.
5. Braun J, et al, *Persistent clinical efficacy and safety of anti-tumour necrosis factor alpha therapy with infliximab in patients with ankylosing spondylitis over 5 years: evidence for different types of response*, Ann Rheum Dis, 2008. 67(3), 340-345.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SHORT-REALTIME-PCR ĐỂ XÁC ĐỊNH NHANH ĐỘT BIẾN IVS2+1G>A VÀ 1100delC GEN CHEK2 LIÊN QUAN UNG THƯ VÚ

Lê Thị Minh Phương*, Nguyễn Thị Trang*, Nguyễn Xuân Hậu*

TÓM TẮT

Checkpoint kinase 2 (CHEK2) là một serine / threonine kinase được kích hoạt khi tổn thương DNA và liên quan đến các con đường tín hiệu về việc sửa chữa DNA, kiểm soát chu kỳ tế bào hoặc apoptosis để đáp ứng với tổn thương ban đầu. Mất chức năng kinase có tương quan với các loại ung thư khác nhau, chủ yếu là ung thư vú. **Mục tiêu:** Hoàn thiện quy trình kỹ thuật Short - realtime-PCR để xác định đột biến gen IVS2+1G>A và 1100delC gen *CHEK2* ở bệnh nhân ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú và 30 nữ bình thường. Sử dụng kỹ thuật SHORT-REALTIME PCR để xác định kiểu gen *CHEK2* từ ADN tách trong máu ngoại vi. **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện đa hình IVS2 + 1G> A và 1100delC gen *CHEK2* ở nhóm bệnh tương ứng là 10,0% và 26,7%, trong đó, kiểu gen dị hợp tử 1100del chiếm tỷ lệ 20,0% và kiểu gen đồng hợp tử đột biến chiếm tỷ lệ 6,67%. Trong khi đó ở nhóm chứng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 6,67%). Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 5 lần so với kiểu gen đồng hợp tử bình thường. Kiểu gen IVS2+1G>A gen *CHEK2* nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (chiếm 10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường. **Kết luận:** Hoàn thiện thành công quy trình kỹ thuật short-ARMS-realtime-PCR để xác định đột biến gen IVS2 + 1G> A và 1100delC gen *CHEK2*.

Từ khóa: Ung thư vú, SHORT-REALTIME-PCR, *CHEK2* IVS2 + 1G>A, *CHEK2* 1100delC

SUMMARY

SHORT - REALTIME-PCR APPLICATION FOR DETERMINING MUTATIONS IVS2+1G>A VÀ 1100DEL C OF GENE CHEK2 IN BREAST CANCER

Background: CHEK2 gene is known as a tumor suppressor gene in breast cancer (BC), which plays a role in DNA repair. The germ line mutations in *CHEK2* have been associated with different types of cancer. The present study was aimed at studying the association between *CHEK2* mutations and BC. **Material and method:** Peripheral blood was collected from patients into a test tube containing EDTA, and DNA was extracted from blood samples by

DNA-express kit. Then, we analyzed mutations including 1100delC, IVS2+1>A within *CHEK2* gene in 30 patients with BC and 30 normal healthy controls according to Short-realtime-PCR by CHEK-2 -SNP kit (Lytex, Russia). **Results:** The prevalence of mutations IVS2 + 1G> A and 1100delC in *CHEK2* was 10.0% and 26.7%, respectively, of which, heterozygous 1100del was 20.0% and homozygous accounted for 6.67%. In the control group, two cases of mutant heterozygous (6.67%) occurred. The heterozygous and homozygous genotypes have a five times higher risk for breast cancer than the normal genotype. Genotypes IVS2 + 1G> A *CHEK2* gene found in three cases of heterozygous (10.0%) and no mutation in the homozygous genotype. In the control group, no mutation was reported. The heterozygous and homozygous genotypes is 8 times more likely to cause breast cancer than a normal gene. **Conclusion:** Successful completion of the short-ARMS-realtime-PCR technique to identify IVS2 + 1G> A mutant and 1100delC gene for *CHEK2*.

Keywords: Breast cancer, SHORT-REALTIME-PCR, *CHEK2* 1100delC, *CHEK2* IVS2+1G>A.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới. Đây cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các bệnh nhân nữ ung thư ở Mỹ năm 2016 [1]. Ước tính đến năm 2026, số bệnh nhân ung thư vú sẽ hơn 4,5 triệu ở Mỹ, so với 3,5 triệu ghi nhận trong năm 2016 [2]. Tầm soát và điều trị ung thư cần phải kết hợp chẩn đoán dựa trên lâm sàng và đột biến gen [3]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa các đột biến gen *BRCA1* và *BRCA2* với ung thư vú. Gần đây, một số tác giả chỉ ra các đột biến của *CHEK2* có liên quan đến nhiều loại ung thư khác nhau bao gồm ung thư vú. Nó tham gia vào các con đường như sửa chữa DNA, điều chỉnh chu kỳ tế bào và apoptosis để đối phó với tổn thương DNA.

Gen *CHEK2* được kích hoạt bởi sự phosphoryl hóa của Thr68 bởi ATM, gây ra sự Dimer hóa của gen và cho phép kích hoạt hoạt động của kinaza. *CHEK2* sau đó phản ứng với phosphatase CDC25, protein serine/threonine kinase NEK6, yếu tố phiên mã FOXM1, protein p53 và *BRCA1* hoặc *BRCA2*[4]. *CHEK2* rất cần thiết cho việc điều chỉnh chu kỳ tế bào, và biểu hiện bất thường của gen này có thể dẫn đến ung thư. Bên cạnh biểu hiện gen và / hoặc protein của *CHEK2*, các đột biến trong DNA bộ gen đã được ghi nhận có liên quan đến hoạt động bất thường của protein

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2018

Ngày duyệt bài: 24.12.2018

CHK2. Các đột biến khác nhau trên gen *CHEK2* đã được tìm thấy, bao gồm 1100delC, I157T, R117G, I160M, G167R, G167A vv.... [5]. Trong số đó, 1100delC và IVS+1A>G được nghiên cứu nhiều nhất và có tương quan với tính nhạy cảm với nguy cơ ung thư vú. Mục đích nghiên cứu: Hoàn thiện quy trình kỹ thuật Short- realtime-PCR để xác định đột biến gen *IVS2+1G>A* và 1100delC gen *CHEK2* ở bệnh nhân ung thư vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh: Là bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú, đã có kết quả đột biến gen *BRCA1* và *BRCA2* và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm chứng: Là những người không mắc bất kỳ bệnh ung thư nào.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 8 - 2017 đến 9 - 2018.
- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm tư vấn di

Bảng 2.1: Trình tự mỗi

Đa hình	Trình tự mỗi xuôi (Forward primer)	Trình tự mỗi ngược (Reverse primer)	Sản phẩm PCR (pb)
<i>CHEK2</i> IVS2+1G>A	5'-GCAAGAAACACTTTCGGATTTCCGG-3'	RW 5'-CCACTGTGATCTTCTATGTCTGCA-3' RM 5'-AACCATATTCTGTAAGGACAGG-3'	175
<i>CHEK2</i> 1100delC	5'-GCA AAA TTA AAT GTC CTA ACT TGC-3'	RW 5'-GGC ATG GTG GTGTGC ATC-3' RM 5'-TGG AGT GCC CAA AAT CATA-3'	175

Kỹ thuật SHORT-realtime-PCR được thực hiện trên máy CFX96 (BioRad, Mỹ) với chu trình luân nhiệt: 94°C - 3 phút, 40 chu kì (94°C-15s, 64°C - 40s).

Sử dụng bộ kit DNA-express để tách chiết DNA và kỹ thuật ARMS - realtime - PCR nhân gen và phân tích đột biến giúp xác định nhanh và chính xác kiểu gen của bệnh nhân: trung bình 45 phút cho tách chiết DNA và 40 phút cho xác định đa hình gen, có khả năng ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng. Đặc biệt các thành phần phản ứng realtime-PCR đã được chuẩn bị sẵn, chỉ cho thêm 5 µl ADN của đối tượng nghiên cứu.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu và thông tin nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan đã được xác nhận và chấp thuận bởi cơ sở nghiên cứu. Những thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ phục vụ công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tách chiết ADN: 60 mẫu nghiên cứu được tách ADN bằng phương pháp ADN-express (Lytech, Nga), tuy nhiên chúng tôi giảm thể tích máu và dung dịch tách ADN so với protocol hướng dẫn của hãng. Cụ thể, lượng máu ngoại vi là 200µl và dung dịch tách ADN là 200µl, thay vì 550µl máu ngoại vi và 550 µl dung dịch tách ADN

truyền, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu mô tả tính theo công thức của S.K.Luanga và Lemeshow:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

Trong đó: 1- $\alpha/2$ = 0.95; ϵ = 0.10; p = 95% (độ chính xác của quy trình tham chiếu). n = số lần thực nghiệm cần thực hiện, tính được bằng 21, chúng tôi lấy số tròn là 30 cho nhóm bệnh và 30 cho nhóm chứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang có đối chứng.

2.2.1. Tách chiết ADN: DNA được tách chiết từ máu ngoại vi (chống đông EDTA) bằng kit tách DNA Express của hãng Lytech (Nga). Sử dụng kỹ thuật SHORT- ARMS - realtime - PCR để xác định các đột biến gen *IVS2+1G>A* và 1100delC gen *CHEK2* với trình tự mỗi:

như trong protocol. Tiến hành kiểm tra độ tinh sạch đạt chuẩn thu được kết quả sau:

Bảng 3.1. Kết quả đo nồng độ tinh sạch ADN theo phương pháp ADN-express

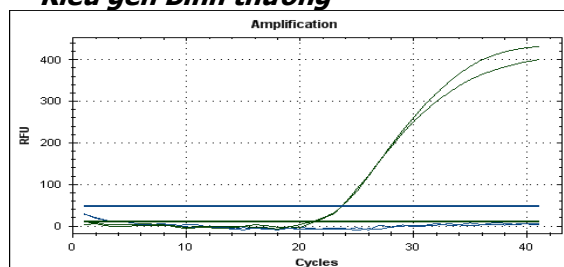
Nồng độ AND	Nồng độ AND - Ng/µl	Độ tinh sạch
Thấp nhất	137,2	1,81
Cao nhất	604,3	1,97
Trung bình	289,7±15,43	1,86±0,260

Nhận xét: Lượng ADN thu được từ các mẫu tương đối cao và ổn định với nồng độ cao nhất đạt 604,3ng/µl, thấp nhất đạt 137,2ng/µl; độ tinh sạch cao nhất là 1,97 thấp nhất là 1,81.

3.2 Kết quả Short-Realtime - PCR và kết quả điện di

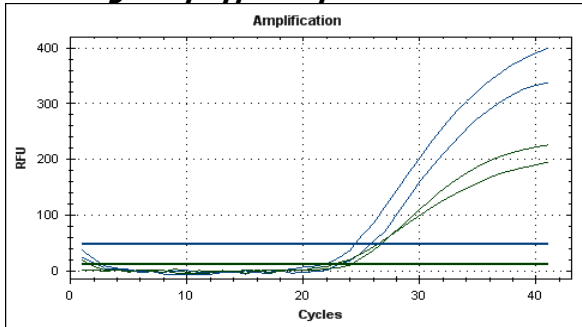
Bảng 3.2: Kết quả Realtime - PCR và kết quả điện di

Kiểu gen Bình thường

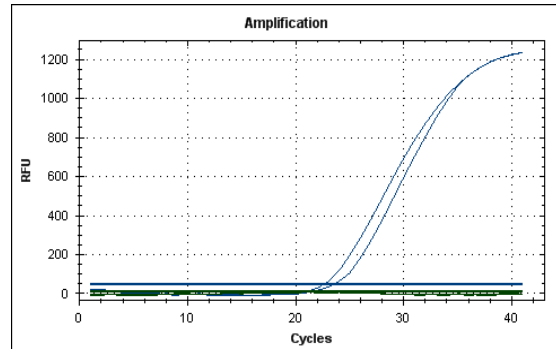


Ghi chú: - Hex (xanh lá cây): Alen bình thường
- Fam (xanh nước biển): Alen đột biến

Kiểu gen Dị hợp tử đột biến



Kiểu gen Đồng hợp tử đột biến



Nhận xét: Hình ảnh sau khi chạy bằng kỹ thuật short-realtime-PCR cho kết quả rõ nét, đảm bảo yêu cầu, dù đã cải tiến ở bước tách chiết DNA.

3.3. Xác định đột biến gen CHEK2 bằng kỹ thuật SHORT - Realtime - PCR

Bảng 3.3. Kết quả xác định đột biến gen bằng kỹ thuật SHORT-realtime-PCR

Đa hình	Kiểu gen	Nhóm chứng N (%)	Nhóm bệnh N (%)	χ^2 (p)	OR (CI, 95%)
IVS2+1G>A	BT	30 (100%)	27(90%)	3,16 (0,008)	0,13 (0.01 - 2.61)
	DHT+ĐHT	0 (0%)	3 (10%)		7,76 (0.38 - 157.15)
1100delC	BT	28(93,3%)	22(73,3%)	4,32 (0,04)	0,20 (0.04 - 1.02)
	DHT+ĐHT	2 (6,7%)	8(26,7%)		5,09 (0.98 - 26.43)

Ghi chú: BT - kiểu gen bình thường, DHT - dị hợp tử; ĐHT - đồng hợp tử đột biến.

Nhận xét: Khảo sát kiểu gen IVS2+1G>A gen *CHEK2* nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (chiếm 10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường.

Khảo sát kiểu gen 1100delC *CHEK2* ghi nhận ở nhóm bệnh có 6 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử (chiếm tỷ lệ 20,0%) và 2 trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 6,67%). Trong khi đó ở nhóm chứng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 6,67%). Không ghi nhận bất kỳ trường hợp đồng hợp tử đột biến nào ở nhóm chứng. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 5 lần so với kiểu gen đồng hợp tử bình thường.

Bảng 3.4: Kết quả phối hợp kiểu gen

Phân bố kiểu gen		Tỷ lệ phối hợp kiểu gen N (%)	Số alen đột biến	Tỷ lệ số alen đột biến N (%)
IVS2+1G>A	1100delC			
BT	BT	19 (63,3%)	0	19 (63,3%)
DHT	BT	1 (3,3%)	1	7 (23,4%)
BT	DHT	6 (20,0%)		
BT	ĐHT	2 (6,7%)		
ĐHT	BT	0	2	4 (13,3%)
DHT	DHT	2 (6,7%)		
DHT	ĐHT	0	3	0
ĐHT	DHT	0		
ĐHT	ĐHT	0	4	0
Tổng		30 (100%)	Tổng	30 (100%)

Nhận xét: Tổ hợp kiểu gen gặp nhiều nhất là kiểu gen đồng hợp tử bình thường IVS2+1G>A và dị hợp tử 1100delC chiếm tỷ lệ 20,0%. Gặp 2 trường hợp dị hợp tử kép (6,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tách chiết ADN bằng bộ kit ADN-EXPRESS cải tiến: Tách chiết ADN là công đoạn rất quan trọng trong hầu hết các kỹ thuật sinh học phân tử. Để các phản ứng tiếp theo được tối ưu và chính xác, mẫu ADN cần đảm bảo

đủ nồng độ, độ tinh sạch, không bị đứt gãy trong quá trình tách chiết. Nghiên cứu sử dụng bộ kit ADN-EXPRESS để tách ADN, tuy nhiên thay vì sử dụng 550µl ADN-express và 550µl máu ngoại vi như trong protocol của hãng, chúng tôi đã dùng 200µl ADN-express và 200µl

máu ngoại vi. Việc này nhằm giúp tiết kiệm được tối đa lượng hóa chất tách chiết cần thiết, góp phần giảm giá dịch vụ.

Kết quả thu được vẫn đảm bảo nồng độ ADN với độ OD đạt tiêu chuẩn, cho phép tiến hành ARMS-PCR. Như vậy, bước này cải tiến giảm thể tích hóa chất tách chiết, giúp giảm giá dịch vụ mà vẫn đảm bảo được độ chính xác.

4.2. Kết quả xác định kiểu gen bằng phương pháp SHORT Realtime – PCR: Kỹ thuật SHORT- ARMS - REALTIME PCR là kỹ thuật mới được áp dụng gần đây trong việc phát hiện các đột biến của gen *CHEK2* với các ưu điểm: tổng thời gian 40 phút để hoàn thành phản ứng PCR; quy trình kỹ thuật đơn giản.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa các đột biến gen *CHEK2* với các bệnh ung thư như ở những bệnh nhân có hội chứng Li-Fraumeni. Nam giới có nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt cao hơn khi biểu hiện quá mức *CHEK2* [6, 7].

Đột biến 1100delC *CHEK2*: Theo Schmidt và cộng sự, khi thực hiện các nghiên cứu khác nhau với tổng số hơn 40.000 bệnh nhân đã chỉ ra rằng, những người mang alen *CHEK2**1100delC thường có nguy cơ phát triển ung thư vú cao hơn; tuy nhiên, nguy cơ này lại giảm ở các nhóm tuổi cao hơn [8].

Một nghiên cứu khác ở Hoa Kỳ đã ghi nhận tần số rất thấp của alen này Mỹ (1,1%); Tuy nhiên, alen này lại có tương quan với nguy cơ ung thư vú. Kết quả tương tự cũng thu được Brazil. Malaysia. Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử (20,0%) và 2 trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (6,67%). Trong khi đó ở nhóm chúng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (6,67%). Không ghi nhận bất kỳ trường hợp đồng hợp tử đột biến nào ở nhóm chúng.

Kết quả của chúng tôi hỗ trợ giả thuyết rằng những người mang alen đột biến *CHEK2**1100delC có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư vú và nhiều tác giả trên thế giới nhận định rằng mối liên quan này có thể được sửa đổi bởi việc tránh tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, chẳng hạn như tiếp xúc với bức xạ. Tuy nhiên, để làm rõ vai trò của đột biến *CHEK2**1100delC trong ung thư vú, cần nghiên cứu chức năng của các yếu tố sinh hóa ảnh hưởng bởi biến thể này cũng như đánh giá chung về sự quá mẫn bức xạ trong các dòng tế bào mang đột biến.

Khi khảo sát kiểu gen *IVS2+1G>A* gen *CHEK2* nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (10,0%) và không có trường hợp

mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chúng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT + ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường CC.

Nghiên cứu ở bệnh nhân ung thư vú và nhóm chúng ở phụ nữ Iran cho thấy đột biến *IVS2+1G>A* gen *CHEK2* xuất hiện với tần suất rất thấp. Nghiên cứu tương tự đã chỉ ra rằng các biến thể *CHEK2* *IVS2 + 1G> A* có liên quan đến nguy cơ ung thư. Không có trường hợp nào trong số 100 trường hợp nghiên cứu có đột biến *CHEK2* 1100delC, I157T và đột biến del5395bp.

Chỉ có một vài nghiên cứu ghi nhận mối quan hệ có thể có giữa đột biến gen *IVS2 + 1G> A* *CHEK2* và tăng nguy cơ ung thư vú (Bogdanova et al. 2005). Cần lưu ý rằng sự xuất hiện của một đột biến *IVS2 + 1G>A* khi cho là hiếm gặp có thể liên quan đến việc thiếu các nghiên cứu đầy đủ được báo cáo từ các vùng địa lý khác nhau.

V. KẾT LUẬN

- Hoàn thiện thành công quy trình kỹ thuật short-ARMS-realtime-PCR để xác định đột biến gen *IVS2 + 1G> A* và 1100delC gen *CHEK2*.

- Tỷ lệ xuất hiện đa hình *IVS2 + 1G> A* và 1100delC gen *CHEK2* ở nhóm bệnh tương ứng là 10,0% và 26,7%. Kiểu gen dị hợp tử 1100del chiếm tỷ lệ 20,0% và kiểu gen đồng hợp tử đột biến chiếm tỷ lệ 6,67%. Trong khi đó ở nhóm chúng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (6,67%). Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 5 lần so với kiểu gen đồng hợp tử bình thường. Kiểu gen *IVS2+1G>A* gen *CHEK2* nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chúng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J. Clin. 2016;66(1):7-30.
2. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. CA Cancer J. Clin. 2016;66(4):271-289.
3. Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2009;7(2):122-192.
4. Magni M, Ruscica V, Buscemi G, et al. Chk2 and REGgamma-dependent DBC1 regulation in DNA damage induced apoptosis. Nucleic Acids Res. 2014;42(21):13150-13160.
5. Dufault MR, Betz B, Wappenschmidt B, et al. Limited relevance of the *CHEK2* gene in hereditary breast cancer. Int J Cancer. 2004;110(3):320-325.

6. **Cybulski C, Huzarski T, Gorski B, et al.** A novel founder CHEK2 mutation is associated with increased prostate cancer risk. *Cancer Res.* 2004;64(8):2677-2679.
7. **Ta HQ, Ivey ML, Frierson HF, Jr, et al.** Checkpoint kinase 2 negatively regulates androgen sensitivity and prostate cancer cell growth. *Cancer Res.* 2015;75(23):5093-5105.
8. **Palmero EI, Alemar B, Schuler-Faccini L, et al.** Screening for germline BRCA1, BRCA2, TP53 and CHEK2 mutations in families at-risk for hereditary breast cancer identified in a population-based study from Southern Brazil. *Genet Mol Biol.* 2016;39(2):210-222.
9. **Schmidt MK, Hogervorst F, van Hien R, et al.** Age- and tumor subtype-specific breast cancer risk estimates for CHEK2*1100delC carriers. *J Clin Oncol.* 2016;34(23):2750-2760.
10. **Bogdanova N, Enßen-Dubrowskaja N, Feshchenko S, Lazjuk GI, Rogov YI, Dammann O, et al.** Association of two mutations in the CHEK2 gene with breast cancer. *Int J Cancer.* 2005;116(2):263-266.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MẠCH MÁU CỦA THẬN GHÉP, KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ KHÂU NỐI MẠCH MÁU TRONG GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Minh Tuấn*, Đoàn Quốc Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm mạch máu của thận ghép và đánh giá kết quả sớm kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 71 trường hợp bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 71 bệnh nhân, nam/nữ: 51/20, tuổi cao nhất là 59 và thấp nhất là 21, quan hệ không cùng huyết thống 61/71 trường hợp. Có 49 trường hợp thận có 1 động mạch, 19 trường hợp thận có 2 động mạch, 3 trường hợp thận có 3 động mạch. Thận có 1 tĩnh mạch chiếm 65/71 trường hợp, thận có 2 tĩnh mạch chiếm 6/71 trường hợp. 100% động mạch và tĩnh mạch chính của thận ghép được nối tận – bên với động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài của bệnh nhân nhận thận. Tạo hình kiểu tạo nhánh bên được áp dụng cho 2 trường hợp thận có nhiều động mạch và 1 trường hợp thận có 2 tĩnh mạch, tạo hình kiểu nòng súng được áp dụng cho 1 trường hợp thận có 2 tĩnh mạch. 100% trường hợp miệng nối thông tốt sau thả cặp mạch máu và có nước tiểu ngay trên bàn mổ. Không có biến chứng về mạch máu. **Kết luận:** Bất thường động mạch thận 31%, bất thường tĩnh mạch thận 8,45%. Khâu nối động mạch, tĩnh mạch thận tận – bên với động mạch, tĩnh mạch chậu ngoài chiếm 100%. Kỹ thuật tạo nhánh bên của động mạch và tĩnh mạch thận chính được áp dụng, 100% miệng nối thông tốt. Không có biến chứng miệng nối cần can thiệp.

Từ khóa: ghép thận, bất thường mạch máu, kỹ thuật khâu nối mạch máu.

SUMMARY

VASCULAR CHARACTERISTICS OF GRAFT AND RESULT OF VASCULAR ANASTOMOSIS TECHNIQUE IN KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Describe some vascular characteristics of graft, the results of vascular anastomosis technique in kidney transplant at Viet Duc Hospital. Patients and Methods: 71 patients with end-stage renal disease underwent kidney transplantation from October 2016 to September 2017 at Viet Duc Hospital. Research content includes: vascular characteristics of graft, vascular anastomosis technique and early results. **Results:** 71 patients, male / female: 51/20, patients age from 21 to 59. Vascular characteristics of graft: 1 artery 69%, 2 artery 26,8%, 3 artery 4,2%, the mean diameter of the artery: 3,7mm, the mean length of the artery: 31,95mm, 1 vein: 91,5%, 2vein: 8,5%, the mean diameter of the vein: 14,14mm, the mean length of the vein: 33 mm. Vascular anastomosis technique; end to side anastomosis of kidney artery to external iliac artery: 100%, end to side anastomosis of kidney vein to external iliac vein: 100%. Good blood supply to kidney: 100%. **Conclusion:** Abnormal of renal artery: 31%, Abnormal of renal vein: 8,5%. Good blood supply to kidney: 100%

Key words: Kidney transplantation, abnormal of vascular, vascular anastomosis technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp phẫu thuật thay thế, điều trị cơ bản và hiện đại cho bệnh nhân suy thận mãn tính giai đoạn cuối.

Tại Việt nam tháng 6/1992 trường hợp ghép thận đầu tiên được tiến hành tại Bệnh viện 103 – Học Viện Quân Y [6]. Từ đó đến nay ghép thận đã và đang được triển khai rộng rãi tại các bệnh viện lớn như: Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Trung ương Huế...

Trong phẫu thuật ghép thận thì việc nắm

*Bệnh viện 198 – BCA

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: mainhtuanncs35@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.12.2018

Ngày duyệt bài: 10.12.2018

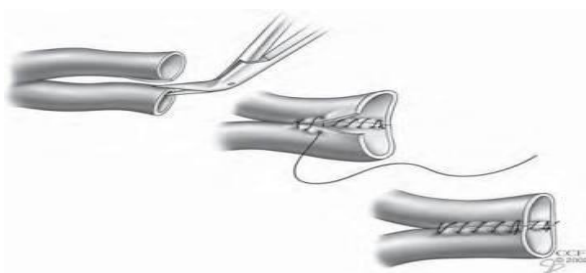
được các biến đổi giải phẫu mạch máu thận về số lượng, kích thước, điểm phân tách của động mạch, tĩnh mạch để từ đó đưa ra những phương án tạo hình hay khâu nối cho phù hợp. Bên cạnh các phương án tạo hình và khâu nối thì chất lượng của kỹ thuật khâu nối mạch máu có ý nghĩa rất quan trọng đối với kết quả ghép thận sau phẫu thuật. Trên lâm sàng, có nhiều biến chứng sớm và muộn sau ghép thận liên quan đến miệng nối mạch máu.

Mặc dù qua thời gian kỹ thuật khâu nối mạch máu đã được chuẩn hóa nhiều nhưng trong quá trình phẫu thuật ghép thận vẫn có những thay đổi để phù hợp với đặc điểm của từng trường hợp bệnh nhân, đặc biệt là những thay đổi giải phẫu mạch máu của thận ghép.

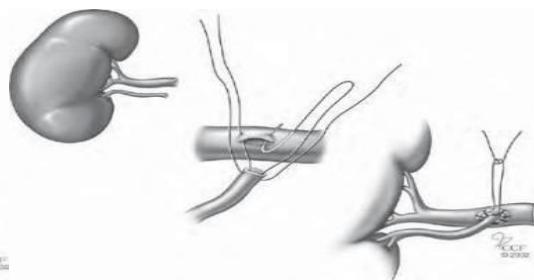
Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm mạch máu của thận ghép và đánh giá kết quả sớm kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

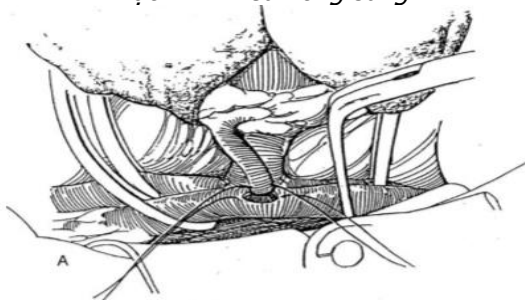
Đối tượng nghiên cứu: Gồm 71 trường hợp



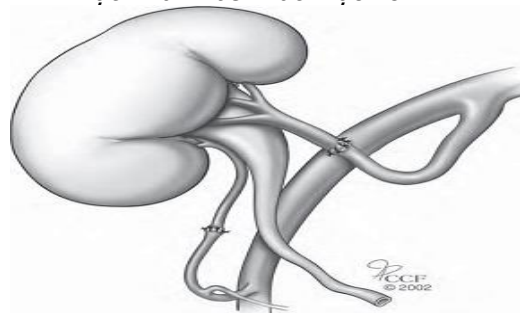
Hình 1: Tạo hình kiểu nòng súng



Hình 2: Tạo nhánh bên vào mạch chính



Hình 3: Miệng nối tận bên



Hình 4: Nối động mạch cực vào động mạch thượng vị

Đánh giá kết quả

Ngay tại bàn mổ sau khi thả kẹp mạch máu

- Tình trạng tưới máu thận
- Tình trạng miệng nối
- Thời gian có nước tiểu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới tính bệnh nhân nhận thận:

Bệnh nhân nam: 51/71 (71,8%).

Bệnh nhân nữ: 20/71 (28,2%).

bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, quan hệ giữa người cho và người nhận.

Đặc điểm mạch máu thận ghép: Số lượng, kích thước động mạch và tĩnh mạch thận ghép

Kỹ thuật khâu nối mạch máu [1], [2]

Kỹ thuật tạo hình mạch máu

- Tạo hình kiểu nòng súng.

- Khâu nối mạch nhỏ và mạch cực thận với mạch chính

Khâu nối động mạch: Khâu vạt bằng chỉ prolene 6/0. Nối động mạch thận ghép với động mạch chậu ngoài hoặc động mạch chậu chung của người nhận thận.

Khâu nối tĩnh mạch: Khâu vạt bằng chỉ prolene 6/0. Nối tĩnh mạch thận ghép với tĩnh mạch chậu ngoài của bệnh nhân nhận thận.

Tuổi bệnh nhân nhận thận

Bảng 1: Tuổi của bệnh nhân:

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
20 - 30	14	19,7
31 - 40	18	25,4
41 - 50	29	40,8
>50	10	14,1
Cộng	71	100

Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 59 và thấp nhất là 21, trung bình $40,32 \pm 9,428$.

Quan hệ giữa người cho và người nhận thận**Bảng 2:** Quan hệ giữa người cho và người nhận thận

Quan hệ	Số lượng	Tỷ lệ %
Bố, mẹ cho con	5	7
Anh, chị em cho nhau	5	7
Từ người cho chết não	6	8,5
Không cùng huyết thống	55	77,5
Cộng	71	100

Đặc điểm mạch máu thận ghép

Động mạch có chiều dài ngắn nhất là 5 mm, dài nhất là 70 mm và trung bình là 31,95 mm. Đường kính động mạch nhỏ nhất là 2 mm, lớn nhất là 7 mm và trung bình là 3,7 mm.

Bảng 3: Số lượng động mạch thận ghép

Số lượng động mạch thận	Số lượng	Tỷ lệ %
1	49	69
2	19	26,8
3	3	4,2
Cộng	71	100

Đặc điểm tĩnh mạch thận ghép: Chiều dài tĩnh mạch dài nhất là 78 mm, ngắn nhất là 5 mm và trung bình là 33 mm. Đường kính tĩnh mạch nhỏ nhất là 4 mm, lớn nhất là 25 mm và trung bình là 14,14 mm.

Bảng 4: Số lượng tĩnh mạch thận ghép

Số lượng tĩnh mạch	Số lượng	Tỷ lệ %
1	65	91,5
2	6	8,5
Cộng	71	100

Kỹ thuật mổ: Vị trí của thận ghép

100% các trường hợp thận ghép được đặt ở hố chậu phải của bệnh nhân nhận thận. Động mạch và tĩnh mạch chính của thận ghép được nối tận – bên vào động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài của bệnh nhân nhận thận.

Kỹ thuật tạo hình, khâu nối các trường hợp thận ghép có nhiều động mạch.

Bảng 5: Kỹ thuật tạo hình, khâu nối các trường hợp thận ghép có nhiều động mạch

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Tạo hình kiểu nòng súng	0	0
Nối động mạch cực làm nhánh của động mạch chính	2	8,7
Nối động mạch cực với động mạch thượng vị dưới	1	4,3
Nối với động mạch chậu ngoài bởi miệng nối riêng	20	87
Cộng	23	100

Có 2 trường hợp thận ghép có động mạch cực nhỏ đường kính khoảng 1 mm không khâu nối mà thắt bỏ (2,8%).

Kỹ thuật tạo hình, khâu nối động mạch khi thận ghép có nhiều động mạch: Trong 3 trường

hợp thận ghép có 3 động mạch; 1 trường hợp nối cả 3 động mạch thận vào động mạch chậu ngoài của bệnh nhân bởi 3 miệng nối riêng rẽ; 1 trường hợp nối 2 động mạch từ rốn thận vào động mạch chậu ngoài còn 1 động mạch cực nối vào động mạch thượng vị dưới; 1 trường hợp nối động mạch cực vào 1 thân động mạch chính rồi nối 2 động mạch từ rốn thận vào động mạch chậu bởi 2 miệng nối riêng rẽ. Có 1 trường hợp thận 1 động mạch nhưng chia nhánh sớm nên khi lấy thận làm tổn thương nhánh động mạch này nên chúng tôi phải cắt và nối lại.

Kỹ thuật khâu nối tĩnh mạch với thận ghép có nhiều tĩnh mạch

Bảng 6: Kỹ thuật khâu nối tĩnh mạch với thận ghép có nhiều tĩnh mạch

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Nòng súng	1	16,7
Tạo nhánh vào tĩnh mạch chính	1	16,7
Nối vào tĩnh mạch chậu bằng miệng nối riêng	4	66,6
Cộng	6	100

Kết quả: Tuổi máu thận sau thả cặp mạch máu

Bảng 7: Tuổi máu thận sau thả cặp mạch máu

Thận	Số lượng	Tỷ lệ %
Hồng đều	69	97
Có điểm tím	2	3
Cộng	71	100

100% trường hợp thận có nước tiểu ngay trên bàn mổ với thời gian sau thả cặp mạch máu sớm nhất là 1 phút, lâu nhất là 30 phút, trung bình là $9,1 \pm 7,64$ phút.

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm mạch máu thận ghép**

Động mạch thận: 100% động mạch thận ghép trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên ủy từ động mạch chủ bụng. Số lượng động mạch thận ghép: 69% trường hợp có 1 động mạch, 31% trường hợp có nhiều hơn 1 động mạch (trong đó: 26,8% trường hợp có 2 động mạch và 4,2% trường hợp có 3 động mạch)

Theo nghiên cứu của một số tác giả các trường hợp thận có 1 động mạch chiếm từ 69,8 đến 87% số trường hợp, như nghiên cứu của Nguyễn Thế Trường (1984)[8] gặp 80%, Nguyễn Đình Mão (1993)[7] gặp 76%, Trịnh Xuân Đàn (1999) là 69,8%. Thường gặp thận có nhiều động mạch là thận trái và gặp nhiều động mạch ở cả hai bên khoảng 9%. Đường kính động mạch thận trong nghiên cứu này nhỏ nhất là 2 mm, lớn nhất là 7 mm và trung bình là 3,7 mm.

Tĩnh mạch thận

Số lượng tĩnh mạch thận: Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có 91,5% trường hợp có 1 tĩnh mạch thận và 8,5% trường hợp có 2 tĩnh mạch thận. Đường kính tĩnh mạch từ 4-25mm.

Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Lê Anh Tuấn và cộng sự (2016)[5] là 98,41% và 1,59%.

Theo Trịnh Xuân Đàn (1999) thận có 1 tĩnh mạch chiếm 80,56%, thận có 2 tĩnh mạch chiếm 16,67% và thận có 3 tĩnh mạch chiếm 2,77%. Đường kính tĩnh mạch từ 8-15mm.

Kỹ thuật mổ

Vị trí thận ghép: 100% các trường hợp của chúng tôi thận ghép đều được đặt ở hố chậu phải. Lê Anh Tuấn và cộng sự (2016)[5] đặt thận ghép ở hố chậu phải chiếm 96,6% và hố chậu trái là 3,4%. Theo chúng tôi khi ghép thận đã thành thục quy và phẫu thuật viên đã thành thạo, có nhiều kinh nghiệm thì cho dù lấy thận trái hay phải đều có thể ghép vào hố chậu phải.

Kỹ thuật khâu nối mạch máu. *Khâu nối động mạch chính của thận*

100% các trường hợp của chúng tôi động mạch chính của thận ghép được nối tận bên vào động mạch chậu ngoài của người nhận thận bằng kỹ thuật khâu vắt chỉ prolene 6/0.

Về khâu nối động mạch chính của thận ghép có 2 sự lựa chọn đó là: Khâu nối tận – tận với động mạch chậu trong và khâu nối tận – bên với động mạch chậu ngoài hay động mạch chậu chung. Hiện nay việc lựa chọn kiểu khâu nối nào tùy thuộc vào thói quen và ý thích của phẫu thuật viên vì không có sự khác biệt về kết quả giữa 2 lựa chọn trên.

Hoàng Mạnh An và cộng sự (2012)[3] đã so sánh kết quả ghép thận với những chỉ số ure máu, creatinin máu, lượng nước tiểu, tình trạng miệng nối và các biến chứng của miệng nối giữa 2 nhóm bệnh nhân; nhóm 1 (82 bệnh nhân) thực hiện kỹ thuật nối động mạch thận ghép tận-tận với động mạch chậu trong, nhóm 2 (16 bệnh nhân) thực hiện kỹ thuật nối động mạch thận ghép tận-bên với động mạch chậu ngoài hoặc chậu gốc. Kết luận không có sự khác biệt về kết quả sau ghép của 2 nhóm bệnh nhân trên.

Với trường hợp thận có nhiều động mạch: Chúng tôi có 3 trường hợp thận ghép có 3 động mạch; 1 trường hợp nối cả 3 động mạch thận vào động mạch chậu ngoài của bệnh nhân bởi 3 miệng nối riêng rẽ; 1 trường hợp nối 2 động mạch từ rốn thận vào động mạch chậu ngoài còn 1 động mạch cực nối vào động mạch thượng vị dưới; 1 trường hợp nối động mạch cực vào 1 thân động mạch chính rồi nối 2 động mạch từ rốn thận vào động mạch chậu bởi 2 miệng nối riêng rẽ. Có 1 trường hợp thận 1 động mạch

nhưng chia nhánh sớm nên khi lấy thận làm tổn thương nhánh động mạch này nên chúng tôi phải cắt và nối lại. Với 20 trường hợp thận có 2 động mạch chúng tôi nối riêng từng động mạch tận-bên vào động mạch chậu ngoài. Có 2 trường hợp có động mạch cực thận nhỏ đường kính khoảng 1mm nên thắt bỏ.

Khâu nối tĩnh mạch: Trong ghép thận miệng nối tĩnh mạch thường được làm đầu tiên bằng kỹ thuật khâu vắt nối tận – bên với tĩnh mạch chậu ngoài hay tĩnh mạch chậu gốc tùy thuộc vào độ dài của tĩnh mạch thận. Tất cả bệnh nhân ghép chúng tôi đều thực hiện nối tĩnh mạch thận tận – bên với tĩnh mạch chậu ngoài.

Chúng tôi gặp 6 trường hợp thận ghép có 2 tĩnh mạch trong đó: 1 trường hợp tạo hình kiểu nòng súng, 1 trường hợp có 1 tĩnh mạch lớn và 1 tĩnh mạch nhỏ hơn nên chúng tôi nối tĩnh mạch nhỏ thành nhánh của tĩnh mạch lớn, 4 trường hợp chúng tôi nối riêng rẽ 2 tĩnh mạch của thận tận – bên vào tĩnh mạch chậu ngoài.

Kết quả ngay sau khi thả cặp mạch máu: 100% trường hợp miệng nối thông không xoắn vặn.

Có 1 trường hợp động mạch thận co thắt làm cho thận không được căng và chậm có nước tiểu. Chúng tôi đã mở động mạch chậu luôn Foragaty vào bơm bóng nóng làm giãn động mạch thận. Thận căng và có nước tiểu ngay sau đó.

97% thận hồng đều, 3% thận có điểm tím là những trường hợp có động mạch cực thận nhỏ đã thắt nên diện cấp máu của động mạch này bị thiếu máu. 100% có nước tiểu ngay trên bàn mổ, thời gian có nước tiểu ngắn nhất là 1 phút và dài nhất là 30 phút.

Không có biến chứng nào về miệng nối mạch máu phải can thiệp. Theo 1 số tác giả tỷ lệ biến chứng về mạch máu từ 0-3%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 71 bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức chúng tôi thấy: Bất thường động mạch thận 31%, bất thường tĩnh mạch thận 8,45%. Khâu nối động mạch, tĩnh mạch thận tận – bên với động mạch, tĩnh mạch chậu ngoài chiếm 100%. Kỹ thuật tạo nhánh bên của động mạch và tĩnh mạch thận chính được áp dụng, 1 trường hợp có động mạch cực thận được nối với động mạch thượng vị dưới. 100% miệng nối thông tốt và thận có nước tiểu ngay trên bàn mổ. Không có biến chứng miệng nối cần can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barry JM và Peter Morris (2008), "Surgical techniques of renal transplantation. Kidney transplantation: principles and practice", 6th Ed,

- Saunders W.B company pp. 159-163.
2. **Goldfarb DA, Stuart M.F và Modlin** (2003), "Renal transplantation", *Operative urology*, pp. 121-132.
 3. **Hoàng Mạnh An và cộng sự** (2012), "Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận qua 98 trường tại bệnh viện 103", *Tạp chí y học quan sự*. 5(37), pp. 116-121.
 4. **Lê Anh Tuấn** (2013), "Biến chứng ngoại khoa sớm sau ghép thận tại Bệnh viện 103", *Y học Việt Nam*. 409, pp. 308-311.
 5. **Lê Anh Tuấn, Nguyễn Trường Giang và Hoàng Mạnh An** (2016), "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu mạch máu của thận ghép, kỹ thuật và kết quả khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103", *Y học TP Hồ Chí Minh*. 20-4, pp. 86-90.
 6. **Lê Trung Hải** (2004), "Một số kinh nghiệm bước đầu qua ghép thận từ người cho sống", *Tạp chí ngoại khoa*. 54(4), pp. 11-14.
 7. **Nguyễn Đình Mão** (1995), *Nghiên cứu hình thái thận và động mạch thận trên 170 nạn nhân người lớn qua giải phẫu tử thi*, Luận án tiến sĩ khoa học y dược, Đại học Y Hà Nội.
 8. **Nguyễn Thế Trường** (1984), *Giải phẫu vùng xoang thận, ý nghĩa trong phẫu thuật*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa, Đại học y khoa Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA MORPHIN TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG

Phan Văn Mạnh*, Phạm Quang Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tác dụng không mong muốn (TDKMM) của morphin trong gây tê tủy sống (GTTS) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới các tác dụng này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 80 bệnh nhân được nhận morphin kết hợp trong GTTS tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân sau mổ được theo dõi dấu hiệu lâm sàng để phát hiện TDKMM của morphin tủy sống tại các thời điểm: T₀ – 2 giờ đầu sau khi bệnh nhân được chuyển từ phòng hồi tỉnh về bệnh phòng; T₁, T₂, T₃, T₄ – lần lượt sau khi bệnh nhân về bệnh phòng 6, 18, 30, 48 giờ. **Kết quả:** Các TDKMM thường gặp nhất là ngứa (46,25%), bí tiểu (58,14%), buồn nôn và nôn sau mổ (PONV) (15,0%); ngoài ra còn gặp chướng bụng (3,75%), đau đầu (1,25%). Không có bệnh nhân nào bị ức chế hô hấp và an thần quá mức. Điểm Apfel cao liên quan với tăng tỷ lệ PONV ($p < 0,05$). So với giới nam, giới nữ liên quan nhiều hơn với tỷ lệ ngứa (OR = 3,340; 95% CI: 1,117-9,987) và PONV (OR = 4,231; 95% CI: 1,173-15,261) nhưng không liên quan đến tỷ lệ bí tiểu ($p = 1,000$). **Kết luận:** Ngứa, bí tiểu, PONV là các TDKMM thường gặp nhất. Giới nữ, điểm Apfel (đối với PONV) là các yếu tố liên quan đến TDKMM của morphin tủy sống.

Từ khóa: Morphine tủy sống; Gây tê tủy sống.

SUMMARY

EVALUATING SIDE EFFECTS AND SEVERAL RELATIVE FACTORS OF INTRATHECAL MORPHINE COMBINED WITH SPINAL ANAESTHESIA

Objectives: To describe the side effects of intrathecal morphine combined with spinal anaesthesia and to study several factors that related to them.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Mạnh

Email: phanmanh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

Subjects and method: The descriptive, prospective study of 80 patients receiving intrathecal morphine combined with spinal anaesthesia was carried out at Hanoi Medical University Hospital. Postoperative patients were evaluated clinical signs to detect the side effects of intrathecal morphine at some times: T₀ – during the first two hours after patients have just been transferred from post-anesthesia care unit to in-patient rooms. Respectively, T₁, T₂, T₃, T₄ – 6, 18, 30, 48 hours after patients were transferred to in-patient rooms. **Results:** The common side effects of intrathecal morphine are pruritus (46,25%), urinary retention (58,14%), postoperative nausea and vomiting (PONV) (15,0%). Abdominal distension (3,75%) and headache (1,25%) are less frequent. No patient developed respiratory depression and sedation in the postoperative period. Apfel's score related to the rate of PONV ($p < 0,05$). Compared with male, female resulted in an increased ratio for pruritus (OR = 3,340; 95% CI: 1,117-9,987) and PONV (OR = 4,231; 95% CI: 1,173-15,261) but not urinary retention ($p = 1,000$). **Conclusions:** Pruritus, urinary retention, PONV are the common side effects. Female, Apfel's score (for PONV) are the relative factors of intrathecal morphine.

Keywords: Intrathecal morphine; Spinal anaesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ là vấn đề thường gặp, tại Hoa Kỳ, 80% bệnh nhân trải qua phẫu thuật bị đau ở các mức độ khác nhau [1]. Hiện nay, chiến lược giảm đau đa phương thức được khuyến cáo để điều trị đau sau mổ. Sử dụng morphin trong GTTS được báo cáo lần đầu tiên năm 1900 bởi nhà phẫu thuật người Rumani, Racoviceanu-Pitest [2]. Phương pháp này có hiệu quả giảm đau sau mổ rất tốt và được áp dụng rộng rãi trong điều trị đau sau mổ cho những phẫu thuật dưới rốn. Tuy nhiên, một số TDKMM cũng được ghi nhận như: ngứa, PONV, bí tiểu... trong đó đáng lo ngại nhất là ức chế hô hấp [3]. Mặc dù

đã có nhiều nghiên cứu nhưng đến nay vẫn chưa có một định nghĩa thống nhất cũng như chưa có một phương pháp hiệu quả nào để phát hiện sớm tác dụng ức chế hô hấp [4]. Những TDKMM khác tuy không ảnh hưởng đến tính mạng nhưng cũng gây ra những khó chịu ở nhiều mức độ cho bệnh nhân sau mổ. Việc quan tâm đến các TDKMM của morphin tùy sống là rất cần thiết, tuy nhiên chưa được chú trọng đúng mức trong thực hành lâm sàng. Ở Việt Nam, các báo cáo về vấn đề này chưa nhiều. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số tác dụng không mong muốn của morphin trong gây tê tủy sống.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới tác dụng không mong muốn của morphin trong gây tê tủy sống.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa Ngoại B, Ngoại A và Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Từ 18 tuổi trở lên.
- Được vô cảm bằng GTTS kết hợp morphin để giảm đau sau mổ.
- Xếp loại ASA I, II hoặc III.
- Không có chống chỉ định với GTTS và các thuốc dùng trong GTTS.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ và đưa ra khỏi nghiên cứu

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Từ chối tiếp tục tham gia nghiên cứu.
- Không đáp ứng đủ thời gian theo dõi của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu: 80 bệnh nhân.

2.2.3. Các thời điểm đánh giá: năm thời điểm: T₀ – thời điểm dưới 2 giờ đầu sau khi bệnh nhân được chuyển từ phòng hồi tỉnh về bệnh phòng; T₁, T₂, T₃, T₄ – lần lượt là các thời điểm sau khi bệnh nhân về bệnh phòng 6, 18, 30, 48 giờ.

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

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin của bệnh nhân tuyệt đối được bảo mật. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền từ chối tiếp tục tham gia nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

- Tuổi trung bình là $47,61 \pm 17,39$, thấp nhất

là 18, cao nhất là 90 tuổi.

- Có 61 bệnh nhân nam (76,25%), 19 nữ (23,75%).

- Tỷ lệ bệnh nhân ASA I là 28,75%, II là 66,25%, III là 5,0%.

- Tỷ lệ nhóm phẫu thuật (PT) tiết niệu cao nhất (47,5%), PT sinh dục – hậu môn – trực tràng 38,75%, PT cơ xương khớp 8,75%, các PT khác 5,0%.

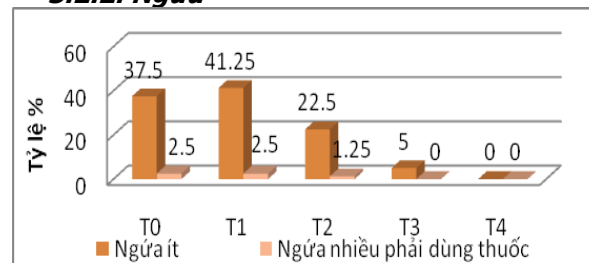
- Liều morphin trung bình là $0,15 \pm 0,04$ mg. Liều 0,1mg chiếm 23,75%, 0,15mg chiếm 48,75%, 0,2mg chiếm 27,5%.

3.2. Tác dụng không mong muốn của morphin tùy sống

3.2.1. Mức độ an thần và tác dụng không mong muốn trên hệ hô hấp:

Tất cả bệnh nhân tại các thời điểm theo dõi đều có điểm Ramsay bằng 1. Tần số thở thấp nhất là 16 lần/phút, cao nhất là 28 lần/phút. Tần số thở trung bình tại T₀ là $19,19 \pm 1,65$ lần/phút, T₁ là $19,75 \pm 1,85$ lần/phút, T₂ là $19,64 \pm 1,67$ lần/phút, T₃ là $19,90 \pm 1,66$ lần/phút, T₄ là $19,78 \pm 1,59$ lần/phút. Có một bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), xuất hiện suy hô hấp, khó thở nhanh (nhịp thở 26 lần/phút) tại thời điểm T₃. Bệnh nhân được khí dung ventolin, pulmicort, tình trạng suy hô hấp được cải thiện sau đó.

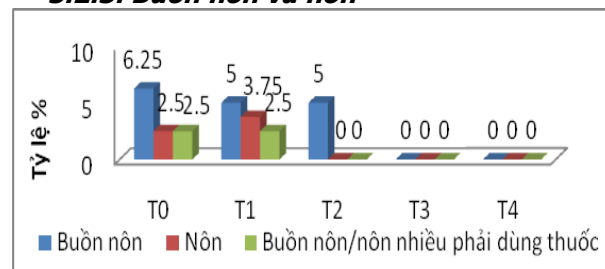
3.2.2. Ngứa



Biểu đồ 1. Tỷ lệ ngứa của bệnh nhân sau mổ

Nhận xét: Tỷ lệ ngứa là 46,25% (n = 37), không kéo dài quá 30 giờ đầu, cao nhất trong 6 giờ đầu (43,75%). Ngứa nhiều phải dùng thuốc chiếm tỷ lệ thấp.

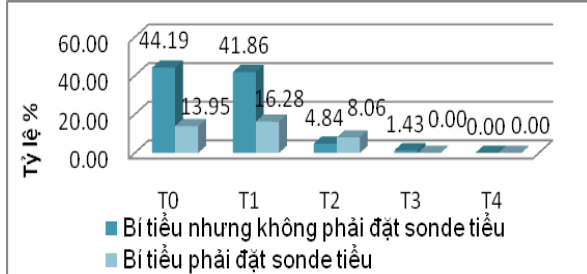
3.2.3. Buồn nôn và nôn



Biểu đồ 2. Tỷ lệ buồn nôn, nôn của bệnh nhân sau mổ

Nhận xét: Tỷ lệ PONV là 15,0% (n = 12), xuất hiện trong 18 giờ đầu, trong đó buồn nôn và nôn nhiều phải dùng thuốc chỉ trong 6 giờ đầu (2,5%).

3.2.4. Bí tiểu



Biểu đồ 3. Tỷ lệ bí tiểu (trừ đi 37 bệnh nhân có sonde tiểu vì lý do phẫu thuật)

Nhận xét: Trừ đi 37 bệnh nhân đặt sonde tiểu vì lý do phẫu thuật; với các bệnh nhân còn lại (n = 43) thì tỷ lệ bí tiểu là 58,14% (n = 25), trong đó tỷ lệ bí tiểu phải đặt sonde tiểu là 18,60% (n = 8).

3.2.6. Các tác dụng không mong muốn khác:
Chướng bụng: 3,75% (n = 3), cao nhất trong 2 giờ đầu (T₀: 3,75%), T₁: 2,5%, T₂: 2,5%, T₃: 1,25%, T₄: 0%.

Đau đầu: 1,25% (n = 1), kéo dài trong 6 giờ đầu sau mổ.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tác dụng không mong muốn của morphin tùy sống

Bảng 1. Ảnh hưởng của điểm Apfel đến buồn nôn và nôn sau mổ

TD KMM	Apfel = 1		Apfel = 2		Apfel = 3		Apfel = 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PONV	0/34	0,0	6/25	24,0	2/15	13,33	4/6	66,67
p < 0,001								

Nhận xét: Điểm Apfel cao liên quan với tăng tỷ lệ PONV (p < 0,001).

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến TDKMM của morphin tùy sống

TD KMM	Giới tính		Tuổi		Liều morphin (mg)		
	Nam	Nữ	< 60	≥ 60	0,1	0,15	0,2
Ngứa	n	24/61	13/19	29/57	8/23	7/19	19/39
	%	39,34	68,42	50,88	34,78	36,84	48,72
	p = 0,026 OR = 3,340 95% CI: 1,117-9,987		p = 0,191		p = 0,639		
PONV	n	6/61	6/19	9/57	3/23	4/19	5/39
	%	9,84	31,58	15,79	13,04	21,05	12,82
	p = 0,031 OR = 4,231 95% CI: 1,173-15,261		p = 1,000		p = 0,659		
Bí tiểu	n	19/33	6/10	22/37	3/6	2/5	15/20
	%	57,58	60,0	59,46	50,0	40,0	75,0
	p = 1,000		p = 0,683		p = 0,117		

Nhận xét: Giới nữ có nguy cơ ngứa cao gấp 3,34 lần và nguy cơ PONV cao gấp 4,231 lần so với giới nam. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về bí tiểu giữa 2 nhóm nam và nữ (p > 0,05). Khác biệt về ngứa, PONV, bí tiểu giữa 2 nhóm tuổi < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi, giữa 3 nhóm liều morphin 0,1 mg, 0,15 mg và 0,2 mg là không có ý nghĩa với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các tác dụng không mong muốn của morphin tùy sống

Úc chế hô hấp là biến chứng nguy hiểm nhất của morphin tùy sống. Theo Gehling M. và Tryba M., hầu hết ức chế hô hấp chỉ xảy ra ở bệnh nhân nhận liều morphin ≥ 0,3 mg. Các tác giả này cho rằng liều thấp morphin tùy sống có thể làm giảm nguy cơ ức chế hô hấp mặc dù chưa có bằng chứng về một liều hiệu quả để không gây ra nguy cơ này [3]. Ladha K.S. nghiên cứu trên bệnh nhân mổ đẻ với liều morphin tùy sống 150 mcg thấy có tình trạng hạ oxy máu (*hypoxemia*) sau mổ, xảy ra nhiều nhất là sau 4 - 8 giờ; yếu tố nguy cơ là béo phì và ngừng thở khi ngủ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh

nhân nào có tần số thở dưới 16 lần/phút, tần số thở trung bình tại T₀ là thấp nhất (19,19 ± 1,65 lần/phút). Kết quả này khá phù hợp với Nguyễn Quốc Anh và cộng sự trên cả 2 nhóm sử dụng 0,1 và 0,2 mg morphin tại các thời điểm trong 48 giờ đầu sau mổ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân với tiền sử COPD xuất hiện tình trạng suy hô hấp với đặc điểm khó thở, thở rít, nhịp thở nhanh, đáp ứng với thuốc ventolin (salbutamol), pulmicort (budesonide) khí dung. Chúng tôi cho rằng các đặc điểm này phù hợp với tình trạng suy hô hấp do COPD chứ không phải gây ra do morphin tùy sống.

An thần quá mức được coi là dấu hiệu báo trước tình trạng suy hô hấp. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều có điểm an thần Ramsay bằng 1.

Ngứa là TDKMM thường gặp ngay cả với morphin liều thấp. Tỷ lệ ngứa trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,25%, chủ yếu xảy ra trong 6 giờ đầu. Kết quả này phù hợp với Patrick T. ở nhóm nhận 100 mcg morphin và 10mcg fentanyl (48%) [7]. Tỷ lệ ngứa của Nguyễn Quốc Anh lại thấp hơn, tương ứng với 2 liều morphin 0,1 mg và 0,2mg là 16,8% và 26,7% [6].

Tỷ lệ PONV của chúng tôi là 15,0%, thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác [6],[7]. Theo Gehling M. và Tryba M., tỷ lệ PONV giảm ở những bệnh nhân được dùng 8 mg ondansetron, 8 mg dexamethason hoặc 1 mg haloperidol trước mổ [3]. Các bệnh nhân của chúng tôi đều được dùng đồng thời 8 mg ondansetron (ondavell, maxsetron) và 4 mg dexamethason. Có lẽ vì thế mà tỷ lệ PONV của chúng tôi thấp hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 37 bệnh nhân được đặt sonde tiểu sau mổ vì lý do phẫu thuật. Trên 43 bệnh nhân còn lại, tỷ lệ bí tiểu là 58,14%, trong đó bí tiểu phải đặt sonde tiểu là 18,60%. Kết quả này cao hơn Nguyễn Quốc Anh (23,3% ở nhóm 0,1 mg morphin và 30,0% ở nhóm 0,2 mg morphin) [6].

Chướng bụng và đau đầu là các TDKMM không thường gặp của morphin tùy sống mà chúng tôi gặp phải. Một số nghiên cứu không xuất hiện các tác dụng này [6],[7].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tác dụng không mong muốn của morphin tùy sống

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ngứa, PONV giữa 2 nhóm nam và nữ ($p < 0,05$). Giới nữ có nguy cơ ngứa cao gấp 3,34 lần và nguy cơ PONV cao gấp 4,231 lần so với giới nam. Với bí tiểu, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm nam và nữ ($p > 0,05$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm bệnh nhân có tuổi < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi về các TDKMM ngứa, PONV, bí tiểu ($p > 0,05$).

Chúng tôi dùng ba liều morphin là 0,1 mg, 0,15 mg và 0,2 mg. Sự khác biệt về tỷ lệ ngứa, PONV, bí tiểu giữa ba nhóm liều này là không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Nguyễn Quốc Anh so sánh trên 2 nhóm dùng 0,1 mg và 0,2 mg morphin thì thấy rằng không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỷ lệ ngứa và bí tiểu nhưng tỷ lệ PONV lại cao hơn ở nhóm dùng 0,2 mg morphin [6]. Phân tích gộp của Gehling M., Tryba M. cho thấy sự ảnh hưởng của liều morphin đến ngứa (liều $\geq 0,3$ mg gây ngứa nhiều hơn so với liều $< 0,3$ mg) nhưng không ảnh hưởng đến PONV và bí tiểu [3]. Patrick T. so sánh tỷ lệ PONV và ngứa giữa nhóm dùng 0,1 mg morphin kết hợp 10 mcg fentanyl với nhóm chỉ dùng 0,1 mg morphin nhưng chỉ có

ngứa là có tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa ở nhóm dùng 0,1 mg morphin kết hợp 10 mcg fentanyl [7].

Apfel C.C. và cộng sự đề xuất 4 yếu tố nguy cơ của PONV là: giới nữ, không hút thuốc, tiền sử say tàu xe hoặc buồn nôn, nôn sau mổ và sử dụng opioid sau mổ. Nếu không có, có một, hai, ba hoặc cả bốn yếu tố này thì nguy cơ PONV lần lượt là 10%, 21,39%, 61% và 78% [8]. Bệnh nhân của chúng tôi có điểm Apfel từ 1 đến 4, sự khác biệt tỷ lệ PONV giữa bốn nhóm này là có ý nghĩa ($p < 0,05$). Nhóm Apfel = 4 cao nhất (66,67%) trong khi nhóm Apfel = 1 không có bệnh nhân nào bị PONV.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 80 bệnh nhân không thấy xuất hiện ức chế hô hấp và an thần quá mức. Ngứa, bí tiểu, buồn nôn và nôn sau mổ thường gặp nhất và chủ yếu xuất hiện trong ngày đầu sau mổ. Một số TDKMM ít gặp hơn là chướng bụng và đau đầu. Giới tính, điểm Apfel (đối với buồn nôn và nôn sau mổ) là các yếu tố liên quan đến TDKMM của morphin tùy sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gan T.J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of Pain Research*, **10**, 2287–2298.
2. Brill S., Gurman G.M., Fisher A. (2003). A history of neuraxial administration of local analgesics and opioids. *European Journal of Anaesthesiology*, **20**(9), 682–689.
3. Gehling M., Tryba M. (2009). Risks and side-effects of intrathecal morphine combined with spinal anaesthesia: a meta-analysis. *Anaesthesia*, **64**(6), 643–51.
4. Ko S., Goldstein D.H., VanDenKerkhof E.G. (2003). Definitions of "respiratory depression" with intrathecal morphine postoperative analgesia: a review of the literature. *Can J Anaesth*, **50**(7), 679–88.
5. Ladha K.S., Kato R., Tsen L.C. et al. (2017). A prospective study of post-cesarean delivery hypoxia after spinal anesthesia with intrathecal morphine 150µg. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, **32**, 48–53.
6. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Toàn Thắng, Tiêu Tiên Quân (2015). Hiệu quả giảm đau sau mổ và tác dụng không mong muốn của hai liều morphin tùy sống trong phẫu thuật thay khớp háng. *Tạp chí nghiên cứu y học*, **94**(2), 24–32.
7. Patrick T., Deepak H., Ruth A.O. et al. (2015). Effects of fentanyl added to a mixture of intrathecal bupivacaine and morphine for spinal anaesthesia in elective caesarean section. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, **22**(2), 97–102.
8. Apfel C.C., Laara E., Koivuranta M. et al. (1999). A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from crossvalidations between two centers. *Anesthesiology*, **91**, 693–700.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO (MENINGIOMA) CẠNH XOANG TỈNH MẠCH DỌC TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ, 2017-2018

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Vũ Hoàng¹, Lưu Ngọc Hoạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phẫu thuật u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên được phẫu thuật có hoặc không kèm theo nút mạch tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2017 – 2018. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 50 hồ sơ bệnh án của người bệnh u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/2017 – 1/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, tập trung ở nhóm tuổi 40 – 59 chiếm 50%. Triệu chứng chủ yếu là đau đầu (70%), yếu chi (50%), động kinh (30%). U màng não ở vị trí 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (52%). Kích thước của u từ 4 -10 cm chiếm đa số (60%). Kết quả phẫu thuật: 80% lấy được toàn bộ u, 20% lấy gần hết u, 50% được nút mạch trước mổ. Biến chứng sau mổ là 22% trong đó có một người bệnh tử vong. **Kết luận:** Kết quả điều trị của người bệnh phụ thuộc rất nhiều vào độ tuổi, vị trí và kích thước khối u. Việc áp dụng các phương pháp mới để điều trị u màng não như phương pháp nút mạch trước mổ và sử dụng kính vi phẫu để lấy tối đa u bảo tồn xoang tĩnh mạch dọc trên cần được nghiên cứu và phát triển hơn nữa.

Từ khóa: U màng não

SUMMARY

RESULTS OF PARASAGITTAL MENINGIOMA TREATMENT AT A GENERAL PROVINCIAL HOSPITAL: REPORT SERIES

Objective: to describe of results of parasagittal meningioma treatment with or without preoperative embolization at the Phu Tho General Hospital. **Methods:** We retrospectively reviewed 50 documents of patients who suffer operative parasagittal meningioma at the Phu Tho general Hospital from 1/2017 – 1/2018. **Results:** Ratio female/male is 1,5/1. The age group dominate is 41-59-year-old one (50%). Presenting symptoms largely were a headache (70%), limb weakness (50%), seizure (30%). 52% of tumors were localized in the 1/3 middle of the falx. Tumors diameter usually ranges from 4 -10cm (60%). Result operation of cut completely tumor: 80%, 50% of the case were preoperative embolization. The complications after surgical are 22%. There is 1 of case mortality. **Conclusion:** The treatment results depend on the age, location and size of the tumor. The application of new methods for the treatment of

meningiomas such as the preoperative embolization and the use of microscope to maximize the preservation of vertical sinus disease should be studied.

Key word: Parasagittal meningioma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên là những khối u xuất phát từ liềm não và thành bên của xoang tĩnh mạch dọc trên. Nó chiếm từ 20% đến 30% các loại u màng não nội sọ [4]. U thường nằm sâu ở liềm não, thường dính vào thành xoang có thể xâm lấn vào bên trong lòng xoang làm tắc xoang. Do vậy, phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u nhưng vẫn bảo tồn được chức năng của các tổ chức xung quanh là vấn đề thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên thần kinh [4]. U não không phổ biến ở cả Việt Nam và trên thế giới. Tiên lượng của cuộc phẫu thuật còn tùy thuộc mức độ xâm lấn của u vào xoang tĩnh mạch. Điều trị u màng não chủ yếu bằng các phương pháp phẫu thuật thông thường hoặc bằng dao gamma. Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, chúng tôi đã áp dụng phương pháp nút mạch trước để hạn chế mất máu sau đó phẫu thuật theo Simpson lấy u dưới kính vi phẫu cho 50 Bệnh nhân được chẩn đoán là u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên. Để cập nhật tình hình điều trị căn bệnh này, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mô tả kết quả phẫu thuật của người bệnh u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2017-2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu loạt bệnh (report series) với 50 hồ sơ bệnh án của người bệnh phẫu thuật u màng não. Các đối tượng này đều được phẫu thuật bằng phương pháp Simpson. Chúng tôi sử dụng kết quả giải phẫu bệnh của u màng não tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2018.

2.1. Biến số: Chúng tôi tiến hành mô tả các biến số định lượng là tuổi; biến số định tính là giới, triệu chứng phát hiện bệnh, vị trí phát hiện, và biến chứng sau phẫu thuật.

2.2. Sai số và cách khắc phục: Trong nghiên cứu này, chúng tôi có thể gặp sai số do cán bộ ghi chép lại thông tin trong quá trình phỏng vấn. Chúng tôi khắc phục sai số bằng

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sơn

Email: nguyensonbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2018

Ngày duyệt bài: 19.12.2018

cách tập huấn kỹ các điều tra viên.

2.3. Công cụ thu thập dữ liệu và phân tích thống kê: Dữ liệu được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án và được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, dữ liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 13.0. Thống kê mô tả được sử dụng đối với các dữ liệu nhân khẩu học, triệu chứng phát hiện, vị trí u, và biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi: 20-39	5	10
40-59	25	50
≥ 60	20	40
Giới: Nam	20	40
Nữ	30	60

Nhận xét: U màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc chiếm tỷ lệ cao ở đối tượng trên 20 tuổi và ở giới nữ. 50% đối tượng nghiên cứu mắc u màng não ở độ tuổi 40 – 59 và 60% người tham gia nghiên cứu là nữ.

Bảng 3.2. Triệu chứng mắc bệnh và biến chứng của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng (n=50)		

Bảng 3.3. Vị trí và kích thước khối u của đối tượng nghiên cứu

Vị trí	1/3 trước		1/3 giữa		1/3 sau	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Một bên	9	18	17	34	6	12
Hai bên	17	34	9	18	4	8
Kích thước	< 4cm		4- 10 cm		>10 cm	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
	18	36	30	60	2	4

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chúng tôi đưa ra vị trí U màng não ở 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (52%), sau đó là 1/3 trước chiếm 28% và 1/3 sau là 20%. U màng não cạnh xoang TM dọc trên phát triển một bên liềm đại não chiếm đa số 64%. U có kích thước từ 4 – 10 cm chiếm đa số (60%). Chỉ có 2 người bệnh có khối u với kích thước > 10 cm.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng, 100% đối tượng tham gia nghiên cứu trên 20 tuổi với 50% đối tượng mắc u màng não ở độ tuổi 40 -59. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dimeco, Phippon và cộng sự với u màng não cạnh đường giữa gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 20 trở lên [5], [6]. Ngoài ra, 60% người mắc u màng não trong nghiên cứu là nữ. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với dịch tễ học bệnh u màng não thường gặp hơn ở các phụ nữ lớn tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu tương tự trên người bệnh u màng não như nghiên cứu của Phippon và cộng sự cho thấy tỷ lệ nữ/ nam là 4/1 [6], và của Nguyễn Hữu Nhơn

Đau đầu	35	70
Nôn	4	8
Yếu chi	25	50
Động kinh	15	30
Mờ mắt	4	8
Rối loạn thị giác	5	10
Rối loạn tâm thần	1	2
Biến chứng sau phẫu thuật (n=11)		
Máu tụ	1	2
Phù não	2	4
Viêm màng não	3	6
Yếu, liệt sau mổ	3	6
Nhiễm trùng vết mổ	2	4

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng đau đầu là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (70%), sau đó là yếu chi chiếm 50%, và động kinh chiếm 30%. Một số triệu chứng khác ít phổ biến hơn là rối loạn thị giác (10%), mờ mắt (8%), nôn (8%), và rối loạn tâm thần (2%).

Trong tổng số 50 hồ sơ của đối tượng tham gia nghiên cứu, có 11 người bệnh có biến chứng sau mổ (22%). Trong đó có 3 người bệnh yếu, liệt sau mổ và 3 người bị viêm màng não. Số lượng người bệnh nhiễm trùng vết mổ và viêm màng não là 2 người. Có một người bệnh bị máu tụ sau mổ.

và cộng sự là 2,4/1 [3].

Phát hiện sớm triệu chứng của u màng não là yếu tố quan trọng liên quan tới điều trị bệnh. Tuy nhiên, bệnh thường không có biểu hiện bất thường nhiều. Triệu chứng chỉ xuất hiện khi khối u đã lớn và cần phẫu thuật loại bỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra kết quả rằng đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 70%, sau đó là yếu chi chiếm 50%, và động kinh chiếm 30%. Một số triệu chứng ít gặp hơn là rối loạn thị giác, mờ mắt, nôn, và rối loạn tâm thần. Triệu chứng lâm sàng của u màng não liềm não - cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên thường không điển hình phụ thuộc vào vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của u vào xoang tĩnh mạch dọc trên. Các tài liệu khác cũng đã chỉ ra rằng các dấu

hiệu thường gặp nhất của u ở vị trí 1/3 giữa là đau đầu, động kinh cục bộ, yếu chi. Theo kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Nhơn cũng cho thấy, triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau đầu chiếm 69,6%, yếu chi 49,1%, động kinh chiếm 29,5% [3]. Một nghiên cứu khác cũng trên lĩnh vực này của tác giả DiMeco và cộng sự lại cho rằng triệu chứng động kinh hay gặp nhất (50%) [5]. Tác giả Phan Trung Đồng lại cho rằng yếu chi mới là triệu chứng hay gặp nhất [1]. Sự khác biệt về các kết quả nghiên cứu này có thể do sự khác biệt về địa lý, dữ liệu nhân khẩu học của các đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, các triệu chứng khác nhau còn phụ thuộc nhiều vào vị trí của khối u.

Vị trí khối u ảnh hưởng rất nhiều tới sức khỏe người bệnh cũng như việc tiên lượng và điều trị của bác sĩ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy vị trí u màng não ở 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên phát triển một bên liềm đại não chiếm đa số 64%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng đưa ra kết quả khá tương đồng với một số nghiên cứu khác như của Nguyễn Hữu Nhơn cho thấy vị trí U ở 1/3 giữa là 54,5%; trong đó 82,1% u phát triển một bên liềm đại não [3]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả DiMeco cũng chỉ ra rằng tỷ lệ U màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên ở 1/3 giữa chiếm tới 61,4% [5].

Trong nghiên cứu này, tất cả các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều được chụp MRI có tiêm thuốc cản quang để đánh giá vị trí và kích thước của khối u. Đây là một phương pháp chuẩn hiện nay để xác định vị trí và kích thước khối u. Theo đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, u có kích thước ở mức trung bình từ 4 – 10 cm chiếm đa số (60%). Có 2 người bệnh phải chịu đựng khối u với kích thước trên 10 cm. Điều này phù hợp với tính chất của u màng não và vị trí của u ở gần xoang tĩnh mạch dọc trên là đa số u phát triển chậm, âm thầm đến khi có triệu chứng thì kích thước u đã quá lớn [5], [6]. Vì vậy, việc khám và chẩn đoán sớm khối u là vô cùng quan trọng tới chất lượng cuộc sống sau này của người bệnh.

Cho đến nay, phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ khối u màng não liềm não- cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên, đặc biệt là những u đã xâm lấn vào xoang tĩnh mạch dọc trên là một thách thức rất lớn đối với phẫu thuật viên thần kinh [1],[2],[4],[5]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Mạnh Hùng và cộng sự trên 20 người bệnh u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên cho thấy có 17 người bệnh lấy bỏ toàn bộ u, còn 3 người chỉ lấy được một phần do u đã xâm lấn vào xoang tĩnh mạch [2].

Theo tác giả Võ Văn Nho và cộng sự, nếu muốn lấy bỏ toàn bộ u xâm lấn vào xoang tĩnh mạch, chúng ta phải thắt xoang và tạo hình xoang bằng ghép tĩnh mạch. Tuy nhiên, kết quả lâu dài của phương pháp này chỉ đạt được 50% do có sự tắc nghẽn chậm sau ghép xoang [4]. Theo đó, các phương pháp điều trị u màng não khác đã thu hút sự chú ý của nhiều tác giả. Một nghiên cứu của tác giả Hakuba và cộng sự đã áp dụng phương pháp đặt ống chuyển lưu bên trong đối với u ở 1/3 sau xoang [4]. Theo Nguyễn Hữu Nhơn và cộng sự, những u dính vào thành xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc tĩnh mạch cầu nối vỏ não thì phải bóc tách nhẹ nhàng, cẩn thận tránh làm tổn thương mạch máu gây mất máu và phù não. Nếu u dính quá chặt thì nên để lại, không nên cố lấy làm tổn thương nặng thêm, phần u còn lại dính trong xoang sẽ có kế hoạch xạ phẫu sau phẫu thuật [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80% người bệnh mổ lấy toàn bộ u có hoặc không kèm cắt phần liềm não ngang u. 20% lấy gần hết u và để lại phần u dính vào xoang tĩnh mạch. 50% người bệnh được nút mạch trước mổ. Chúng tôi nhận thấy rằng những người bệnh được nút mạch trước mổ thường không phải truyền máu, việc lấy bỏ toàn bộ u khá dễ dàng và khả năng hồi phục sau mổ khá nhanh.

Ngoài triệu chứng và phương pháp điều trị u màng não, các biến chứng sau mổ của phương pháp điều trị này cũng vô cùng quan trọng. Biến chứng ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng cuộc sống của người bệnh sau này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11 người bệnh bị biến chứng sau mổ chiếm 22%. Trong đó có 1 người bệnh bị liệt hoàn toàn 1/2 người phải, 2 người bệnh yếu nửa người. Sau đó, họ được điều trị bằng phương pháp châm cứu và đã có tình trạng thuyên giảm. Thật không may mắn thay, trong số đối tượng nghiên cứu có một người bệnh bị máu tụ sau mổ phải mổ lại do khối u có kích thước lớn (11 cm) lại xâm lấn vào xoang tĩnh mạch dọc trên. Người bệnh này sau đó bị rối loạn đông máu điều trị không được và sau đó tử vong.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên hiện nay còn là thách thức đối với các phẫu thuật viên thần kinh, đặc biệt đối với những u đã xâm lấn vào xoang tĩnh mạch dọc trên. Kết quả điều trị của người bệnh phụ thuộc rất nhiều vào độ tuổi, vị trí và kích thước khối u. Việc áp dụng các phương pháp mới để điều trị u màng não như phương pháp nút mạch trước mổ và sử dụng kính vi phẫu để lấy tối đa u bảo tồn xoang tĩnh mạch dọc trên cần được nghiên cứu và phát triển hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trung Đông (2000), "Điều trị phẫu thuật u màng não cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên và liềm não", Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh;
2. Ngô Mạnh Hùng, Lê Hồng Nhân (2016), "Kết quả điều trị vi phẫu thuật u màng não liềm não – cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên". Tạp chí Y học Việt Nam, tập 449- tháng 12- p 159- 165.
3. Nguyễn Hữu Nhơn, Huỳnh Lê Phương (2014), "Kết quả điều trị phẫu thuật u màng não liềm não – cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18(6):p 253- 258.
4. Võ Văn Nho, Võ Tân Sơn (2013), "Phẫu Thuật Thần Kinh". Nhà xuất bản Y học, p 47 – 64.
5. DiMeco, F., et al.(2008), "Meningiomas invading the superior sagittal sinus: surgical considerations of 328 cases". Neurosurgery, 62(6), p. 1124- 35.
6. Ippon J et al (1991). The recurrence of meningiomas. Raven Press Ltd, Newyork, 81- 103.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NẶNG Ở TRẺ EM TẠI TỈNH TIỀN GIANG VÀ CÁC TỈNH KHU VỰC PHÍA NAM

Tạ Văn Trâm*, Đỗ Quang Thành*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Tay chân miệng (TCM) phần lớn lành tính, tự khỏi trong vòng 1 tuần lễ. Tuy nhiên nếu do Enterovirus 71 (EV- A71) thì có thể gây ra các vụ dịch lớn hoặc lưu hành và có thể gây tử vong 1 cách nhanh chóng cho trẻ em, nhất là trẻ nhỏ. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chủng vi rút với bệnh Tay chân miệng nặng ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng được thực hiện trên 280 bệnh nhi được chẩn đoán bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. Sử dụng phương pháp chọn thuận tiện. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng bao gồm nôn ói, sốt >39°C, thở nhanh, co giật, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, ngủ gà, lơ mơ/hôn mê, run chi/đi đứng loạn choạng, ngưng thở/ thở nấc. Các triệu chứng cận lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng gồm tăng tiểu cầu trên 400.000/mm³, tăng đường huyết trên 180mg%. Chủng vi rút EV-A71 có liên quan đến các trường hợp bệnh nặng. Các yếu tố liên quan độc lập với bệnh TCM nặng được xác định thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến bao gồm: giới tính của người chăm sóc, sốt cao >39°C, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, tăng tiểu cầu >400.000/mm³, đường huyết >180mg%, và chủng vi rút EV-A71. **Kết luận:** Có mối liên quan các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chủng vi rút với bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em.

Từ khóa: Bệnh Tay chân miệng, lâm sàng, cận lâm sàng, chủng vi rút.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO SEVERE HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILDREN IN TIEN GIANG PROVINCE AND PROVINCES IN SOUTHERN REGION

Background: Hand and mouth disease (HFMD) is

mostly benign, recovering within a week. However, if the disease is caused by Enterovirus 71 (EV-A71), it can cause major epidemics or outbreaks and can cause rapid death in children, especially young children. **Objective:** Determine the association of clinical, laboratory characteristics and viral infections with severe hand foot and mouth disease in children. **Methods:** Case-control study was conducted on 280 pediatric patients diagnosed with foot and mouth disease admitted The Children's 1 Hospital and Tien Giang General Central Hospital. Study using convenience method. **Results:** Clinical symptoms associated with severe HFMD include nausea, fever > 39°C, shortness of breath, convulsions, rapid pulse > 130 beats per minute, convulsion, lethargy, drowsiness/coma, myoclonus/stumbling, apnea hiccup breathing. Laboratory features associated with severe HFMD include platelet aggregation of more than 400,000/mm³, hyperglycemia of 180mg/dL. The strain EV-A71 is associated with severe cases. The independent factors associated with severe HFMD were identified through the multivariate logistic regression model, including: carer's gender, high fever > 39°C, fast pulse > 130 beats per minute, with platelet > 400,000 /mm³, blood glucose > 180mg%, and virus strain EV-A71. **Conclusion:** There are implications for clinical, laboratory characteristics and viral types with severe hand foot and mouth disease in children.

Keywords: Hand foot mouth disease, clinical, laboratory, virus type

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, chủ yếu là trẻ dưới 5 tuổi, hơn 80% là trẻ dưới 3 tuổi. Bệnh có thể lây rất nhanh từ trẻ này sang trẻ khác theo 2 đường phân – miệng và đường hô hấp. Bệnh TCM phần lớn lành tính, tự khỏi trong vòng 1 tuần lễ. Tuy nhiên nếu do Enterovirus 71 (EV- A71) thì có thể gây ra các vụ dịch lớn hoặc lưu hành và có thể gây tử vong 1 cách nhanh chóng cho trẻ em, nhất là trẻ nhỏ. Bệnh có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm như viêm màng não, viêm não màng não, viêm cơ tim hay phù phổi cấp do thần kinh... Các biến chứng này thường gây tử vong cao và diễn tiến rất nhanh

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2018

Ngày duyệt bài: 21.12.2018

trong 24 giờ. Tại Việt Nam, trong vài năm gần đây đã ghi nhận rất nhiều trẻ bệnh TCM, cũng như các trẻ bị TCM có biến chứng thần kinh, hô hấp, tuần hoàn và trong năm 2011 đã bùng phát bệnh TCM trên khắp 63 tỉnh thành trên toàn quốc, có 87.500 trường hợp mắc bệnh và đã có 147 trẻ đã tử vong, tỉ lệ tử vong cao nhất của bệnh TCM từ trước đến nay tại Việt Nam theo những số liệu được công bố. Hiện tại chưa có nhiều công trình nghiên cứu 1 cách tổng quát về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh TCM có biến chứng nặng (độ 2b, 3, 4). Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm Xác định mối liên quan các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chủng vi rút với bệnh TCM nặng ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi được chẩn đoán bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

Phân nhóm đối tượng: Phân nhóm dựa trên cả hai tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012⁽¹⁾. Nhóm

bệnh: Nhóm bệnh nhân bệnh Tay chân miệng độ 2b, 3, 4. Nhóm chứng: Nhóm bệnh nhân bị bệnh Tay chân miệng độ 1, 2a.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức kiểm định tỉ lệ OR Mẫu nhóm bệnh của nghiên cứu là 140 trẻ; Tỉ số nhóm chứng/bệnh được lựa chọn là 1/1.

Kỹ thuật chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn thuận tiện.

Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Tay chân miệng và phân nhóm dựa trên cả hai tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012⁽¹⁾. Xét nghiệm: bệnh nhân có kết quả xét nghiệm RT-PCR xác định được sự có mặt của virus đường ruột gây bệnh Tay chân miệng; Bệnh nhân chỉ được chọn vào nghiên cứu khi có sự đồng ý của người bảo hộ hợp pháp.

Tiêu chí loại ra: Các trẻ bị bệnh Tay chân miệng có kèm các bệnh lý khác trước khi bị bệnh Tay chân miệng gồm suy gan, suy thận, hội chứng thận hư.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với bệnh tay chân miệng nặng

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng trước khi nhập viện với bệnh tay chân miệng nặng

Đặc điểm	ĐỘ TCM lúc ra viện		P	OR (KTC 95%)
	Nặng (n=140)	Nhẹ (n=140)		
Đau miệng: Có	83 (59,3)	104 (74,3)	0,008	0,50 (0,30 - 0,84)
Không	57 (40,7)	36 (25,7)		1
Nôn ói: Có	54 (38,6)	36 (25,7)	0,021	1,81 (1,09 - 3,02)
Không	86 (61,4)	104 (74,3)		1
Tiêu chảy: Có	19 (13,6)	19 (13,6)	0,999	1,00 (0,50 - 1,98)
Không	121 (86,4)	121 (86,4)		1
Sốt >39°C: Có	8 (5,7)	1 (0,7)	0,036 [€]	8,42 (1,04 - 68,28)
Không	132 (94,3)	139 (99,3)		1
Quấy khóc: Có	99 (70,7)	105 (75,0)	0,420	0,80 (0,47 - 1,36)
Không	41 (29,3)	35 (25,0)		1
Loét miệng: Có	126 (90,0)	124 (88,6)	0,699	1,16 (0,54 - 2,48)
Không	14 (10,0)	16 (11,4)		1
Ban: Có	133 (95,0)	136 (97,1)	0,541 [€]	0,56 (0,16 - 1,95)
Không	7 (5,0)	4 (2,9)		1
Bóng nước: Có	132 (94,3)	137 (97,9)	0,217 [€]	0,36 (0,09 - 1,39)
Không	8 (5,7)	3 (2,1)		1
Thở nhanh: Có	9 (6,4)	1 (0,7)	0,019 [€]	9,55 (1,19 - 76,42)
Không	131 (93,6)	139 (99,3)		1
Thở bất thường: Có	7 (5,0)	1 (0,7)	0,066 [€]	7,32 (0,89 - 60,26)
Không	133 (95,0)	139 (99,3)		1
Co giật: Có	17 (12,1)	2 (1,4)	< 0,001 [€]	9,54 (2,16 - 42,11)
Không	123 (87,9)	138 (98,6)		1
Tím tái: Có	7 (5,0)	2 (1,4)	0,173 [€]	3,63 (0,74 - 17,80)
Không	133 (95,0)	138 (98,6)		1

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		P	OR (KTC 95%)
	Nặng (n=140)	Nhẹ (n=140)		
Dấu hiệu màng não: Có	0	3 (2,1)	0,247 [‡]	//
Không	140 (100)	137 (97,9)		
Liệt mềm cấp: Có	0	0	//	//
Không	140 (100)	140 (100)		
Rối loạn tri giác: Có	3 (2,1)	1 (0,7)	0,622 [‡]	3,04 (0,31 - 29,62)
Không	137 (97,9)	139 (99,3)		1

‡Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng sau khi nhập viện với bệnh tay chân miệng nặng

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		p	OR (KTC 95%)
	Nặng(n=140)	Nhẹ (n=140)		
Mạch >130 lần/phút: Có	93 (66,4)	4 (2,9)	<0,001 [‡]	67,28 (23,44 - 193,09)
Không	47 (33,6)	136 (97,1)		1
CRT > 2 giây: Có	2 (1,4)	0	0,498 [‡]	//
Không	138 (98,6)	140 (100)		
Huyết áp hạ / huyết áp kẹt: Có	0	1 (0,7)	0,999 [‡]	//
Không	140 (100)	139 (99,3)		
SpO₂ < 92%: Có	6 (4,3)	1 (0,7)	0,120 [‡]	6,22 (0,74 - 52,39)
Không	134 (95,7)	139 (99,3)		1
Rối loạn tri giác (GCS <10): Có	8 (5,7)	2 (1,4)	0,103 [‡]	4,18 (0,87 - 20,06)
Không	132 (94,3)	138 (98,6)		1
Yếu liệt chi: Có	1 (0,7)	1 (0,7)	0,999 [‡]	1,00 (0,06 - 16,15)
Không	139 (99,3)	139 (99,3)		1
Nước sặc, thay đổi giọng nói: Có	3 (2,1)	0	0,247 [‡]	//
Không	137 (97,9)	140 (100)		
Chới với: Có	53 (37,9)	3 (2,1)	<0,001 [‡]	27,82 (8,43 - 91,79)
Không	87 (62,1)	137 (97,9)		1
Giật mình: Có	119 (85,0)	125 (89,3)	0,284	0,68 (0,33 - 1,38)
Không	21 (15,0)	15 (10,7)		1
Ngủ gà: Có	29 (20,7)	0	<0,001 [‡]	4,18 (0,87 - 20,06)
Không	111 (79,3)	140 (100)		1
Thở nhanh: Có	7 (5,0)	0	0,014 [‡]	5,22 (0,74 - 52,39)
Không	133 (95,0)	140 (100)		1
Lơ mơ, hôn mê: Có	9 (6,4)	1 (0,7)	0,019 [‡]	9,55 (1,19 - 76,42)
Không	131 (93,6)	139 (99,3)		1
Run chi, đi đứng loạng choạng: Có	32 (22,9)	7 (5)	<0,001	5,63 (2,39 - 13,25)
Không	108 (77,1)	133 (95)		1
Tím tái: Có	4 (2,9)	0	0,122 [‡]	//
Không	136 (97,1)	140 (100)		
Ngưng thở, thở nấc: Có	9 (6,4)	1 (0,7)	0,019 [‡]	9,55 (1,19 - 76,42)
Không	131 (93,6)	139 (99,3)		1

‡Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với bệnh tay chân miệng nặng

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		p	OR (KTC 95%)
	Nặng(n=140)	Nhẹ(n=140)		
Bạch cầu >16.000/mm³: Có	16 (11,4)	16 (11,4)	0,999	1,00 (0,48 - 2,09)
Không	124 (88,6)	124 (88,6)		1
Tiểu cầu >400.000/mm³: Có	16 (11,4)	7 (5,0)	0,050	2,45 (0,98 - 6,16)
Không	124 (88,6)	133 (95,0)		1
Đường huyết >180mg/%: Có	29 (20,7)	5 (3,6)	0,046	1,02 (1,01 - 1,23)
Không	111 (79,3)	135 (96,4)		1
CRP > 10mg/l: Có	8 (5,7)	2 (1,4)	0,103 [‡]	4,18 (0,87 - 20,06)

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		p	OR (KTC 95%)
	Nặng(n=140)	Nhẹ(n=140)		
Không	132 (94,3)	138 (98,6)		1
BỆNH PHÂN PHÁT HIỆN VIRUS				
Phân: Dương tính	105 (75,0)	118 (84,3)	0,054	0,56 (0,31 - 1,01)
Âm tính	35 (25,0)	22 (15,7)		1
Chủng virus gây bệnh: EV-A71	132 (94,3)	106 (75,7)	<0,001	5,29 (2,35 - 11,91)
Enterovirus khác EV-A71	8 (5,7)	34 (24,3)		1

*Bảo cáo trung bình và độ lệch chuẩn; *Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 4. Hồi qui logistic đa biến các yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng (n=280)

Đặc điểm	OR _{tho}	KTC 95% _{tho}	OR _{hc}	KTC 95% _{hc}	p
Giới người chăm sóc (Nam)	4,18	(0,87 - 20,06)	9,51	1,50 - 60,25	0,017
Sốt >39°C	8,42	(1,04 - 68,28)	23,92	2,33 - 245,20	0,007
Mạch >130 lần/phút	67,28	(23,4 - 193,1)	86,34	26,0 - 278,4	<0,001
Chới với	27,82	(8,43 - 91,79)	6,40	1,47 - 27,80	0,013
Tiểu cầu > 400.000/mm ³	2,45	(0,98 - 6,16)	1,01	1,01 - 1,01	0,007
Đường huyết > 180mg%	1,02	(1,01 - 1,23)	1,02	1,01 - 1,04	0,029
EV-A71	5,29	(2,35 - 11,9)	4,55	1,92 - 10,0	0,001

_{tho} Giá trị trong kiểm định đơn biến; _{hc} Giá trị trong mô hình hồi quy đa biến

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng:

Nghiên cứu phân tích các đặc điểm lâm sàng và cho thấy nhiều đặc điểm lâm sàng trước và sau nhập viện có liên quan đến bệnh TCM nặng. Sau khi nhập viện, các triệu chứng lâm sàng cho thấy có liên quan với tình trạng bệnh nặng gồm: mạch >130 lần/phút; chới với, ngủ gà, thở nhanh, lơ mơ, hôn mê, run chi, đi đứng loạng choạng, ngưng thở và thở nấc. Triệu chứng đau miệng được phát hiện liên quan đến một yếu tố cảnh báo sớm các trường hợp mắc bệnh.

Nghiên cứu đã ghi nhận có mối liên quan đơn biến có ý nghĩa giữa nôn ói và bệnh TCM nặng, đối với những trẻ nôn ói có số chênh bệnh nặng bằng 1,81 lần (KTC 95% 1,09 đến 3,02) so với những trẻ không có dấu hiệu nôn ói. Các nghiên cứu của Zhang D và Fang Y cũng cho thấy kết quả tương tự⁽⁵⁾. Như vậy vai trò của triệu chứng nôn ói như là một dấu hiệu dự báo bệnh nặng. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng sốt >39°C có liên quan đến bệnh TCM nặng, nghiên cứu chỉ ra rằng đối với những trẻ có sốt có tỉ lệ mắc bệnh TCM nặng bằng 23,9 lần so với những trẻ không có triệu chứng sốt (KTC 95% 2,33-245,2). Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư cho thấy bệnh nhân có sốt cao $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ có diễn tiến bệnh nặng gấp 2,72 lần so với bệnh nhân sốt nhẹ hoặc không sốt⁽⁸⁾. Nghiên cứu của chúng tôi đã chọn ngưỡng sốt cao hơn dẫn đến tỉ lệ mắc bệnh nặng có thể được ước lượng trội hơn. Từ 2 nghiên cứu, có thể thấy mối quan hệ liều lượng đáp ứng khi mà tỉ lệ mắc bệnh nặng tăng dần khi

bệnh nhân có tình trạng sốt nghiêm trọng hơn.

Triệu chứng hô hấp biểu hiện thông qua thở nhanh được ghi nhận có số chênh bệnh nặng cao hơn với OR=7,32 (KTC 95% từ 1,19 đến 76,42; p=0,019). Biểu hiện này được ghi nhận tại thời điểm nhập viện và sau nhập viện, gắn liền với phản ứng đề kháng của cơ thể trong quá trình nhiễm siêu vi. Các nghiên cứu cũng ghi nhận các trường hợp viêm phổi, phù phổi, khó thở liên quan đến tình trạng bệnh nặng. Các trường hợp ngưng thở, thở nấc ghi nhận trong quá trình nằm viện có liên quan mạnh mẽ đến tình trạng bệnh nặng khi hầu hết các trường hợp này thuộc nhóm bệnh nặng. Số chênh bệnh nặng ở nhóm có biểu hiện này bằng 9,55 lần (KTC 95% từ 1,19 đến 76,42) so với nhóm còn lại. Mặc dù các biến chứng hô hấp ít được phát hiện ở bệnh nhân TCM nói chung, tuy nhiên các nghiên cứu đã cho thấy sự phổ biến của các biểu hiện biến chứng hô hấp ở nhóm bệnh nặng; đây là những biến chứng nguy hiểm liên quan đến chức năng quan trọng của cơ thể cần được quan tâm theo dõi và xử trí kịp thời.

Biểu hiện mạch nhanh >130 lần/phút ghi nhận sau khi nhập viện đã cho thấy liên quan mạnh mẽ đến các trường hợp bệnh nặng. Tỉ lệ có biểu hiện này ở các trường hợp bệnh nặng lên đến 66,4% trong khi ở nhóm bệnh nhẹ chỉ bằng 2,9%. Số chênh mắc bệnh nặng ở các trường hợp mạch nhanh cao hơn 67,3 lần so với nhóm bệnh nhẹ (KTC 95% từ 23,4 đến 193,1). Các nghiên cứu khác thực hiện theo dõi bệnh nhân nặng cho thấy tỉ lệ rất cao của biểu hiện mạch nhanh lên đến 96%⁽³⁾, mạch trung bình lúc nhập

viên lên đến 144 nhịp/phút⁽⁴⁾. Như vậy, việc theo dõi nhịp tim, mạch của trẻ có ý nghĩa quan trọng trong theo dõi, đánh giá tình trạng bệnh.

Nghiên cứu cũng đã tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa biểu hiện co giật và run chi với các trường hợp bệnh nặng. Ở nhóm có biểu hiện co giật, số chênh mắc bệnh nặng bằng 9,54 lần nhóm không co giật (KTC 95% từ 2,16 đến 42,11). Các nghiên cứu trước đây trên bệnh nhân nặng cũng đã cho thấy tỉ lệ biến chứng thần kinh trung ương chiếm đến 71%, tỉ lệ rung giật cơ là 66%, giật mình chiếm từ 50%⁽⁴⁾. Trong nghiên cứu của Đỗ Châu Việt ở các trường hợp nặng, các biểu hiện thần kinh phổ biến với khoảng 32% đến 34% biểu hiện run chi, 24% đến 37% loạn choạng, có 11% biểu hiện lác mắt⁽⁴⁾. Khi trẻ cho thấy biểu hiện co giật cũng như các biểu hiện thần kinh khác là lúc bệnh đã chuyển biến nặng và bệnh nhân đang trong giai đoạn sốt cao, do đó cần theo dõi phát hiện sớm biểu hiện và can thiệp kịp thời giúp tránh tình trạng bệnh xấu hơn.

Yếu tố cận lâm sàng và chủng virus liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng: Trong kiểm định mối liên quan chúng tôi ghi nhận độ bệnh TCM tăng có mối liên quan với tăng tiểu cầu trên 400.000/mm³ trong máu, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR = 1,01$. Các nghiên cứu của 2 tác giả Nguyễn Kim Thư và Nguyễn Minh Tiến cũng cho thấy kết quả tương tự ở cùng ngưỡng tiểu cầu⁽⁸⁾. Ở ngưỡng tiểu cầu >300.000/mm³ tác giả Bùi Quốc Thắng cũng cho thấy xu hướng này⁽²⁾. Tiểu cầu tăng có lẽ do chức năng quan trọng của tiểu cầu trong phản ứng của cơ thể đối với nhiễm trùng, đặc biệt là siêu vi. Từ kết quả phân tích trên cho thấy lượng tiểu cầu cần được tiếp tục xem xét vai trò trong tiên lượng bệnh TCM nặng.

Nghiên cứu nhận thấy mối liên quan giữa đường huyết và tình trạng bệnh nặng với $p < 0,05$ và $OR = 1,02$. Nhiều nghiên cứu khác cũng tìm thấy mối liên hệ này^{(5),(8)}. Đường huyết tăng trong nhóm bệnh nhân nặng có thể do cơ chế phản ứng viêm gây tăng tiết catecholamin xảy ra do rối loạn thần kinh thực vật, mức độ tăng của đường huyết tỉ lệ thuận với diễn tiến bệnh nặng. Những kết quả báo cáo trên cho thấy biến số đường huyết tăng sẽ góp phần chỉ điểm tiến triển bệnh nặng trong lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện vai trò quan trọng của chủng EV-A71 trong tiên lượng bệnh nặng. Trẻ nhiễm virus EV-A71 có số chênh mắc bệnh nặng bằng 5,29 lần (KTC 95% từ 2,3 đến 11,9) so với trẻ nhiễm loại Enterovirus với $p < 0,05$. Các nghiên cứu của Chen SM và Fang

Y cũng đã chỉ ra mối liên quan giữa EV-A71 với các trường hợp bệnh nặng⁽⁵⁾. Mặc dù các nghiên cứu trước đây thấy rằng hầu hết các trường hợp nhiễm EV-A71 là không có triệu chứng và tự phục hồi, nhưng chủng virus này chủ yếu gây các biến chứng thần kinh nghiêm trọng gồm viêm màng não vô khuẩn, tiểu não thất điều, liệt giống bại liệt, hội chứng Guillain-Barré, viêm não thần kinh cấp tính, và phù phổi cấp/xuất huyết do thần kinh với tỉ lệ tử vong cao⁽⁷⁾. Như vậy khi phân lập chủng virus trong bệnh TCM cần đặt biệt quan tâm đến những trẻ nhiễm EV-A71.

Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa bạch cầu >16.000/mm³ với tình trạng bệnh nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Quốc Thắng khi không nhận thấy mối liên quan giữa bạch cầu >13.500 TB/mm³ với các trường hợp có chuyển độ⁽²⁾. Tăng bạch cầu không liên quan với bệnh TCM nặng trong 2 nghiên cứu trên có thể là do bản chất của bệnh là nhiễm siêu vi, những nhiễm trùng siêu vi thuần túy có đặc trưng không làm tăng bạch cầu. Điều này đã gợi ý rằng biểu hiện tăng bạch cầu có thể liên quan đến các trường hợp bệnh nặng ở phân độ từ 3 trở lên hơn là ở phân độ 2b. Có thể ở những phân độ từ 3 trở lên, tình trạng bệnh trở nên nghiêm trọng với phản ứng viêm mạnh mẽ hơn, kèm theo đó là các bội nhiễm khác thúc đẩy bạch cầu tăng cao.

Các yếu tố liên quan độc lập đến bệnh tay chân miệng nặng: Thông qua hồi quy logistic đa biến, nghiên cứu của chúng tôi đã phát hiện các yếu tố có liên quan độc lập đến tình trạng bệnh nặng tương đồng cao so với các dấu hiệu chuyển độ được đề cập trong hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012 bao gồm mạch nhanh >130 lần/phút, sốt >39°C, chói với⁽¹⁾. Theo đó, mạch nhanh có vai trò quan trọng nhất trong tiên đoán các trường hợp bệnh nặng. Số chênh mắc bệnh nặng ở những trẻ có biểu hiện mạch nhanh cao gấp 86,3 lần (KTC 95% từ 26 đến 278, 4) những trẻ còn lại. Biểu hiện sốt trên 39°C có vai trò quan trọng sau mạch nhanh với số chênh mắc bệnh nặng ở nhóm này cao hơn 13,6 lần so với nhóm còn lại. Biểu hiện chói với được kiểm soát trong mô hình hồi quy logistic đa biến với số chênh mắc bệnh $OR = 6,4$ (KTC 95% từ 1,47 đến 27,8). Như vậy, cùng với những biểu hiện cảnh báo chuyển độ được liệt kê trong hướng dẫn của Bộ Y tế⁽¹⁾, các tình trạng sốt cao >39°C, mạch nhanh >130 lần/phút và chói với đã cho thấy sự phổ biến và quan trọng để tiên lượng tình trạng TCM nặng.

Bên cạnh đó nghiên cứu chỉ ra một số đặc điểm cận lâm sàng quan trọng chưa được sử

dụng như một dấu hiệu theo dõi chuyển độ trong hướng dẫn của Bộ Y tế trước đây⁽¹⁾ gồm tiểu cầu > 400.000/mm³, đường huyết >180mg%, và chủng virus EV-A71. Đây là những đặc điểm cho thấy mối liên quan với tình trạng bệnh nặng khi được xem xét trong mô hình hồi quy logistic đa biến.

Chủng virus EV-A71 đã được đánh giá có liên quan với các trường hợp nặng, biến chứng và tử vong trong rất nhiều nghiên cứu trước đây cũng như trong hướng dẫn của Bộ Y tế. Mô hình hồi quy logistic đã biến trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy EV-A71 là một chủng có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh nặng với số chênh mắc bệnh ở nhóm này cao hơn 4,55 lần so với nhóm không mắc.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng bao gồm nôn ói, sốt >39°C, thở nhanh, co giật, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, ngủ gà, lơ mơ/hôn mê, run chi/đi đứng loạng choạng, ngưng thở/ thở nấc. Các triệu chứng cận lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng gồm tăng tiểu cầu trên 400.000/mm³, tăng đường huyết trên 180mg%. Chủng virus EV-A71 có liên quan đến các trường hợp bệnh nặng.

Các yếu tố liên quan độc lập với bệnh TCM nặng được xác định thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến bao gồm: giới tính của người chăm sóc, sốt cao >39°C, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, tăng tiểu cầu >400.000/mm³, đường huyết >180mg%, và chủng virus EV-A71.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012) *Quyết định số 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng*, tr.1-10.
2. Bùi Quốc Thắng, Bùi Quang Vinh, Võ Bích Nga (2014) "Liên quan giữa số lượng bạch cầu màu, tiểu cầu và đường huyết nhanh lúc nhập viện với sự chuyển độ nặng trên bệnh nhi tay chân miệng độ 2a tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 9/2012 đến tháng 1/2013". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18 (1), tr.353-359.
3. Chế Thanh Đoàn, Trần Thị Việt, Đỗ Châu Việt, Trần Thị Thuý (2008) "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị immunoglobulin trên bệnh nhân tay chân miệng nặng tại khoa Nhiễm bệnh viện Nhi Đồng 2". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (4), tr.24-30.
4. Đỗ Châu Việt (2016) *Khảo sát diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bệnh tay chân miệng nặng được lọc máu tại bệnh viện Nhi Đồng 2*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr.52-70.
5. Fang Y, Wang S, Zhang L, Z Guo, Huang Z, Tu C, et al. (2014) "Risk factors of severe hand, foot and mouth disease: a meta-analysis". *Scand J Infect Dis*, 46 (7), pp.515-22.
6. Liu MY, Liu W, Luo J, Liu Y, Zhu Y, Berman H, et al. (2011) "Characterization of an Outbreak of Hand, Foot, and Mouth Disease in Nanchang, China in 2010". *PLoS One*, 6 (9), e25287.
7. McMin PC (2015) "Enterovirus vaccines for an emerging cause of brain-stem encephalitis". *N Engl J Med*, 370, pp.792-794.
8. Nguyễn Kim Thư (2016) *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, phương pháp chẩn đoán, điều trị, dự phòng bệnh Tay Chân Miệng tại Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr.63-88.

TÌNH TRẠNG NHIỄM *SALMONELLA SPP* TRÊN CÁC MẪU THỊT VÀ SẢN PHẨM THỊT ĐƯỢC KIỂM NGHIỆM TẠI LABO XÉT NGHIỆM AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM, TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG (TỪ THÁNG 01-06 NĂM 2018)

Trần Quang Cảnh*, Đặng Thị Thùy Dương*,
Đinh Thị Lan*, Nguyễn Thị Thu Lý*, Chu Thị Minh Thu*

TÓM TẮT

Trong 6 tháng đầu năm 2018, tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên 115 mẫu thuộc nhóm thịt và sản phẩm thịt được kiểm nghiệm tại Labo Xét nghiệm An toàn Vệ sinh Thực phẩm – Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương là 25,2%. Tất cả các mẫu dương tính

đều thuộc nhóm thịt tươi, thịt đông lạnh. Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp cao nhất ở thịt gà là 51,7%; tiếp đến là thịt bò 28,6%; thịt lợn 25%. Kết quả của nghiên cứu là tiếng chuông cảnh báo nguy cơ ngộ độc thực phẩm do *Salmonella* đối với người tiêu dùng.

Từ khóa: *Salmonella*, Ngộ độc thực phẩm

SUMMARY

SITUATION OF *SALMONELLA SPP* CONTAMINATION IN MEAT AND MEAT PRODUCTS DETERMINED BY THE FOOD SAFETY LABORATORY OF HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY (FROM JANUARY TO JUNE, 2018)

In the first 6 months of 2018, the incidence of

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Cảnh
Email: canhhdtd@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 12.12.2018
Ngày duyệt bài: 17.12.2018

Salmonella spp in meat and meat products tested at Labo Food Safety Hygiene Laboratory - Hai Duong Medical Technical University was 25.2%. All positive samples were fresh meat, frozen meat. The highest incidence of *Salmonella* spp in chicken was 51.7%; followed by beef 28.6%; pork 25%. The result of the study is the warning bell for the risk of food poisoning caused by *Salmonella* to consumers.

Key words: *Salmonella*, Food poisoning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Salmonella là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ngộ độc thực phẩm ở nhiều nước trên thế giới, xếp vào nhóm vi khuẩn gây ra tỉ lệ mắc và tử vong cao nhất trong số các tác nhân gây ngộ độc thực phẩm. Các loại thực phẩm nhiễm *Salmonella* đã được báo cáo vô cùng đa dạng. Từ các thực phẩm thịt tươi sống, đến các sản phẩm đã được chế biến, đóng gói, ăn liền. Tại Hoa Kỳ, ước tính *Salmonella* gây ra 1,2 triệu ca bệnh mỗi năm và là nguyên nhân hàng đầu của các ca nhập viện và tử vong do ngộ độc thực phẩm [1]. Tại Malaysia, có 72,7% mẫu thịt gà và 19,4% mẫu thịt bò sống bị nhiễm *Salmonella* [2].

Như vậy có thể thấy rằng, trong các nhóm thực phẩm thì nhóm sản phẩm thịt có tỉ lệ nhiễm *Salmonella* cao nhất. Hơn nữa nhóm sản phẩm thịt thường có trong các bữa ăn của mỗi gia đình. Do đó sẽ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe con người nếu thực phẩm này không an toàn. Tại Việt Nam cũng như các nước khác trên thế giới đã có rất nhiều các báo cáo về tình hình nhiễm vi khuẩn này trong nhóm thịt và sản phẩm thịt. Tuy nhiên, các sản phẩm thực phẩm luôn tiềm ẩn nguy cơ nhiễm vi khuẩn gây ngộ

độc nói chung và *Salmonella* nói riêng vì chất lượng sản phẩm có thể thay đổi theo từng đàn vật nuôi, mẹ chế biến. Do vậy các nghiên cứu về tình trạng nhiễm *Salmonella* cũng như các mầm bệnh khác luôn là vấn đề cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Các mẫu thịt và sản phẩm từ thịt được khách hàng yêu cầu kiểm nghiệm chỉ tiêu *Salmonella* spp tại Labo An toàn Vệ sinh Thực phẩm - Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu:** tất cả mẫu thịt và sản phẩm từ thịt được khách hàng gửi đến có yêu cầu kiểm nghiệm chỉ tiêu *Salmonella* spp, trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2018 là 115 mẫu.

- **Phương pháp phát hiện *Salmonella* spp:** Tiêu chuẩn Việt Nam 4829:2005.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2007

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Thông tin về mẫu và khách hàng gửi mẫu sẽ không được nêu trong báo cáo này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2018, có tất cả 115 mẫu thực phẩm thuộc nhóm thịt và sản phẩm thịt được kiểm tra chỉ tiêu *Salmonella* spp. Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên nhóm sản phẩm này được chỉ ra ở Bảng 3.1.

Bảng 3.1. Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên mẫu thịt và sản phẩm thịt

Nhóm sản phẩm	Số mẫu	Âm tính		Dương tính	
		n	%	n	%
Nhóm thịt tươi, đông lạnh	83	54	65,1	29	34,5
Nhóm thịt và sản phẩm thịt chế biến không xử lý nhiệt	18	18	100	0	0
Nhóm thịt và sản phẩm thịt đã qua xử lý nhiệt	14	14	100	0	0
Tổng	115	86	74,8	29	25,2

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 29 trên tổng số 115 mẫu thịt và sản phẩm thịt dương tính với *Salmonella* spp tương ứng với tỉ lệ 25,2 %. Các mẫu dương tính đều thuộc nhóm thịt tươi, thịt đông lạnh. Trong nhóm thịt và sản phẩm thịt đã qua chế biến bao gồm chế biến không xử lý nhiệt (dạng muối, xông khói, lên men) và đã qua xử lý nhiệt chúng tôi không thấy sự có mặt của *Salmonella* spp.

Mặc dù các mẫu dương tính với *Salmonella* spp trong nghiên cứu này đều trên mẫu thịt tươi, nhưng vi khuẩn này có nội độc tố chịu nhiệt nên nếu thực phẩm đã nhiễm *Salmonella* có nội độc

tố thì quá trình chế biến, gia nhiệt không phân hủy được nội độc tố này. Do vậy, mọi quy định về giới hạn tối đa ô nhiễm vi sinh vật trong thực phẩm đều quy định *Salmonella* không được phép có mặt trong cả thực phẩm tươi sống lẫn thực phẩm chín. Trong khi đó, trong nghiên cứu này có đến 25,2% mẫu thịt và sản phẩm thịt cho kết quả dương tính với *Salmonella* spp. Ngoài nghiên cứu của chúng tôi, các nghiên cứu khác trong nước cũng cho thấy tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trong nhóm thịt vẫn còn ở mức cao. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đỗ Phúc và cộng sự tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2013 cho thấy, 57,3%

(168/293) mẫu thịt được phân tích nhiễm *Salmonella*. Trong đó, 3/ 80 mẫu được thu thập từ lò giết mổ công nghiệp, 25/37 mẫu từ lò mổ thủ công, 140/176 mẫu tại siêu thị và cửa hàng phân phối [3]. Tác giả Lê Minh Sơn đã xác định tỉ lệ nhiễm *Salmonella* trong thịt lợn giết mổ tiêu dùng nội địa từ 10,9-16,7% và thịt lợn xuất khẩu trung bình 1,4% [9]. Như vậy có thể thấy rằng thịt và sản phẩm thịt bày bán trên thị trường chưa đảm bảo an toàn cho người tiêu dùng.

Vì khuẩn *Salmonella* có thể nhiễm vào thịt dễ dàng trong mọi giai đoạn chăn nuôi, giết mổ, bày bán, chế biến. Trong đó, lò mổ là một mắt xích quan trọng có nguy cơ cao gây nhiễm *Salmonella* vào thân thịt sau giết mổ. Phương thức giết mổ có ảnh hưởng lớn đến tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp vào thân thịt. Giết mổ thủ công có nguy cơ lây nhiễm *Salmonella* spp cho thân thịt cao gấp 16 lần so với giết mổ công nghiệp [4]. Phạm Thị Ngọc và cộng sự đã chỉ ra sự ô nhiễm *Salmonella* spp vào thân thịt chủ yếu do tiếp xúc với sản phẩm giết mổ [5]. Trần Thị Hạnh và cộng sự đã công bố tỉ lệ nhiễm *Salmonella* ở các mẫu chất chứa manh tràng của lợn, mẫu lau

thân thịt, mẫu lau hậu môn, mẫu lau nền chuồng nhốt lợn, mẫu lau sàn giết mổ, mẫu nước tại các cơ sở giết mổ lợn công nghiệp so với thủ công lần lượt là 59,18% so với 87,5%, 70% so với 75%, 66% so với 55%, 40% so với 70%, 28% so với 80%, 0% so với 50% [4]. Sự lây nhiễm chéo trong quá trình giết mổ, lây nhiễm chéo từ hôm trước sang hôm sau do vệ sinh khu vực bày bán thịt không đảm bảo, ô nhiễm chéo từ các nguồn gây ô nhiễm như cống rãnh, bãi rác hay phân gia súc, gia cầm, do các loại côn trùng như ruồi, nhặng cũng là nguyên nhân làm tăng tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên thịt tươi sống. Nguồn nước, dao, thớt, bàn tay người chế biến không đảm bảo vệ sinh cũng là tác nhân gây nhiễm. Vì vậy, các cơ sở chăn nuôi, giết mổ cần nâng cao nhận thức, có ý thức trách nhiệm và dám chịu trách nhiệm về chất lượng sản phẩm mình làm ra trước người tiêu dùng, trước xã hội. Các cơ quan quản lý cần tăng cường giám sát, thanh kiểm tra về điều kiện cơ sở vật chất, thực hành vệ sinh tại các cơ sở chăn nuôi, giết mổ, và các điểm bán lẻ trên thị trường.

Bảng 3.2. Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên nhóm thịt tươi, thịt đông lạnh

Tên mẫu	Số lượng	Âm tính		Dương tính	
		n	%	n	%
Thịt gà	29	12	41,4	15	51,7
Thịt lợn	40	30	75	10	25
Thịt bò	14	10	71,4	4	28,6
Tổng	83	52	72,8	29	34,9

Nghiên cứu cho thấy có 29/83 mẫu thuộc nhóm thịt tươi, đông lạnh bị nhiễm *Salmonella* spp chiếm tỉ lệ 34,9%. Trong đó tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trong thịt gà có tỉ lệ cao nhất 51,7%, sau đó là thịt bò 28,6%, thịt lợn là 25%.

Một số nghiên cứu ở các địa phương khác trong nước cho thấy tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên thịt gà từ 8,8% - 53,3% thịt lợn từ 9,8% - 39,6% [8], thịt bò từ 16,7% - 28,6% [6,7]. Như vậy, có thể thấy rằng tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp ở thịt gà, thịt lợn và thịt bò trong nghiên cứu này thuộc mức cao so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này là mẫu do khách hàng gửi đến mà không phải lấy mẫu đại diện, hơn nữa số lượng mẫu nhỏ. Vì vậy, kết quả của nghiên cứu có thể chưa đại diện cho một địa phương.

IV. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trong nhóm thịt và sản phẩm thịt là 25,2%; trong nhóm thịt tươi, thịt đông lạnh là 34,9%. Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp trên các mẫu thịt gà là 51,7%; các mẫu thịt

lợn là 25%; mẫu thịt bò là 28,6%.

KIẾN NGHỊ

- Cần triển khai nghiên cứu trên phạm vi rộng hơn, mang tính đại diện để có cái nhìn tổng quát và khách quan hơn về ô nhiễm *Salmonella* spp trong nhóm thịt và sản phẩm thịt trên địa bàn tỉnh.

- Cần thường xuyên tổ chức lớp tập huấn kiến thức an toàn thực phẩm cho người chủ và người trực tiếp chăn nuôi, giết mổ, chế biến thịt để nâng cao nhận thức an toàn thực phẩm nói chung và mức độ nguy hiểm, khả năng gây ngộ độc thực phẩm của *Salmonella* nói riêng đối với sức khỏe con người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scallan E, Hoekstra RM, et al, "Foodborne illness acquired in the United States— major pathogens", Emerg Infect Dis. 2011;17:7-15
2. Shafini, A.B., Son, R., (2016), "Prevalence of *Salmonella* spp. in chicken and beef from retail outlets in Malaysia", IFRJ 24(1): 437-449.
3. Nguyễn Đỗ Phúc và cộng sự (2014), "Tần suất và sự đề kháng kháng sinh của *Salmonella* trong thịt heo tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2013", Tạp

- chí y học thực hành, tập san hội nghị khoa học an toàn thực phẩm lần thứ VII-2014, tr 110-115.
4. **Trần Thị Hạnh và cộng sự (2009)**, "Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* spp tại cơ sở giết mổ lợn công nghiệp và thủ công nghiệp". *Tạp chí Khoa học kỹ thuật thú y*, số 2, tr. 51-56.
 5. **Phạm Thị Ngọc, Nguyễn Tiến Thành cùng cộng sự (2013)**, "Tỉ lệ nhiễm *Salmonella* trên lợn tại một số trang trại và lò mổ thuộc các tỉnh phía Bắc Việt Nam", *Tạp chí y học dự phòng*, tập XXIII, số 4 (140), tr 59-66.
 6. **Lý Thị Liên Khai, Trần Thị Phận và cộng sự (2010)**, "Xác định nguồn lây truyền bệnh đường tiêu hóa do vi khuẩn *Salmonella* từ động vật sang người ở một số tỉnh đồng bằng sông Cửu Long", *Tạp chí khoa học Đại học Cần Thơ*, 2010: 16b, tr 69-79.
 7. **Tô Liên Thu (2005)**, Nghiên cứu tình trạng ô nhiễm một số vi khuẩn vào thịt lợn, thịt gà sau giết mổ ở Hà Nội và một số phương pháp làm giảm sự nhiễm khuẩn trên thịt. Luận án Tiến sỹ Nông nghiệp, Viện Thú y Quốc gia Hà Nội.
 8. **Cầm Thị Thu Hà, Phạm Hồng Ngân (2016)**, "Một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tỉ lệ nhiễm vi khuẩn *Salmonella* spp ở thịt lợn bán tại một số chợ thuộc huyện Gia Lâm, thành phố Hà Nội", *Tạp chí khoa học nông nghiệp Việt Nam* 2016, tập 14, số 8, tr 1171-1176.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG VĨNH VIỄN GIAI ĐOẠN SỚM VÀ MỘT SỐ THÓI QUEN VỆ SINH RĂNG MIỆNG Ở HỌC SINH 7-8 TUỔI

Trần Thị Kim Thúy*, Trịnh Đình Hải*, Lê Thị Thu Hà**

TÓM TẮT

Sâu răng hiện vẫn được coi là một trong hai gánh nặng hàng đầu của chăm sóc sức khỏe răng miệng, bên cạnh bệnh nha chu. Theo WHO năm 2003, bệnh sâu răng ảnh hưởng tới 60-90% học sinh và phần lớn người trưởng thành ở hầu hết các nước công nghiệp, là bệnh răng miệng có tỷ lệ mắc cao nhất ở một số nước châu Á và Mỹ La tinh. **Mục tiêu:** nghiên cứu nhằm mô tả tình trạng sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm và một số thói quen vệ sinh răng miệng ở học sinh 7-8 tuổi tại Phú Thọ, năm 2015. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 57,9%, sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm là 56,1%; chỉ số DMFT là $2,1 \pm 2,2$; DMFS là $2,3 \pm 2,7$. Có 22,1% học sinh chải răng 1 lần trong ngày, 0,2% không chải răng; 14,2% học sinh chải răng đúng kỹ thuật, 47,5% học sinh chải răng không đủ thời gian. **Kết luận:** tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn và sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm ở học sinh 7-8 tuổi ở mức cao; kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc răng miệng của học sinh còn kém.

Từ khóa: sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm, thói quen vệ sinh răng miệng.

SUMMARY

EARLY DENTAL CARIES IN PERMANENT TEETH CONDITION AND SOME ORAL HYGIENE HABITS IN 7-8 YEARS OLD PUPILS

Dental caries has been considered one of the top two burdens of oral hygiene care, beside periodontal diseases. According to WHO in 2003, caries disease effected 60-90% pupils and almost adults in most

industrial countries, it's also the oral disease which had the highest incidence in some Asian and American countries. **Objectives:** Descriptions of early dental caries in permanent teeth condition and some oral hygiene habits in 7-8 years old pupils in Phú Thọ Province in 2015. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Dental caries rate in permanent teeth was 57.9%, early dental caries rate in permanent teeth was 56.1%; DMFT index was 2.1 ± 2.2 ; DMFS index was 2.3 ± 2.7 . 22.1% pupils brushed their teeth once a day, 0.2% pupils didn't brush their teeth; 14.2% pupils brushed their teeth with correct technique, 47.5% pupils brushed their teeth not enough time. **Conclusions:** Dental caries rate and early dental carries rate in permanent teeth in 7-8 years old pupils were high. Knowledge, attitude and practice in oral health care has been bad.

Keywords: Early dental caries in permanent teeth, oral hygiene habits

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, sâu răng hiện vẫn được coi là một trong hai gánh nặng hàng đầu của chăm sóc sức khỏe răng miệng, bên cạnh bệnh nha chu. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh đang ở mức độ cao và có chiều hướng tăng lên nhất là các vùng nông thôn và miền núi. Theo điều tra răng miệng toàn quốc năm 2001: trẻ 6-8 tuổi sâu răng chiếm 25,4%, trẻ 9-11 tuổi sâu răng chiếm 54,6%, ở trẻ 12 tuổi có 56,6% bị sâu răng, DMFT = 1,87 [2].

Trước đây, chẩn đoán bệnh sâu răng sử dụng gương, thám châm, có thể hỗ trợ bằng Xquang và việc điều trị thường là loại bỏ tổn thương sâu răng và phục hồi bằng chất hàn theo nguyên tắc của Black khiến mô răng bị mất đi lớn hơn nhiều so với tổn thương thực sự. Ngày nay nhờ tìm ra được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh sâu răng, cùng với việc áp dụng các thiết bị tiên

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

**Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Thúy

Email: Thuyrhm82@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2018

Ngày duyệt bài: 24.12.2018

tiến (như Laser) và phương pháp chẩn đoán, tiêu chuẩn chẩn đoán mới đã cho phép chẩn đoán sớm sâu răng (ngay từ giai đoạn tổn thương ban đầu khi chưa hình thành lỗ sâu). Chính những tiến bộ này đã dẫn tới sự thay đổi trong dự phòng và điều trị sâu răng, làm giảm chi phí và tăng hiệu quả điều trị [3]. Nhằm đánh giá về tình trạng sâu răng và sâu răng giai đoạn sớm ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả thực trạng sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm và một số thói quen vệ sinh răng miệng ở học sinh 7-8 tuổi tại Phú Thọ, năm 2015"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là những học sinh từ 7-8 tuổi (khối lớp 2) đang học tại Trường Tiểu học Đình Tiên Hoàng và Tân Dân, thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ trong năm 2015 – 2016.

- Có sự đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu của cả học sinh và phụ huynh học sinh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Học sinh đang điều trị chỉnh nha bằng mắc cài cố định.

- Học sinh chưa mọc hoặc thay răng vĩnh viễn trên cung hàm.

- Học sinh đang mắc các bệnh toàn thân hoặc răng miệng cấp tính.

- Không có sự đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu, của cả học sinh và phụ huynh học sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Áp dụng công thức:
 Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có;
 $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%; p: tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm của học sinh 7-8 tuổi ($p = 78,8\%$) [4]; q: tỷ lệ ước lượng không sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm của học sinh 7-8 tuổi ($q = 21,2\%$); d: Độ chính xác tuyệt đối (chọn $d = 5\%$); DE: hệ số thiết kế $= 1,2$. Cỡ mẫu tính được theo công thức là 308 học sinh

2.3. Cách chọn mẫu

- Bước 1: chọn chủ đích hai trường Tiểu học Đình Tiên Hoàng và Tân Dân thuộc thành phố

3.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm cá nhân học sinh

Giới	Trường		Tân Dân		Tổng		p (χ^2 test)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nam	128	51,8	93	47,2	221	49,8	>0,05
Nữ	119	48,2	104	52,8	223	50,2	
Tổng	247	100	197	100	444	100	

Việt Trì, tỉnh Phú Thọ vào nghiên cứu.

- Bước 2: phỏng vấn và lấy ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu của học sinh và gia đình.

- Bước 3: Lập danh sách và chọn ngẫu nhiên 308 học sinh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Thực tế chúng tôi đã lựa chọn được 444 trẻ đủ tiêu chuẩn, chúng tôi mời tất cả các trẻ này vào nghiên cứu.

2.4. Các bước nghiên cứu

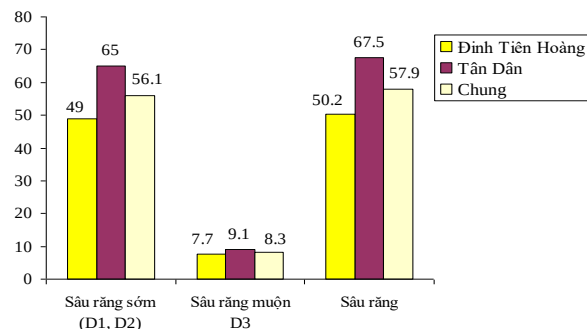
- Hướng dẫn học sinh vệ sinh răng miệng trước khi vào bàn khám.

- Khám phát hiện sâu răng bằng phương pháp quan sát thông thường theo tiêu chí của hệ thống ICDAS.

- Khám phát hiện sâu răng và ghi nhận mức độ mất khoáng bằng thiết bị Diagnodent 2190-KaVo (Đức).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sâu răng vĩnh viễn



χ^2 test: $p_1 < 0,01$, $p_2 > 0,05$, $p_3 < 0,001$

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở học sinh theo trường (n=444)

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của học sinh hai trường tiểu học là 57,9% trong đó tỷ lệ sâu răng ở học sinh trường Tân Dân (67,5%) cao hơn trường Đình Tiên Hoàng (50,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_3 < 0,001$.

Tỷ lệ sâu răng sớm (D1, D2) là 56,1%. Tỷ lệ sâu răng sớm ở học sinh trường Tân Dân (65,0%) cao hơn trường Đình Tiên Hoàng (49,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_1 < 0,01$. Tỷ lệ sâu răng giai đoạn muộn (D3) là 8,3% và không có sự khác biệt giữa hai trường Đình Tiên Hoàng và Tân Dân.

Nhận xét: Trong tổng số 444 học sinh được nghiên cứu, tỷ lệ học sinh nữ chiếm 50,2% cao hơn so với tỷ lệ học sinh nam chiếm 49,8%, trong đó ở trường Tiểu học Đinh Tiên Hoàng tỷ lệ học sinh nam (51,8%) cao hơn học sinh nữ (48,2%). Ngược lại ở trường Tiểu học Tân Dân tỷ lệ học sinh nam (47,2%) thấp hơn tỷ lệ học sinh nữ (52,8). Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ học sinh nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn theo ngưỡng chẩn đoán của tổn thương được phát hiện

Trường Ngưỡng CD	Đinh Tiên Hoàng		Tân Dân		Chung		$p(\chi^2 \text{ test})$
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Từ mức D1 – D3	124	50,2	133	67,5	257	57,9	<0,001
Từ mức D2 – D3	60	24,3	79	40,1	139	31,3	<0,001
Từ mức D3	19	7,7	18	9,1	37	8,3	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn khi tổn thương đã tạo lỗ sâu trên lâm sàng (từ mức D3) chiếm 8,3%, tỷ lệ này tăng lên 31,3% khi coi tổn thương sâu răng tính từ mức D2 (có đổi màu khi răng ướt và chỉ số laser > 20), tỷ lệ sâu răng là cao nhất khi bao gồm cả tổn thương sâu răng giai đoạn sớm D1 (có vết đổi màu trên răng sau thời khô 5 giây và có chỉ số laser > 13). Sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng theo ngưỡng chẩn đoán từ mức độ D1 và D2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Chỉ số DMFT theo trường

Trường	Chỉ số (mean $\pm$ SD)						
	D1T	D2T	D3T	DT	MT	FT	DMFT
Đinh Tiên Hoàng	1,2 $\pm$ 1,7	0,5 $\pm$ 1,2	0,1 $\pm$ 0,5	1,8 $\pm$ 2,2	0,0	0,02 $\pm$ 0,3	1,8 $\pm$ 2,2
Tân Dân	1,2 $\pm$ 1,8	0,9 $\pm$ 1,4	0,2 $\pm$ 0,6	2,3 $\pm$ 2,2	0,0	0,02 $\pm$ 0,3	2,3 $\pm$ 2,2
Tổng	1,2 $\pm$ 1,8	0,7 $\pm$ 1,3	0,2 $\pm$ 0,6	2,0 $\pm$ 2,2	0,0	0,02 $\pm$ 0,3	2,1 $\pm$ 2,2
p	>0,05	<0,001	>0,05	<0,01	-	>0,05	<0,01

(p: Mann-whitney test)

Nhận xét: Chỉ số DMFT của nhóm nghiên cứu là 2,1 $\pm$ 2,2 trong đó chỉ số DMFT của học sinh trường Tân Dân (2,3 $\pm$ 2,2) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (1,8 $\pm$ 2,2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thành phần DT (Sâu răng sâu trung bình: 2,0 $\pm$ 2,2) chiếm chủ yếu trong chỉ số DMFT, trong đó cao nhất là thành phần D1T (sâu răng mức D1: 1,2 $\pm$ 1,8). Số răng sâu trung bình của mỗi học sinh ở trường Tân Dân (2,3 $\pm$ 2,2 răng) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (1,8 $\pm$ 2,2 răng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Chỉ số DMFS theo trường

Trường	Chỉ số (mean $\pm$ SD)						
	D1S	D2S	D3S	DS	MS	FS	DMFS
Đinh Tiên Hoàng	1,2 $\pm$ 1,8	0,6 $\pm$ 1,3	0,2 $\pm$ 0,6	1,9 $\pm$ 2,4	0,0	0,02 $\pm$ 0,3	1,9 $\pm$ 2,5
Tân Dân	1,5 $\pm$ 2,6	1,0 $\pm$ 1,6	0,2 $\pm$ 0,7	2,7 $\pm$ 2,9	0,0	0,02 $\pm$ 0,3	2,7 $\pm$ 2,9
Tổng	1,4 $\pm$ 2,2	0,8 $\pm$ 1,5	0,2 $\pm$ 0,6	2,3 $\pm$ 2,7	0,0	0,02 $\pm$ 0,3	2,3 $\pm$ 2,7
p	>0,05	<0,001	>0,05	<0,01	-	>0,05	<0,01

(p: Mann-whitney test)

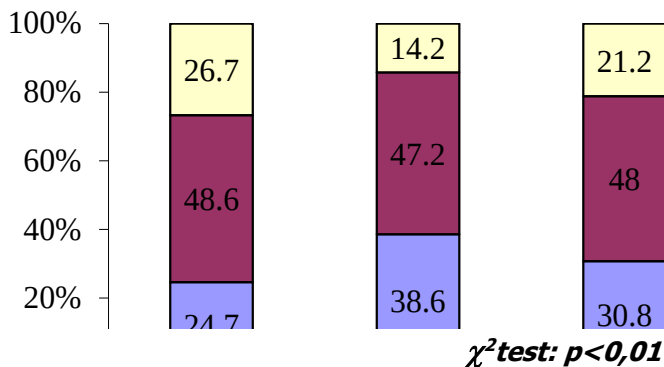
Nhận xét: Chỉ số DMFS của nhóm nghiên cứu là 2,3 $\pm$ 2,7 trong đó chỉ số DMFS của học sinh trường Tân Dân (2,7 $\pm$ 2,9) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (1,9 $\pm$ 2,5). Có sự khác biệt chỉ số DMFS giữa hai trường $p < 0,01$. Thành phần DS (Số mặt răng sâu trung bình: 2,3 $\pm$ 2,7) chiếm chủ yếu trong chỉ số DMFS, trong đó cao nhất là thành phần D1S (mặt răng sâu mức D1: 1,4 $\pm$ 2,2). Số mặt răng sâu trung bình của mỗi học sinh ở trường Tân Dân (2,7 $\pm$ 2,9 mặt răng) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (1,9 $\pm$ 2,4 mặt răng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.5. Thói quen chải răng của học sinh theo trường

Bảng 5.1. Thời gian chải răng của học sinh theo trường							
Trường Thói quen	Đinh Tiên Hoàng		Tân Dân		Tổng		p (χ^2 test)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Số lần chải răng n = 247 n = 197 n = 444							
Không chải	0	0	1	0,5	1	0,2	<0,05
1 lần	62	25,1	36	18,3	98	22,1	
2 lần	151	61,1	146	74,1	297	66,9	
≥ 3 lần	34	13,8	14	7,1	48	10,8	
Thời điểm chải răng n = 247 n = 197 n = 444							
Sáng	23	9,3	9	4,6	32	7,2	<0,01
Tối	21	8,5	11	5,6	32	7,2	
Sáng và tối	195	79,0	154	78,1	349	78,6	

Sau ăn	8	3,2	23	11,7	31	7,0	
Thời gian chải răng n = 247 n = 197 n = 444							
Trong 2 phút	134	54,3	77	39,1	211	47,5	<0,01
2-3 phút	47	19,0	63	32,0	110	24,8	
Trên 3 phút	66	26,7	57	28,9	123	27,7	
Kỹ thuật chải răng n = 247 n = 197 n = 444							
Lên xuống	155	62,8	98	49,8	253	57,0	<0,001
Ngang	74	29,9	54	27,4	128	28,8	
Xoay tròn	18	7,3	45	22,8	63	14,2	
Số lần thay bàn chải n = 247 n = 197 n = 444							
0 lần	7	2,8	5	2,5	12	2,7	<0,001
1 lần	89	36,0	41	20,8	130	29,3	
2 lần	80	32,4	52	26,4	132	29,7	
≥ 3 lần	71	28,8	99	50,3	170	38,3	

3.3. Một số thói quen vệ sinh răng miệng ở trẻ



Biểu đồ 3.2. Thói quen vệ sinh răng miệng của học sinh sau ăn (n=444)

Nhận xét: Đa số học sinh có thói quen súc miệng sau khi ăn (48,0%) và một phần lớn số học sinh có thói quen chải răng (30,8% trong đó trường Đinh Tiên Hoàng là 24,7%, trường Tân Dân 38,6%), số còn lại (21,2%) có thói quen dùng tăm. Sự khác biệt về tỷ lệ các thói quen vệ sinh răng miệng của trẻ sau khi ăn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

χ^2 test: $p < 0,01$

Nhận xét: Đa số trẻ có thói quen chải răng 2 lần một ngày vào thời điểm buổi sáng và tối (78,6%). Thời gian chải răng phần lớn trong vòng 2 phút (47,5%) với kỹ thuật chải lên xuống là chủ yếu (57,0%). Có 38,3% số trẻ thay bàn chải từ 3 lần trở lên trong năm trong đó vẫn có 2,7% số trẻ không thay bàn chải lần nào. Sự khác biệt tỷ lệ về số lần, thời điểm, thời gian, kỹ thuật chải răng và số lần thay bàn chải có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Qua nghiên cứu 444 học sinh tại hai trường Tiểu học Đinh Tiên Hoàng và Tân Dân cho thấy: tỷ lệ học sinh nữ chiếm 50,2%; tỷ lệ học sinh nam chiếm 49,8%, trong đó ở trường Tiểu học Đinh Tiên Hoàng tỷ lệ học sinh nam chiếm 51,8% và tỷ lệ học sinh nữ chiếm 48,2%. Ở trường Tiểu học Tân Dân tỷ lệ học sinh nam chiếm 47,2% và tỷ lệ học sinh nữ chiếm 52,8%. Sự khác biệt về tỷ lệ giới nam và nữ phân bố trong mẫu nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

4.2. Thực trạng sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm: Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 3.1 và bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn bao gồm các tổn thương sâu răng được tính từ

mức nhẹ nhất D1 cho tới D2 hoặc mức D3 (tổn thương đã tạo lỗ sâu) của học sinh tại hai trường tiểu học là rất cao. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 57,9% trong đó tỷ lệ sâu răng ở học sinh trường Tân Dân (67,5%) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (50,2%). Đây là một tỷ lệ cao vì trong lứa tuổi này răng vĩnh viễn mới thay thế chủ yếu là răng 6 và răng cửa giữa.

Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Các kết quả này đều cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của học sinh là rất cao, mặc dù các nghiên cứu diễn ra ở các thời điểm khác nhau, các địa phương khác nhau và cũng trên các lứa tuổi khác nhau của học sinh.

Nghiên cứu của Vũ Mạnh Tuấn và cs năm 2011 ở trẻ 7-8 tuổi tại Quảng Bình cho thấy: tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 54,6%, chỉ số DMFT là 1,91 [5]. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tác giả sử dụng tiêu chuẩn ghi nhận sâu răng theo ICDAS nhưng không có sự hỗ trợ của thiết bị laser huỳnh quang Diagnodent nên có thể một số tổn thương sâu răng mức D1 đã bị bỏ sót, vì khi khám bằng mắt thường tổn thương

men răng giai đoạn này rất dễ nhả với răng lành. **Tóm lại:** Qua các kết quả nghiên cứu mà chúng tôi tìm hiểu và so sánh được cho thấy tỷ lệ sâu răng ở trẻ em nước ta đang ở mức cao và có chiều hướng tăng lên, tương đương với một số nước châu Á nhưng so với các nước phát triển, đặc biệt là Hoa Kỳ thì ở đây tỷ lệ sâu răng thấp hơn, số lượng trẻ được điều trị cao hơn

4.3. Một số thói quen vệ sinh răng miệng ở trẻ: Về thói quen vệ sinh răng miệng, kết quả tại Biểu đồ 3.21 cho thấy đa số học sinh có thói quen súc miệng sau khi ăn (48,0%) và một phần lớn số học sinh có thói quen chải răng (30,8%), số còn lại (21,2%) có thói quen dùng tăm. Trẻ cũng có thói quen chải răng 2 lần một ngày vào thời điểm buổi sáng và tối (78,6%) là chủ yếu nhưng vẫn còn 22,1% học sinh chải răng 1 lần trong ngày và 0,2% không chải răng. Thời gian chải răng phần lớn trong vòng 2 phút (47,5%) và chỉ có 14,2% học sinh chải răng đúng kỹ thuật, 47,5% học sinh chải răng không đủ thời gian. Có 38,3% số trẻ thay bàn chải từ 3 lần trở lên trong năm trong đó vẫn có 2,7% số trẻ không thay bàn chải lần nào (Bảng 3.5). Chải răng là biện pháp VSRM được nhiều nghiên cứu chứng minh, nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng và cs (2011) về các yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh răng miệng của trẻ em Việt Nam cho thấy số trẻ chải răng ngày 3 lần chỉ chiếm 5,5%, đa số trẻ chải răng vẫn chưa đủ thời gian để có

thể làm sạch toàn bộ hai hàm răng, thói quen ăn vặt của trẻ chiếm tỷ lệ cao (67,5%) [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn và sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm ở học sinh 7-8 tuổi ở mức cao; kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc răng miệng của học sinh còn kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peterson P.E (2003).** Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme, *The World Oral Health Report*, 3-24.
2. **Trần Văn Trường và cs (2002).** *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 41-42.
3. **Department of Health and Human Services (2000).** Healthy People 2010, vol II. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2111- 2115.
4. **Vũ Mạnh Tuấn (2013).** *Nghiên cứu dự phòng sâu răng bằng Gel fluor*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Vũ Mạnh Tuấn, Phạm Thị Thu Hiền, Nguyễn Kỳ Nhân và cs (2011).** Khảo sát thực trạng bệnh sâu răng và các yếu tố ảnh hưởng tới sự cân bằng sâu răng trên trẻ 7-8 tuổi tại Quảng Bình năm 2011, *Tạp chí Y học thực hành*, (793), 81-85.
6. **Dye BA, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla TJ. (2015).** Dental caries and sealant prevalence in children and adolescents in the United States, 2011–2012. NCHS data brief, 191.
7. **Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn (2011).** Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010. *Tạp chí Y học thực hành*, 793, 91-96.

MỨC ĐỘ STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN STRESS Ở CÁC BÀ MẸ CÓ CON NẪM TẠI PHÒNG CÁCH LY CỦA KHOA SƠ SINH

Hà Mạnh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các bà mẹ có con nằm tại phòng cách ly khoa sơ sinh bị stress và các yếu tố có liên quan đến tình trạng stress của các bà mẹ. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Các bà mẹ có con nằm tại phòng cách ly của khoa sơ sinh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được phỏng vấn bằng bảng câu hỏi. Bảng câu hỏi gồm 2 phần; phần 1 là các thông tin liên quan đến bà mẹ, gia đình và con; phần 2 gồm 21 câu hỏi đánh giá về tình trạng stress của các bà mẹ theo thang đo DASS 21. Các số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. **Kết quả nghiên cứu:** Có 150 bà mẹ thỏa

tiêu chuẩn được khảo sát. Tỷ lệ các bà mẹ bị stress là 75,3%, trong đó mức độ nhẹ là 12,0%; trung bình là 16,7%; nặng: 26,6%; rất nặng: 20,0%. Chưa ghi nhận các đặc điểm của mẹ và con liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng stress của người mẹ, tuy nhiên có sự tăng tỷ lệ stress ở nhóm các bà mẹ có thu nhập thấp, ly hôn, nghề nghiệp tự do, sống ở ngoài thành phố Hồ Chí Minh, và số con ≥ 3 trên 10% so với bà mẹ ở nhóm tương ứng. Yếu tố cách ly mẹ và con là yếu tố chính gây ra stress ở người mẹ. **Kết luận:** Stress ở người mẹ có con nằm ở phòng cách ly là một tình trạng khá phổ biến, mà yếu tố chính gây ra stress là sự cách ly giữa mẹ và con. Các yếu tố khác về kinh tế, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, số con trong gia đình có thể góp phần đối với stress. Cần tăng cường sự tham gia của người mẹ vào trong quá trình chăm sóc trẻ khi trẻ bị cách ly là biện pháp quan trọng để cải thiện tình trạng stress ở người mẹ và kết quả điều trị ở trẻ bệnh.

Từ khóa: stress; phòng cách ly; trẻ sơ sinh; bà mẹ

*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn
Email: hamanhtuan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.11.2018
Ngày phản biện khoa học: 16.12.2018
Ngày duyệt bài: 25.12.2018

SUMMARY

STRESS AND FACTORS RELATED TO STRESS IN THE MOTHERS WITH NEONATE STAYING IN ISOLATION ROOM OF NEONATAL DEPARTMENT

Objective: To identify the proportion of mothers suffering stress who have neonates staying in the isolation rooms of the Neonatal Department and factors related to mothers' stress status. **Methods:** A descriptive cross-sectional study. Mothers with children staying in the isolation room of the Neonatal Department eligible for enrollment would be interviewed with questionnaires. The questionnaire consists of 2 parts; Part 1 contains data about mothers, families and children; Part 2 contains 21 questions of DASS 21 assessing the stress situation of mothers. Data were processed by Stata software 12.0. **Results:** 150 mothers met the criteria to be surveyed. The rate of stressed mothers was 75.3%, of which the rate of mild severity was 12.0%, the rate of moderate severity was 16.7%, the rate of severe severity was 26.6%, and the rate of extremely severe severity was 20.0%. The characteristics of mother and child were not significantly related to the stress status of the mother, but there was an increase over 10% in the rate of stressed mothers among the mothers in such group as the low-income, divorced, and free-working, living outside Ho Chi Minh City, and the number of children ≥ 3 compared to mothers in the corresponding groups. Separating the mother from their child was the main factor causing stress in the mothers. **Conclusion:** Stress in a mother with a neonate in isolation room is a quite common, but the main factor causing stress is the separation of mothers from their children. Other factors such as economic factors, marital status, occupation, number of children in the family may contribute to stress in the mothers. Increasing the participation of mothers in the care of children when children are isolated is an important measure to improve the stress situation of the mother and the results of treatment in sick neonates.

Keywords: stress; isolation room; neonate; mother.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sơ sinh khi có vấn đề sức khỏe cần phải được nhập viện để theo dõi tại khoa sơ sinh vẫn được người mẹ tiếp tục trực tiếp chăm sóc. Tuy nhiên có một số trường hợp vì lý do chuyên môn trẻ cần phải được theo dõi sát và chăm sóc tích cực bởi nhân viên y tế, khi đó trẻ sẽ được cách ly khỏi mẹ. Khi trẻ sơ sinh phải nằm phòng cách ly vì yêu cầu bệnh lý sẽ tạo ra stress đối với người mẹ⁽³⁾. Nguyên nhân gây ra stress chủ yếu là từ sự cách ly giữa người mẹ và con, ngoài ra sự thiếu thông tin của người mẹ về tình trạng của em bé và sự lo lắng về việc chăm sóc của nhân viên y tế đối với con của mình cũng góp phần tạo ra stress đối với người mẹ^{(1),(5)}. Stress đối với người mẹ không chỉ tạo ra những hậu quả tiêu cực đến bản thân người mẹ mà còn ảnh hưởng đến kết quả điều trị của trẻ, cũng như sự phát

triển về nhận thức và cảm xúc sau này của trẻ⁽⁴⁾. Việc tìm hiểu mức độ stress xảy ra trên các bà mẹ có con nằm cách ly tại khoa sơ sinh sẽ giúp chúng ta có đánh giá đúng đắn về tầm quan trọng của vấn đề này, cũng như việc tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến stress ở người mẹ để từ đó có biện pháp làm giảm bớt stress ở người mẹ sẽ giúp cải thiện sức khỏe tinh thần người mẹ, đồng thời có thể góp phần cải thiện kết quả điều trị trẻ sơ sinh. Hiện tại vẫn còn ít nghiên cứu tại Việt Nam về mức độ stress ở người mẹ có con nằm cách ly tại khoa sơ sinh cũng như tìm hiểu các yếu tố có liên quan đến tình trạng stress của người mẹ khi có con nằm cách ly tại khoa sơ sinh. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tỷ lệ các bà mẹ bị stress khi có con nằm tại phòng cách ly của khoa sơ sinh, tìm hiểu các yếu tố có liên quan đến tình trạng stress này để từ đó đề xuất các biện pháp nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, tiến hành tại khoa Sơ sinh

bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/03 đến 30/8/2015.

Dân số mục tiêu là các bà mẹ có con đang được điều trị tại phòng cách ly của khoa sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 2.

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ, với tỷ lệ stress nhẹ ở các bà mẹ có con nằm điều trị tại khoa sản sóc tăng cường sơ sinh theo nghiên cứu của Stube M⁽¹²⁾ là 10%, với sai số 5%, có cỡ mẫu ước tính là 139 ca.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bà mẹ đáp ứng tiêu chí sau 1) Có con nằm điều trị trên 24 giờ tại phòng cách ly lần đầu; 2) Đồng ý tham gia nghiên cứu; 3) Có khả năng hiểu và trả lời được các câu hỏi trong phiếu khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bà mẹ đã từng có con nằm điều trị cách ly trước đó.

Tiến hành nghiên cứu: Các bà mẹ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn gồm 2 phần. Phần 1 gồm 21 câu hỏi về các thông tin liên quan đến bà mẹ, và em bé. Phần 2 gồm 21 câu hỏi đánh giá mức độ trầm cảm của bà mẹ theo thang đo DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scales). Mức độ stress ở các bà mẹ được đánh giá như sau: 0 -14 đ: bình thường; 15 – 18 đ: nhẹ; 19 – 25: trung bình; 26 – 33: nặng; ≥ 34 : rất nặng.

Xử lý thống kê: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương, hoặc kiểm định chính xác

Fisher để xác định các mối liên quan giữa stress và đặc điểm dân số nghiên cứu với khoảng tin cậy 95%, và mức ý nghĩa thống kê của các liên quan là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liên quan giữa stress của người mẹ với các đặc điểm của người mẹ

Đặc điểm		Chung n (%)	Bình thường n (%)	Trầm cảm n (%)	RR KTC 95%
Nhóm tuổi	< 30	76 (50,7)	20 (25,6)	56 (74,4)	0,96 (0,55-1,69)
	≥ 30	74 (49,3)	19 (25,7)	55 (74,3)	
Tôn giáo	Có	101 (67,3)	25 (24,8)	76 (75,2)	0,99 (0,82-1,21)
	Không	49 (32,7)	12 (24,5)	37 (75,5)	
Học vấn	≤ Cấp 2	62 (41,3)	12 (19,4)	50 (80,6)	0,99 (0,51-1,94)
	> Cấp 2	88 (58,7)	17 (19,3)	71 (80,7)	
Nghề nghiệp	Viên chức	78 (52,0)	23 (29,5)	55 (70,5)	0,87 (0,72-1,05)
	Khác	72 (48,0)	14 (19,4)	58 (80,6)	
Bảo hiểm y tế	Có	132 (88,0)	32 (24,2)	100 (75,8)	1,04 (0,77-1,41)
	Không	18 (12,0)	5 (27,8)	13 (72,2)	
Tuổi kết hôn	≤ 26	94 (62,7)	23 (24,5)	71 (75,5)	0,96 (0,55-1,69)
	> 26	56 (37,3)	14 (25,0)	42 (75,0)	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	140 (93,3)	35 (25,0)	105 (75,0)	0,93 (0,67-1,29)
	Ly dị	10 (6,7)	2 (20,0)	8 (80,0)	
Thu nhập bình quân	< TB	60 (40,0)	10 (16,7)	50 (83,3)	1,19 (0,62-2,27)
	> TB	90 (60,0)	27 (30,0)	63 (70,0)	
Nơi cư trú	TP. HCM	38 (25,3)	12 (31,6)	26 (68,4)	0,88 (0,69-1,11)
	Khác	112 (74,7)	25 (22,3)	87 (77,7)	
Tình trạng sống	Ở chung	56 (37,3)	13 (23,2)	43 (76,8)	1,03 (0,85-1,24)
	Ở riêng	94 (62,7)	24 (25,5)	70 (74,5)	
Số thành viên gia đình	≤ 4	86 (57,3)	24 (27,9)	62 (72,1)	0,90 (0,5 -1,63)
	> 4	64 (42,7)	13 (20,3)	51 (79,7)	
Số con hiện có	≤ 2	125 (83,3)	33 (26,4)	92 (73,6)	0,93 (0,53-1,64)
	> 2	25 (16,7)	4 (16,0)	21 (84,0)	

Nhóm tuổi chủ yếu là từ 40 tuổi trở xuống, cao hơn nhiều so với nhóm > 40 tuổi (chỉ có 4%). Độ tuổi kết hôn trung bình từ 18 đến 26 tuổi chiếm 56%. Về đặc điểm nghề nghiệp thì viên chức chiếm 52%, cao hơn so với nhóm làm công việc tự do (48%). Về học vấn của các người mẹ tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ người mẹ có trình độ từ cấp 2 trở xuống ít hơn cha mẹ có trình độ trên cấp 2 (41,3 % so với 58,7%). Phần đông là có tôn giáo (67,3%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu gần như toàn bộ đều được hưởng bảo hiểm y tế 88 % so với nhóm không có bảo hiểm là 12 %. Đa đa số là

TB: trung bình; TP. HCM: thành phố Hồ Chí Minh có kết hôn và vẫn còn sống chung chiếm 93,3%. Gia đình hạt nhân (sống riêng, chỉ có vợ chồng và con cái) nhiều hơn gia đình truyền thống (62,7% so với 37, 3%). Gia đình có từ 4 người trở xuống nhiều hơn gia đình từ 5 người trở lên (57,3% so với 42,7%). Nhóm tham gia nghiên cứu chủ yếu cư ngụ ở các tỉnh thành khác (74,7%), chỉ có phần ít là cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh (25,3%). Thu nhập bình quân từ trung bình trở xuống chiếm 40%, phần còn lại có thu nhập khá không nhiều (13,3%). Số con hiện có chủ yếu là 1 - 2 con, từ 3 con trở lên chỉ có 16,7% (bảng 1).

Bảng 3.2 Liên quan giữa stress của người mẹ với các đặc điểm của trẻ

Đặc điểm		Chung n (%)	Bình thường n (%)	Stress n (%)	RR KTC95%
Giới tính của trẻ	Nam	90 (60,0)	19 (21,1)	71 (78,9)	1,12 (0,92-1,37)
	Nữ	60 (40,0)	18 (30,0)	42 (70,0)	
Tuổi thai	< 37 tuần	46 (30,7)	9 (19,6)	37 (80,4)	1,10 (0,91-1,32)
	≥ 37 tuần	104 (69,3)	28 (26,9)	76 (73,1)	
Cân nặng lúc sanh (gam)	< 2500	44 (29,3)	7 (15,9)	37 (84,1)	1,17 (0,56-2,47)
	≥ 2500	106 (70,7)	30 (28,3)	76 (71,7)	
Tuổi của trẻ	≤ 7 ngày	52 (34,7)	11 (21,1)	41 (78,9)	1,07 (0,57-1,99)

	> 7 ngày	98 (65,3)	26 (26,5)	72 (73,5)	
Thứ bậc con trong gia đình	Con thứ 2	125 (83,3)	33 (26,4)	92 (73,6)	0,93 (0,53-1,64)
	≥ Con thứ 3	25 (16,7)	4 (16,0)	21 (84,0)	
Lần nhập viện	Thứ 1	139 (92,7)	35 (25,2)	104 (74,8)	0,91 (0,68-1,22)
	> thứ 1	11 (7,3)	2 (18,2)	9 (81,8)	
Tiền sử lúc sanh	Cần thiệp	47 (31,3)	15 (31,9)	32 (68,1)	1,15 (0,92-1,43)
	Sanh thường	103 (68,7)	22 (21,4)	81 (78,6)	
Tình trạng sau sanh	Bình thường	99 (66,0)	22 (22,3)	77 (77,7)	0,94 (0,78-1,13)
	Cần hồi sức	51 (34,0)	11 (21,6)	40 (78,4)	

Số trẻ trong nhóm nghiên cứu về tỉ lệ trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, nam 60% và nữ 40%. Về đặc điểm tuổi thai, trẻ sanh ≥ 37 tuần tuổi chiếm ưu thế 69,3%. Cân nặng của trẻ lúc sanh chủ yếu ≥ 2500 gram (70,7%), trẻ rất nhẹ cân < 1500 gram không nhiều, chỉ có 6%. Về đặc điểm ngày tuổi của trẻ không thấy có sự khác biệt nhiều giữa các nhóm < 7 ngày, 7-14 ngày và >14 ngày, với tỉ lệ lần lượt là 34,7%, 37,3% và 28,0%. Trẻ chủ yếu là con đầu lòng hoặc là con thứ 2, chỉ có số ít là con thứ 3 trở lên trong gia đình (16,7%). Các trẻ đa số là lần đầu tiên nằm viện hoặc là từ các bệnh viện sản, bệnh viện tuyến tỉnh chuyển trực tiếp lên (92,7%), với phần lớn có tiền sử sanh thường (68,7%) và tình trạng sau sanh là bình thường cũng chiếm ưu thế (66%), nhóm cần can thiệp sau sanh chỉ có 34% (bảng 2).

Bảng 3. Mức độ stress của các bà mẹ chăm sóc con đang được điều trị cách ly

Mức độ stress	Số ca (n=150)	Tỷ lệ %
Bình thường	37	24,7
Stress	113	75,3
Nhẹ	18	12,0
Vừa	25	16,7
Nặng	40	26,6
Rất nặng	30	20,0

Vấn đề stress của người mẹ khi chăm sóc con nằm trong phòng cách ly là phổ biến, chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu (75,3%), chỉ khoảng 1/4 là có trạng thái tinh thần bình thường. Trong nhóm các bà mẹ bị stress tỷ lệ các bà mẹ bị stress nhẹ là 12,0%, stress vừa 16,7% và stress nặng 26,6 % (bảng 3).

Chưa ghi nhận mối liên quan nào giữa stress của mẹ có con nằm tại phòng cách ly khoa sơ sinh với các đặc tính của người chăm sóc và các đặc điểm của trẻ có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$ với phép kiểm chi bình phương) (bảng 1, và 2). Tuy nhiên có ghi nhận tỷ lệ các bà mẹ bị stress cao hơn ở nhóm có thu nhập dưới mức trung bình, tình trạng gia đình ly dị, nghề nghiệp tự do, có từ 3 con trở lên và nơi cư trú ở ngoài thành phố Hồ Chí Minh so với các bà mẹ ở nhóm

tương ứng từ 10% trở lên (bảng 1). Đối với các đặc điểm của con nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người mẹ bị stress cao hơn trên 10% so với tỷ lệ stress của các bà mẹ nhóm tương ứng ở các đặc điểm trẻ sanh nhẹ cân < 2500 gram, con thứ ba, sanh thường (bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này khảo sát 150 bà mẹ và ghi nhận tỷ lệ cha bị stress là 75,3%, gấp 3 lần so với tỷ lệ các bà mẹ có tình trạng tâm thần bình thường (24,7%). Tỷ lệ mẹ bị stress ở mức độ nhẹ 12,0%, vừa 16,6%, nặng là 26,7%, rất nặng 20,0%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Kong LP là 35%, tuy nhiên tương đương với nghiên cứu của tác giả Stube M là tỷ lệ stress của các bà mẹ có con nằm tại khoa sản đặc biệt nhi là 78,9% (nhẹ là 12%, vừa 16,7%, nặng 26,6% và rất nặng là 20%). Sự khác biệt này có thể là do thang đo của các nghiên cứu khác nhau, do đặc điểm của các bà mẹ khác nhau. Nhìn chung theo nhiều nghiên cứu khi có sự cách ly mẹ và con sau khi sinh dù bất kỳ lý do gì cũng tạo ra stress trên các bà mẹ, tỷ lệ các bà mẹ bị stress khi có con bị cách ly thay đổi phụ thuộc vào cách đánh giá, đặc điểm dân tộc, văn hóa ở các vùng khác nhau nhưng có thể thay đổi từ 35 – 75%^{(1),(5),(8)}, mà nguyên nhân của nó chính là sự ngăn cách chăm sóc tiếp xúc giữa người mẹ và con của họ⁽²⁾. Ngoài ra các yếu tố về thiếu thông tin tình trạng của con mình khi nằm cách ly, cũng như không tin tưởng về sự chăm sóc của nhân viên y tế là các yếu tố góp phần làm cho người mẹ bị stress nhiều hơn khi bị cách ly khỏi trẻ^{(1),(3),(5)}.

Từ ghi nhận có tỷ lệ khá cao các bà mẹ bị stress khi có con bị cách ly để chăm sóc tích cực, chúng ta nhận thấy rằng trong chăm sóc y tế cho bệnh nhi sơ sinh, các nhân viên y tế không nên chỉ quan tâm đến bệnh nhi sơ sinh đang cần điều trị, mà cần phải thấy rằng người mẹ cần cũng cần được hỗ trợ rất nhiều từ phía nhân viên y tế, từ phía bệnh viện. Những người mẹ đang nuôi con tại khu cách ly có thể là những người không có vấn đề về thực thể, nhưng có vấn đề

về sức khỏe tâm thần. Nếu những cảm xúc tiêu cực này không được giải quyết kịp thời và hiệu quả, nó có thể gây nên một chuỗi những vấn đề về sức khỏe tâm thần khác. Tâm trạng tiêu cực của người mẹ không những chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và thực thể của chính họ, mà còn có thể có ảnh hưởng có hại lên sự hòa hợp và ổn định của gia đình, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc trẻ^{(4),(7)}. Vấn đề stress của người mẹ có ảnh hưởng rất lớn đến mối quan hệ mẹ - con sau này, đến sự phát triển của trẻ. Ngoài ra stress có thể ảnh hưởng đến giao tiếp giữa nhân viên y tế và người mẹ, làm cho người mẹ mất niềm tin vào những người đang điều trị bệnh cho con mình và điều này làm cho stress nặng hơn.

Để góp phần làm giảm stress ở những bà mẹ có con nằm chăm sóc đặc biệt nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng bên cạnh việc cải thiện điều kiện sinh hoạt của người mẹ, các tư vấn tâm lý cần thiết với người mẹ thì cho phép người mẹ tham gia vào quá trình chăm sóc là một biện pháp rất quan trọng trong việc giảm stress ở người mẹ^{(2),(6),(7)}. Sự tham gia chăm sóc của người mẹ với con thông qua sự tiếp xúc da kề da và tiếp xúc về cảm xúc là quan trọng đối với sự khỏe mạnh về thể chất, xúc cảm, xã hội cả cho mẹ và cho con, ảnh hưởng tích cực đến sự phát triển não của trẻ, tâm lý của cha mẹ và mối quan hệ cha mẹ - con cái^{(2),(6),(7)}.

Khi xét mối liên quan giữa stress của người mẹ có con nằm cách ly tại khoa sơ sinh với các đặc tính như độ tuổi, tôn giáo, học vấn, nghề nghiệp, bảo hiểm y tế, tuổi kết hôn, tình trạng hôn nhân, thu nhập, nơi cư trú, tình trạng sống, số thành viên trong gia đình và số con hiện có, nghiên cứu này không thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê. Tương tự khi xét mối liên quan giữa tình trạng stress của người mẹ với các đặc điểm của trẻ như giới tính, tuổi thai, cân nặng, ngày tuổi, thứ bậc trong gia đình, số lần nhập viện, tiền sử lúc sinh và tình trạng sau sinh, nghiên cứu này không ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu của các tác giả khác^{(1),(5)}. Điều này có thể giải thích là trong hoàn cảnh đặc biệt người mẹ sau sinh bị tách ra khỏi sự chăm sóc con do các lý do chuyên môn thì yếu tố có ảnh hưởng mạnh mẽ nhất đối với tình trạng tinh thần của người mẹ chính là sự không có tiếp xúc giữa mẹ và con^{(3),(4)}. Tuy nhiên trong nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ stress cao hơn hẳn ở nhóm người mẹ có thu nhập dưới mức trung bình, tình trạng gia đình ly dị, nghề nghiệp tự do, có từ 3 con trở lên và nơi cư trú ở

ngoài thành phố Hồ Chí Minh so với các bà mẹ ở nhóm tương ứng từ 10% trở lên (bảng 1). Điều này cần phải có nghiên cứu thêm để có thể kết luận đầy đủ hơn, nhưng qua đó cũng cho thấy có các yếu tố về kinh tế, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và gia đình có tác động đến sức khỏe tâm thần của người mẹ sau khi sinh.

Tóm lại qua nghiên cứu này ghi nhận có tỷ lệ khá cao các bà mẹ bị stress khi có con nằm tại phòng cách ly tại các khoa sơ sinh. Mức độ stress có thay đổi từ nhẹ tới nặng. Hiện chưa có ghi nhận có yếu tố nào của mẹ hay của con có liên quan đến mức độ stress của người mẹ, tuy nhiên có một số yếu tố liên quan đến tình hình kinh tế, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp không ổn định, có đông con có thể là các yếu tố góp phần làm cho người mẹ dễ bị stress hơn.

V. KẾT LUẬN

Stress ở người mẹ có con nằm ở phòng cách ly là một tình trạng khá phổ biến, mà yếu tố chính gây ra stress là sự cách ly giữa mẹ và con. Các yếu tố khác về kinh tế, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, số con trong gia đình có thể góp phần đối với stress. Cần tăng cường sự tham gia của người mẹ vào trong quá trình chăm sóc trẻ khi trẻ bị cách ly là biện pháp quan trọng để cải thiện tình trạng stress ở người mẹ và kết quả điều trị ở trẻ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahn YM, Kim NH (2017), "Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents", *Asian Nursing Research*, 1(3), pp.199-210.
2. Aldridge MD. (2005), "Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience", *Critical Care Nurse*, 25 (6), pp. 40-50.
3. Bauer PJ. (1995), "The Parents' Perspective on Neonatal Intensive Care", *Michigan Family Review*, 1 (1), pp. 47- 56.
4. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. (2013) "Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit", *Neonatal Care*, 33 (4), pp. 52-59.
5. Elisa Palma I, Fernanda Von Wussow K, Ignacia Morales B, et al (2017), "Stress in parents of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit", *Rev Chil Pediatr*, 88(3), pp. 332-339.
6. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI (2014), "Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life", *Biological Psychiatry*, 75 (1), pp.56 -64.
7. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G et al (2012), "Closeness and separation in neonatal intensive care", *Acta Paediatrica*, 101 (10), pp. 1032-1037.
8. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, et al (2013) "Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents", *BMC Pediatrics*, 13(18), pp. 2-9.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SÀNG LỌC PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ PHỔI Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LIỀU THẤP

Nguyễn Tiến Dũng¹, Ngô Quý Châu², Nguyễn Quốc Dũng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện ở 312 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính liều thấp có độ tuổi trên 60 và hút thuốc lá trên 10 bao-năm nhằm mục đích phát hiện sớm ung thư phổi. Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi có một số kết luận sau: Phần lớn bệnh nhân phát hiện ung thư hút thuốc trên 13 bao-năm. Về kết quả chụp sàng lọc phát hiện có 12,5% ca có nốt mờ ở phổi và 5,1% là nốt vôi hóa. Về kết quả mô bệnh học và giai đoạn bệnh theo TNM phát hiện 6 trường hợp ung thư, trong đó có 2 trường hợp ở giai đoạn IIA, 1 trường hợp giai đoạn IIB, 2 trường hợp giai đoạn IV. Phát hiện thêm 2 ca lao, 1 ca nấm phổi. *Tóm lại:* Chụp cắt lớp vi tính liều thấp tầm soát là một kỹ thuật chẩn đoán rất quan trọng cùng với các phương pháp khác để nâng cao hiệu quả chẩn đoán cho bệnh nhân, đặc biệt có khả năng phát hiện sớm ung thư phổi, giúp cho việc điều trị có hiệu quả hơn

Từ khóa: cắt lớp vi tính liều thấp

SUMMARY

INITIAL SCREENING RESULTS FOR EARLY DETECTION OF LUNG CANCER IN ELDERLY PATIENTS WITH RISK FACTORS FOR LOW-DOSE COMPUTED TOMOGRAPHY

The study was conducted in 312 patients undergoing low-dose computed tomography who was more than 60 years old and smoked over 10-year-olds. Purpose of early detection of lung cancer. Through the research process we have some conclusions as follows: Most patients detect smoking more than 13 pack-years. Screening results revealed that 12.5% of cases noncalcified nodules and 5.1% were calcified nodules. On the histopathology results, We detected 6 cases of cancer, including 2 cases in stage IIA, 1 in stage IIB, 4 cases in stage IV. 4 more TB cases, 1 aspergillosis were detected. **Summary:** Low-dose screening is a very important diagnostic technique, along with other methods to improve the diagnostic efficacy of patients, especially for the early detection of cancer. lungs, which makes treatment more effective

Keywords: low-dose computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung

thư thường gặp. Bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới, đa số gặp ở những người cao tuổi. Tần số mắc ung thư phổi tăng dần theo lứa tuổi. Tuổi thường gặp từ 35 đến 80 tuổi, đỉnh cao ở lứa tuổi trên 60 tuổi [1][2]. Hơn 90% UTP liên quan đến hút thuốc lá và hút thuốc thụ động. Tỷ lệ tử vong theo ghi nhận của SEER (2002) [3] là 73,2/100.000 nam và 41,6/100.000 nữ. Dưới 15% UTP sống được trên 5 năm và 80% tử vong trong vòng một năm sau chẩn đoán. Khoảng 60-70 % số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn lan tràn [4][5][6]. Do đó việc theo dõi và chẩn đoán sớm có ý nghĩa vô cùng quan trọng để kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

Chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp là kỹ thuật thu ảnh lồng ngực bằng máy chụp cắt lớp vi tính, sử dụng liều phóng xạ thấp hơn so với liều chụp cắt lớp vi tính thường quy (liều phóng xạ khoảng từ 0,6 mSV đến 3,6 mSV) để chẩn đoán, phát hiện sớm bệnh lý phổi, trung thất, thành ngực, đặc biệt là ung thư phổi. Đây là một phương pháp được thực hiện cho những bệnh nhân tuổi cao và hút thuốc nhiều hoặc tiếp xúc với các chất độc hại.

Tại Việt Nam, đối tượng cao tuổi mắc ung thư phổi cũng chiếm phần lớn và đa phần phát hiện ở giai đoạn muộn, chỉ có khoảng 10% các trường hợp UTP được chẩn đoán có khả năng phẫu thuật, việc chẩn đoán sớm ung thư phổi bước đầu chỉ dựa vào chụp X quang thường quy nên không phát hiện được các nốt mờ nhỏ. Do đó để giảm thiểu tỉ lệ tử vong cũng như để kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư phổi, biện pháp tốt nhất là phát hiện sớm những khối u còn nhỏ, chưa xâm lấn ra xung quanh. Phương pháp nội soi phế quản huỳnh quang và xét nghiệm gen vẫn là những kỹ thuật khó chưa phát triển rộng rãi đặc biệt ở Việt Nam. Trong khi đó máy chụp cắt lớp vi tính có ở hầu hết các bệnh viện. Tại Bệnh viện Hữu Nghị được trang bị máy chụp cắt lớp vi tính Somatom 4 dãy đã chức năng, đồng thời đây là cơ sở rất thuận tiện cho việc theo dõi và quản lý lâu dài bệnh nhân. Đặc biệt, đa phần bệnh nhân đến khám và nhập viện là những bệnh nhân cao tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ mắc ung thư phổi. Hơn nữa, việc chẩn đoán sớm bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính

¹Khoa Hô hấp – Dị ứng Bệnh viện Hữu Nghị

²Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai

³Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: bvvietxo@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2018

Ngày duyệt bài: 25.12.2018

ngực liều thấp kết hợp với theo dõi và chẩn đoán mô bệnh học nốt mờ chưa được áp dụng và nghiên cứu tại Việt Nam, Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu sau:

1. *Nhận xét kết quả bước đầu sàng lọc bằng chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp.*
2. *Đánh giá kết quả chẩn đoán nốt mờ sau chụp sàng lọc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bước đầu chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên 312 bệnh nhân có độ tuổi trên 60, khám và nhập viện điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân có:

- Tuổi trên 60
- Tiền sử hút thuốc lá >10 bao-năm

Thời gian thực hiện: 3 năm từ tháng 8/2015 đến tháng 8/2017

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Đã được chẩn đoán ung thư phổi trước đó
- Bệnh máu gây rối loạn đông cầm máu
- Đã cắt toàn bộ phổi một bên
- Suy tim, suy hô hấp nặng
- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn nặng (FEV1<1L)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả

2.2.2. Phương pháp tiến hành

2.2.2.1. Khám lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân sẽ được hỏi về tiền sử hút thuốc, bệnh tật, bệnh sử, thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, được quản lý hồ sơ nghiên cứu riêng. Những bệnh nhân có tuổi trên 60 và tiền sử hút thuốc trên 10 bao-năm, không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ được làm xét nghiệm tiếp theo.

2.2.2.2. *Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh:* Sử dụng máy chụp cắt lớp vi tính Somatom 4 dãy tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị, chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp đã được điều chỉnh liều phóng xạ và được cài đặt sẵn trên máy chụp đảm bảo liều hiệu dụng E (Effective dose) khoảng từ 0.6 đến 3.6 mSV, chụp với lát cắt dày từ 3-5mm để phát hiện các tổn thương ở phổi và trung thất, đặc biệt là các nốt mờ không canxi hóa. Chụp cắt lớp vi tính ngực thường quy theo dõi nốt mờ đã phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp, phát hiện tổn thương thứ phát và đánh giá giai đoạn bệnh.

2.2.2.3. *Chẩn đoán nốt mờ:* Những bệnh nhân có nốt mờ trên 8mm hoặc khối mờ sẽ được sinh thiết hoặc phẫu thuật nếu nghi ngờ ác tính

để chẩn đoán. Việc sinh thiết tổn thương có thể được thực hiện bằng Nội soi phế quản sinh thiết hoặc sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học.

2.3. Quy trình chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp

2.3.1. Chuẩn bị

2.3.1.1. Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa; Kỹ thuật viên điện quang

2.3.1.2. Phương tiện: Máy chụp cắt lớp vi tính. Phim, cát – xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

2.3.1.3. Người bệnh: - Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc

- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần...

2.3.1.4. Phiếu xét nghiệm: Có phiếu chỉ định chụp cắt lớp vi tính

2.3.2. Các bước tiến hành

- Đặt người bệnh nằm ngửa, hai tay giơ cao qua đầu, hướng dẫn người bệnh hít vào, nín thở nhiều lần với mức độ giống nhau để có được đúng các lớp cắt liên tiếp

- Chụp định vị (scout view) lấy toàn bộ lồng ngực từ nền cổ đến hết cơ hoành.

- Chụp các lớp cắt liên tiếp, xoắn ốc từ đỉnh phổi đến hết góc sườn hoành, độ dày lớp cắt khoảng từ 3-5mm. Trong trường hợp nghi ung thư phế quản phổi cần cắt hết đến tuyến thượng thận để tìm di căn

- Đặt ref. mAs: 25
- Eff.mAs: 130 kA
- Độ dày lát cắt từ 3-5mm
- Chụp 2 STEP liên tiếp
- FOV: tùy thuộc vào kích thước, độ dày của người bệnh, 32-40

- Đặt cửa sổ trung thất: WL = 35, WW = 400

- Đặt cửa sổ nhu mô: WL = - 600 đến - 800, WW = 1200

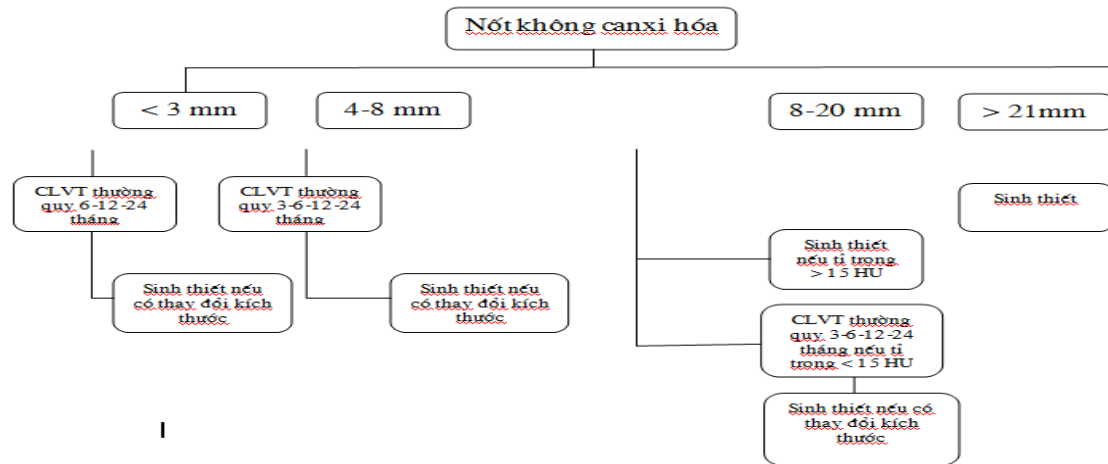
- In phim hoặc chuyển ảnh sang trạm làm việc của bác sỹ

2.3.3. Tai biến và xử trí: Kỹ thuật thăm khám này không có tai biến

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu phân tích bằng phần mềm SPSS 16 và Epi 6.04 với các test thống kê thường dùng trong y học.

2.5. Quy trình theo dõi nốt mờ: Những bệnh nhân có nốt mờ không canxi hóa trên cắt lớp vi tính ngực liều thấp sẽ được theo dõi và làm xét nghiệm theo sơ đồ nghiên cứu sau:

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Có nốt mờ		Không có nốt mờ	
	n	%	n	%
60-69	10	25,6	93	34
70-79	21	53,8	139	50,9
80-90	8	20,5	41	15
Tổng số	39	100	273	100

Nhận xét: Tuổi trung bình và độ lệch chuẩn: $71,19 \pm 7,40$. Hầu hết bệnh nhân chụp tầm soát có độ tuổi từ 70-79, trong đó tuổi thấp nhất là 60, cao nhất là 88.

3.2. Tiền sử hút thuốc lá: Thời gian hút thuốc trung bình là $15,96 \pm 5,08$ bao năm. Bệnh nhân hút thuốc ít nhất là 10 bao năm, nhiều nhất là 30 bao năm, trong đó nhóm hút >15 bao năm chiếm nhiều nhất

3.3. Kết quả chụp CLVT ngực liều thấp

CLVT ngực liều thấp				
Tổng số ca sàng lọc	Bình thường	Có nốt canxi hóa	Nốt không canxi hóa	Khác (TDMP, GPQ, GPN, Viêm phổi..)
312	192	16	39	65

Nhận xét: Trong số bệnh nhân được chụp tầm soát, có 39 trường hợp phát hiện ra nốt bất thường, 16 trường hợp có nốt canxi hóa và 65 trường hợp phát hiện tràn dịch màng phổi, viêm phổi, giãn phế quản, giãn phế nang...

3.4. Phân loại đường kính nốt mờ

Kích thước trung bình

Kích thước trung bình (mm)	Số lượng	Tỉ lệ %
< 3 mm	18	46,2
4-8 mm	9	23,1
8-20 mm	5	12,8
> 21 mm	7	17,9

Nhận xét: Có 46,2% bệnh nhân trong số

bệnh nhân có nốt mờ có đường kính < 3mm, 23,1% có đường kính 4-8mm, có tới 30,7% bệnh nhân có đường kính nốt mờ trên 8mm

3.5. Kết quả mô bệnh học

Loại tổn thương	n	%
Ung thư	6	50
Lao	2	16,6
Nấm	1	8,3
Viêm mạn tính	3	25
Tổng số	12	100

Nhận xét: Trong tổng số 12 ca có chỉ định sinh thiết, có 6 ca ung thư, 2 ca lao, 1 ca nấm và 3 ca viêm mạn tính được theo dõi tiếp. Trong 6 ca ung thư có 5 ca ung thư phổi, 1 ca U lympho Hodgkin tại phổi

3.6. Phân giai đoạn ung thư

Giai đoạn	n	%
IA	0	0
IB	0	0
IIA	2	40
IIB	1	20
IIIA	0	0
IIIB	0	0
IV	2	40
Tổng	5	100

Nhận xét: Trong 5 ca ung thư phổi, có 40% (2 ca) ở giai đoạn IIA, 20% (1 ca) ở giai đoạn IIB và 40% (2 ca) ở giai đoạn IV

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới của nhóm nghiên cứu: Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tuổi thấp nhất là 60, cao nhất là 88, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 71,19. Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trên 65, đặc biệt ở nhóm tuổi từ 70-79 chiếm tỉ lệ cao nhất 51,2% (160/312 bệnh nhân).

Mặt khác, những bệnh nhân ở độ tuổi trên 70-79 trong nghiên cứu có nốt mờ cũng chiếm tỉ lệ cao nhất 53,8%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Henschke, trong số những bệnh nhân có nốt mờ, độ tuổi 70-79 cũng chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 45,2%.

Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là chủ yếu là nam vì đây là đặc thù của Bệnh viện Hữu Nghị có số lượng bệnh nhân nam là chủ yếu, đồng thời nam giới cũng là thành phần hút thuốc chủ yếu, tuy nhiên chúng tôi gặp 2 trường hợp nữ hút thuốc. Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Denise R và cộng sự có tỉ lệ nữ cao. Theo chúng tôi có thể do truyền thống văn hóa tại Việt Nam nữ ít hút thuốc

4.2. Tiền sử hút thuốc lá và môi liên quan đến bệnh: Hút thuốc lá - là một trong những yếu tố nguy cơ chính gây ung thư phổi. Người hút thuốc có nguy cơ mắc ung thư phổi cao gấp từ 6 đến 30 lần so với người không hút thuốc. Khi khai thác tiền sử phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ ở các bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi nhận thấy số bao năm trung bình là $11,96 \pm 1,08$, thời gian hút thuốc thấp nhất là 10 bao năm, nhiều nhất là 30 bao năm, trong đó nhóm hút >13 bao năm chiếm nhiều nhất.

Trong các bệnh nhân ung thư phổi của nhóm nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc trên 15 bao - năm chiếm nhiều nhất là 4/6 (66,6%), của Lê Thị Thanh Mai là 62%. Như vậy có thể thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân ung thư có tiền sử hút thuốc nhiều cao hơn hẳn so với những bệnh nhân hút thuốc số lượng ít. Theo nhiều nghiên cứu, người hít khói thuốc lâu ngày có nguy cơ bị ung thư cao hơn 1,5 lần so với những người không tiếp xúc. Điều này khẳng định tầm quan trọng trong việc tư vấn không hút thuốc hoặc cai thuốc cho mọi người

4.3. Kết quả chụp CLVT liều thấp

Trong tổng số 312 ca chụp tầm soát, chúng tôi gặp 12,5% (39/312) bệnh nhân có nốt mờ ở phổi, 5,1% (16/312) bệnh nhân có nốt vôi hóa. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Sone và cộng sự, chỉ có khoảng 5% (279/5483) bệnh nhân có nốt mờ. Sự khác nhau trên có thể do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi cao hơn so với nghiên cứu của Sone lấy tất cả bệnh nhân tại cộng đồng có độ tuổi trên 40 và có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để đánh giá.

Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Henschke và cộng sự khi nghiên cứu trên 1000 bệnh nhân, kết quả của chúng tôi phát hiện nốt mờ thấp hơn, tỉ lệ bệnh nhân có nốt mờ là 23% (233/1000) bệnh nhân.

Ngoài ra, trong nghiên cứu còn phát hiện thêm 20,8% các bệnh khác (65/312) như tràn dịch màng phổi, giãn phế quản, viêm phổi, giãn phế nang... Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Swenson và cộng sự tại Mayo Clinic phát hiện thêm các bệnh khác qua chụp tầm soát liều thấp là 14%.

4.4. Kết quả mô bệnh học: Trong tổng số bệnh nhân được chụp tầm soát, có 1,9% (6/312) bệnh nhân mắc ung thư, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Swenson và cộng sự phát hiện có 1,5% (25/1520) bệnh nhân, của Diederich là 1,4% (12/817) bệnh nhân, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Henschke phát hiện 2,7% (27/1000) bệnh nhân.

Trong kết quả mô bệnh học thì tỉ lệ ung thư là cao nhất 50% (6/12). Tỉ lệ tổn thương lao là 16,6% (2/12), một trường hợp tìm thấy tổn thương là nấm.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp là u lao, các bệnh nhân này đã được điều trị nội khoa với 4 thuốc chống lao. Bệnh nhân gần đây nhất đã điều trị được 3 tháng và qua theo dõi tổn thương trên Xquang có nhỏ đi, các triệu chứng được cải thiện và bệnh nhân tăng cân.

4.5. Phân giai đoạn bệnh theo TNM: Theo nhiều nghiên cứu, bệnh nhân phát hiện giai đoạn càng sớm thì thời gian sống thêm càng kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số bệnh nhân phát hiện ung thư là 6 trường hợp, trong đó có 40% phát hiện được ở giai đoạn IIA, 20% bệnh nhân ở giai đoạn IIB, điều này có ý nghĩa rất lớn trong điều trị và tiên lượng bệnh. Tuy nhiên cũng có 40% bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn đi xa. So với các nghiên cứu khác chỉ ra đa phần bệnh nhân ung thư phổi đều phát hiện ở giai đoạn muộn, khoảng 60-70% bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn lan tràn[3][4]. Do đó bước đầu có thể chứng minh được đây là một trong những kỹ thuật phát hiện sớm ung thư phổi.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân phát hiện ung thư hút thuốc trên 13 bao-năm
- Về kết quả chụp sàng lọc phát hiện có 12,5% ca có nốt mờ ở phổi và 5,1% là nốt vôi hóa.
- Về kết quả mô bệnh học và giai đoạn bệnh theo TNM phát hiện 6 trường hợp ung thư, trong đó có 2 trường hợp ở giai đoạn IIA, 1 trường hợp giai đoạn IIB, 2 trường hợp giai đoạn IV
- Đây là một kỹ thuật chẩn đoán quan trọng cùng với các phương pháp khác để nâng cao hiệu quả chẩn đoán cho bệnh nhân, đặc biệt có

khả năng phát hiện sớm ung thư phổi, giúp cho việc điều trị có hiệu quả hơn để kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đại Bình (1997)**. Ung thư phế quản - phổi, bài giảng ung thư học. Bộ môn ung thư Trường Đại học Y Hà Nội. NXB Y học Hà Nội, tr 179-187.(4)
2. **Hoàng Đình Chân, Võ Văn Xuân, Bùi Công Toàn, Đỗ Tuyết Mai (2005)**. Nghiên cứu các biện pháp chẩn đoán sớm và điều trị phổi hợp ung thư phổi. Đề tài cấp nhà nước, chương trình KC 10-06. p12-33(5)
3. **SEER (2005)**. Trends in lung cancer morbidity and mortality. American lung association epidemiology & statistics unit research and program services. (180)
4. **IASLC (1995)**. Lung cancer, journal of the international association for the study of lung cancer. Elsevier, supplement 3. Vol 12. (95)
5. **Masters GA (2007)**. Clinical presentation of small cell carcinoma of the lung. Lung cancer, Principles and practice. Thirs edition, Lippincott Williams & Wilkins, 304-314. (133)
6. **Navada S, Lai P, Schwartz AG, Kalemkerian GP (2006)**. Temporal trends in small cell lung cancer: Analysis of the national Surveillance, Epidemiology, and End-Results (SEER) database. *J Clin Oncol*. Part 1. Vol 24, No. 18S (June 20 Supplement): 7082 (9)
7. **Field J.K., Duffy S.W. Lung cancer screening: the way forward Br J Cancer** 2008; 99: 557-562 (10)
8. **Fontana R.S., Sanderson D.R., Woolner L.B., Taylor W.F., Miller W.E., Muhm J.R., et al.** Screening for lung cancer. A critique of the Mayo Lung Project *Cancer* 1991 ; 67 : 1155-1164(11)

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA DƯỢC SĨ TRONG VIỆC CẢI THIỆN KỸ THUẬT SỬ DỤNG DỤNG CỤ HÍT THUỐC Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Huỳnh Thị Thanh Tuyền³, Nguyễn Thành Quân³, Nguyễn Thị Duyên Anh¹, Phạm Xuân Khôi³

TÓM TẮT

Sử dụng đúng dụng cụ hít thuốc là một trong những vấn đề quan trọng giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tác dụng không mong muốn ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá ảnh hưởng can thiệp của dược sĩ trong việc cải thiện kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít thuốc ở bệnh nhân COPD. Tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng, trên bệnh nhân COPD từ 40 tuổi trở lên tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm – nhóm can thiệp (CT) – nhận sự tư vấn của dược sĩ và chăm sóc thường quy của bác sĩ và nhóm không can thiệp (KCT) – chỉ nhận được sự chăm sóc của bác sĩ. Có 115 bệnh nhân được khảo sát. Bốn sáu bệnh nhân thuộc nhóm CT và 50 bệnh nhân thuộc nhóm KCT hoàn thành nghiên cứu. Sau 1 tháng theo dõi, tỷ lệ sai sót chung trong thao tác hít thuốc ở nhóm CT (pMDI (36,7%), Turbuhaler (33,3%), Respimat (39,1%)) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT (pMDI (80,0%), Turbuhaler (70,6%), Respimat (82,6%)) ($p < 0,05$). Biện pháp can thiệp mang lại ảnh hưởng tích cực đến việc làm tăng tỷ lệ sử dụng đúng dụng cụ hít (OR 11,307; 95% CI

3,306 ÷ 38,674; $p < 0,001$). Nghiên cứu chứng minh được hiệu quả của biện pháp giáo dục thực hiện bởi dược sĩ đối với kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít thuốc của bệnh nhân COPD.

Từ khóa: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, kỹ thuật hít, can thiệp, dược sĩ

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PHARMACIST'S INTERVENTION ON IMPROVING TECHNIQUE OF USING INHALATION DEVICE IN COPD PATIENTS

The appropriate inhaler use is an important factor to improve treatment outcome and decrease adverse drug reactions in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The aim of this study was to evaluate the role of pharmacist's intervention in the improvement of inhaler use technique in COPD patients. A clinical randomized controlled trial was conducted on COPD outpatients aged 40 years or older at University Medical Center, Ho Chi Minh City. Patients were randomized into two groups – Intervention group (IG) with pharmacist's intervention and doctor's consultation, and Non-intervention group (NIG) with doctor's consultation only. There were 115 patients included in this study. Forty six patients in IG and 50 in NIG completed study. After one month, prevalence of overall errors in inhaler use technique in IG pMDI (36.7%), Turbuhaler (33.3%), Respimat (39.1%) was statistically lower than NIG's pMDI (80.0%), Turbuhaler (70.6%), Respimat (82.6%) ($p < 0,05$). Pharmacist's education intervention increased the rate of appropriate use of inhalation devices (OR 11.307; 95% CI 3.306÷38.674;

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh,

²Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh.

³Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

$p < 0.001$). Our study demonstrated the effectiveness of education provided by pharmacists on the patient's inhaler use technique.

Key word: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, inhaler use technique, intervention, pharmacist.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những bệnh lý hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới, nhất là các nước châu Á như Việt Nam, với tỷ lệ hiện nhiễm đã tăng lên trong những thập niên gần đây [5]. Trong phác đồ điều trị COPD, các dạng thuốc hít được ưu tiên sử dụng để cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh [1],[3],[8]. Việc sử dụng đúng thao tác hít thuốc giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tác dụng không mong muốn là một trong những vấn đề quan trọng cần xem xét khi đánh giá, theo dõi điều trị ở những bệnh nhân COPD [2]. Nhằm cải thiện kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít của bệnh nhân, biện pháp phổ biến được áp dụng là phương pháp giáo dục được thực hiện bởi chuyên gia y tế trong đó có dược sĩ [2],[4],[6]. Tại bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, dược sĩ lâm sàng đã tham gia tư vấn cho bệnh nhân COPD, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả tư vấn giáo dục của dược sĩ. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá sự ảnh hưởng can thiệp của dược sĩ trong việc cải thiện kỹ thuật hít thuốc ở bệnh nhân COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán COPD
- Đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám thăm dò chức năng hô hấp, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 01/12/2017 đến ngày 20/03/2018.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có đầy đủ thông tin cá nhân.
- Bệnh nhân không tỉnh táo, suy giảm hay mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng MMSE < 17.

- Bệnh nhân hen phế quản, suy tim, lao.

Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu sẽ được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm – Can thiệp (CT) và Không can thiệp (KCT). Trong đó nhóm CT sẽ nhận được sự tư vấn của dược sĩ bên cạnh sự tư vấn thường quy của bác sĩ và điều dưỡng, nhóm KCT chỉ nhận được sự tư vấn của bác sĩ và điều dưỡng mà không có sự can thiệp của dược sĩ.

Nội dung can thiệp của Dược sĩ bao gồm các thông tin về COPD, thao tác hít thuốc, cách dùng thuốc, cách nhận biết và phòng tránh biến cố có hại của thuốc (ADE), lời khuyên về thay đổi lối sống. Việc hướng dẫn hít thuốc, nhận biết và phòng tránh ADE sẽ diễn ra trực tiếp tại bệnh viện. Sau đó 1 tháng kể từ lần gặp đầu tiên, dược sĩ sẽ gọi điện thoại cho bệnh nhân để nhắc nhở về thay đổi lối sống, tuân thủ dùng thuốc, kiểm tra và chỉnh sửa thao tác hít thuốc.

Cỡ mẫu được ước tính theo công thức so sánh 2 tỷ lệ sử dụng đúng dụng cụ hít của bệnh nhân giữa nhóm CT và KCT:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{\Delta^2}$$

α : xác suất cho sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$); β : xác suất cho sai lầm loại 2 ($\beta = 0,20$).

P_1 : tỷ lệ thao tác đúng dụng cụ hít của nhóm CT; P_2 : tỷ lệ thao tác đúng dụng cụ hít của nhóm KCT; $\Delta = P_1 - P_2$. Dựa vào nghiên cứu của tác giả Eline Tommelein (2014), chúng tôi tính được cỡ mẫu cho mỗi nhóm $n = 36$. Trên thực tế, chúng tôi có 46 bệnh nhân thuộc nhóm CT và 50 bệnh nhân thuộc nhóm KCT hoàn thành nghiên cứu.

Đánh giá thao tác hít thuốc: bệnh nhân được chọn tham gia nghiên cứu được đánh giá kỹ thuật hút thuốc bằng bộ Checklist thao tác hít thuốc được tham khảo và xây dựng từ nguồn <https://ginasthma.org/> [7] và hướng dẫn GOLD 2017 [5]. Mỗi loại dụng cụ sẽ có sáu bước thao tác, điểm cho mỗi bước sẽ là "1" nếu bệnh nhân thực hiện đúng bước đó hoặc "0" nếu bệnh nhân thực hiện sai bước đó. Tình trạng có sai sót thao tác hít được định nghĩa là sai sót ít nhất một thao tác trong sử dụng dụng cụ hít theo đánh giá sáu thao tác trong checklist. Ngược lại, bệnh nhân được cho là sử dụng đúng dụng cụ hít nếu không có bất kỳ sai sót nào.

Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Thống kê mô tả được sử dụng để xác định tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, BMI, bệnh kèm, tỷ lệ các nhóm thuốc sử dụng điều trị, phân loại COPD, thời gian mắc COPD. Dùng phép kiểm chi bình phương (χ^2) để so sánh tỷ lệ sai sót trong thao tác hít thuốc của bệnh nhân trước và sau khi can thiệp 1 tháng. Dùng phép kiểm hồi quy logistics đa biến để tìm mối liên quan giữa các yếu tố đến việc sử dụng đúng dụng cụ hít. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Vấn đề đạo đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Đại học Y Dược TP. Hồ

Chí Minh. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên sự tự nguyện tham gia của các đối tượng nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 115 bệnh nhân được chọn và đồng ý tham gia vào nghiên cứu, trong đó có 55 bệnh nhân nhóm CT và 60 bệnh nhân nhóm KCT. Sau 1 tháng, nhóm CT còn 46 bệnh nhân và nhóm KCT

còn 50 bệnh nhân.

Đặc điểm bệnh nhân: Đặc điểm nền và đặc điểm dùng thuốc ban đầu ban đầu của bệnh nhân trình bày trong bảng 1 và bảng 2. Tất cả các đặc điểm nền của bệnh nhân và đặc điểm sử dụng dụng cụ hít đều tương tự nhau giữa nhóm CT và KCT. Tỷ lệ bệnh nhân thao tác sai khi sử dụng dụng cụ hít giữa nhóm CT và KCT ở thời điểm ban đầu là tương tự nhau ($p = 0,331$).

Bảng 1. Đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Phân nhóm				Giá trị p
		CT (n=46)		KCT (n=50)		
		N	%	N	%	
Giới tính (nam)		46	100	47	94,0	0,243
Nhóm tuổi	Từ 40-60	15	32,6	11	22,0	0,243
	≥60	31	67,4	39	78,0	
BMI (kg/m ²)		21,88 ± 3,41		22,41 ± 4,40		0,513
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	19,6	19	38,0	0,111
	THCS	16	34,8	9	18,0	
	THPT	17	37,0	14	28,0	
	ĐH-CD và sau ĐH	4	8,7	8	16,0	
Phân loại COPD	A	1	2,2	2	4,0	0,328
	B	8	17,4	13	26,0	
	C	11	23,9	5	10	
	D	26	56,5	27	54	
Bệnh kèm	Hen suyễn	0	0,0	3	6,0	0,243
	Viêm mũi dị ứng	2	4,3	4	8,0	0,679
	Tăng huyết áp	21	45,7	19	38,0	0,447
	Đái tháo đường	2	4,3	2	4,0	0,998
	Đau dạ dày	11	23,9	11	22,0	0,824
	Xương khớp	3	6,5	8	16,0	0,145
	Thiếu máu cơ tim cục bộ	6	13,0	4	8,0	0,513
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	7	15,2	15	30,0	0,535
	1 – 3 năm	15	32,6	13	26,0	
	3 – 5 năm	9	19,6	7	14,0	
	5 – 10 năm	10	21,7	10	20,0	
	>10 năm	5	10,9	5	10,0	

Bảng 2. Đặc điểm về sử dụng dụng cụ hít thuốc tại thời điểm ban đầu

Đặc điểm		Phân nhóm				Giá trị p
		CT (n=46)		KCT (n=50)		
		N	%	N	%	
Loại dụng cụ hít	pMDI	30	65,2	35	70,0	0,617
	Turbuhaler	18	39,1	17	34,0	0,602
	Respimat	23	50,0	23	46,0	0,695
	Brezeehaler	8	17,4	13	26,0	0,308
	Dùng nhiều hơn 1 loại dụng cụ	27	58,7	30	60,0	0,897
Tỷ lệ sai sót chung ban đầu	Có sai sót	35	76,1	42	84,0	0,331
Tỷ lệ có sai sót trên từng dụng cụ (bước chính)	pMDI	26	86,7	28	80,0	0,475
	Turbuhaler	11	61,1	9	52,9	0,625
	Respimat	20	87,0	20	87,0	0,999
	Brezeehaler	1	12,5	7	53,8	0,085

Hiệu quả can thiệp của được sĩ trên kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít thuốc: Tỷ lệ sai sót trong thao tác sử dụng tất cả các dụng cụ sau 1 tháng ở nhóm CT đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT ($p < 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ sai sót trong thao tác hít thuốc sau 1 tháng theo dõi

Đặc điểm	Phân nhóm				Giá trị p
	CT (n=46)		KCT (n=50)		
	N	%	N	%	
Sai thao tác chính	19	41,3	43	86,0	<0,001
Đúng thao tác chính	27	58,7	7	14,0	
Sai thao tác pMDI	11	36,7	28	80,0	<0,001
Sai thao tác Turbuhaler	6	33,3	12	70,6	0,028
Sai thao tác Respimat	9	39,1	19	82,6	0,003
Sai thao tác Brezeehaler	0	0,0	8	61,5	0,007

Để đánh giá ảnh hưởng thực sự của yếu tố can thiệp bởi dược sĩ, chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy tìm liên hệ giữa yếu tố: can thiệp, tuổi, giới, trình độ học vấn, mức độ COPD, thời gian mắc bệnh, số lượng dụng cụ hít thuốc sử dụng với kỹ thuật sử dụng đúng thao tác hít thuốc, sau 1 tháng. Kết quả cho thấy, can thiệp của dược sĩ giúp làm tăng tính hợp lý trong thao tác sử dụng dụng cụ hít (OR 11,307; 95% CI 3,306 ÷ 38,674; $p < 0,001$). Ngược lại, số lượng dụng cụ càng tăng càng giảm tỷ lệ sử dụng đúng dụng cụ hít thuốc (OR 0,179; 95% CI 0,056 ÷ 0,575; $p = 0,004$). Các yếu tố khác không liên quan đến kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít thuốc của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Sau 1 tháng theo dõi, nghiên cứu ghi nhận được tỷ lệ sai sót trong thao tác hít thuốc ở nhóm CT ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT (41,3% (CT) so với 86,0% (KCT), $p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả Songul Goris (2013) [8], Valerie G. Press (2012) [9], Eline Tommelein (2013) [4]. Trong đó, nghiên cứu của Songul Goris (2013) cho thấy, sau 3 tháng theo dõi, thao tác dùng thuốc của bệnh nhân sẽ được đánh giá bằng bộ thao tác 10 điểm cho pMDI và Turbuhaler, ghi nhận được điểm hít trung bình của pMDI là 10 điểm (CT) và 4,0 (KCT), Turbuhaler là 10 điểm (CT) và 5,5 (KCT) ($p < 0,05$) [8]. Nghiên cứu Valerie G. Press (2012), khảo sát trên 2 nhóm, với nhóm 1 được hướng dẫn về kỹ thuật hít chính xác, kèm theo tờ rơi, nhóm 2 chỉ cung cấp hướng dẫn bằng lời nói. Sau 1 tháng, tỷ lệ sai sót thao tác hít pMDI thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm 1 so với nhóm 2 (13,0% so với 46,0%, $p = 0,01$) [9]. Trong nghiên cứu của Eline Tommelein (2013), sau 3 tháng theo dõi tỷ lệ bệnh nhân nhận 0 điểm (sai hoàn toàn thao tác hít thuốc) giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm CT so với nhóm KCT (11,6% so với 4,6%), (OR 0,18; 95% CI 0,06 ÷ 0,53; $p = 0,002$) [4].

Sự tương đồng về kết quả có thể do tương đồng về thiết kế nghiên cứu (chia mẫu ngẫu

nhiên, thử nghiệm có đối chứng), tương đồng về cách thức can thiệp và nội dung can thiệp (thông qua hình thức giáo dục về thao tác sử dụng các dụng cụ hít thuốc trực tiếp và các vấn đề liên quan sử dụng thuốc). Tuy nhiên, hiệu quả can thiệp của nghiên cứu chúng tôi chúng tôi vẫn chưa cao bằng của nghiên cứu của các nghiên cứu tham khảo. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu tham khảo được thực hiện ở các quốc gia có tỷ lệ dược sĩ/ bệnh nhân lớn hơn và có thời gian nghiên cứu dài hơn (3 tháng) so với nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian theo dõi kéo dài sẽ giúp gia tăng tần suất nhắc nhở và kiểm tra thao tác hít của bệnh nhân, từ đó giúp bệnh nhân nhớ tốt hơn và thao tác hít thuốc tốt hơn. Nghiên cứu của Eline Tommelein có số lượng bệnh nhân được chăm sóc bởi 1 đơn vị chăm sóc (dược sĩ hướng dẫn hoặc nhà thuốc) ít hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể một nhà thuốc hướng dẫn và theo dõi chỉ có 4 bệnh nhân [4] trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi thì một nghiên cứu viên phải hướng dẫn và theo dõi cho 32 bệnh nhân. Nghiên cứu của Valerie G. Press có độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,4 tuổi thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi [9], những bệnh nhân càng trẻ tuổi thì khả năng ghi nhớ và làm theo các bước hướng dẫn sẽ tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Biện pháp can thiệp thông qua hình thức giáo dục bệnh nhân về COPD, kỹ thuật hít thuốc, thay đổi lối sống, cách dùng thuốc, phòng tránh các ADE, được thực hiện bởi dược sĩ thực sự giúp bệnh nhân COPD sử dụng đúng hơn các dụng cụ hít thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bournival R. et al. (2017). Preferences and Inhalation Techniques for Inhaler Devices Used by Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal Of Aerosol Medicine And Pulmonary Drug Delivery, 31(4), pp.237-247
2. Chaicharn Pothirat et al. (2015). Evaluating inhaler use technique in COPD patients. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 10(1), pp. 1291-1298.
3. DiPiro J. T. et al. (2014). Pharmacotherapy 9th:

- A Pathophysiologic Approach Mc Graw-Hill Education: pp. 1516-1624.
4. **Eline Tommelein et al. (2013).** Effectiveness pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHAMACOP): a randomized controlled trial. The PHAMACOP Trial, 77(5), pp. 756-766.
 5. **GOLD (2017).** Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
 6. **Hammerlein A., Muller U., et al. (2011).** Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients. J Eval Clin Pract, 17(1), pp. 61-70.
 7. **Kaufman G. (2013).** The role of inhaled bronchodilators and inhaler devices in COPD management. Primary Health Care, 23(8), pp. 33-40.
 8. **Songul Goris et al. (2013).** The Effects of Training on Inhaler Technique and Quality Of Life in Patients with COPD. Journal Of Aerosol Medicine And Pulmonary Drug Delivery, 26, pp. 336-344.
 9. **Valerie G. Press et al (2012).** Teaching the Use of Respiratory Inhalers to Hospitalized Patients with Asthma or COPD: a Randomized Trial. Journal of general internal medicine, 27(10), pp. 1317-1325.

NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG THANG ĐO ZIMMERMAN TRONG CHẨN ĐOÁN KHUYẾT TẬT NGÔN NGỮ Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH HẢI DƯƠNG

Đinh Thị Hoa*, Vũ Thị Bích Hạnh** Hoàng Cao Cường***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tính độ nhạy, độ đặc hiệu của thang đo Zimmerman ứng dụng trong chẩn đoán khuyết tật ngôn ngữ (KTNN) ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Hải Dương. So sánh thang đo Zimmerman với test Denver -II. **Phương pháp:** Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu, so sánh với test Denver-II và kết quả khám lâm sàng chuyên khoa (tiêu chuẩn vàng). **Kết quả:** Tỷ lệ KTNN theo thang đo Zimmerman là 33,98%. Khả năng chẩn đoán của thang đo Zimmerman đo lường bằng diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,8662. Ngưỡng chẩn đoán trẻ có KTNN khi sử dụng thang đo Zimmerman là ≥ 77 điểm với độ nhạy là 73,75% và độ đặc hiệu là 91,27%. Có sự đồng nhất cao trong chẩn đoán khi sử dụng thang đo Zimmerman và test Denver-II chẩn đoán khuyết tật ngôn ngữ ở trẻ em. **Kết luận:** Có thể áp dụng thang đo Zimmerman để chẩn đoán khiếm khuyết ngôn ngữ tại bệnh viện.

Từ khóa: Thang đo Zimmerman; khuyết tật ngôn ngữ; độ nhạy; độ đặc hiệu.

SUMMARY

APPLYING ZIMMERMAN LANGUAGE SCALE FOR DIAGNOSE LANGUAGE IMPAIRMENT IN HAI DUONG CHILDREN HOSPITAL

Objective: Identify the sensitivity and specificity of the Zimmerman scale used in the diagnosis of language impairment at Hai Duong Children Hospital, and compare with Denver -II test. **Method:** Using a cross-sectional study, the sample size was 206 children, to assess the sensitivity and specificity of the scale. The result of Zimmerman scale was compared

with Denver -II test and examination. **Results:** The rate of language impairment by using the Zimmerman scale is 33.98%. The diagnostic ability of the scale on language impairment on measuring ROC area was 0,8662. The cut-off point of Zimmerman scale was 77 (sensitivity was 73,75%; specificity was 91,27%). There was high agreement in diagnostic when using Denver -II test and Zimmerman scale for diagnose language impairment (Kappa = 0,6468). **Conclusion:** We are able to using Zimmerman scale for diagnose child language impairment in hospitals.

Key words: Zimmerman scale; language impairment; sensitivity; specificity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phát triển ngôn ngữ ở trẻ em là một bệnh thường gặp trong lĩnh vực ngôn ngữ trị liệu. Theo nghiên cứu của Black và cs (2012) ở Hoa Kỳ có gần 8% trẻ từ 3-17 tuổi có rối loạn về ngôn ngữ, trong đó có 55% trẻ được điều trị [1]. Theo thống kê ở Việt Nam năm 2013, có khoảng 1,3 triệu trẻ khuyết tật trong đó tỉ lệ trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ: 19%; Khiếm thính: 12,43% [2]

Trẻ có khuyết tật ngôn ngữ nói chung là những trẻ có khiếm khuyết phát triển ngôn ngữ và có thể kèm theo những khó khăn về giao tiếp, bao gồm các bệnh lý về ngôn ngữ, các rối loạn phát âm, rối loạn về giọng, rối loạn kỹ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có số liệu thống kê về tỷ lệ trẻ mắc và tỷ lệ trẻ được điều trị nhưng ước lượng tỉ lệ trẻ có khuyết tật ngôn ngữ ngày càng gia tăng, khiếm khuyết này không chỉ ảnh hưởng đến quá trình phát triển ngôn ngữ, học tập của trẻ mà còn góp phần làm chậm quá trình phát triển chung của trẻ. Vì vậy các chương trình sàng lọc phát hiện sớm và phục hồi các bệnh lý ngôn ngữ được đặt ra là một đòi hỏi khách quan, một nhu cầu cấp thiết đối với ngành y tế.

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Viện Ngôn ngữ học Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghhoa@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

Trong lĩnh vực âm ngữ trị liệu cho trẻ em hiện nay cũng chưa xây dựng được chuẩn phát triển ngôn ngữ bình thường, chưa có bộ công cụ nào được chuẩn hóa ứng dụng vào chẩn đoán và điều trị các khiếm khuyết về ngôn ngữ – giao tiếp ở trẻ em và cũng là công cụ phục vụ cho việc giảng dạy và nghiên cứu chuyên ngành ngôn ngữ trị liệu trong Phục hồi chức năng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Chẩn đoán khuyết tật ngôn ngữ ở trẻ em tại bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương bằng thang đo Zimmerman và so sánh với test Denver - II về độ nhạy, độ đặc hiệu*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (NC): Trẻ em từ 1-6 tuổi thường trú tại tỉnh Hải Dương. Gồm trẻ phát triển ngôn ngữ bình thường và trẻ có khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần hay phối hợp bệnh lý như tự kỷ, bại não ...

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ có khả năng hợp tác tốt khi làm trắc nghiệm ngôn ngữ và được bố mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có bố mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2018

Địa điểm: Khoa PHCN bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương. Bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương là bệnh viện chuyên khoa hạng 2, quy mô 250 giường. Tần số khám bệnh trung bình một ngày khoảng 250 bệnh nhi. Bệnh viện đã phát triển nhiều chuyên khoa sâu, đáp ứng được nhu cầu khám và điều trị cho nhiều dạng bệnh lý phức tạp.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2 Cỡ mẫu

• Quần thể nghiên cứu: Trẻ từ 1 – 6 tuổi tại cộng đồng tại tỉnh Hải Dương.

• Cỡ mẫu: áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cần thiết trong nghiên cứu xác định độ nhạy và độ đặc hiệu:

$$n_{Se} = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \widehat{Se}(1 - \widehat{Se})}{d^2 \times Prev} \quad n_{Sp} = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \widehat{Sp}(1 - \widehat{Sp})}{d^2 \times (1 - Prev)}$$

Prev: Tỷ lệ trẻ khuyết tật ngôn ngữ- Ước lượng dao động trong khoảng 30% - 70% trong số trẻ đến khám tại Phòng khám PHCN bệnh viện Nhi Hải Dương. Trẻ đủ tiêu chuẩn được lấy ngẫu nhiên khi đến khoa khám bệnh. N = 206 trẻ.[3]

2.3.3 Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

***Công cụ:** Thang đánh giá ngôn ngữ Zimmerman (Preschool Language Scales – Fifth Edition)

Nội dung thang Zimmerman (bản tiếng Anh) do tác giả Zimmerman và cộng sự xuất bản năm 2012. Đây là thang chẩn đoán các khiếm khuyết ngôn ngữ ở trẻ em từ 0-7 tuổi 11 tháng, thang đo gồm 132 trắc nghiệm cho 17 độ tuổi của trẻ. Để tập trung nghiên cứu sự phát triển ngôn ngữ lời nói nên chúng tôi tập trung lấy mẫu trẻ từ 1-6 tuổi. Thang đo đã thực hiện Việt hóa theo quy trình chuẩn hóa. [4]

Tiêu chuẩn vàng: Kết quả khám và chẩn đoán của bệnh phòng dựa vào biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng do các bác sĩ khoa Phục hồi chức năng chẩn đoán, sử dụng test Denver II. bộ tranh ngôn ngữ, đồ chơi dụng cụ kèm theo.

***Kỹ thuật thu thập số liệu:** Khai thác bệnh sử/ thăm khám tổng quan theo phiếu nghiên cứu. Đánh giá khiếm khuyết ngôn ngữ bằng thang đo Zimmerman: do các cán bộ kỹ thuật được đào tạo về thang đo thực hiện; Sàng lọc và chẩn đoán: do các bác sĩ lâm sàng của khoa thực hiện.

2.3.4 Nội dung và các biến số nghiên cứu

- Các đặc điểm của mẫu trẻ: Tuổi, giới, tỷ lệ khuyết tật.

- Kết quả thang đo Zimmerman và test Denver-II, so sánh kết quả 2 test.

2.3.5. Xử lý số liệu: Phân tích độ nhạy và độ đặc hiệu, ngưỡng cut - off trong việc sử dụng thang đo để chẩn đoán. Dùng đường cong ROC để so sánh kết quả của 2 test. Đánh giá độ đồng nhất trong chẩn đoán rối loạn ngôn ngữ bằng chỉ số Kappa. Sử dụng sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm giới, độ tuổi của trẻ trong nghiên cứu

Tuổi \ Giới	Trai		Gái		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
1-2	23	16,7	17	25,0	40	19,4	0,304
2-3	31	22,5	15	22,1	46	22,3	
3-4	26	18,8	14	20,6	40	19,4	
4-5	26	18,8	14	20,6	40	19,4	
5-6	32	23,2	8	11,8	40	19,4	
Tổng	138	67	68	33	206	100	

Nhận xét: Để tập trung vào khai thác sự phát triển ngôn ngữ lời nói của trẻ và đánh giá tính giá trị của thang Zimmerman, chúng tôi đã tập trung vào 5 độ tuổi từ 1 đến 6. Cỡ mẫu được lấy đều đạt hơn 40 cháu một độ tuổi, tổng là 206 trẻ. Kết quả NC cho thấy tỷ lệ trẻ trai cao gấp đôi trẻ gái, lần lượt là 67% và 33%.

Bảng 3.2. So sánh tỷ lệ KTNN theo công cụ chẩn đoán, giới, chẩn đoán lâm sàng.

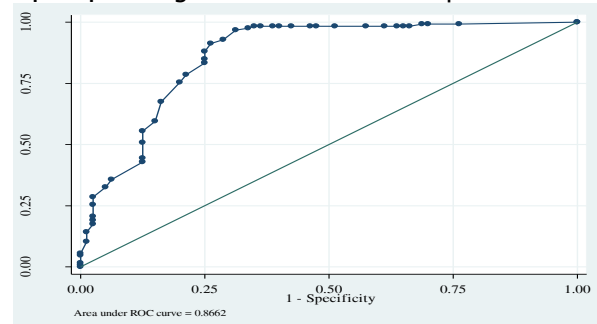
Đặc điểm		n	%
Công cụ chẩn đoán	Lâm sàng +Denver II	80	38,83
	Thang đo Zimmerman	70	33,98
KKNN theo chẩn đoán lâm sàng (n= 206)	Khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần	29	14,08
	Khiếm khuyết ngôn ngữ phối hợp	51	24,75
KKNN theo thang đo Zimmerman n = 70, p <0,05	Trai	44	62,86
	Gái	26	37,14
KKNN theo giới n=206, p>0,05	Trai (n=138)	44	31,88
	Gái(n=68)	26	38,24

Nhận xét: Trong 206 trẻ được khảo sát về lâm sàng có 80 trẻ KKNN chiếm 38,83%. Khi chẩn đoán bằng thang Zimmerman với ngưỡng chẩn đoán là 77 có 70 trẻ chiếm 33,98% có biểu hiện KKNN. Tỷ lệ trẻ có KKNN đơn thuần là 14,08%, tỷ lệ trẻ bị KKNN phối hợp cao hơn là 51 trẻ chiếm 24,75%. Trong số 70 trẻ có KKNN theo thang Zimmerman: Tỷ lệ KKNN ở trẻ trai là 62,86% cao hơn ở trẻ gái là 37,14%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test khi bình phương).

3.2. Kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của thang đo Zimmerman. So sánh 2 test

Trong quy trình chuẩn hóa công cụ NC có hai bước để tính giá trị của thang đo. Bước một là tính giá trị về cấu trúc và nội dung của thang đo. Bước này chúng tôi chỉ tính hệ số Cronback's alpha: Tất cả các biến trong các nhân tố đều có hệ số tương quan tổng biến phù hợp ($\geq 0,3$). Do vậy, tất cả các biến quan sát đều được chấp

nhận và sẽ được sử dụng trong phân tích tiếp theo. Bước hai chúng tôi tính giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu thang đo và vài chỉ số liên quan.



Biểu đồ 3.1: Biểu diễn phân bố diện tích giới hạn bởi đường cong ROC khi sử dụng thang đo Zimmerman để chẩn đoán khuyết tật ngôn ngữ trẻ em. Diện tích dưới đường cong roc = 0,8662 > 0,80 test có giá trị chẩn đoán tốt.

Bảng 3.3: Kết quả phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu và ngưỡng chẩn đoán của thang đo Zimmerman.

Ngưỡng	Độ đặc hiệu	Độ nhạy	Phân loại đúng	LR+	LR-
(≥ 50)	100.00%	0.00%	61.17%	1.0000	
(≥ 51)	99.21%	23.75%	69.90%	1.3011	0.0334
(≥ 76)	92.86%	71.25%	84.47%	3.2298	0.1003
(≥ 77)	91.27%	73.75%	84.47%	3.4769	0.1184
(≥ 78)	88.10%	75.00%	83.01%	35238	0.12587
(≥ 79)	84.92%	75.0%	81.07%	3.3968	0.2011
(> 105)	0.00%	100.00%	38.83%		

Từ kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của thang đo Zimmerman chúng tôi nhận thấy với điểm cut - off ở ngưỡng 77 điểm thì độ nhạy là 73,75% và độ đặc hiệu 91,27%. Như vậy để chẩn đoán khuyết tật ngôn ngữ trên lâm sàng bằng thang đo Zimmerman thì có thể dùng điểm cut - off ở ngưỡng 77 điểm. Giá trị chẩn đoán dương tính là xác suất một trẻ bị KKNN nếu test thang đo Zimmerman dương tính: Giá trị chẩn đoán dương tính: 84,28%

LR+: Tỷ số khả dĩ dương tính là tỉ số giữa xác suất kết quả test thang đo (+) cho một trẻ mắc bệnh và xác suất kết quả test thang đo (+) cho một trẻ không mắc bệnh. Công thức $LR+ = Se/1-Sp = 8,81$. Như vậy khi kết quả test thang đo Zimmerman là (+) thì khả năng trẻ mắc KKNN cao hơn là dương tính giả 8,81 lần.

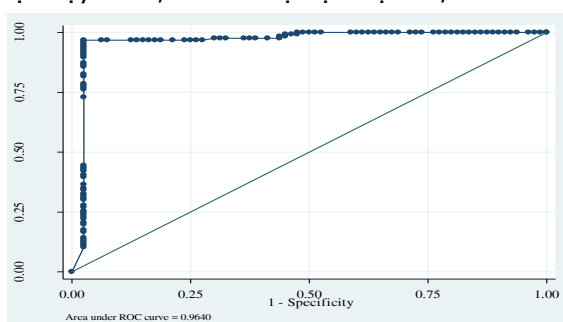
Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ và chỉ thực hiện trên đối tượng trẻ em đến khám tại phòng khám Bệnh viện Nhi Hải Dương, chưa thực

hiện được trên nhóm trẻ tại cộng đồng do vậy cần phải có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn tại cộng đồng để kiểm định các kết quả trên.

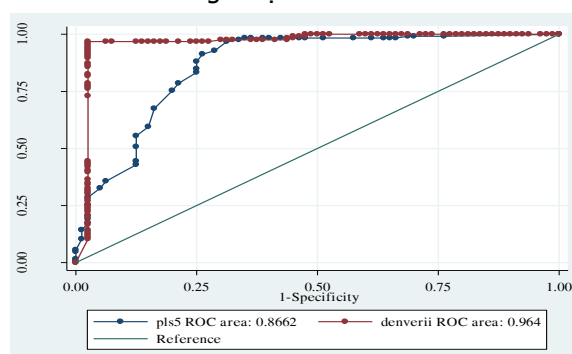
Bảng 3.4 Kết quả phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu và ngưỡng chẩn đoán của test Denver II

Ngưỡng	Độ đặc hiệu	Độ nhạy	Phân loại đúng	LR+	LR-
(≥ 16.21)	100.00%	0.00%	61.17%	1.0000	
(≥ 21.87)	100.00%	1.25%	61.65%	1.0127	0.0000
(≥ 79)	96.83%	93.75%	95.63%	15.4921	0.0339
(≥ 80)	96.83%	97.50%	97.099%	38.7302	0.0326
(≥ 81.35)	96.03%	94.50%	96.60%	38.4127	0.0407
(≥ 100)	10.32%	97.50%	44.17%	4.1270	0.9198
(> 100)	0.00%	100.00%	38.83%		1.0000

Trong khi thực hiện NC tại bệnh viện Nhi Hải dương, các bác sĩ bệnh phòng sử dụng test Denver II để sàng lọc và chẩn đoán các khuyết tật ngôn ngữ cùng với các kết quả khám lâm sàng (coi là tiêu chuẩn vàng). Từ bảng kết quả đã tính chúng tôi nhận thấy với điểm cut - off ở ngưỡng 80 điểm thì độ nhạy là 96,83% và độ đặc hiệu 97,5%. Như vậy test Denver II có giá trị chẩn đoán rất cao.



Biểu đồ 3.2: Biểu diễn phân bố diện tích giới hạn bởi đường cong ROC khi sử dụng test Denver II để chẩn đoán khuyết tật ngôn ngữ trẻ em. Diện tích dưới đường cong $\text{roc} = 0,9640 > 0,80$ test có giá trị chẩn đoán tốt.



Biểu đồ 3.3. So sánh khả năng chẩn đoán của test Denver II và thang đo Zimmerman (PLS-5) bằng đường cong ROC. Cả hai test đều có giá trị chẩn đoán tốt.

Bảng 3.5. So sánh độ đồng nhất giữa 2 test bằng chỉ số Kappa

Tỷ lệ phù hợp	Tỷ lệ mong đợi	Kappa	Std. Er.r	Z	Prob>Z
85,50%	53,27%	0,6468	0,0691	9,36	0,0000

Nhận xét: Chỉ số Kappa càng lớn thì độ đồng nhất giữa kết quả chẩn đoán của 2 test càng lớn. Chỉ số Kappa = 0,6468 $> 0,6$ điểm như vậy có sự đồng nhất cao trong chẩn đoán của hai trắc nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Mẫu trẻ trong NC là 206 trẻ, độ tuổi từ 1– 6, mỗi nhóm tuổi là hơn 40 cháu. Tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái lần lượt 67% và 33%.

Qua kết quả khám lâm sàng sử dụng test Denver II tỷ lệ KTNN chung là 38,83%, dùng thang Zimmerman chẩn đoán thì tỷ lệ đạt 33,98%, chiếm tỷ lệ khá cao. Khiếm khuyết ngôn ngữ đơn thuần là chỉ những trẻ khiếm khuyết đáng kể về khả năng ngôn ngữ không kèm theo các tình trạng khác: không bị thiếu năng trí tuệ; nghe trong giới hạn bình thường; không khiếm khuyết thần kinh hoặc thần kinh cơ; không có các rối loạn cảm xúc nghiêm trọng; không có khác biệt và/hoặc khiếm khuyết môi trường. Kết quả NC thu được 14,08% trẻ bị KKNN đơn

thuần. Khiếm khuyết ngôn ngữ phối hợp thường gặp những trẻ có tình trạng bệnh lý rõ ràng như tự kỷ, bại não... có kèm theo rối loạn ngôn ngữ.

Kết quả NC của chúng tôi cao hơn kết quả NC của Norbury và cs (2016) ước tính tỷ lệ hiện mắc KKNN đơn thuần là 9,92%, tỷ lệ KKNN không rõ nguyên nhân ước tính là 7,58%, trong khi tỷ lệ KKNN liên quan đến khuyết tật trí tuệ hoặc các chẩn đoán bệnh phối hợp là 2,34% [5].

Tuy nhiên tỷ lệ trong NC của chúng tôi là thực hiện tại bệnh viện nên tỷ lệ cao hơn rõ rệt. Từ kết quả này cho thấy tỷ lệ KKNN cũng khá cao trong thời điểm hiện nay, và theo nhiều NC khác thấy tỷ lệ KKNN có xu hướng ngày càng gia tăng. Vì vậy cần có những biện pháp sàng lọc, chẩn đoán sớm để can thiệp kịp thời KKNN cho trẻ nhằm phục hồi tốt nhất và sớm nhất cho trẻ có cơ hội hòa nhập.

4.2 Kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của 2 test: Test Denver-II là một test đã được ứng dụng rất nhiều trong lâm sàng thần kinh, PHCN nhằm giúp sàng lọc và chẩn đoán sớm các rối loạn phát triển của trẻ, test được ứng dụng cho trẻ em dưới 6 tuổi. Trong nghiên cứu này chúng tôi nghiên cứu độ nhạy, độ đặc hiệu của test Denver-II để từ đó có cơ sở so sánh với thang đo Zimmerman. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy với ngưỡng chẩn đoán của test Denver-II là 80 điểm là có giá trị cao sàng lọc và chẩn đoán KTNN ở trẻ em.

Từ kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của thang đo Zimmerman chúng tôi nhận thấy với điểm cut off ở ngưỡng 77 điểm thì độ nhạy 73,75% và độ đặc hiệu 91,27%. Như vậy để sàng lọc KTNN trên lâm sàng bằng thang đo Zimmerman thì có thể dùng điểm cut off ở ngưỡng 77 điểm.

Qua phân tích biểu đồ diện tích đường cong ROC ta được kết quả Denver-II = 0,964 và PLS-5 = 0,8662. Như vậy, 2 test này có giá trị sàng lọc và chẩn đoán KTNN trẻ em tương tự nhau. Sử dụng chỉ số Kappa để so sánh sự đồng nhất trong chẩn đoán của 2 test. Chỉ số Kappa được chấp nhận khi ít nhất phải > 0,4, chỉ số này càng lớn thì sự đồng nhất càng chặt chẽ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ số Kappa = 0,6468.

So sánh với NC sahli [6] tại Thổ Nhĩ Kỳ chuẩn hóa thang đo thực hiện trên 1320 trẻ kết quả cho thấy thang đo Zimmerman rất có giá trị và độ tin cậy với chỉ số Kappa = 0,468.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ KTNN chung trong NC khi chẩn đoán

bằng thang đo Zimmerman khá cao: 33,98%. Khả năng chẩn đoán của thang đo Zimmerman đo lường bằng diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,864. Ngưỡng chẩn đoán trẻ có KTNN khi sử dụng thang đo Zimmerman là ≥ 77 điểm với độ nhạy là 73,75% và độ đặc hiệu là 91,27%. Có sự đồng nhất cao trong chẩn đoán khi sử dụng 2 test (Kappa = 0,6468).

KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện một nghiên cứu tương tự tại cộng đồng để có thêm cơ sở áp dụng thang đo Zimmerman trong sàng lọc và chẩn đoán KTNN ở trẻ em tại cộng đồng và bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Black. L.I, Vahratian A, Hoffman. H.J (2015).** *Communication Disorders and Use of Intervention Services Among Children Aged 3–17 Years*. United States, 2012. National Center for Health Statistics.
2. **Cục quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế (2011).** *Hướng dẫn phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ em khuyết tật*.
3. **Allen, M & Yen, W (2002).** Introduction to measurement theory. Long Grove, IL: Waveland Press.
4. **Zimmerman I.L, at al (2011).** *Test review: Preschool Language Scale*, Fifth Edition, Pearson.
5. **Norbury CF, et al (2016).** The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57:11 (2016), pp 1247–1257
6. **Sanem Sahli (2017).** *Adaptation, validity, and reliability of the Preschool Language Scale Fifth Edition (PLSe5) in the Turkish context: The Turkish Preschool Language Scale5 (TPLSe5)*. International Journal of Otorhinolaryngology 98(2017) 143-149.

GIẢI PHÁP CẢI THIỆN ECGÔNÔMI CHO VỊ TRÍ LAO ĐỘNG DÂY CHUYỀN ĐÓNG VÀ MAY BAO

Nguyễn Thu Hà*, Nguyễn Đức Sơn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương và đề xuất một số giải pháp cải thiện ecgônômi cho vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao tại một cơ sở sản xuất thức ăn chăn nuôi. 6 vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao với toàn bộ 19 người lao động đã được đánh giá ecgônômi vị trí lao động, đánh giá điều kiện lao động và sử dụng phương pháp tính điểm Manual Tasks Risk Assessment

tool (MTRA), điểm Strain Index (SI) để đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương liên quan tới công việc. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Điều kiện lao động của người lao động tại 6 vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao có nhiều yếu tố bất lợi với sức khỏe: người lao động phải tiếp xúc với bụi, ồn trong môi trường lao động; cường độ làm việc cao, tốc độ dây chuyền khá nhanh, làm việc liên tục. Vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao có nguy cơ rối loạn cơ xương khớp vùng cổ/gáy, lưng, thắt lưng, chi dưới, chi trên (tính theo điểm MTRA). Vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao có nguy cơ rối loạn cơ xương khớp vùng chi trên ở mức 3/4 (mức nguy cơ trung bình, cần can thiệp sớm) (tính theo điểm SI). Các tác giả đề xuất một số giải pháp cải thiện Ecgonômi ưu tiên cho vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao tại cơ sở.

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: thuha1990@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2018

Ngày duyệt bài: 17.12.2018

Từ khóa: rối loạn cơ xương, ecgônômi, lao động dây chuyền, đóng bao, may bao

SUMMARY

ERGONOMICS SOLUTIONS FOR REPETITIVE TASK PAKING AND SEWING OF BAG

The study was conducted to assess the risk of musculoskeletal disorders and proposed ergonomics solutions for repetitive task paking and sewing of bag at cattle feed production facilities. 6 repetitive task paking and sewing of bag with all worker (19 people) have been evaluated ergonomics, assessed the working conditions and calculated Manual Tasks Risk Assessment tool scores (MTRA), Strain Index scores (SI) to assess the risk of musculoskeletal disorders related to work. The results showed that the working conditions of repetitive task paking and sewing of bag had risk factors for health: exposed to dust, noise in the working environment; high intensity of work, fast repetitive task paking and sewing of bag; long time working posture. According to MTRA score, workers of repetitive task paking and sewing of bag had musculoskeletal disorders risk of the neck, back, low back, lower extremities, upper extremities. The risk of musculoskeletal disorders at the upper extremities was 3/4 level (average risk level, early intervention needed) according to SI score. The author recommended that priority ergonomics improvement for repetitive task paking and sewing of bag.

Keywords: Musculoskeletal disorders, ergonomic, repetitive task, paking bag, sewing bag.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, các ngành công nghiệp đang được hiện đại hóa với tốc độ nhanh, nhiều công đoạn máy móc dần dần thay thế con người; chính vì vậy con người sẽ phải làm việc theo tốc độ, dây chuyền máy móc đã được cài đặt sẵn. Trong một số cơ sở sản xuất thức ăn chăn nuôi, công đoạn đóng và may bao cũng đã được tự động hóa phần lớn, người lao động tại vị trí này làm việc theo dây chuyền, chỉ thao tác đưa bao vào miệng máy để máy tự động đóng sản phẩm và may bao. Bên cạnh tác dụng tích cực trong lao động dây chuyền là giảm gánh nặng thể lực cho người lao động, cũng còn có những nguy cơ về sức khỏe, rối loạn cơ xương khớp (đau thắt lưng, đau cổ, vai...)... ở người lao động, cần được quan tâm và cải thiện.

Mục tiêu nghiên cứu

- *Mô tả điều kiện lao động của người lao động ở vị trí đóng và may bao tại một cơ sở sản xuất thức ăn chăn nuôi*

- *Đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương ở người lao động của vị trí đóng và may bao*

- *Đề xuất một số giải pháp cải thiện ecgônômi khả thi tại cơ sở*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 6 vị trí đóng và

may bao (với toàn bộ 19 người lao động) tại một cơ sở sản xuất thức ăn chăn nuôi

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Mô tả điều kiện lao động của người lao động ở vị trí đóng và may bao:

- Khảo sát chế độ lao động, đặc điểm yêu cầu công việc bằng phương pháp quan sát, phân tích, quay video, bấm thời gian lao động

- Đánh giá Ecgônômi vị trí lao động bằng bảng kiểm: dựa theo bảng kiểm ILO có chỉnh sửa

2.2.2. Đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương ở lái xe nâng

- Đánh giá nhanh tư thế lao động

- Đánh giá gánh nặng cơ toàn thân: sử dụng phương pháp đánh giá nguy cơ "Manual Tasks Risk Assessment tool" (MTRA-Mỹ) (dựa trên tổng thời gian làm việc, thời gian làm việc liên tục, chu kỳ thao tác, lực, tốc độ công việc, tư thế bất lợi, rung).

- Đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương ở chi trên: theo phương pháp "Moore-Garg" (Mỹ), xác định điểm SI (Strain Index) dựa trên cường độ gắng sức, thời gian gắng sức, gắng sức/phút, tư thế của tay/cổ tay, tốc độ công việc, tổng thời gian làm việc.

- Điều tra đau mỏi cơ xương theo mẫu phiếu có sẵn.

*Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học và bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Điều kiện lao động của người lao động ở vị trí đóng và may bao

1.1. Yêu cầu của công việc: Thực hiện đóng gói sản phẩm vào bao theo đúng mã sản phẩm (đóng bao thành phẩm 25 kg/ bao hoặc 40 kg/ bao và may miệng bao).

1.2. Đặc điểm hoạt động lao động

- Tổng số có 03 line đóng và may: 1 nhân viên đóng bao (đứng) và 1 nhân viên may bao (ngồi); 02 giờ đổi vị trí giữa hai nhân viên đóng và may bao một lần. Tốc độ dây chuyền đóng và may bao theo công suất thiết kế (38 tấn/ giờ); trung bình khoảng 15-16 bao/phút

- Công đoạn đóng bao:

+ Chuẩn bị máy móc, khu vực sản xuất.

+ Khi đóng bao người lao động lấy bao (bao để trên bàn bên phải, chiều cao bàn 1,0m), mở miệng bao đưa lên hòng rót sản phẩm. Khi hòng rót đủ trọng lượng bao sẽ tự động rơi xuống băng tải (hòng rót sản phẩm cao 1,2m so với

bục đứng của công nhân). Các thao tác này thường thấp hơn so với bả vai người lao động nhưng vẫn cao hơn mức khuỷu tay.

- Công đoạn cân kiểm tra: Đóng được 80 bao (khi xếp đầy 1 pallet) (khoảng 10 phút một lần) người lao động nhấc bao ra khỏi băng chuyền để cân kiểm tra.

- Công đoạn may bao: sau khi bao được đổ đầy, bao tự động chạy tiếp sang máy may bao. Công nhân gấp miệng bao và hướng cho chạy đúng vào miệng máy may. Miệng may bao cao ngang khuỷu tay công nhân (cao khoảng 1,1m so với bục đứng).

1.3. Chế độ lao động

- Thời gian làm việc: thông thường 8 giờ/ca
- Chế độ ca kíp: làm 3 ca
 - + Ca 1: làm từ 6h đến 14h
 - + Ca 2: làm từ 14h đến 22h
 - + Ca 3: làm từ 22h đến 6h sáng hôm sau
- Chế độ luân ca: 1 tuần/ 1 lần: chuyển ca 1 sang ca 2, ca 2 chuyển sang ca 3, ca 3 (ca đêm) làm hết đêm thứ bảy, nghỉ chủ nhật rồi chuyển sang ca 1
- Thời gian nghỉ trong ca lao động:
 - + Ca 1 và ca 2: nghỉ 30 phút (ăn, nghỉ)
 - + Ca 3: nghỉ 45 phút (ăn, nghỉ)

1.4. Đánh giá Ecgonômi vị trí lao động

Bảng 1. Xác định các danh mục cần giải pháp cải thiện Ecgonômi và mức độ ưu tiên

Danh mục kiểm tra Ecgonômi	Cần cải thiện	Ưu tiên
Môi trường lao động: Nhiệt độ	x	
Bụi	x	
Ồn	x	
Sắp xếp và vận chuyển vật liệu		
Cải tiến bố trí nơi làm việc để giảm gánh nặng cơ xương khớp	x	x
Cải tiến thiết kế vị trí lao động		
Điều chỉnh chiều cao mặt phẳng làm việc về mức ngang bằng hoặc ở dưới khuỷu tay một chút cho từng công nhân	x	
Đảm bảo những công nhân to cao nhất có đủ khoảng không gian để dịch chuyển chân và cơ thể dễ dàng.	x	
Đặt các vật liệu, dụng cụ và các bộ phận điều khiển thường dùng trong tầm dễ với.	x	
Đảm bảo công nhân làm công việc ở tư thế đứng với các thao tác được thực hiện ở gần và ở phía trước của họ.	x	x
Khi làm việc cho phép công nhân thay đổi tư thế đứng và ngồi càng nhiều càng tốt	x	
Trang bị ghế có tựa lưng hay ghế nửa đứng nửa ngồi cho công nhân làm công việc đứng để thỉnh thoảng họ ngồi	x	x
Trang bị ghế (điều chỉnh được độ cao) và có tựa lưng (phù hợp, điều chỉnh được tựa lưng) cho công nhân làm việc ngồi	x	x
Nhà xưởng		
Bảo vệ công nhân tránh bị nóng quá mức trong mùa nóng	x	
Các tác hại môi trường		
Cách ly hoặc che phủ các máy hay bộ phận gây ồn của máy	x	
Các phương tiện phúc lợi		
Đảm bảo người lao động được nghỉ ngắn giữa ca trong môi trường gần nơi sản xuất, cách ly khỏi các yếu tố bụi, ồn; có bàn, ghế, nước uống... Nghiên cứu thiết kế điều kiện thư giãn, giảm căng thẳng, mệt mỏi (cây xanh, bể cá...) tại khu vực nghỉ giải lao cho người lao động	x	
Trang bị bảo vệ cá nhân	Không	
Tổ chức lao động		
Giảm gánh nặng lao động, giảm căng thẳng thần kinh tâm lý, tạo điều kiện cho công nhân tỉnh táo khi làm việc (luân phiên công việc, có thể thay đổi tư thế, có thời gian nghỉ giải lao...)	x	x

Ưu tiên thực hiện giải pháp cải thiện Ecgonômi tại vị trí lao động (trên cơ sở có tính đến tính khả thi tại công ty) bao gồm:

- Cải tiến tiến bố trí nơi làm việc để giảm gánh nặng cơ xương khớp
- Đảm bảo công nhân làm công việc ở tư thế

đứng ở gần và các thao tác thực hiện ở phía trước họ

- Trang bị ghế có tựa lưng hay ghế nửa đứng nửa ngồi có điều chỉnh độ cao cho công nhân làm công việc đứng để thỉnh thoảng họ ngồi

- Trang bị ghế (điều chỉnh được độ cao) và có tựa lưng (phù hợp, điều chỉnh được tựa lưng) cho công nhân làm việc ngồi

- Giảm gánh nặng lao động, giảm căng thẳng thần kinh tâm lý, tạo điều kiện cho công nhân tinh táo khi làm việc

2. Đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương của người lao động ở vị trí đóng và may bao

Người lái xe nâng làm việc ở tư thế kém thoải mái. Đánh giá nhanh tư thế lao động có tính đến thời gian duy trì tư thế cho thấy các bộ phận của cơ thể người lao động ở vị trí đóng và may bao có nguy cơ rối loạn cơ xương nghề nghiệp là: cổ/gáy, lưng, chi trên và chi dưới.

Bảng 2. Đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương toàn thân

Bảng 4. Kết quả điều tra rối loạn cơ xương

Đóng và may bao (n=19)		n	%
Số người lao động đau mỗi trong 12 tháng gần đây		7	36,8
Số người lao động hiện tại bị đau mỗi		2	10,5
Vị trí đau:	- Gáy/cổ	2	10,5
	- Cổ tay, bàn tay	1	5,3
	- Lưng, thắt lưng	1	5,3
Mức độ đau: Nhẹ		100%	
Thời điểm đau: Cuối ca lao động		100%	
Nguyên nhân đau: Có liên quan tới lao động		100%	
Mức độ ảnh hưởng: Hầu như không ảnh hưởng gì		100%	
Phải nghỉ việc do đau		0	

Kết quả điều tra tại vị trí lao động này cho thấy: tỷ lệ người lao động có đau mỗi cơ xương trong 12 tháng gần đây là 36,8% (7/19 người) và hiện tại có 10,5% (2/19 người) đau mỗi cơ xương. Các vị trí đau mỗi là gáy/cổ; cổ tay/ bàn tay và lưng, thắt lưng. Mức độ đau là nhẹ (100%). Thời điểm xuất hiện đau là cuối ca lao động (100%) và 100% người lao động cho rằng các đau mỗi này có liên quan tới lao động. Tuy vậy mức độ ảnh hưởng của đau mỗi cơ xương là hầu như không ảnh hưởng gì (100%) và không phải nghỉ việc do đau.

3. Đề xuất một số giải pháp cải thiện Ergonomi:

Ưu tiên thực hiện giải pháp cải thiện Ergonomi tại vị trí lao động (trên cơ sở có tính đến tính khả thi tại công ty) bao gồm:

3.1. Nghiên cứu thiết kế lại vị trí lao động

*Vị trí đóng bao

- Thiết kế bàn để bao: có khả năng điều chỉnh độ cao; chuyển bàn để bao sang bên phải và trước mặt công nhân; xoay lại hướng bao trên mặt bàn nhằm hạn chế tư thế lao động xấu

Vị trí, tư thế	Điểm nguy cơ tính theo MTRA		
	Cổ, gáy	Lưng	Chi dưới
Tư thế đóng bao	15	16	11
Tư thế may bao	15	15	10
Mức độ nguy cơ rối loạn cơ xương	2	2	1

Nguy cơ rối loạn cơ xương khớp ở cổ/gáy và lưng tính theo điểm MTRA: nguy cơ ở các vị trí đóng và may bao ở mức 2 – cần một biện pháp điều chỉnh trong tương lai gần.

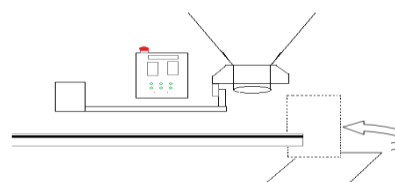
Bảng 3. Đánh giá nguy cơ rối loạn cơ xương chi trên

Vị trí, tư thế	Điểm SI	Mức nguy cơ
Tư thế đóng bao	6,75	3
Tư thế may bao	6,75	3

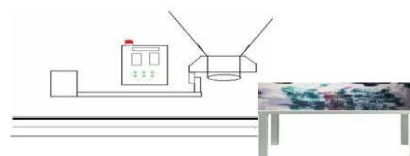
Nguy cơ rối loạn cơ xương khớp chi trên tính theo điểm SI: Nguy cơ trung bình và cần thay đổi sớm ở các vị trí đóng và may bao.

(xoay, vận người) khi thực hiện các thao tác lấy và mở miệng bao → Đảm bảo người lao động làm công việc ở tư thế đứng với các thao tác được thực hiện ở gần và ở phía trước của họ.

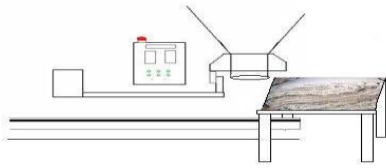
- Thay đổi vị trí bàn để bao



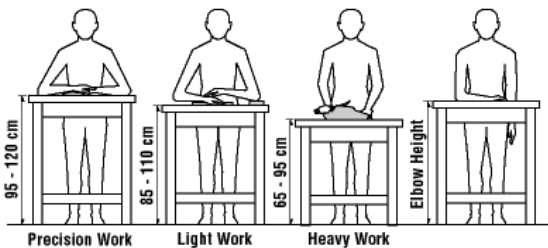
- Vị trí bàn để bao hiện tại



- Vị trí bàn để bao sau khi thay đổi



- Điều chỉnh chiều cao bề mặt làm việc phù hợp: Cung cấp bục để người lao động vị trí đứng bao thực hiện các thao tác chỉ trên ở mức ngang hoặc dưới khuỷu → Giảm gánh nặng cơ xương khớp chi trên.



- Cho người lao động có thể lựa chọn thay đổi tư thế đứng hoặc ngồi khi họ muốn: Cung cấp ghế nửa đứng nửa ngồi phù hợp.

- Thiết kế sàn làm việc với các vật liệu như gỗ, thảm, cao su. Sàn bê tông hoặc kim loại có thể phủ các tấm thảm lên trên. Không sử dụng các thảm cao su dày có thể gây tăng mệt mỏi. Các thảm thiết kế phù hợp để tránh trượt, vấp ngã.

- Thiết kế chỗ gác chân cho người lao động được nghỉ chân và thay đổi trọng lượng dồn lên chân (chiều cao khoảng 15cm là phù hợp).

- Nghiên cứu cung cấp thảm chống mệt mỏi cho người lao động khi phải đứng trong thời gian dài. Thảm chống mệt mỏi giúp thúc đẩy tuần hoàn máu tốt hơn và giảm mệt mỏi, gánh nặng dồn lên chi dưới và vùng thắt lưng.

- Trang bị bảo hộ cá nhân: Sử dụng giày phù hợp. Giày không được quá chật và có đủ không gian để cử động các ngón chân, có lót đệm chống shock và gót không cao hơn 5cm.

3.2. Nghiên cứu, thực hiện chế độ nghỉ ngắn phối hợp luyện tập thể dục trong ca lao động

- Bố trí thêm thời gian nghỉ ngắn giữa ca (5-10 phút), phối hợp luyện tập thể dục

- Đảm bảo người lao động được nghỉ ngắn giữa ca trong môi trường gần nơi sản xuất, cách ly khỏi các yếu tố bụi, ồn; có bàn, ghế, nước uống... Nghiên cứu thiết kế điều kiện thư giãn, giảm căng thẳng, mệt mỏi (cây xanh, bể cá...) tại khu vực nghỉ giải lao cho người lao động.

- Hướng dẫn người lao động tập luyện các bài tập thể dục phù hợp giữa giờ cho mỗi nhóm đối tượng lao động/ vị trí lao động khác nhau nhằm tăng cường sức khỏe, rèn luyện các tổ chức thể lực và tinh thần cho người lao động khi làm việc. Nếu áp dụng các phương pháp thể dục một cách hợp lý sẽ làm tăng khả năng thích nghi của cơ thể, đặc biệt đối với điều kiện môi trường sản xuất không thuận lợi, lao động quá sức..., làm tăng hoạt động của các hệ thần kinh, tim mạch, vận động và các hệ thống khác.

3.3. Đào tạo, huấn luyện: Đào tạo, huấn luyện thường xuyên cho người lao động thao tác tránh xoay, vận lưng, thao tác nâng nhắc an toàn và giám sát việc thực hiện

IV. BÀN LUẬN

Giải pháp cải thiện Ecgonômi được quan tâm và áp dụng ở nhiều nước trên thế giới.

Từ những năm 1988, các tác giả Kogi, Wai - On - Phoon và Thurman đã tổng kết được 100 ví dụ về cải thiện Ecgonômi điều kiện lao động bằng phương pháp rẽ tiền ở các nước châu á như Bangladesh, Burma, Ấn độ, Indônêsi, Malaysia, Pakistan, Philippine, Singapore, Srilanka, Thailan [3]. Điện cơ là một trong những phương pháp thường được sử dụng trong đánh giá hiệu quả của giải pháp can thiệp [4]. Nghiên cứu can thiệp Ecgonômi của Gallagher Sean (Mỹ) ở mỏ từ 1989 - 1996 đã thành công. Đã có nhiều những cải thiện đơn giản nhưng đem hiệu quả cao như giảm trọng lượng gỗ bằng cách kê gỗ lên và dùng tấm che mưa để giữ gỗ khô; cải tiến ghế ngồi tốt hơn có giảm xóc và đệm tốt hơn; trang bị thiết bị cơ giới và xe cho vận chuyển và nâng vật nặng, thay xẻng sắt bằng xẻng nhôm và làm móc cầm tay vào cán xẻng đã giảm trọng lượng xóc, cải thiện tư thế lao động; bảo dưỡng dụng cụ ngay dưới mỏ không đem lên mặt đất đã tiết kiệm thời gian sức lực cho công nhân [1]. Một số cải tiến thiết kế công cụ khác trong nông nghiệp, trong chế biến thực phẩm của các chuyên gia của viện Sức khỏe và An toàn lao động Mỹ (NIOSH) đã giảm đau mỏi và bệnh cơ xương khớp cho công nhân. Tại một xí nghiệp điện tử ở Mỹ, việc áp dụng các giải pháp Ecgonômi đã mang lại hiệu quả rõ rệt làm cho công nhân thoải mái hơn khi làm việc và giảm tỷ lệ tai nạn, chấn thương [5]. Đã có một số cải tiến đơn giản như thiết kế ghế ngồi phù hợp với đặc điểm nhân trắc của công nhân may đã giảm đau mỏi cơ và thắt lưng; làm bàn quay ở độ cao hợp lý để đánh vecni ở xưởng mộc đã giảm căng thẳng và đau mỏi cơ; làm giá hứng nguyên vật liệu tránh rơi xuống sàn để công nhân không

phải cúi xuống nhặt, đồng thời vệ sinh công nghiệp tốt hơn ở xí nghiệp sản xuất túi da; làm bàn ghế phù hợp ở vị trí hàn ở 1 xí nghiệp sản xuất ô tô đã giúp công nhân tránh được tư thế xấu (ngồi xổm, cúi vẹo người) khi ngồi hàn [2]. Ở một xí nghiệp sản xuất đồ gỗ, công nhân ngồi làm việc trên những ghế không phù hợp đã gây đau mỏi lưng, ngoài ra ghế cồng kềnh khó vận chuyển đến vị trí khác. Sau khi thiết kế lại ghế gỗ nhẹ có đệm lót có thể thay đổi được chiều cao chỉ phải chi phí 10 đôla cho 5 ghế nhưng đã giảm phần nản đau lưng của công nhân, đồng thời năng suất lao động cũng tăng lên. Tại vị trí làm khuôn đúc ở ấn độ, thiết kế ghế ngồi hợp lý giúp cho công nhân tránh được tư thế phải ngồi xổm khi làm việc và dễ với tới hơn, vị trí lao động gọn gàng vệ sinh hơn, chi phí có 40 đôla mà năng suất 1 ca tăng 30%. Cũng tại một xí nghiệp điện tử ở Pakistan, dùng ghế phù hợp điều chỉnh được độ cao đã tăng khả năng nhìn của mắt, giảm đau mỏi cơ thể, tăng hiệu suất công việc 10% [tham khảo qua 3].

Việc lựa chọn áp dụng các giải pháp cải thiện Ergonomi đơn giản, phù hợp và có hiệu quả cho các vị trí lao động, đặc biệt là lao động dây chuyền là thực sự cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Điều kiện lao động của người lao động tại các vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao của cơ sở sản xuất thức ăn chăn nuôi có nhiều yếu tố bất lợi với sức khỏe: người lao động phải

tiếp xúc với bụi, ồn trong môi trường lao động; cường độ làm việc cao, tốc độ dây chuyền khá nhanh, làm việc liên tục.

- Vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao có nguy cơ rối loạn cơ xương khớp vùng cổ/gáy, lưng, thắt lưng, chi dưới, chi trên (tính theo điểm MTRA). Vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao có nguy cơ rối loạn cơ xương khớp vùng chi trên ở mức 3/4 (mức nguy cơ trung bình, cần can thiệp sớm) (tính theo điểm SI).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các tác giả đề xuất một số giải pháp cải thiện Ergonomi ưu tiên cho vị trí lao động dây chuyền đóng và may bao tại cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gallagher Sean (1998), Case study:** Ergonomics in mining. Ergonomics workshop Hanoi, Vietnam 15-19 December 1998
2. **Institute for labor studies, Phillipine (1990), case studies of low cost improving working condition**
3. **Kogi K., Wai -On -Phoon and Joseph E. Thurman (1988), Low cost ways of improving working condition. 100 examples from Asia, ILO, Geneva, 1988**
4. **Luger T, Bosch T, Hoozemans M, de Looze M, Veeger D (2019), Task variation during simulated, repetitive, low-intensity work-influence on manifestation of shoulder muscle fatigue, perceived discomfort and upper-body postures, Ergonomics. 2015;58 (11):1851-67**
5. **Martin Helander (1995), A guide to the Ergonomics of manufacturing, Linköping Institute of technology, Sweden and state university of New York at Buffalo, USA, Taylor and Francis, 1995.**

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GÚT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA KHỚP, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Nguyễn Thị Ngọc Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân gút điều trị tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang gồm 75 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015 tại Khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 12/2015 đến tháng 9/2016. **Kết quả và kết luận:** Cơn gút cấp tính đầu tiên gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (53,3%), sau đó đến khớp cổ chân (20%). Trong cơn

gút cấp tính đầu tiên, 61/75 bệnh nhân (81,3%) có biểu hiện đau khớp mức độ dữ dội khi đánh giá theo thang điểm VAS. Phần lớn các bệnh nhân có viêm từ 2 khớp trở lên (72%). Trong nghiên cứu, 42/75 bệnh nhân có hạt tophi, trong đó gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (64,3%) và khớp cổ chân (61,9%). Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân gút mạn tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút cấp tính (76,3% so với 56,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Từ khóa: Gút, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh viện Bạch Mai.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF GOUT PATIENTS TREATED AT RHEUMATOLOGY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL

¹Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

Objectives: To investigate the clinical and laboratory characteristics of gout patients treating at Rheumatology department Bach Mai hospital.

Methods: In this prospective cohort study, 75 patients having gout according to ACR/EULAR 2015 criteria that were seen at the Rheumatology department at Bach Mai hospital, between December 2015 and September 2016.

Results and conclusions: The first acute gouty arthritis was most common at the first metatarsophalangeal joint (53.3%) followed by the ankles (20%) and other joints were less common. In the first acute gout attack, 61 out of 75 patients with gout (81.3%) had severe joint pain when were assessed on a VAS scale and none of the patients had mild pain. The majority of patients had inflammation of more than two joints (72%) and the number of patients with monoarthritis was only 28%. In this study, 42 of 75 patients had tophi. The most common sites of urate deposition were the base of the great toe (64.3%) and the ankles (61.9%). The incidence of hyperuricemia was higher in patients with chronic gout compared to patients with acute gout (76.3% versus 56.2%) but the difference was not statistically significant at $p > 0.05$.

Key words: gout, clinical manifestations, laboratory findings, Bach Mai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh lý khớp viêm và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Những nghiên cứu dịch tễ học cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh gút tăng dần trong những năm gần đây, đặc biệt ở những người trên 65 tuổi do các thói quen ăn uống không lành mạnh như ăn nhiều chất đạm, các thức ăn nhanh, ít tập thể dục, tăng tỷ lệ bị béo phì và hội chứng chuyển hóa. Sự tăng nồng độ acid uric trong huyết thanh dẫn đến lắng đọng các tinh thể urat ở màng hoạt dịch khớp và một số cơ quan trong cơ thể. Khi nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao, vượt quá khả năng bão hòa acid uric trong các dịch của cơ thể, sẽ tạo thành và lắng đọng các tinh thể monosodium urat tại khớp và phần mềm quanh khớp [1]. Những biểu hiện lâm sàng của tình trạng lắng đọng các tinh thể urat bao gồm: các cơn đau do viêm khớp cấp tính, hay gặp nhất ở khớp bàn ngón chân cái, tổn thương khớp mạn tính, những hạt tophi ở khớp và ngoài da. Bệnh gút thường tiến triển qua 4 giai đoạn gồm: tăng acid uric máu không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, các cơn gút cấp tính, giai đoạn gian phát giữa các cơn gút cấp tính và gút mạn tính. Khoảng cách thời gian bị các cơn gút cấp tính tái phát thay đổi tùy theo từng bệnh nhân, từ vài ngày cho đến vài năm. Hiện nay, chẩn đoán bệnh gút chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, trong đó tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh là tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hoặc trong hạt tophi. Điều trị bệnh gút với

mục tiêu quan trọng là làm giảm nồng độ acid uric máu qua việc điều chỉnh lối sống và dùng các thuốc làm giảm acid uric máu sẽ giúp phòng ngừa các cơn gút cấp tính tái phát. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút rất quan trọng, giúp bác sỹ phát hiện và chẩn đoán bệnh sớm. Bên cạnh đó, việc điều trị bệnh sớm và tích cực sẽ giúp hạn chế tối thiểu các biến chứng của bệnh như sỏi thận, bệnh thận mạn tính và tổn thương khớp mạn tính [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân gút điều trị tại khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 75 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn sau: các bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015 tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai. Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hoặc hạt tophi. Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 12/2015 đến tháng 9/2016.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân gút tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khám bệnh và làm các xét nghiệm theo một mẫu bệnh án mẫu thống nhất.

Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, chỉ số BMI, thời gian mắc bệnh, đánh giá mức độ đau khớp theo điểm VAS (Visual Analogue Scale), đánh giá tình trạng sưng, nóng, đỏ ở khớp kèm theo biến dạng khớp do hạt tophi nổi gồ lên hay do lệch trục khớp, biểu hiện toàn thân và các cơ quan khác trong cơ thể. Tiền sử bản thân: lối sống (uống bia rượu: số lượng, thời gian, loại), bệnh tật (lưu ý các bệnh thận tiết niệu, tăng huyết áp, tim mạch, rối loạn mỡ máu), tiền sử sử dụng thuốc (corticoid, thuốc điều trị lao, thuốc lợi tiểu, colchicin, thuốc hạ acid uric máu, thuốc điều trị tăng huyết áp), tiền sử gia đình (có người mắc bệnh gút, bệnh tim mạch, bệnh thận, rối loạn mỡ máu).

Tiền sử bệnh gút: thời điểm, tính chất, vị trí lần đầu tiên xuất hiện cơn gút cấp, thuốc điều trị và đáp ứng với thuốc điều trị. Thời gian từ cơn gút cấp đầu tiên đến khi có hạt tophi. Thời gian từ cơn gút cấp đầu tiên đến khi có chẩn đoán xác định. Số cơn gút cấp trong vòng 1 năm gần đây. Thời gian từ cơn gút cấp đầu tiên đến khi được chẩn đoán bệnh.

Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, máu lắng, acid uric máu, protein C phản ứng (CRP), creatinin, ure máu, mỡ máu, men gan (AST, ALT), xét nghiệm tế bào dịch khớp đánh giá hình thái tế bào và tìm tinh thể urat, tổng phân tích nước tiểu, chụp Xquang phổi thường quy, điện tâm đồ.

Xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê thường dùng trong y học. Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 75 bệnh nhân mắc bệnh gút, được điều trị tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai, trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu là $57 \pm 12,2$ tuổi (từ 30 - 88 tuổi). Độ tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 69 tuổi, chiếm tỷ lệ 78,6%. Có 74/75 bệnh nhân là nam giới, chiếm 98,7%.

Bảng 3.1: Vị trí khớp viêm trong cơn gút cấp tính đầu tiên (n=75)

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Khớp bàn ngón chân cái	40	53,3
Khớp bàn ngón chân khác	3	4
Khớp cổ chân	15	20
Khớp gối	14	18,7
Khớp khác	3	4

Nhận xét: Cơn gút cấp tính đầu tiên gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (53,3%), sau đó đến khớp cổ chân (20%).

Bảng 3.2: Tính chất đau của cơn gút cấp đầu tiên đánh giá theo thang điểm VAS

Mức độ đau khớp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhẹ (1 - 3 điểm)	0	0
Vừa (4 - 6 điểm)	14	18,7
Nặng (7 - 10 điểm)	61	81,3
Tổng số	75	100

Nhận xét: Trong cơn gút cấp tính đầu tiên, 61/75 bệnh nhân (81,3%) có biểu hiện đau khớp mức độ dữ dội khi đánh giá theo thang điểm VAS. Không gặp bệnh nhân nào có biểu hiện đau khớp mức độ nhẹ.

Bảng 3.3: Số lượng khớp viêm tại thời điểm nghiên cứu

Số khớp tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 khớp	21	28
≥ 2 khớp	44	72
Tổng	75	100

Nhận xét: Tại thời điểm nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có viêm từ 2 khớp trở lên chiếm tỷ lệ 72%.

Bảng 3.4: Vị trí hạt tôphi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí hạt tôphi (n=42)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khớp các ngón tay	22	53,7
Khớp bàn ngón tay	24	57,1
Khớp cổ tay	23	54,8
Khớp khuỷu	21	50
Khớp bàn ngón chân cái	27	64,3
Khớp bàn ngón chân khác	17	40,5
Khớp cổ chân	26	61,9
Khớp gối	17	40,5
Sụn vành tai	11	26,2

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 42/75 bệnh nhân có hạt tôphi, trong đó gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (64,3%) và khớp cổ chân (61,9%). Có 4/42 bệnh nhân có viêm hạt tôphi và 13/42 bệnh nhân có biểu hiện vỡ hạt tôphi.

Bảng 3.5: Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân gút cấp tính và mạn tính

Chẩn đoán		Acid uric máu $\leq 420 \mu\text{mol/l}$	Acid uric máu $> 420 \mu\text{mol/l}$	Tổng
Gút cấp	Số BN	7	9	16
	Tỷ lệ %	43,8	56,2	100
Gút mạn	Số BN	14	45	59
	Tỷ lệ %	23,7	76,3	100

$p > 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân gút mạn tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút cấp tính (76,3% so với 56,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. (áp dụng test Chi-square so sánh 2 tỷ lệ).

Bảng 3.6: Các xét nghiệm sinh hóa và yếu tố nguy cơ khác (n=75)

Xét nghiệm và yếu tố nguy cơ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rối loạn lipid máu	Có	19	25,3
	Không	56	74,7
Tăng huyết áp	Có	25	33,3
	Không	50	66,7
Đái tháo đường	Có	12	16
	Không	63	84

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kèm theo rối loạn lipid máu là 25,3%, tăng huyết áp là 33,3% và đái tháo đường là 16%.

IV. BÀN LUẬN

Gút cấp tính thường có biểu hiện với các đợt viêm khớp cấp, khởi phát đột ngột và đau khớp dữ dội, trong đó gặp nhiều nhất ở khớp bàn ngón chân cái (khoảng 50% các cơn gút cấp) và một số khớp khác như cổ chân, bàn chân, khớp gối, cổ tay, ngón tay và khớp khuỷu. Khớp háng và khớp vai ít khi bị ảnh hưởng. Tình trạng viêm

cấp tính cũng có thể gặp ở những phần mềm cạnh khớp như viêm các túi thanh dịch và viêm gân. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, cơn gút cấp tính đầu tiên gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (53,3%), sau đó đến khớp cổ chân (20%), các khớp khác ít gặp hơn. Trong các cơn gút cấp, bệnh nhân chủ yếu bị viêm một khớp với mức độ đau tối đa trong vòng 24 giờ. Khớp bị sưng, nóng, đỏ, đau dữ dội và mất chức năng vận động. Ở một số khớp lớn như khớp gối và khớp cổ chân, có thể kèm theo dấu hiệu tràn dịch khớp [3]. Trong nghiên cứu, 61/75 bệnh nhân (81,3%) có biểu hiện đau khớp dữ dội khi đánh giá theo thang điểm VAS và không gặp bệnh nhân nào có biểu hiện đau khớp mức độ nhẹ. Ở những bệnh nhân bị bệnh gút kéo dài, không điều trị hay ở phụ nữ sau mãn kinh, có thể viêm nhiều khớp trong những đợt gút cấp. Ngoài viêm khớp, bệnh nhân cũng có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như: sốt, đau đầu và mệt mỏi. Tại thời điểm tham gia nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân có viêm từ 2 khớp trở lên (72%), số bệnh nhân có tổn thương 1 khớp chỉ chiếm tỷ lệ 28%.

Khi bệnh tiến triển kéo dài, không điều trị, sẽ tiến triển thành gút mạn gây các tổn thương khớp mạn tính và hình thành hạt tophi. Hạt tophi là những khối do lắng đọng các tinh thể urat, thường gặp ở cạnh khớp, sụn vành tai, các tổ chức dưới da và ở da. Hạt tophi có thể gây biến dạng và phá hủy các cấu trúc của khớp [4]. Tuy nhiên, trên lâm sàng cần phải phân biệt hạt tophi với những hạt khác như: hạt thấp dưới da trong bệnh viêm khớp dạng thấp, hạt Heberden và Bouchard trong thoái hóa khớp và u mỡ. Trong nghiên cứu, 42/75 bệnh nhân có hạt tophi, trong đó gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (64,3%) và khớp cổ chân (61,9%). Sự xuất hiện của hạt tophi ở những bệnh nhân gút thường làm tăng nguy cơ tử vong do các biến cố tim mạch. Kết quả của các nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm cũng tăng nguy cơ tử vong do các bệnh lý tim mạch và một số bệnh lý khác như bệnh thận mạn.

Tình trạng lắng đọng những tinh thể urat trong các mô của cơ thể có thể xảy ra khi nồng độ acid uric trong huyết thanh vượt quá 405 μ mol/l và có thể dẫn đến các cơn gút cấp tính. Theo nhiều nghiên cứu, mục tiêu điều trị để duy trì nồng độ acid uric trong huyết thanh giảm xuống dưới 360 μ mol/l sẽ giúp phòng ngừa sự tái

phát của các cơn gút cấp và thúc đẩy các tinh thể urat hòa tan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân gút cấp tính là 56,2% và ở nhóm bệnh nhân gút mạn tính là 76,3%. Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân gút mạn tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút cấp tính, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mặc dù, sự tăng acid uric trong huyết thanh là một trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh gút, tuy nhiên một số bệnh nhân không có tăng acid uric trong các cơn gút cấp. Trong gút, bệnh nhân thường có kèm theo những rối loạn chuyển hóa khác như đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Các rối loạn chuyển hóa sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút. Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có kèm theo rối loạn lipid máu là 25,3%, tăng huyết áp là 33,3% và đái tháo đường là 16%. Những bệnh lý kết hợp cũng có thể làm nặng thêm sự tiến triển của bệnh gút.

V. KẾT LUẬN

- Cơn gút cấp tính đầu tiên gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (53,3%), sau đó đến khớp cổ chân (20%). Trong cơn gút cấp tính đầu tiên, 61/75 bệnh nhân (81,3%) có biểu hiện đau khớp mức độ dữ dội khi đánh giá theo thang điểm VAS.

- Phần lớn các bệnh nhân có viêm từ 2 khớp trở lên (72%). Trong nghiên cứu, 42/75 bệnh nhân có hạt tophi, trong đó gặp nhiều nhất ở vị trí khớp bàn ngón chân cái (64,3%) và khớp cổ chân (61,9%).

- Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân gút mạn tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút cấp tính (76,3% so với 56,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pelaez-Ballestas, et al**, *Diagnosis of chronic gout: evaluating the american college of rheumatology proposal, European league against rheumatism recommendations, and clinical judgment*. J Rheumatol, 2010. 37, 1743.
2. **Lin KC, Lin HY, Chou P**, *The interaction between uric acid level and other risk factors on the development of gout among asymptomatic hyperurricemic men in a prospective study*, J Rheumatol, 2000. 27(6): 1501-1505.
3. **Robinson PC, Horsburgh**, *Gout: joints and beyond, epidemiology, clinical features, treatment and co-morbidities*, Maturitas, 2014. 78:245-51.
4. **Wallace SL, Robinson H, (1997)**, *Preliminary Criteria for classification of acute arthritis of primary gout*, Arthritis Rheum, 1997. 20: 895-900.

THỰC TRẠNG THIẾU VITAMIN D Ở TRẺ 6-36 THÁNG TUỔI CÒI XƯƠNG ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG

Phạm Thị Thu Hương¹, Nguyễn Trọng Hưng¹,
Trần Thị Trà Phương¹, Nguyễn Thị Lâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định thực trạng thiếu vitamin D của bệnh còi xương ở 186 trẻ 6-36 tháng tuổi đến khám tại Viện Dinh Dưỡng năm 2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tình trạng thiếu vitamin D huyết thanh chiếm 58,6% trẻ được chẩn đoán còi xương từ 6-36 tháng tuổi. Trong đó nồng độ vitamin D ở mức thấp chiếm 44,6%. Nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình chiếm 14% và không có trẻ nào có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nặng. **Từ khóa:** Còi xương, thiếu vitamin D, Viện Dinh Dưỡng

SUMMARY

THE SITUATION OF VITAMIN D DEFICIENCY OF RICKETS CHILDREN AGES 6-36 MONTHS WHO EXAMINED AT NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION

Objective: To determine the situation of vitamin D deficiency of rickets children ages 6-36 months who examined at the National Institute of Nutrition in 2015. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** The prevalence of vitamin D deficiency of rickets children ages 6-36 months was 58.6%. The prevalence of vitamin D insufficient was 44.6%. The prevalence of vitamin D deficiency was 14% and hadn't children with serum vitamin D several deficiency status.

Key words: Rickets, vitamin D deficiency, National Institute of Nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Còi xương là tình trạng thiếu hụt vitamin D gây nên tình trạng rối loạn chuyển hóa can xi và photpho trong cơ thể. Còi xương không phải là bệnh hiểm nghèo nhưng nếu không có biện pháp khắc phục hợp lý sẽ dẫn đến những biến chứng nguy hiểm hay những di chứng ảnh hưởng xấu đến ngoại hình, gây ra những tự ti mặc cảm khi trưởng thành. Những di chứng mà bệnh còi xương để lại ảnh hưởng đến chiều cao của trẻ, biến dạng xương không phục hồi và có thể là một trong những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng ở trẻ.

Chẩn đoán còi xương không chỉ dựa vào các dấu hiệu lâm sàng kinh điển (ngủ không sâu

giấc, ra nhiều mồ hôi, tóc rụng vành khăn, chậm vận động...) mà còn dựa vào xét nghiệm vitamin D huyết thanh.

Ở Việt Nam, mặc dù là một nước nhiệt đới, nhiều ánh sáng mặt trời như tỷ lệ bệnh còi xương vẫn cao, đặc biệt ở các phòng khám dinh dưỡng. Vì những lý do trên mà chúng tôi tiến hành đề tài: "Thực trạng thiếu vitamin D của bệnh còi xương ở trẻ 6-36 tháng đến khám tại Viện Dinh Dưỡng năm 2015"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 6-36 tháng tuổi đến khám tư vấn dinh dưỡng tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, Viện Dinh Dưỡng năm 2015 được chẩn đoán còi xương trong thời gian nghiên cứu, được bố mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ bị suy dinh dưỡng nặng
- Trẻ có bệnh gan, thận, tuyến giáp, có dị tật kèm theo...

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu để mô tả đặc điểm của bệnh còi xương, áp dụng công thức:

$$Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)$$

$$n = \frac{d^2}{d^2}$$

n là cỡ mẫu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$,

p là tỷ lệ thiếu vitamin D (ước tính là 14%) (Nguyễn Văn Sơn và CS 2006) [1].

d = 0,05. Từ đó tính được cỡ mẫu là 186.

2.3. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bảng phân loại nồng độ vitamin D huyết thanh sau:

Nồng độ vitamin D huyết thanh	Nhận định
30-80 ng/ml	Bình thường
20-<30 ng/ml	Thấp
10-<20 ng/ml	Thiếu nhẹ và TB
< 10 ng/ml	Thiếu nặng

2.4. Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng chương trình EPI DATA. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình stata 20.0.

¹Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hương

Email: nguyentronghung9602@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tình trạng vitamin D huyết thanh ở trẻ còi xương 6-36 tháng tuổi theo nhóm tuổi.

Tình trạng vitamin D huyết thanh	Nhóm tuổi						Tổng số	
	6- 12 tháng		13-24 tháng		25-36 tháng			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường	35	38.5	27	45.0	15	42.9	77	41.4
Thấp	42	46.2	24	40.0	17	48.6	83	44.6
Thiếu nhẹ và trung bình	14	15.4	9	15.0	3	8.6	26	14.0
Thiếu nặng	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tổng cộng	91	100.0	60	100.0	35	100.0	186	100.0

Kết quả phân tích ở bảng 1 cho thấy: Nhóm trẻ còi xương ở độ tuổi từ 6-12 tháng có tổng số 91 trẻ, trong đó 35 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 38,5%, 42 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 46,2%, 14 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình chiếm 15,4%.

Nhóm trẻ còi xương ở độ tuổi từ 13-24 tháng có tổng số 60 trẻ, trong đó 27 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 45%, 24 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp

chiếm 40%, 9 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình chiếm 15%.

Nhóm trẻ còi xương ở độ tuổi từ 25-36 tháng có tổng số 35 trẻ, trong đó 15 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 42,9%, 17 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 48,6%, 3 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình chiếm 8,6%.

Nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nặng ở cả 3 nhóm trẻ là 0%.

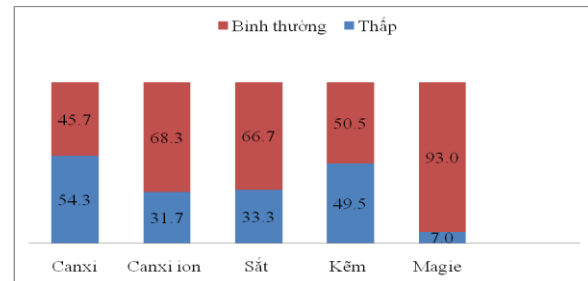
Bảng 2: Phân loại suy dinh dưỡng của trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi theo phân loại nồng độ vitamin D huyết thanh

Phân loại SDD	Bình thường		Thấp		Thiếu nhẹ và trung bình		Thiếu nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SDD gầy còm	3	3.9	8	9.6	1	3.8	0	0.0	12	6.5
SDD thấp còi	10	13.0	8	9.6	3	11.5	0	0.0	21	11.3
SDD nhẹ cân	11	14.3	8	9.6	5	19.2	0	0.0	24	12.9

Kết quả bảng 2 cho thấy: Trong nhóm trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường: 3 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể gầy còm chiếm 3,9%, 10 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể thấp còi chiếm 13% và 11 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể nhẹ cân chiếm 14,3%.

Trong nhóm trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp: 8 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể gầy còm, 8 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể thấp còi và 8 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể nhẹ cân cùng chiếm 9,6%.

Trong nhóm trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình: 1 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể gầy còm chiếm 3,8%, 3 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể thấp còi chiếm 11,5% và 5 trẻ có phân loại suy dinh dưỡng thể nhẹ cân chiếm 19,2%.



Hình 1: Phân loại tình trạng, thiếu canxi, thiếu sắt, thiếu kẽm, thiếu magie ở nhóm trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi

Kết quả hình 1 cho thấy: 54,3 % trẻ còi xương độ tuổi từ 6-36 tháng tuổi có tình trạng canxi máu thấp, 31,7% có tình trạng canxi ion máu thấp, 33,3% có tình trạng thiếu sắt, 49,5% có tình trạng thiếu kẽm và 7,0% có tình trạng thiếu magie.

Bảng 3: Tình trạng thiếu máu, thiếu canxi, thiếu sắt, thiếu kẽm, thiếu magie theo tình trạng vitamin D huyết thanh.

Chỉ số	Bình thường		Thấp		Thiếu nhẹ và trung bình		Thiếu nặng		Tổng	
	n=77	%	n=83	%	n=26	%	n=0	%	n=186	%
Thiếu máu	24	31.2	20	24.1	13	50.0	0	0.0	57	30.6
Canxi máu thấp*	28	36.4	54	65.1	19	73.1	0	0.0	101	54.3

Canxi ion thấp	20	26.0	31	37.3	8	30.8	0	0.0	59	31.7
Sắt thấp	26	33.8	23	27.7	14	53.8	0	0.0	62	33.3
Kẽm thấp	39	50.6	36	43.4	16	61.5	0	0.0	92	49.5
Magie thấp	7	9.1	5	6.0	1	3.8	0	0.0	13	7.0

* $p=0,02$

Kết quả bảng 3 cho thấy: Trong tổng số 77 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường có: 24 trẻ có tình trạng thiếu máu chiếm 31,2%, 28 trẻ có canxi máu thấp chiếm 36,4%, 20 trẻ có canxi ion máu thấp chiếm 26%, 26 trẻ có thiếu sắt chiếm 33,8%, 39 trẻ có thiếu kẽm chiếm 50,6%, 7 trẻ có thiếu magie chiếm 9,1%.

Trong tổng số 83 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp có: 20 trẻ có tình trạng thiếu máu chiếm 24,1%, 54 trẻ có canxi máu thấp chiếm 65,1%, 31 trẻ có canxi ion máu thấp chiếm 37,3%, 23 trẻ có thiếu sắt chiếm 27,7%,

36 trẻ có thiếu kẽm chiếm 43,4%, 5 trẻ có thiếu magie chiếm 6,0%.

Trong tổng số 26 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình có: 13 trẻ có tình trạng thiếu máu chiếm 50%, 19 trẻ có canxi máu thấp chiếm 73,1%, 8 trẻ có canxi ion máu thấp chiếm 30,8%, 14 trẻ có thiếu sắt chiếm 53,8%, 16 trẻ có thiếu kẽm chiếm 61,5%, 1 trẻ có thiếu magie chiếm 3,8%.

Kiểm định Khi bình phương (Chi-square) để tìm mối liên quan giữa nồng độ canxi máu thấp và nồng độ vitamin D huyết thanh có ý nghĩa thống kê với $p=0,02 < 0,05$.

Bảng 4: Tình trạng tăng nồng độ ALP huyết thanh ở trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi theo tình trạng vitamin D huyết thanh

Nồng độ ALP huyết thanh	Bình thường		Thấp		Thiếu nhẹ và trung bình		Thiếu nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ALP tăng*	5	6.5	2	2.4	0	0,0	0	0,0	7	3.8

* $p=0,356$

Kết quả bảng 4 cho thấy: Trong tổng số 186 trẻ còi xương có độ tuổi 6-36 tháng tuổi tham gia nghiên cứu có 7 trẻ có tình trạng tăng ALP huyết thanh chiếm 3,8%. Trong đó: 5 trẻ có tình trạng tăng ALP huyết thanh ở nhóm nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 6,5%. 2 trẻ có tình trạng tăng ALP huyết thanh ở nhóm nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 2,4%.

Kiểm định Khi bình phương (Chi-square) để tìm mối liên quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh và tình trạng tăng ALP huyết thanh với $p=0,356 > 0,05$.

Bảng 5: Tình trạng vitamin D huyết thanh theo triệu chứng lâm sàng hay gặp ở trẻ còi xương

Triệu chứng lâm sàng	Trần trọc khó ngủ		Ra nhiều mồ hôi		Chậm biết lẫy, bò, đi		Tóc rụng vành khăn	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường	20	43.5	40	40.0	4	30.8	14	45.2
Thấp	16	34.8	44	44.0	5	38.5	12	38.7
Thiếu nhẹ và trung bình	10	21.7	16	16.0	4	30.8	5	16.1
Thiếu nặng	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tổng	46	100.0	100	100.0	13	100.0	31	100.0

Kết quả bảng 5 cho thấy: Ở 46 trẻ còi xương có triệu chứng trần trọc, khó ngủ: 20 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 43,5%, 16 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 34,8% và 10 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình chiếm 21,7%.

Ở 100 trẻ còi xương có triệu chứng ra nhiều mồ hôi: 40 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 40%, 44 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 44% và 16 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình chiếm 16%.

Ở 13 trẻ còi xương có triệu chứng chậm biết lẫy, bò, đi: 4 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 30,8%, 5 trẻ có nồng

độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 38,5% và 4 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình chiếm 30,8%.

Ở 31 trẻ còi xương có triệu chứng tóc rụng vành khăn: 14 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 45,2%, 12 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 38,7% và 5 trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình chiếm 16,1%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 186 trẻ còi xương ghi nhận tỷ lệ trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức bình thường chiếm 41,4%, thiếu vitamin D huyết thanh ở các mức độ khác nhau chiếm

68,6% trong đó nồng độ vitamin D ở mức thấp chiếm 44,6%, nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình chiếm 14% và không có trẻ nào có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nặng.

Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Năng và Nguyễn Nghiễm Luật (2012) tại bệnh viện Medlatec với tỷ lệ trẻ thiếu vitamin D huyết thanh ở các mức độ khác nhau chiếm 73,5%, trong đó tỷ lệ trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thấp chiếm 40,8% và nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình là 15,3%.[2]

Nghiên cứu này của chúng tôi ghi nhận trẻ còi xương thiếu vitamin D thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 6-12 tháng và chủ yếu là thiếu vitamin D huyết thanh ở mức độ thấp. Kết quả này cũng giống với ghi nhận của tác giả Gordon (2008) với tỷ lệ thiếu vitamin D huyết thanh thường gặp ở nhóm tuổi từ 0-12 tháng [3]. Theo ghi nhận của tác giả Holick, trong sữa công thức có chứa khoảng 40UI Vitamin D/100ml và đặc biệt là sữa mẹ có nồng độ vitamin D thấp khoảng 20UI/l [4]. Do vậy, nếu trẻ bú mẹ hoàn toàn và ăn bổ sung sẽ không đủ nhu cầu vitamin D hàng ngày cho trẻ với nhu cầu vitamin D khuyến nghị hàng ngày ở trẻ khoảng 400UI/ngày.

Ngoài ra, nghiên cứu này cũng chỉ ra khoảng 30% trẻ còi xương có tình trạng suy dinh dưỡng. Cụ thể: ở nhóm trẻ còi xương có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp có 24,1% trẻ suy dinh dưỡng. Ở nhóm trẻ còi xương có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu nhẹ và trung bình có 26,9% trẻ suy dinh dưỡng. Nghiên cứu ghi nhận khoảng 3,5-3,8% trẻ còi xương thiếu vitamin D ở các mức độ khác nhau có tình trạng thừa cân.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tiến hành đánh giá tình trạng thiếu một số chỉ số sinh hóa máu khác ở trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi. Cụ thể, chúng tôi tiến hành đánh giá tình trạng canxi máu, ALP và một số vi chất khác: sắt, kẽm, magie.

Nghiên cứu cho thấy khoảng 54,3% trẻ còi xương có tình trạng canxi máu thấp, 49,5% thiếu kẽm, 33,3% thiếu sắt và 7% thiếu magie. Ở những trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu, tình trạng thiếu canxi máu chiếm khoảng 70% cao hơn so với khoảng 50% tình trạng thiếu canxi máu những trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh mức bình thường. Chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa nồng độ canxi máu và vitamin D huyết thanh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi cũng giống với nhận định từ nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Năng và Nguyễn Nghiễm Luật (2012) tại

bệnh viện Medlatec với tình trạng canxi máu thấp chiếm 45,1% và gặp chủ yếu ở những trẻ có nồng độ vitamin D huyết thanh thiếu [2].

Với chỉ số xét nghiệm sinh hóa Alkaline Phosphatase - ALP huyết thanh, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận có 7 trường hợp có tăng chỉ số ALP huyết thanh trong tổng số 186 trẻ còi xương chiếm 3,7%, còn lại là chỉ số ALP huyết thanh ở mức bình thường. Trong số đó: 5 trẻ có tình trạng tăng ALP huyết thanh ở nhóm nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường chiếm 6,5%; 2 trẻ có tình trạng tăng ALP huyết thanh ở nhóm nhóm nồng độ vitamin D huyết thanh thấp chiếm 2,4%. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh thấp và tình trạng tăng ALP huyết thanh. Kết quả này tương tự với ghi nhận từ kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Năng và Nguyễn Nghiễm Luật (2012) tại bệnh viện Medlatec là không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh và ALP huyết thanh [2].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng: khoảng > 50% trẻ có các triệu chứng lâm sàng trằn trọc khó ngủ, ra nhiều mồ hôi, chậm biết lẫy- bò- đi, tóc rụng vành khăn có tình trạng thiếu vitamin D huyết thanh ở các mức độ khác nhau. Cụ thể lần lượt theo các triệu chứng kể trên là 56,5%, 60%, 69,2% và 55,8%. Như vậy, có thể thấy, các triệu chứng lâm sàng kinh điển có giá trị chẩn đoán tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ khoảng 60%.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng thiếu vitamin D huyết thanh chiếm 58,6% trẻ được chẩn đoán còi xương từ 6-36 tháng tuổi. Trong đó nồng độ vitamin D ở mức thấp chiếm 44,6%, nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nhẹ và trung bình chiếm 14% và không có trẻ nào có nồng độ vitamin D huyết thanh ở mức thiếu nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Sơn (2006), *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ còi xương dinh dưỡng ở trẻ em dưới 3 tuổi tại một số vùng miền núi phía Bắc và hiệu quả điều trị bằng vitamin D liều thấp*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hoàng Thị Năng và Nguyễn Nghiễm Luật (2012). *Tình trạng thiếu vitamin D và một số yếu tố liên quan ở trẻ em đến khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Medlatec*.
3. Gordon CM, Feldman HA, Sinclair L, et al (2008). *Prevalence of vitamin D deficiency among healthy infants and toddlers*. Arch Pediatr Adolesc Med; **162**(6): 505-512.
4. Holick MF (2007). *Vitamin D deficiency*. N Engl J Med; **357**(3):266-281.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM KỸ THUẬT KHÂU NỐI MẠCH MÁU TRONG GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 10-2016 ĐẾN 11-2017

Nguyễn Minh Tuấn*, Đoàn Quốc Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả, đánh giá kết quả sớm kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ 10-2016 đến 11-2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 97 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ 10-2016 đến 11-2017. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng. **Kết quả:** Nam/nữ: 68/29, tuổi: cao nhất 60 và thấp nhất 21, Quan hệ không cùng huyết thống: 88,6%. Số động mạch thận: 1 động mạch chiếm 75,3%, 2 động mạch chiếm 20,6%, 3 động mạch chiếm 4,1%. Số tĩnh mạch thận: 1 tĩnh mạch chiếm 90,7%, 2 tĩnh mạch chiếm 9,3%. 100% trường hợp thận ghép được đặt ở hố chậu phải. 100% động mạch và tĩnh mạch thận chính được nối tận bên với động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài. Với thận ghép có nhiều động mạch: Tạo hình động mạch cực vào thành nhánh bên động mạch thận chính cho 2 trường hợp, nối động mạch cực với động mạch thượng vị 1 trường hợp. Thận ghép có 2 tĩnh mạch: Tạo hình tĩnh mạch kiểu nòng súng cho 2 trường hợp, tạo nhánh bên cho 2 trường hợp, nối với tĩnh mạch chậu ngoài bằng miệng nối riêng rẽ 5 trường hợp. 100% trường hợp miệng nối lưu thông, tưới máu tốt và thận có nước tiểu ngay trên bàn mổ sau khi mở kẹp mạch máu. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép có sự thay đổi tùy từng trường hợp cụ thể. Không có sự khác biệt về kết quả lưu thông và tưới máu thận ghép giữa các trường hợp ghép thận.

Từ khóa: ghép thận, bất thường mạch máu, kỹ thuật khâu nối mạch máu.

SUMMARY

EVALUATION EARLY RESULTS OF SURGICAL VASCULAR IN KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIETDUC HOSPITAL FROM 10-2016 TO 11-2017

Objective: Description, evaluation early results of surgical in kidney transplantation at VietDuc hospital from 10-2016 to 11-2017. **Patients and method:** 97 patients with end-stage renal disease underwent kidney transplant at Viet Duc. **Results:** male / female: 68/29, age: highest 60 and lowest 21. Vascular characteristics of graft: 1 artery 75.3%, 2 arteries 20.6%, 3 arteries 4.1%, 1 vein 90.7%, 2 veins 9.3%. Vascular anastomosis technique; end to side anastomosis of kidney artery to external iliac artery: 100%, end to side anastomosis of kidney vein to

external iliac vein: 100%. Good blood supply to kidney: 100%. **Conclusion:** vascular anastomosis technique in kidney transplantation depending on the specific case. There were no differences in circulation renal among kidney transplants.

Key words: Kidney transplantation, vascular anastomosis technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật khâu nối mạch máu là 1 kỹ thuật ngoại khoa chính trong ghép thận. Chất lượng của kỹ thuật khâu nối mạch máu có ý nghĩa rất quan trọng đối với kết quả ghép thận sau phẫu thuật. Trên lâm sàng, có nhiều biến chứng sớm và muộn sau ghép thận liên quan đến miệng nối mạch máu. Hiện nay kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận đã được chuẩn hóa nhiều, tuy nhiên việc thực hiện kỹ thuật này vẫn còn có sự khác nhau tại các trung tâm ghép thận. Sự khác nhau này phụ thuộc vào thói quen, kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên khác nhau, phụ thuộc vào đặc điểm mạch máu của thận ghép. Tùy theo các trung tâm ghép mà việc thực hiện khâu nối mạch máu do phẫu thuật viên mạch máu, phẫu thuật viên tiết niệu hay phẫu thuật viên ghép tạng chuyên biệt thực hiện [4].

Tại Bệnh viện Việt Đức việc khâu nối mạch máu trong ghép thận có thể được thực hiện bởi các phẫu thuật viên mạch máu hay các phẫu thuật viên của trung tâm ghép tạng.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả, đánh giá kết quả sớm kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ 10-2016 đến 11-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 97 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ 10-2016 đến 11-2017.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân nhận thận: Tuổi giới, quan hệ với người hiến thận.

Đặc điểm mạch máu của thận ghép, vùng ghép thận, kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận. Kết quả, biến chứng sớm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của bệnh nhân nhận thận. Có 97 bệnh nhân trong đó nam là 68 (70,1%), nữ là 29 (29,9%).

*Bệnh viện 19-8 BCA

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: minhntuanncs35@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

Bảng 1: Tuổi của bệnh nhân

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ
≤20	0	0%
21-30	18	18,6%
31-40	28	28,9%
41-50	32	33%
≥ 51	19	19,6%
Tổng	97	100%

Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 21, cao nhất là 60. Độ tuổi gặp nhiều nhất từ 30-50 chiếm 61,9%.

Bảng 2: Quan hệ giữa người cho và người nhận thận.

Quan hệ	Số lượng	Tỷ lệ
Bồ, mẹ cho con	6	6,2%
Anh, chị, em cho nhau	5	5,2%
Người chết não	9	9,3%
Không cùng huyết thống	77	79,3%
Tổng	97	100%

Đặc điểm mạch máu thận ghép**Bảng 3: Đặc điểm động mạch thận ghép**

Số lượng động mạch	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
1	73	75,3%
2	20	20,6%
3	4	4,1%
Tổng	97	100%

Bảng 4: Đặc điểm tĩnh mạch thận ghép.

Số lượng tĩnh mạch	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
1	88	90,7%
2	9	9,3%
Tổng	97	100%

Không có thận ghép nào vừa có nhiều động mạch vừa có nhiều tĩnh mạch

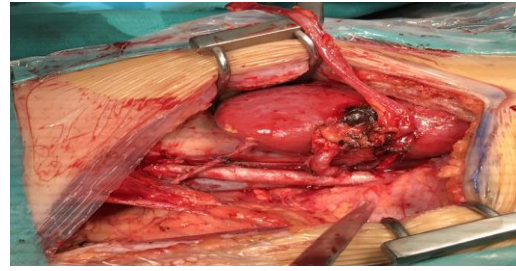
Động mạch chậu của cả 97 bệnh nhân đều bình thường.

Bảng 5: Kỹ thuật xử trí khi thận ghép có nhiều động mạch.

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Tạo nhánh bên vào ĐM chính	1	4,2%
Động mạch cực thận nối với ĐM thượng vị dưới	1	4,2%
Nối riêng rẽ vào ĐM chậu ngoài	21	87,4%
Tạo nhánh bên và nối riêng	1	4,2%
Tổng	24	100%



Các Đm thận ghép nối với Đm chậu ngoài

**Bảng 6: Kỹ thuật xử trí khi thận ghép có nhiều tĩnh mạch**

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Kiểu nông súng	2	22,2%
Nối riêng	5	55,6%
Tạo nhánh bên vào TM chính	2	22,2%
Tổng	9	100%

Vị trí đặt thận ghép: 100% trường hợp ghép thận của chúng tôi thận ghép được đặt ở hố chậu P người nhận.

Kết quả:

- 100% các trường hợp thận ghép cho nước tiểu ngay trên bàn mổ sau khi thả kẹp mạch máu.
- 100% miệng nối thông, không có trường hợp nào phải làm lại miệng nối.
- Có 2 trường hợp chiếm 2,06% sau khi thả kẹp mạch máu trên thận có vùng tím nhỏ tại vùng mạch cực thận nhỏ không nối mà thắt bỏ.

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm chung của bệnh nhân.**

Tuổi: Theo nghiên cứu của chúng tôi tuổi của bệnh nhân nhận thận từ 21-60, lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 30-50 tuổi chiếm 61,9%. Theo Trần Ngọc Sinh, Dư Thị Ngọc Thu và cộng sự tuổi nhỏ nhất là 16 cao nhất là 61, Lê Tuấn Anh và Hoàng Mạnh An tuổi nhỏ nhất là 14 và cao nhất là 65 [4],[8].

Giới: Kết quả của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 70,1%/29,1%. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác. Theo Trần Ngọc Sinh, Dư Thị Ngọc Thu và cộng sự tỷ lệ này là 67,16%/32,84%, theo Lê Tuấn Anh và Hoàng Mạnh An là 73,9%/26,1% [4],[8].

Đặc điểm mạch máu thận ghép

Động mạch thận: 100% động mạch thận ghép trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên ủy từ động mạch chủ bụng.

Số lượng động mạch thận ghép: 75,3% trường hợp có 1 động mạch, 24,7% trường hợp có nhiều hơn 1 động mạch (trong đó: 20,6% trường hợp có 2 động mạch và 4,1% trường hợp có 3 động mạch)

Theo nghiên cứu của một số tác giả các trường hợp thận có 1 động mạch chiếm từ 69,8

đến 87% số trường hợp, như nghiên cứu của Nguyễn Thế Trường (1984)[7] gặp 80%, Nguyễn Đình Mão (1993)[6] gặp 76%, Trịnh Xuân Đàn (1999) là 69,8%. Thường gặp thận có nhiều động mạch là thận trái và gặp nhiều động mạch ở cả hai bên khoảng 9%[6].

Tĩnh mạch thận

Số lượng tĩnh mạch thận: Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có 90,7% trường hợp có 1 tĩnh mạch thận và 9,3% trường hợp có 2 tĩnh mạch thận. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Lê Anh Tuấn và cộng sự (2016)[5] là 98,41% và 1,59%. Theo Trịnh Xuân Đàn (1999)[9] thận có 1 tĩnh mạch chiếm 80,56%, thận có 2 tĩnh mạch chiếm 16,67% và thận có 3 tĩnh mạch chiếm 2,77%. Đường kính tĩnh mạch từ 8-15mm.

Kỹ thuật khâu nối mạch máu.

Khâu nối động mạch chính của thận: 100% các trường hợp của chúng tôi động mạch chính của thận ghép được nối tận bên vào động mạch chậu ngoài của người nhận thận bằng kỹ thuật khâu vắt chỉ prolene 6/0.

Về khâu nối động mạch chính của thận ghép có 2 sự lựa chọn đó là: Khâu nối tận – tận với động mạch chậu trong và khâu nối tận – bên với động mạch chậu ngoài hay động mạch chậu chung. Hiện nay việc lựa chọn kiểu khâu nối nào tùy thuộc vào thói quen và ý thích của phẫu thuật viên vì không có sự khác biệt về kết quả giữa 2 lựa chọn trên.

Hoàng Mạnh An và cộng sự (2012)[3] đã so sánh kết quả ghép thận với những chỉ số ure máu, creatinin máu, lượng nước tiểu, tình trạng miệng nối và các biến chứng của miệng nối giữa 2 nhóm bệnh nhân; nhóm 1 (82 bệnh nhân) thực hiện kỹ thuật nối động mạch thận ghép tận-tận với động mạch chậu trong, nhóm 2 (16 bệnh nhân) thực hiện kỹ thuật nối động mạch thận ghép tận-bên với động mạch chậu ngoài hoặc chậu gốc. Kết luận không có sự khác biệt về kết quả sau ghép của 2 nhóm bệnh nhân trên.

Với trường hợp thận có nhiều động mạch: Chúng tôi có 4 trường hợp thận ghép có 3 động mạch; 2 trường hợp nối cả 3 động mạch thận vào động mạch chậu ngoài của bệnh nhân bởi 3 miệng nối riêng rẽ; 1 trường hợp nối 2 động mạch từ rốn thận vào động mạch chậu ngoài còn 1 động mạch cực nối vào động mạch thượng vị dưới; 1 trường hợp nối động mạch cực vào 1 thân động mạch chính rồi nối 2 động mạch từ rốn thận vào động mạch chậu bởi 2 miệng nối riêng rẽ. Có 1 trường hợp thận 1 động mạch nhưng chia nhánh sớm nên khi lấy thận làm tổn thương nhánh động mạch này nên chúng tôi phải cắt và nối lại. Với 20 trường hợp thận ghép

có 2 động mạch chúng tôi nối riêng từng động mạch tận – bên vào động mạch chậu ngoài. Có 2 trường hợp có động mạch cực thận nhỏ đường kính khoảng 1mm nên thắt bỏ. Theo một số tác giả thì với những động mạch cực thận có đường kính nhỏ dưới 1,5 mm có thể thắt bỏ được.

Khâu nối tĩnh mạch: Trong ghép thận miệng nối tĩnh mạch thường được làm đầu tiên bằng kỹ thuật khâu vắt nối tận – bên với tĩnh mạch chậu ngoài hay tĩnh mạch chậu gốc tùy thuộc vào độ dài của tĩnh mạch thận. Tất cả bệnh nhân ghép chúng tôi đều thực hiện nối tĩnh mạch thận tận – bên với tĩnh mạch chậu ngoài.

Chúng tôi gặp 9 trường hợp thận ghép có 2 tĩnh mạch trong đó: 2 trường hợp tạo hình kiểu nông súng, 2 trường hợp có 1 tĩnh mạch lớn và 1 tĩnh mạch nhỏ hơn nên chúng tôi nối tĩnh mạch nhỏ thành nhánh của tĩnh mạch lớn, 5 trường hợp chúng tôi nối riêng rẽ 2 tĩnh mạch của thận tận – bên vào tĩnh mạch chậu ngoài.

Kết quả sớm ngay sau khi thả cặp mạch máu: 100% trường hợp miệng nối thông không xoắn vặn. Có 1 trường hợp động mạch thận co thắt làm cho thận không được căng và chậm có nước tiểu. Chúng tôi đã mở động mạch chậu luồn Forgaty vào bơm bóng nong làm giãn động mạch thận. Thận căng và có nước tiểu ngay sau đó. 97,94% thận hồng đều, 2,06% thận có điểm tím là những trường hợp có động mạch cực thận nhỏ đã thắt nên diện cấp máu của động mạch này bị thiếu máu. 100% có nước tiểu ngay trên bàn mổ, thời gian có nước tiểu ngắn nhất là 1 phút và dài nhất là 30 phút. Không có biến chứng nào về miệng nối tĩnh mạch máu phải can thiệp. Theo 1 số tác giả tỷ lệ biến chứng về mạch máu từ 0-3% [1],[2].

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép có sự thay đổi tùy từng trường hợp cụ thể phụ thuộc vào cấu trúc giải phẫu mạch máu của thận ghép.

Với kỹ thuật khâu nối mạch máu hiện nay của các phẫu thuật viên ghép tạng tại Bệnh viện Việt Đức. Không có sự khác biệt về kết quả lưu thông và tưới máu thận ghép giữa các trường hợp ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David A và các cộng sự (2003), "Renal transplantation", *Operative urology*, pp. 121- 132.
2. Goldfarb DA, Stuart M.F và Modlin (2003), "Renal transplantation", *Operative urology*, pp. 121-132.
3. Hoàng Mạnh An và cộng sự (2012), "Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận qua 98 trường hợp tại bệnh viện 103", *Tạp chí y học quan sự*. 5(37), pp. 116-121.
4. Lê Anh Tuấn và Hoàng Mạnh An (2017), "Kỹ

thuật ngoại khoa trong ghép thận ở người nhận thận từ người cho sống tại bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2011-2016", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 21, pp. 62-67.

5. **Lê Anh Tuấn, Nguyễn Trường Giang và Hoàng Mạnh An (2016)**, "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu mạch máu của thận ghép, kỹ thuật và kết quả khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103", *Y học TP Hồ Chí Minh*. 20-4, pp. 86-90.

6. **Nguyễn Đình Mão (1995)**, *Nghiên cứu hình thái thận và động mạch thận trên 170 nạn nhân người lớn qua giải phẫu tử thi*, Luận án tiến sĩ khoa học y dược, Đại học Y Hà Nội.

7. **Nguyễn Thế Trường (1984)**, *Giải phẫu vùng xoang thận, ý nghĩa trong phẫu thuật*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa, Đại học y khoa Hà Nội.

8. **Trần Ngọc Sinh (2010)**, *Kết quả phẫu thuật các trường hợp ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy*, Kỷ yếu công trình ghép thận bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2010, NXB Y học TP Hồ Chí Minh.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP PHẾ DUNG KHÍCH LỆ SAU RÚT NỘI KHÍ QUẢN Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT THỰC QUẢN

Trần Thị Thu Thảo*, Phạm Quang Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp phế dung kích lệ (PDKL) lên cơ quan hô hấp sau rút nội khí quản ở bệnh nhân phẫu thuật thực quản và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phương pháp này. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 15 bệnh nhân được phẫu thuật thực quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các bệnh nhân sau rút nội khí quản chuyển về khoa ngoại được hướng dẫn tập phế dung kích lệ. Theo dõi hiệu quả lâm sàng liên tục tại các thời điểm: T₀ - Bệnh nhân vừa chuyển từ khoa hồi tỉnh về khoa ngoại, T₁ - Khi kết thúc tập PDKL ngày thứ nhất, T₂ - Khi kết thúc tập PDKL ngày thứ ba, T₃ - Khi kết thúc tập PDKL ngày thứ 5. **Kết quả:** thở PDKL có tác dụng cải thiện rõ rệt về hô hấp trên lâm sàng qua các thời điểm nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào tím, co kéo cơ hô hấp. Tỷ lệ vã mồ hôi giảm từ 53,3% xuống 6,7%. Tần số thở (lần/phút) giảm từ 22,8 ± 2,7 từ 19 ± 1,7. SpO₂ (%) tăng từ 96,93 ± 3,05 lên 98,6 ± 1,54. Tần số tim từ 96,86 ± 17,87 xuống 92,7 ± 12,6 (khác biệt tỷ lệ vã mồ hôi, tần số thở, SpO₂ và tần số tim có ý nghĩa thống kê với p < 0,05). Tác dụng không mong muốn của PDKL rất ít: 1 bệnh nhân (6,7%) mệt khi tập PDKL, không có bệnh nhân đau do tập PDKL. **Kết luận:** Tập thở PDKL là một phương pháp lý liệu pháp hô hấp đơn giản, tiện lợi và hiệu quả nên áp dụng rộng rãi cho bệnh nhân có nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật.

Từ khóa: Phế dung kích lệ

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF INCENTIVE SPIROMETER ON THE POST ESOPHAGEAL SURGERY PATIENTS

Objective: Evaluating the efficacy of incentive spirometer on the respiratory organs after

endotracheal extubation in patients undergoing esophageal surgery and describing some of the undesirable effects of this method. **Methods:** prospective study on 15 patients undergoing esophageal surgery at Hanoi Medical University's Hospital. Post endotracheal extubation patients at Surgery Department were advised to use incentive spirometer (IS). Continuous monitoring the clinical effectiveness at certain times: T₀ - Patient has just been transfer from department of rehabilitation to surgery department, T₁ - At the end of day 1, At T₃ - At the end of the 5th day of using IS. **Results:** incentive spirometer has been shown to significantly improve clinical respiratory performance over time. There are no sign of cyanosis or difficulties in breathing. The rate of sweating decreased from 53.3% to 6.7%. The respiratory rate (bpm) decreased from 22.8 ± 2.7 from 19 ± 1.7. SpO₂ (%) increased from 96.93 ± 3.05 to 98.6 ± 1.54. The heart rate ranges from 96.86 ± 17.87 to 92.7 ± 12.6. The undesirable effects of IS are minimal: one patient (6.7%) was fatigued due to IS, no patient feel pain. **Conclusion:** IS is a simple, convenient and effective method of respiratory therapy so it should be widely applicable to patients who at risk of postoperative respiratory complications.

Key words: incentive spirometer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng hô hấp (BCHH) là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và tàn tật sau phẫu thuật [1]. Tỷ lệ BCHP sau mổ rất thay đổi, dao động từ 2 - 40% tùy thuộc vào từng nghiên cứu, từng tiêu chuẩn chẩn đoán, trong đó tỷ lệ biến chứng cho phẫu thuật bụng trên là 32%, phẫu thuật bụng dưới là 16%, con số này là 30% đối với phẫu thuật lồng ngực. BCHP làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, mức độ ảnh hưởng rất lớn, thậm chí còn lớn hơn so với biến chứng tim mạch [2].

Trong số các phẫu thuật tiêu hóa, phẫu thuật cắt thực quản có tỷ lệ BCHP sau mổ cao nhất, thậm chí cao hơn phẫu thuật cắt thủy phổi [3].

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Thảo

Email: tranthaohp94@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2018

Ngày duyệt bài: 25.12.2018

Do đây là phẫu thuật lớn, can thiệp nhiều vùng cơ thể (ngực, bụng trên), thời gian phẫu thuật dài nên bệnh nhân chịu nhiều nguy cơ, rối loạn đặc thù sau phẫu thuật như tràn máu, tràn khí khoang màng phổi, xẹp phổi, mất áp lực âm khoang màng phổi, đau...[4]. Để dự phòng BHH xảy ra sau mổ có rất nhiều phương pháp, trong đó liệu pháp vật lý trị liệu được áp dụng thường quy và đã được chứng minh có hiệu quả. Liệu pháp hô hấp trở thành một can thiệp bắt buộc sau phẫu thuật, có ý nghĩa rất quan trọng để giải quyết các rối loạn sinh lý, giải phẫu bệnh sau mổ, quyết định tới 30-50% sự thành công của phẫu thuật [5]. Tập thở PDKL là một trong những liệu pháp hô hấp đã được ứng dụng trong nhiều năm nay tại các khoa hồi sức. Tuy nhiên hiệu quả của PDKL trên bệnh nhân phẫu thuật thực quản chưa được nghiên cứu nhiều tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Trên cơ sở đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá hiệu quả của phương pháp phế dung kích lệ sau rút nội khí quản ở bệnh nhân phẫu thuật thực quản*" với mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả của phương pháp phế dung kích lệ lên cơ quan hô hấp sau rút nội khí quản ở bệnh nhân phẫu thuật thực quản.*

2. *Mô tả một số tác dụng không mong muốn của phương pháp này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được phẫu thuật thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- Bệnh nhân mổ phiên
- Sau phẫu thuật đã rút ống NKQ và chuyển ra bệnh phòng
- Glasgow = 15 điểm
- Huyết động ổn định không dùng vận mạch
- Không có bệnh lý hô hấp nặng trước mổ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân từ chối tham gia vào nghiên cứu

2. Các thay đổi về hô hấp trên lâm sàng

Bảng 3.1 Biến thiên nhịp thở

	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	p
< 60	22,9 ± 3,1	21,6 ± 3	19,6 ± 3,1	19,1 ± 1,9	< 0,05
≥ 60	22,4 ± 1,1	21,1 ± 1,9	19,5 ± 2	18,8 ± 1,3	> 0,05
Chung	22,8 ± 2,7	21,4 ± 2,7	19,5 ± 3	19 ± 1,7	< 0,05

Nhận xét: Nhịp thở của nhóm ≥ 60 tuổi giảm dần không có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm theo dõi với p > 0,05. Nhịp thở của nhóm < 60 tuổi giảm dần có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.2 Biến thiên SpO₂ trong khoảng thời gian tập PDKL

	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	p
< 60	97,27 ± 2,5	97,63 ± 2,25	97,9 ± 1,93	98,63 ± 1,29	< 0,05
≥ 60	96 ± 4,5	97,25 ± 3,77	98,25 ± 2,2	98,5 ± 2,38	> 0,05
Chung	96,93 ± 3,05	97,53 ± 2,58	98 ± 1,92	98,6 ± 1,54	< 0,05

- Có bệnh lý tim mạch nặng không gắng sức được (NYHA > II)

- Có bệnh thần kinh không hợp tác được

- Suy hô hấp mức độ nguy kịch

2.1.3. Tiêu chuẩn đưa bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu

- Bệnh nhân phải mổ lại sớm vì các biến chứng ngoại khoa

- Không thu thập đủ số liệu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Cỡ mẫu: 15 bệnh nhân

Thời điểm thu thập số liệu: T₀ - Bệnh nhân vừa chuyển từ khoa hồi tỉnh về khoa ngoại (thời điểm t₀), T₁ - Khi kết thúc tập PDKL ngày thứ nhất (lấy giá trị trung bình 3 thời điểm: t₀ + 6h, t₀ + 12h, t₀ + 24h), T₂ - Khi kết thúc tập PDKL ngày thứ ba (lấy giá trị trung bình 3 thời điểm: t₀ + 36h, t₀ + 48h, t₀ + 72h), T₃ - Khi kết thúc tập PDKL ngày thứ 5 (lấy giá trị trung bình 2 thời điểm: t₀ + 96h, t₀ + 120h).

2.3. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập trên Epidata và xử lý bằng phần mềm Stata 14.1. Sử dụng t-test ghép cặp để so sánh trung bình 2 mẫu, kiểm định ANOVA. Khi bình phương cho xác định mối liên quan giữa 2 biến định tính. p < 0.05 được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- 15 bệnh nhân 100% là nam
- Tuổi trung bình là 51,67 ± 8,47 (năm), trong đó có 4 bệnh nhân < 60 tuổi chiếm 27%, 11 bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 73%.
- BMI trung bình là 20,82 ± 1,82 (kg/m²)
- Số bệnh nhân ASA I chiếm 46,7%; ASA II chiếm 13,3% và 40% ASA III.
- 93,3% bệnh nhân được cắt thực quản qua nội soi ngực bụng, 6,7% được cắt thực quản qua nội soi khe hoành.
- Thời gian phẫu thuật trung bình là 308,7 ± 35,8 (phút).

Nhận xét: SpO₂ của nhóm ≥ 60 tuổi tăng dần nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), SpO₂ của nhóm < 60 tuổi tăng dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Không có bệnh nhân nào tím, co kéo cơ hô hấp.
- Tần số tim giảm dần: $96,86 \pm 17,87$; $97,4 \pm 18,09$; $95,73 \pm 16,76$; $92,7 \pm 12,6$.
- Tỷ lệ vã mồ hôi giảm dần: 53,3%; 46,7%; 26,7%; 6,7%.
- Có 1 bệnh nhân (6,7%) bị biến chứng hô hấp sau mổ nhưng mức độ nhẹ chỉ cần điều trị nội khoa tại phòng bệnh.

Bảng 3.3 Các tác dụng không mong muốn của phương pháp này

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân			Tỷ lệ %
	≥ 60 tuổi	< 60 tuổi	Nhóm chung	
Đau	0	0	0	0%
Mệt	1	0	1	6.7%

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân mệt khi tập PDKL (chiếm 6,7%). Không có bệnh nhân nào đau do tập PDKL.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm thay đổi về hô hấp trên lâm sàng sau tập PDKL:

Các bệnh nhân của chúng tôi đều cải thiện rất rõ về lâm sàng sau khi tập PDKL. Tím và co kéo cơ hô hấp là hai dấu hiệu được nhận định theo chủ quan của người khám. Dấu hiệu tím ở mức độ nhẹ thường khó nhận biết, nhất là ở những bệnh nhân da đen và có thể bị ảnh hưởng bởi điều kiện ánh sáng trong phòng bệnh, hay trên bệnh nhân thiếu máu. Thường xuất hiện tím khi SpO₂ dưới 90%. Nên khi bệnh nhân có tím, co kéo cơ hô hấp là đang có tình trạng suy hô hấp cấp. Mặt khác, bệnh nhân phẫu thuật thực quản thường đã được điều trị, theo dõi đến khi qua được tình trạng nặng, tương đối ổn định tại phòng hồi tỉnh mới được chuyển về phòng bệnh theo dõi tiếp. Vì vậy khi đánh giá 2 dấu hiệu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào tím hay co kéo cơ hô hấp.

Thay đổi về tình trạng vã mồ hôi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tại thời điểm T₀ tỷ lệ vã mồ hôi là 53,33%, tỷ lệ này giảm nhanh còn 46,67% ở thời điểm T₁. Tỷ lệ vã mồ hôi giảm do bệnh nhân được thông khí tốt hơn, đỡ khó thở hơn, đỡ tổn công hô hấp hơn.

Tần số thở cũng thay đổi theo chiều hướng tốt. Trước khi tập PDKL tần số thở trung bình là $22,77 \pm 2,66$ lần/phút, sau ngày tập thứ 5 là $18,97 \pm 1,71$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tần số thở giảm dần là dấu hiệu đáng tin cậy để tiên lượng thành công.

SpO₂ là một chỉ số rất quan trọng để theo dõi liên tục độ bão hòa oxy máu ở ngoại vi, qua đó cho phép theo dõi, đánh giá kịp thời những biến động về tình trạng hô hấp và huyết động của bệnh nhân. SpO₂ bình thường trên 95% [7]. SpO₂ của cả hai nhóm tuổi liên tục được cải thiện trong suốt thời tập PDKL, trước tập có giá trị là $96,93 \pm 3,05$ % và sau tập có giá trị là $98,60 \pm 1,54$ %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thực tế có 4 bệnh nhân giảm

SpO₂ tại thời điểm T₀. Giá trị SpO₂ của các bệnh nhân này cải thiện dần sau từng ngày tập PDKL. Kết thúc ngày tập thứ 5 không còn bệnh nhân nào giảm SpO₂ $< 95\%$.

Tần số tim trung bình của nhóm chung giảm qua 4 thời điểm (từ $96,86 \pm 17,87$ nhịp/phút xuống $92,7 \pm 12,6$ nhịp/phút), sự giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhịp tim thường tăng trong trường hợp thiếu oxy cấp tính do phản ứng của cơ thể trong tình trạng thiếu oxy, nó gián tiếp phản ánh mức độ thiếu oxy. Do đó, cần theo dõi liên tục tần số tim trong quá trình điều trị để đánh giá đáp ứng điều trị và diễn biến của bệnh.

4.3. Các tác dụng không mong muốn của phương pháp này:

Trong nghiên cứu của Restrepo (2011), tác dụng không mong muốn của PDKL rất ít [8], thậm chí trong các nghiên cứu khác về PDKL tác dụng không mong muốn không được nhắc đến. Trên lâm sàng, chúng tôi đánh giá 2 tác dụng phụ: đau và mệt. Kết quả không có bệnh nhân nào đau tăng lên trong và sau khi tập PDKL. Có một bệnh nhân mệt khi tập PDKL do không tập đủ tần suất theo protocol. Theo y văn, một số tác dụng không mong muốn khác do tập PDKL như tăng thông khí quá mức, nhiễm kiềm hô hấp hay giảm oxy máu thứ phát [8]. Tuy nhiên vì cỡ mẫu nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn và không đủ điều kiện làm khí máu động mạch nên chúng tôi không xác định được bệnh nhân có các rối loạn đó không và mức độ thế nào.

V. KẾT LUẬN

Thở PDKL có tác dụng cải thiện rõ rệt về hô hấp trên lâm sàng. Đây là một lý liệu pháp hô hấp đơn giản, tiện lợi và hiệu quả nên áp dụng rộng rãi cho bệnh nhân có nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật. Tác dụng không mong muốn của PDKL rất ít: 1 bệnh nhân (6,7%) mệt khi tập PDKL. Không có bệnh nhân đau do tập PDKL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smetana, Gerald W, Lawrence và cộng sự (2006). Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 144 (8), 581-595.
2. Canet J. và Mazo V. (2010). Postoperative pulmonary complications. *Minerva anesthesiologica*, 76 (2), 138.
3. Guimarães M., El Dib R., Smith A. F. và cộng sự (2009). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *Cochrane database syst rev*, 3,
4. Shiozaki A., Fujiwara H., Okamura H. và cộng sự (2012). Risk factors for postoperative respiratory complications following esophageal cancer resection. *Oncology letters*, 3 (4), 907-912.
5. Nguyễn Hữu Ước (2012). Vai trò của lí liệu pháp hô hấp sau phẫu thuật lồng ngực, <<https://pt.slideshare.net/vinhvd12/lphh-sau-pt-nguc>>, 01/02/2018.
6. Lunardi A. C., Cecconello I. và Carvalho C. R. (2011). Postoperative chest physical therapy prevents respiratory complications in patients undergoing esophagectomy. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15 (2), 160-165.
7. Kallstrom T. J. (2002). AARC Clinical Practice Guideline: oxygen therapy for adults in the acute care facility--2002 revision & update. *Respiratory Care*, 47 (6), 717-720.
8. Restrepo R. D., Wettstein R., Wittnebel L. và cộng sự (2011). Incentive spirometry: 2011. *Respiratory Care*, 56 (10), 1600-1604.

TÌNH TRẠNG THIỂU NĂNG LƯỢNG TRƯỞNG DIỄN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ ĐỘ TUỔI SINH Đẻ TẠI XÃ HÓA THƯỢNG, HUYỆN ĐỒNG HỖ, TỈNH THÁI NGUYÊN

Trần Thị Thanh Hà¹, Trương Thị Thùy Dương¹, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn và mô tả một số yếu tố liên quan ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả với thiết kế cắt ngang trên 404 phụ nữ từ 15-49 tuổi xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của đối tượng nghiên cứu được đánh giá dựa theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2006. Các yếu tố liên quan được thu thập bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) của đối tượng nghiên cứu là 21,5%. Trong đó tỷ lệ CED độ 1 là 20,8%, CED độ 2 là 0,7% và không có đối tượng nào thuộc CED độ 3. Có mối liên quan chặt chẽ giữa kinh tế hộ gia đình và bổ sung viên sắt/đa vi chất với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên là 21,5%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa kinh tế hộ gia đình và bổ sung viên sắt/vi chất chứa sắt với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

Từ khóa: thiếu năng lượng trường diễn, phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên.

SUMMARY

THE STATUS OF CHRONIC ENERGY

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Hà

Email: thanhthanhha1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

DEFICIENCY AND SOME RELATIVE FACTORS ON WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN HOA THUONG COMMUNE, DONG HY DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE

Objectives: To determine the incidence of chronic energy deficiency (CED) and describe some related factors on women of child bearing age in Hoa Thuong Commune, Dong Hy District, Thai Nguyen Province. **Research subjects and methods:** A cross-sectional survey was conducted on 404 women aged 15-49 in Hoa Thuong Commune, Dong Hy District, Thai Nguyen Province. Chronic energy deficiency status of study subjects was assessed based on the World Health Organization (WHO) classification in 2006. The associated factors were collected using the designed available questionnaire. **Results:** The rate of chronic energy deficiency was 21.5%. CED levels 1 was 20.8%, CED was 0.7% and no third CED. There was a strong correlation between household economy and iron/micronutrient supplementation with chronic energy deficiency with $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of chronic energy deficiency on women of childbearing age in Hoa Thuong Commune, Dong Hy District, Thai Nguyen Province was 21,5%. There was a strong correlation between household economy and iron/micronutrient supplementation with chronic energy deficiency on women of child bearing age.

Key words: chronic energy deficiency, women of childbearing ages, Hoa Thuong Commune, Dong Hy District, Thai Nguyen Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng lượng trường diễn là vấn đề quan trọng và có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở các nước nghèo và các nước đang phát triển, đặc biệt ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao như phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới năm 2008, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ trên thế giới thiếu năng lượng trường diễn vẫn ở mức cao tại Châu Á và Châu Phi. Đánh giá của Bharti (2007) tại Ấn Độ tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn trên phụ nữ tuổi sinh đẻ là 31,2% [8]. Nguyên nhân hàng đầu về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở đây là mức sống còn thấp và chế độ ăn không đầy đủ chất dinh dưỡng. Thiếu năng lượng trường diễn gây giảm năng suất lao động, tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ và con khi sinh như mẹ dễ bị các tai biến sản khoa, cân nặng của trẻ sơ sinh thấp [8].

Tại Việt Nam, Theo kết quả của tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2005 cho thấy tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi từ 20 - 49 là 20,9% [1] và đến năm 2010 tỷ lệ này giảm xuống còn là 18,5% [2]. Tuy nhiên tỷ lệ này còn khác nhau giữa các vùng miền. Kết quả nghiên cứu gần đây của tác giả Đinh Phương Hoa cho thấy tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi 20 - 35 tại 6 xã thuộc huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang khá cao 39,1% [3].

Tại Thái Nguyên, các nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên để xác định tình trạng thiếu năng lượng trường diễn và một số yếu tố liên quan góp phần quan trọng trong việc đề xuất và áp dụng các giải pháp can thiệp dinh dưỡng hợp lý.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (không mang thai) có độ tuổi từ 15 - 49.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2018 đến tháng 9/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả thiết kế cắt ngang

2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu đạt được.

$Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Là giá trị tra bảng thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$.

- $p = 0,391$ (theo nghiên cứu của Đinh Phương Hoa năm 2012 tại 6 xã thuộc huyện Lục Nam - Bắc Giang, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ là 39,1%) [3].

- d : Sai số cho phép (chọn $d = 0,05$).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 365$. Thực tế chúng tôi điều tra được 404 người. Tiến hành lập danh sách phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, chọn được 404 người đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Chỉ số nghiên cứu: Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn.

Xác định một số yếu tố liên quan với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn: kinh tế hộ gia đình, bổ sung sắt/viên đa vi chất, tình trạng nạo phá thai.

2.2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

*Thu thập về chỉ số nhân trắc:

Cân nặng: sử dụng cân SECA của Nhật Bản.

Chiều cao được đo bằng thước gỗ của UNICEF.

***Đánh giá tình trạng thiếu năng lượng trường diễn:** Sử dụng bảng phân loại tình trạng của WHO năm 2006:

- CED độ I (gầy độ I): BMI từ 17 đến 18,49;
- CED độ II (gầy độ II): BMI từ 16,0 đến 16,99;
- CED độ III (gầy độ III): BMI dưới 16;
- Bình thường: BMI từ 18,5 - 24,99;
- Thừa cân, béo phì: BMI ≥ 25 .

Thu thập thông tin về các yếu tố liên quan: phỏng vấn bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập trên phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0 với các test thống kê thích hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n = 404)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	15 – 25	71	17,6
	26 – 35	182	45
	36 – 49	151	37,4
Dân tộc	Kinh	320	79,2
	Sán Dìu	42	10,4
	Tày	26	6,4
	Khác	16	4,0
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	22	5,4
	Trung học cơ sở trung học phổ thông	282	69,8
	Cao đẳng, đại học, sau đại học	100	24,8
Nghề	Làm ruộng, nội trợ	122	30,2

nghề nghiệp	Công nhân, kinh doanh	156	38,6
	Cán bộ công chức	86	21,3
	Khác	40	9,9

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy, đối tượng nghiên cứu ở nhóm tuổi 26-35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 45,0%, tiếp đến là nhóm tuổi 36 - 49 tuổi là 37,4%, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 15-25 tuổi chiếm 17,6%.

Đối tượng nghiên cứu là người Kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 79,2%, sau đó là người Sán Dìu với 10,4% tiếp đến là người Tày 6,4%, còn lại các dân tộc khác chiếm 4,0%.

Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu là công nhân, kinh doanh chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,6%, tiếp đến là nghề nghiệp làm ruộng, nội trợ chiếm 30,2%, đối tượng có nghề nghiệp là cán bộ công chức chiếm 21,3%, còn lại các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ 9,9%.

Bảng 3.2. Đặc điểm về chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	$\bar{X}$	SD
Cân nặng (kg)	49,46	5,60
Chiều cao (m)	1,54	0,05
BMI (cân nặng/chiều cao ²)	20,74	2,16

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có cân nặng và BMI trung bình là $49,46 \pm 5,60$ và $20,74 \pm 2,16$.

3.2. Thực trạng thiếu năng lượng trường diễn của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đông Hỷ, tỉnh Thái Nguyên

Bảng 3.3 Phân loại tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đông Hỷ, tỉnh Thái Nguyên (n=404)

Tình trạng dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thiếu năng lượng trường diễn	Tổng số	87
	Gây độ 1	84
	Gây độ 2	3
	Gây độ 3	0
Không thiếu	Tổng số	317
		78,5

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ở xã Hóa Thượng, huyện Đông Hỷ, tỉnh Thái Nguyên

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa kinh tế hộ gia đình và tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở xã Hóa Thượng

Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu năng lượng trường diễn		Không thiếu năng lượng trường diễn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kinh tế gia đình				
Hộ nghèo	11	39,3	17	60,7
Không nghèo	76	20,2	300	79,8
p	p < 0,05			

Nhận xét: Có mối liên quan chặt chẽ giữa kinh tế hộ gia đình với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa nạo phá thai và tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở

năng lượng trường diễn	Bình thường	302	74,8
	Thừa cân, béo phì	15	3,7

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở khá cao 21,5%. Trong đó CED độ 1 là 20,8%, CED độ 2 là 0,7%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng bình thường là 74,8%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thừa cân béo phì chiếm 3,7%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu được tiếp cận thông tin về chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ (n = 404)

Phương tiện cung cấp thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đài báo, tivi, internet	226	55,9
Sách, báo, tờ rơi	121	30,0
Bạn bè, người thân	152	37,6
Cán bộ y tế	139	34,4
Khác	23	5,7
Không bao giờ nghe	31	7,7

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu được tiếp cận thông tin qua đài báo, tivi chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,9%, tiếp đến là qua bạn bè, người thân là 37,6%, qua cán bộ y tế là 34,4% và qua sách báo, tờ rơi chiếm 30,0%. Chỉ có 7,7% đối tượng nghiên cứu không bao giờ nghe về chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

Bảng 3.5. Tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đông Hỷ sử dụng viên sắt/viên đa vi chất (n = 404)

Uống sắt/đa vi chất chứa sắt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có uống sắt/ viên đa vi chất	292	72,3
Uống định kì	14	3,5
Không uống định kì	278	68,8
Không uống viên sắt/đa vi chất	112	27,7

Nhận xét: Tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có sử dụng viên sắt/viên đa vi chất chứa sắt là 72,3%. Tuy nhiên uống theo định kì chiếm tỷ lệ rất thấp 3,5%. Đối tượng không uống viên sắt/viên đa vi chất là 27,7%.

phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng

Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu năng lượng trường diễn		Không thiếu năng lượng trường diễn	
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Nạo phá thai	36	25,2	107	74,8
Không nạo phá thai	51	19,5	210	80,5
p	p > 0,05			

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng nạo phá thai với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa bổ sung vi chất với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng

Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu năng lượng trường diễn		Không thiếu năng lượng trường diễn	
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Uống viên sắt/ đa vi chất				
Không uống	31	27,7	81	72,3
Có uống	56	19,2	236	80,8
p	p < 0,05			

Nhận xét: Có mối liên quan giữa uống viên sắt/đa vi chất chứa sắt với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: đối tượng nghiên cứu có cân nặng và BMI trung bình lần lượt là $49,46 \pm 5,60$ và $20,74 \pm 2,16$. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng (2009) về cân nặng và BMI của phụ nữ độ tuổi sinh đẻ (cân nặng trung bình và BMI là 46 và 19,6) [2]. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn các kết quả của tác giả Hồ Thu Mai năm 2011 tại Hòa Bình (cân nặng trung bình là $45,5 \pm 4,8$) [5] và Hoàng Thu Nga năm 2016 tại Cẩm Khê, Phú Thọ (cân nặng và BMI trung bình là $45,9 \pm 4,8\text{kg}$ và $19,6 \pm 1,6$) [7].

Tỷ lệ CED của phụ nữ tuổi sinh đẻ tại địa bàn nghiên cứu chiếm tỷ lệ khá cao (21,5%). Kết quả này thấp hơn so với kết quả tổng điều tra dinh dưỡng năm 2005 (20,9%) [1] nhưng cao hơn so với đánh giá năm 2010 (18,5%) [2]. So với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu tại 6 xã huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang tỷ lệ CED là 39,1% [3], hay nghiên cứu ở 3 xã huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình là 29,2 % [5] thì tỷ lệ CED ở đối tượng nghiên cứu thấp hơn đáng kể. Hầu hết các đối tượng bị thiếu CED độ I (20,8%). Tỷ lệ CED độ 2 chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều (0,7%) và không có đối tượng bị CED độ 3. Mặc dù trong nghiên cứu này chủ yếu là TNLTD độ 1, nhưng nếu không cải thiện kịp thời thì không những ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, giảm khả năng lao động mà còn ảnh hưởng đến cả thế hệ trẻ em do họ sinh ra cùng sẽ phải chịu ảnh hưởng: thấp bé, nhẹ cân, kém phát triển về thể chất, tinh thần và vận động, chậm phát triển về trí tuệ, nhận thức và giao tiếp xã hội. Có thể giải thích tình trạng này do địa điểm nghiên cứu là xã

thuộc huyện miền núi, kinh tế còn nhiều khó khăn, gánh nặng công việc trong gia đình và xã hội. Thời gian làm việc kéo dài và khẩu phần ăn chưa đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị sẽ phải đối mặt với các vấn đề thiếu dinh dưỡng, đặc biệt là thiếu năng lượng trường diễn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, đối tượng nghiên cứu được tiếp cận thông tin qua đài báo, tivi, internet chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,9% và tiếp cận qua cán bộ y tế chỉ là 34,4%. Điều này có thể giải thích là do hiện tại đa số mọi người đều cập nhật thông tin qua thông tin điện tử và công tác thực hiện truyền thông trực tiếp đến người dân chưa hiệu quả.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa kinh tế hộ gia đình với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ ($p < 0,05$). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở đối tượng hộ nghèo (39,3%) cao hơn đối tượng không phải hộ nghèo (20,2%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Huyền năm 2013 tại tỉnh Hòa Bình đó là không có mối liên quan giữa kinh tế hộ gia đình và tình trạng thiếu năng lượng trường diễn [4]. Điều này có thể giải thích rằng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại mỗi xã thuộc một huyện miền núi có điều kiện kinh tế khó khăn do đó tỷ lệ hộ nghèo khá cao.

Tại xã Hóa Thượng cho thấy số đối tượng không bổ sung sắt/đa vi chất dinh dưỡng có tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 27,7%, trong khi đối tượng bổ sung chỉ chiếm tỷ lệ 19,2%. Có mối liên quan giữa bổ sung sắt/đa vi chất và tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu về hiệu

quả bổ sung sắt của Hồ Thu Mai và cộng sự tại 3 xã của Tân Lạc, Hòa Bình [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn trên phụ nữ tuổi sinh đẻ tại xã Hóa Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên năm 2018 là 21,5%. Trong đó tỷ lệ CED độ I (20,8%), tỷ lệ CED độ 2 (0,7%) và không có đối tượng bị CED độ 3.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa kinh tế hộ gia đình và bổ sung sắt/đá vi chất với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về chế độ ăn uống hợp lý cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

Nâng cao đời sống nhân dân, đẩy mạnh công tác xóa đói giảm nghèo cải thiện tình hình kinh tế cho người dân góp phần nâng cao chất lượng bữa ăn cho người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Dinh dưỡng (2007)**, Thừa cân-béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành Việt Nam 25-64 tuổi, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.36-37.

2. **Viện Dinh dưỡng/UNICEF (2010)**, Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

3. **Đinh Phương Hoa, Lê Thị Hợp, Phạm Thị Thúy Hòa (2012)**, Thực trạng thiếu máu, tình trạng dinh dưỡng và nhiễm giun ở phụ nữ 20 - 35 tuổi tại 6 xã thuộc huyện Lục Nam, Bắc Giang, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, tập 8, số 1, tr. 39 - 45.

4. **Phạm Thu Huyền, Trần Thị Minh Hạnh (2013)**, Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở nữ công nhân 18 - 49 tuổi tại công ty cổ phần cao su Hòa Bình năm 2013, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 18, số 6, tr. 625.

5. **Hồ Thu Mai, Lê Thị Hợp, Lê Bạch Mai (2011)**, Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn và thiếu máu dinh dưỡng ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 3 xã thuộc huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình, Tạp chí Y học Thực hành, tập 792, số 11, tr. 94.

6. **Hồ Thu Mai và cộng sự (2013)**, Hiệu quả của truyền thông giáo dục và bổ sung viên sắt acid folic đối với tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu của phụ nữ 20 - 35 tuổi tại 3 xã huyện Tân Lạc tỉnh Hòa Bình, luận án tiến sĩ dinh dưỡng.

7. **Hoàng Thu Nga và cộng sự (2016)**, Diễn biến tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu ở phụ nữ nông thôn huyện Cẩm Khê, Phú Thọ năm 2011 - 2015, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, tập 1, số 5, tr.18.

8. **Bharati S, Pal M, Bhattacharya BN, Bharati P (2007)**, Prevalence and causes of chronic energy deficiency and obesity in Indian women. Hum Biol. 79 (4), pp: 395 - 412.

NGHIÊN CỨU TÍNH HIỆU QUẢ, AN TOÀN VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHI ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO NUÔI NGUY CƠ THẤP BẰNG METHOTREXATE

Nguyễn Thái Giang¹

TÓM TẮT

U nguyên bào nuôi nguy cơ thấp (UNBN-NCT) được điều trị bằng đơn hóa trị liệu Methotrexate (MTX) theo khuyến cáo của FIGO. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định hiệu quả, tính an toàn và tác dụng không mong muốn khi điều trị UNBN-NCT bằng MTX. Nghiên cứu quan sát tiến cứu trên 204 bệnh nhân UNBN-NCT (điểm FIGO 0-6) điều trị bằng MTX từ 1/2015 đến 9/2017 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng với phác đồ đơn hóa trị liệu MTX là 72,55 %. Tỷ lệ kháng đơn hóa trị liệu MTX cần dùng đa hóa trị liệu và phẫu thuật là 27,45 %. Tỷ lệ điều trị khỏi của bệnh nhân UNBN-NCT trong quần thể mẫu là 99,5%. Thời gian điều trị trung bình: 87,85 ± 57,53 ngày (17 - 428 ngày). Tác dụng không mong muốn khi điều trị MTX chủ yếu là tăng

men gan (20,10%), viêm loét miệng (8,82%) và giảm bạch cầu (2,45%). Phác đồ đơn hóa trị liệu MTX/FA là phác đồ phù hợp với bệnh nhân UNBN- NCT bởi tỷ lệ đáp ứng cao và độc tính thấp.

Từ khóa: u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp, Methotrexate, hiệu quả, độc tính

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY AND TOXICITY OF MTX REGIMEN IN THE TREATMENT OF LOW- RISK GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA PATIENTS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Low-risk gestational trophoblastic neoplasia (LR-GTN) patients are commonly treated with Methotrexate as recommendations of FIGO. This study aimed to discover the efficacy and toxicity of MTX regimen in the treatment of LR-GTN patients. An observational prospective study was conducted on 204 LR-GTN patients (categorized by FIGO score ranged from 0-6) who were treated with MTX at National Hospital of Obstetrics and Gynecology, between January 2015 and September 2017. Results showed

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Giang

Email: thaigianghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

that the response proportion and MTX resistance proportion (needed hysterectomy surgery and/or combined chemotherapy) were 72.55% and 27.45%, respectively. Complete remission rates were 99,5%. Mean hospitalization time were 87.85 ± 57.53 days (17 – 428 days). Mains toxicity was noted in this sample were hepatotoxicity, mucositis and neutropenia in 20.1%, 8.82% and 2.45% of patients, respectively. MTX regimen is an adequate treatment associating a high rate of remission to a low rate of toxicity.

Keywords: low-risk gestational trophoblastic neoplasia, Methotrexate, efficacy, toxicity,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào nuôi là nhóm bệnh lý do tân sản ác tính hoặc có tiềm năng ác tính của các nguyên bào nuôi. Bệnh thường gặp ở Châu Á, liên quan đến điều kiện kinh tế xã hội thấp và dinh dưỡng kém. Bệnh có tiên lượng tốt với tỷ lệ điều trị khỏi lên đến 98% nếu phát hiện sớm, nhưng chỉ 87% nếu phát hiện và điều trị muộn. Năm 1956, Li và cộng sự điều trị thành công UNBN bằng Methotrexate (MTX) đã mở ra một kỷ nguyên mới trong điều trị UNBN [1]. Năm 2002, Hiệp hội Sản Phụ khoa thế giới (FIGO) đã thống nhất phân loại UNBN thành các nhóm nguy cơ thấp và cao mục đích là để điều trị phù hợp. Với bệnh nhân nguy cơ thấp, chỉ cần điều trị đơn hóa trị liệu với MTX hoặc Dactinomycin.

Bảng 1: Bảng điểm tiên lượng của FIGO năm 2002 [3]

Yếu tố tiên lượng	Điểm	Điểm			
	0	1	2	4	
Tuổi (năm)	< 40	≥ 40			
Tiền sử sản khoa	Chửa trứng	Sảy thai Nạo thai	Thai đủ tháng		
Số tháng từ lần có thai cuối đến lúc điều trị (tháng)	< 4	4 - 6	7 - 12	>12	
βhCG (IU/1)	< 10 ³	10 ³ - 10 ⁴	10 ⁴ - 10 ⁵	> 10 ⁵	
Kích thước khối u (cm)	< 3	3 - 4	≥ 5		
Vị trí di căn	Phổi	Lách, thận	Ruột	Gan, não	
Số lượng nhân di căn		1 - 4	5 - 8	> 8	
Điều trị hoá chất trước đó			Đơn hoá chất	≥ Hai hoá chất	

Điểm nguy cơ 0 - 6: Nguy cơ thấp → Khởi phát điều trị đơn hóa chất.

Điểm nguy cơ > 7 : Nguy cơ cao → Khởi phát điều trị đa hóa chất

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 204 bệnh nhân chẩn đoán là UNBN-NCT theo phân loại FIGO năm 2002, điều trị đơn hóa trị liệu MTX và bảo tồn tử cung tại Khoa phụ ung thư, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2015 đến 30/9/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có chẩn đoán xác định UNBN sau chữa trứng theo các tiêu chuẩn của FIGO 2002: Nồng độ βhCG tăng > 20% trong vòng 2 tuần liên tiếp, βhCG bình nguyên ($\pm 10\%$) ba tuần liên tiếp, nồng độ βhCG còn cao sau 6 tháng kể từ nạo chữa trứng (>5 IU/l).

Điều trị UNBN nguy cơ thấp bằng đơn hóa trị liệu MTX với Methotrexate 50mg tiêm bắp vào ngày 1, 3, 5, 7 và folinic acid 5mg vào ngày 2, 4, 6, 8 là phác đồ được sử dụng rộng rãi nhất trên toàn thế giới[2]. Đường đào thải chủ yếu của methotrexat là qua thận. Những bệnh nhân có sẵn bệnh thận hoặc đang sử dụng những thuốc có khả năng ảnh hưởng chức năng thận là những đối tượng nguy cơ bị ngộ độc thuốc. Với nồng độ methotrexate cao và kéo dài sẽ dẫn đến các bất thường hệ tạo huyết, như giảm sản tủy xương, và những ảnh hưởng ngoài hệ tạo huyết như là viêm loét niêm mạc miệng, ỉa chảy, viêm da và nhiễm độc gan. Sử dụng MTX điều trị UNBN đã có nhiều tiến bộ rõ rệt, hiện nay tỷ lệ điều trị khỏi lên đến 98%, cứu được nhiều bệnh nhân có tiên lượng nặng và di căn xa. Đã có nhiều nghiên cứu về tính hiệu quả của các phác đồ hóa chất sử dụng MTX, tuy nhiên còn ít những nghiên cứu về các tác dụng không mong muốn trong quá trình dùng thuốc. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích nghiên cứu xác định tính an toàn và các tác dụng không mong muốn khi sử dụng MTX điều trị bệnh nhân u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp.

- Kết quả giải phẫu bệnh lý khi nạo buồng tử cung là ung thư nguyên bào nuôi.

- Điểm tiên lượng theo FIGO từ 0 đến 6

- U nguyên bào nuôi sau các thai nghén khác

2. Phương pháp nghiên cứu: quan sát tiến cứu.

Cỡ mẫu

$$N = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot p \cdot q}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó: $\alpha = 0,05$, ứng với $Z = 1,96$, chọn $\epsilon = 0,25$; p: tỷ lệ bệnh nhân UNBN kháng MTX là 24,5 % [4].

Cỡ mẫu tối thiểu phải lấy là 186 bệnh nhân lấy thêm 10%, cỡ mẫu cuối cùng là 204

Thiết kế nghiên cứu

- Lập phiếu thu thập thông tin về bệnh nhân. Tính điểm tiên lượng theo FIGO (chọn những BN có điểm từ 0-6).

- Sau đó bệnh nhân được sử dụng phác đồ MTX/FA: MTX 50mg tiêm bắp sâu vào ngày 1,3,5,7 xen kẽ với 5mg acid folic tiêm bắp vào ngày 2,4,6,8. Phác đồ lặp lại theo chu kỳ 14 ngày.

- Theo dõi sự đáp ứng với điều trị bằng MTX đến khi bệnh nhân khỏi hoặc kháng MTX.

- Tiêu chuẩn kháng thuốc:[5]

+ Sau mỗi chu kỳ điều trị nồng độ β hCG: tăng lên, không giảm, giảm dưới 10% sau 2 tuần.

+ Xuất hiện nhân di căn mới cần phải thay phác đồ hóa trị liệu.

- Những bệnh nhân kháng MTX sẽ chuyển phác đồ đa hóa trị liệu hoặc phẫu thuật kết hợp hóa trị liệu.

- Tiêu chuẩn khỏi bệnh:

+ Khi ra viện không còn tổn thương ở TC, không còn nhân di căn (dựa vào khám lâm sàng, siêu âm, XQ phổi).

+ Nồng độ β hCG < 2 IU/L huyết thanh trong 3 tuần liên tiếp.

3. Xử lý số liệu: dùng phần mềm Stata 13, so sánh trung bình, thống kê mô tả kết quả nghiên cứu.

4. Đạo đức nghiên cứu: đề tài được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương ngày 25/01/2015.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của bệnh nhân UNBN nguy cơ thấp: Nghiên cứu 204 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình là 26 (từ 16-39 tuổi), thời gian tiềm ẩn trung bình là 2,1 tháng (1-14 tháng), nồng độ β hCG trung bình là 11.667,21 UI/l (9,0 – 213.180,0 UI/l), 33,3% có nhân tại tử cung với đường kính trung bình 33,5 mm (13,00 - 69,00 mm).

Bảng 2: Đặc điểm của bệnh nhân UNBN nguy cơ thấp (N=204)

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Tuổi	< 20	30	14,71
	20-30	125	61,27
	>30	49	24,02
	26,33	5,11	16 -39
M ± SD	26,3 ± 5,1 tuổi (16 - 39 tuổi)		
Số con	Chưa con	83	40,69
	1 con	89	43,63
	2 con	32	15,69
Thai nghén chỉ điểm	Sẩy, nạo hút thai	37	18,14
	Sau đẻ	1	0,49
	Chửa trứng (CTTP + CTBP)	166 (129+37)	81,37
Nồng độ β hCG trước điều trị	< 10 ³ IU/l	87	42,65
	10 ³ - < 10 ⁴ IU/l	64	31,37
	10 ⁴ - < 10 ⁵ IU/l	49	24,02
	≥ 10 ⁵ IU/l	4	1,96
M ± SD	11667,2 ± 25773,5 UI/l (9,0 – 213180,0 UI/l)		
Thời gian tiềm tàng	< 4 tháng	177	86,76
	4 - < 7 tháng	21	10,29
	7 - < 13 tháng	5	2,45
	≥ 13 tháng	1	0,49
M ± SD	2,1 ± 1,8 tháng (1 - 14 tháng)		
Tiền sử đã điều trị MTX	Không	201	98,53
	Có	3	1,47
Rong huyết	Không	149	73,04
	Có	55	26,96
Giai đoạn FIGO	I (Không di căn)	195	95,59
	II (Di căn âm đạo)	2	0,98
	III (Di căn phổi)	7	3,43
	IV (Di căn não, gan)	0	0
Điểm FIGO	0-1	109	53,43
	2-3	75	36,76
	4-6	20	9,80
Nang hoàng tuyến	Không	166	81,37

buồng trứng	Có	38	18,63
Kích thước khối u lớn nhất	Không	136	66,67
	Có	68	33,33
M ± SD	33,5 ± 10,9 mm (13,0 – 69,0 mm)		

2. Tỷ lệ kháng đơn hóa trị liệu MTX: có 56/204 bệnh nhân kháng MTX cần phải nâng bậc điều trị bằng đa hóa trị liệu và có thể kèm phẫu thuật.

3. Kết quả và thời gian điều trị

Bảng 3: Kết quả điều trị và thời gian điều trị của bệnh nhân UNBN-NCT

Kết quả điều trị	n	%
Không khỏi	1	0,49
Khỏi	203	99,51
Tổng	204	100

Có 1 bệnh nhân không điều trị khỏi, chiếm 0,49% tổng số trường hợp. Thời gian điều trị của bệnh nhân trung bình là 87,85 ± 57,53 ngày (17 - 428 ngày).

5. Tỷ lệ tăng men gan, suy thận trước và sau điều trị

Bảng 5: Tỷ lệ tăng men gan, suy thận trước và sau điều trị

Yếu tố	Trước điều trị		Sau điều trị		Mới mắc sau điều trị	
	n	%	n	%	n	%
Tăng men gan	21	10,29	41	20,10	30	73,17
Suy thận	2	0,98	2	0,98	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân tăng men gan và suy thận trước điều trị là 10,29% và 0,98%. Sau các đợt điều trị hóa chất, tổng số lượng bệnh nhân tăng men gan đã tăng lên 41 người, chiếm 20,10% tổng số lượng bệnh nhân.

6. Các tác dụng không mong muốn khi điều trị MTX

Bảng 6: Các tác dụng không mong muốn khi điều trị MTX

Yếu tố	n	%
Viêm loét miệng	18	8,82
Giảm bạch cầu	5	2,45
Giảm hồng cầu	4	1,96
Giảm tiểu cầu	0	0
Tăng men gan	41	20,10
Suy thận	0	0

Các trường hợp điều trị MTX xảy ra tác dụng không mong muốn cao nhất là tăng men gan (20,10%), tiếp đến là viêm loét miệng (8,82%), giảm bạch cầu (2,45%), giảm hồng cầu (1,96%). Không có trường hợp nào xảy ra giảm tiểu cầu hoặc suy thận.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ kháng MTX của đối tượng nghiên cứu:

Trong số 204 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, chúng tôi thấy có 148 bệnh nhân khỏi ngay với phác đồ đơn hóa trị liệu MTX chiếm 72,5 %. Tuy nhiên vẫn còn 56 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 27,5% kháng hóa trị liệu MTX phải chuyển phác đồ EMACO. Tỷ lệ kháng MTX của chúng tôi nhìn chung tương đương với các tác tác giả khác trên thế giới và trong nước. Ưu

4. Nồng độ Hemoglobin trước điều trị

Bảng 4: Nồng độ Hemoglobin (Hb) trước điều trị

Hemoglobin (g/dl)	n	%
Không thiếu máu (Hb ≥120)	131	64,22
Thiếu máu nhẹ (Hb 110-119)	34	16,67
Thiếu máu vừa (Hb 80-109)	34	16,67
Thiếu máu nặng (Hb <80)	5	2,45
Tổng	204	100
M ± sd	121,56 ± 15,59	
Min – Max	58,00 – 159,00	

35,78% bệnh nhân UNBN có thiếu máu. Thiếu máu nặng chiếm tỷ lệ 2,45%. Nồng độ Hemoglobin trung bình là 121,56 ± 15,59g/dl.

điểm của nghiên cứu chúng tôi là nhóm bệnh nhân thuần nhất, tất cả bệnh nhân đều còn bảo tồn tử cung, không bị ảnh hưởng bởi phương pháp điều trị bổ sung nào khác như phẫu thuật cắt tử cung hay xạ trị. Trong khi thực hiện nghiên cứu này chúng tôi đã phải loại ra 7 hồ sơ do bệnh nhân bỏ điều trị (tỷ lệ bỏ điều trị là 7/211). Trong tất cả các BN bỏ điều trị, không có trường hợp nào do tác dụng phụ của thuốc, chủ yếu là do hoàn cảnh kinh tế, thời gian điều trị kéo dài dai dẳng. Kháng hóa trị liệu dẫn đến kéo dài thời gian điều trị kéo dài, tăng nguy cơ kháng đa hóa trị liệu và làm gia tăng tỷ lệ BN bỏ điều trị. Nghiên cứu này cho chúng ta thấy những bệnh nhân UNBN nguy cơ thấp điều trị đơn hóa trị liệu MTX có tỷ lệ kháng là 27,45%. Do đó, chọn lọc đúng đối tượng cần điều trị đa hóa chất, giảm thời gian điều trị và giảm tỷ lệ kháng hóa trị liệu có ý nghĩa quan trọng.

2. Thiếu máu trước điều trị: Phân độ tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân UNBN dựa vào nồng độ Hemoglobin trong máu theo tiêu chuẩn của WHO năm 2017. Tình trạng thiếu máu của bệnh nhân UNBN thể hiện như trong bảng 4. Có 35,78% bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu. Chủ yếu là bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ hoặc trung bình, chiếm 93% bệnh nhân thiếu máu.

Những bệnh nhân này được theo dõi sát trong quá trình điều trị. Khi Hemoglobin ở mức độ thiếu máu trung bình (80-109 g/l) chúng tôi cho bệnh nhân dùng epoetin 2000 UI (erythropoietin tái tổ hợp) kích thích sự phân chia và biệt hoá các tiền thân hồng cầu định hình tại tủy xương. Số bệnh nhân bị thiếu máu ở mức độ nặng không nhiều, có 5 bệnh nhân. Có 3 trường hợp thiếu máu nặng cần phải truyền máu do có hiện tượng mất máu rỉ rả của nhân UNBN tại tử cung. Chúng tôi thấy mức độ thiếu máu cũng tương ứng với tình trạng rong huyết của bệnh nhân (26,96% bệnh nhân có rong huyết). Có những bệnh nhân sau nạo thai để tình trạng rong huyết kéo dài mà không đi khám làm cho tình trạng thiếu máu càng nặng hơn và tiền lượng bệnh càng tệ hơn.

3. Tỷ lệ tăng men gan trước và sau điều trị: Có 21 bệnh nhân trước điều trị có tăng men gan chiếm tỷ lệ 10,29%, có lẽ một phần là ở Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ viêm gan B. Đa phần ta tình trạng tăng men gan nhất thời, men gan GOT, GPT tăng 1,5 đến 2 lần, sau khi sử dụng thuốc giải độc gan và truyền dịch các thông số trở về bình thường và đáp ứng được tiêu chuẩn điều trị hóa chất (bảng 5). Một số nhỏ bệnh nhân là tình trạng viêm gan B mạn tính, đã khám chuyên khoa và dùng thuốc đủ điều kiện điều trị hóa chất. Bệnh nhân có tăng GOT, GPT, alkaline phosphatase, bilirubin, và nồng độ LDH nhưng thường tự hết trong vòng 1 tháng sau khi ngừng điều trị. Trong nghiên cứu này cũng không gặp trường hợp nào viêm gan cấp, xơ gan, suy gan. Trong quá trình điều trị đơn hóa trị liệu MTX có 41 bệnh nhân có tăng men gan. Những bệnh nhân này được dùng điều trị tạm thời, truyền dịch, giải độc gan khi đủ điều kiện thì điều trị lại (thường trong vòng 3-7 ngày). 73,17% bệnh nhân tăng men gan là mới mắc sau điều trị.

4. Tỷ lệ suy thận trước và sau điều trị: Khi bắt đầu điều trị chúng tôi thấy có 2 bệnh nhân có xét nghiệm tăng creatinin tương ứng với suy thận mức độ 1 (bảng 5). Hai bệnh nhân này được khám chuyên khoa thận chỉ cần truyền dịch, không cần phải điều trị nên chúng tôi điều trị hóa chất ngay. Trong quá trình điều trị đơn hóa trị liệu MTX chúng tôi không thấy bệnh nhân nào có biểu hiện suy thận mới, hai bệnh nhân cũ có xét nghiệm trở về bình thường. Kết quả này cũng tương tự như Phan Chí Thành (2012) khi không thấy bệnh nhân nào có biểu hiện suy thận [4].

5. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn khi điều trị MTX: Trong 204 bệnh nhân UNBN – NCT, chúng tôi thấy có 8,8% bệnh nhân viêm loét niêm mạc miệng và 2,45% bệnh nhân có

giảm bạch cầu. Giảm bạch cầu là khi tổng bạch cầu nhỏ hơn 3000 G/l, đặc biệt là khi bạch cầu trung tính giảm nhỏ hơn 1500 G/l thì phải ngừng điều trị hóa chất. Bệnh nhân giảm bạch cầu đều cần được điều trị bằng thuốc kích thích dòng BC hạt (G-CSF- Granulocyte colony stimulating factor), sau khi bạch cầu trở về bình thường bệnh, nhân được điều trị hóa chất tiếp. Những bệnh nhân điều trị MTX thường có giảm bạch cầu mức độ nhẹ (1000-1500 G/l), chúng tôi không gặp trường hợp nào có giảm bạch cầu mức độ nặng hay suy tủy. Theo nhiều nghiên cứu, mức độ giảm bạch cầu khi sử dụng MTX phụ thuộc liều dùng, tỷ lệ giảm bạch cầu có thể gặp là từ 1- 10% bệnh nhân [7]. Tonanont nghiên cứu độc tính của phác đồ MTX đơn thuần trên bệnh nhân UNBN – NCT cho thấy 19,2% bệnh nhân có bị ảnh hưởng bởi độc tính, trong đó viêm niêm mạc miệng (6,4%), độc tính gan (6,4%), giảm bạch cầu (3,2%) và giảm tiểu cầu (1,1%) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào giảm tiểu cầu.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ đơn hóa trị liệu MTX/FA là phác đồ hiệu quả với bệnh nhân UNBN- NCT. Các tác dụng không mong muốn khi điều trị MTX chủ yếu là tăng men gan và viêm loét miệng.

- Tỷ lệ đáp ứng với phác đồ đơn hóa trị liệu MTX là 72,55 %. Tỷ lệ kháng đơn hóa trị liệu MTX cần dùng đa hóa trị liệu và phẫu thuật là 27,45%

- Tỷ lệ điều trị khỏi của các bệnh nhân UNBN nguy cơ thấp là 99,5%. Thời gian điều trị trung bình: $87,85 \pm 57,53$ ngày (17 – 428 ngày)

- Tác dụng không mong muốn khi điều trị MTX: Tăng men gan 20,10%, Viêm loét miệng 8,82%, Giảm bạch cầu 2,45%, Giảm hồng cầu 1,96%, Giảm tiểu cầu 0%, Suy thận 0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. C. Li, R. Hertz và D. B. Spencer (1956). Effect of methotrexate therapy upon choriocarcinoma and chorioadenoma. *Experimental Biology and Medicine*, 93 (2), 361-366.
2. M. i. Alazzam, J. Tidy, B. W. Hancock et al (2012). First-line chemotherapy in low-risk gestational trophoblastic neoplasia. *The Cochrane Library*, 28-32.
3. F. O. Committee (2002). FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 77 (3), 285-287.
4. Phan Chí Thành (2012). Nghiên cứu tỷ lệ kháng thuốc và yếu tố liên quan trong điều trị u nguyên bào nuôi bằng MTX và acid folic tại BVPSTU. *Tạp chí Phụ sản*, 4 (6), 49-54.
5. F. Feng, Y. Xiang, X. Wan et al (2010). Prognosis of patients with relapsed and chemoresistant gestational trophoblastic neoplasia transferred to the Peking Union Medical College

- Hospital. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117 (1), 47-52.
6. **R. S. Berkowitz và D. P. Goldstein** (2009). Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecologic oncology*, 112 (3), 654-662.
 7. **G. E. Chalouhi, F. Golfier, P. Soignon et al** (2009). Methotrexate for 2000 FIGO low-risk gestational trophoblastic neoplasia patients: efficacy and toxicity. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200 (6), 643. e641-643. e646.
 8. **M. Tonanont, P. Inthasorn, D. Boriboonhirunsarn et al** (2005). Response to initial treatment of low and intermediate risk gestational trophoblastic disease with methotrexate and folinic acid. *Journal medical association of Thailand*, 88 (10), 1349.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÙ VẠO CỘT SỐNG BẨM SINH DO DỊ TẬT NỬA THÂN ĐỐT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Vũ Hoàng¹, Lưu Ngọc Hoạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả điều trị hai trường hợp gù vẹo cột sống ngực-thắt lưng bẩm sinh do dị tật nửa thân đốt sống T12-L1 được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ca bệnh (case report) được thực hiện trên hồ sơ bệnh án của 02 người bệnh gù vẹo cột sống ngực-thắt lưng bẩm sinh điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Kết quả:** Sau phẫu thuật 15 ngày, cả hai người bệnh ra viện không có biến chứng thần kinh và nhiễm trùng vết mổ. Góc vẹo thay đổi từ 20 độ, 40 độ xuống còn 5 độ, 10 độ, góc gù thay đổi từ 40 độ, 50 độ xuống 10 độ, 15 độ. **Kết luận:** Bệnh gù, vẹo cột sống bẩm sinh cần phát hiện và can thiệp sớm để có được kết quả điều trị tốt nhất và ít ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống sau này.

Từ khóa: Gù vẹo cột sống bẩm sinh

SUMMARY

RESULTS OF CONGENITAL KYPHOSCOLIOSIS AT THORACOLUMBAR TREATMENT AT A GENERAL PROVINCIAL HOSPITAL: A CASE REPORT

Objective: To illustrate treatment results of two cases of congenital kyphoscoliosis at thoracolumbar due to hemivertebra cases were operated at Phu Tho Provincial General Hospital. **Methods:** We conducted a case report on the medical record of 2 patients who suffer congenital kyphoscoliosis at thoracolumbar at Phu Tho Provincial General Hospital. **Result:** The recovery time estimate was 15 days. Following clinical systems after surgery, we find out the decreasing of curve angle from 20; 40 to 5; 10 degrees, respectively. And kyphotic curve from 40; 50 to 10; 15 degrees, respectively. Both two patients recover without any neurological complications and wound infection. **Conclusion:** Congenital kyphoscoliosis should be detected and treated early to achieve the

best results and minimize the complications in the long-term.

Key word: Congenital kyphoscoliosis at thoracolumbar

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẹo cột sống bẩm sinh là biến dạng bất thường một đoạn đường cong của cột sống gây ra bởi sự khiếm khuyết lúc phân chia và hình thành đốt sống ở thời kỳ bào thai. Các hình thái bất thường của đốt sống được phân ra làm hai loại là bất thường khi hình thành và khi phân chia.

Bệnh hiếm gặp với tỷ lệ 1/10.000 trẻ. Bệnh thường nguy hiểm vì có kết hợp với các dị dạng ở cơ quan khác như tim, thận,... Theo thống kê, có 85% bệnh nhân bị vẹo bẩm sinh có góc vẹo lớn hơn 41 độ ở tuổi thiếu niên [4]. Hơn nữa, có tới 80% vẹo cột sống bẩm sinh do dị tật nửa thân đốt sống gây ra [5]. Dạng điển hình của dị tật này là đốt sống chỉ có một phần thân đốt sống ở phía trước, một nửa cung và một cuống đốt sống ở phía sau.

Sự bất thường về giải phẫu dẫn đến tình trạng mất cân bằng của cột sống khi trẻ phát triển gây nên vẹo cột sống. Nếu đốt sống dị tật khu trú ở phía sau, ngoài biến dạng vẹo cột sống còn gây biến dạng gù cột sống nặng nề. Người bệnh không được điều trị kịp thời thường dẫn tới biến dạng cột sống tiến triển từ rất sớm. Nếu đốt sống dị tật ở vùng cột sống ngực có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới chức năng hô hấp. Trẻ có vẹo cột sống bẩm sinh ở vùng ngực thường bị bệnh lý tim phổi nặng nề và chết trước 20 tuổi.

Ngày nay, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, chúng tôi áp dụng phương pháp phẫu thuật sớm nắn chỉnh biến dạng đối với các loại dị tật đốt sống tiến triển nhanh. Do đây là một căn bệnh hiếm, các phương pháp điều trị tại Việt Nam chưa được chia sẻ nhiều, vậy nên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để chia sẻ kết quả điều trị hai người bệnh vẹo cột sống tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sơn

Email: nguyensonbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án của hai trường hợp bệnh vẹo cột sống tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2018 về tiền sử, phương pháp điều trị, đáp ứng điều trị, kết quả, và biến chứng sau ra viện. Chúng tôi mô tả quá trình diễn biến của người bệnh từ lúc nhập viện tới khi ra viện. Theo đó, chúng tôi so sánh kết quả trước và sau điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh cột sống.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1: Người bệnh nam, tám tuổi. Tiền sử lúc bốn tuổi bị chấn thương cột sống do ngã. Người bệnh đã được phẫu thuật ở Bệnh viện Việt Đức đặt nẹp vít cột sống, 2 năm sau được phẫu thuật tháo nẹp vít tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Nhiều tháng gần đây, đối tượng nghiên cứu thấy đau lưng nhiều, phát hiện thấy cột sống ngày càng gù và vai phải cao hơn vai trái. Khám thấy gù vẹo cột sống vùng ngực - thắt lưng đáng kể lệch phải, bướu vùng thắt lưng lệch bên phải, hông bên trái cao hơn phải một cm. Người bệnh không có hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép thần kinh. Qua kết quả chụp XQ cột sống ngực- thắt lưng, chúng tôi đã phát hiện dị tật nửa thân đốt T12-L1, góc vẹo T11-L4 20 độ, góc gù 40 độ. Kết quả siêu âm tim và ổ bụng không thấy có tổn thương phối hợp. Chúng tôi tiến hành chụp CT scanner cột sống thấy hình ảnh dị tật nửa thân đốt sống hình chêm T12-L1 với độ biến dạng gù lớn. Chụp cộng hưởng từ vùng cột sống thắt lưng không phát hiện khiếm khuyết thần kinh đi kèm. Theo đó, người bệnh

được chẩn đoán gù vẹo cột sống ngực thắt lưng bẩm sinh dị tật nửa thân đốt sống T12-L1 có chỉ định phẫu thuật nắn chỉnh biến dạng.

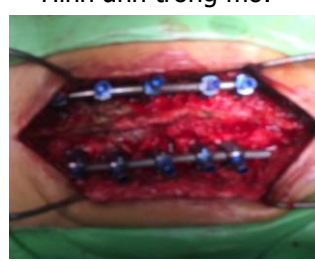
Chúng tôi áp dụng kỹ thuật mổ với người bệnh được gây mê nội khí quản tư thế nằm sấp hai háng gấp nhẹ. Cán bộ y tế rạch da theo đường liên gai sau của vết mổ cũ, bóc lộ xương cột sống bằng cách bóc tách các cơ cạnh sống. Bắt vít qua cuống T9, T10, T11, L1, L2 hai bên. Chúng tôi tạm thời đặt thanh dọc, sau đó tiến hành cắt bỏ nửa thân đốt dị tật T12 từ bên phải sang trái, từ sau ra trước. Đây là giai đoạn chảy nhiều máu và có nhiều nguy cơ tổn thương thần kinh nhất, do đó chúng tôi đã sử dụng hệ thống dao cắt xương Misonix BoneScalpel hỗ trợ nhằm giảm tối thiểu lượng máu mất và an toàn khi cắt xương. Sau khi thân đốt sống được lấy bỏ, các đốt sống trên và dưới đốt sống dị dạng được tách rời, chúng tôi tiến hành cắt bỏ các khối mấu khớp và gai sau của các đốt sống nhằm đảm bảo cho nắn chỉnh thuận lợi đồng thời lấy nguồn xương ghép. Đặt thanh dọc và nắn chỉnh biến dạng cột sống theo các bình diện trước sau và bên, cố định nẹp vít với thanh dọc. Ghép xương phía sau đặt dẫn lưu và đóng vết mổ.

Thời gian của cuộc mổ là năm giờ với lượng máu truyền trong mổ là 1,5 lít. Sau 15 ngày, người bệnh ra viện với vết mổ liền sẹo tốt, còn đau nhẹ vùng lưng, không có biến chứng tổn thương thần kinh, đáng kể được cải thiện với hai hông cân đối. Chụp XQ, CTscanner kiểm tra nẹp vít cố định tốt, góc vẹo từ 20 độ giảm còn 5 độ, góc gù từ 40 độ giảm còn 10 độ.

Hình ảnh trước mổ



Hình ảnh trong mổ

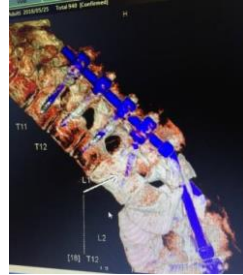
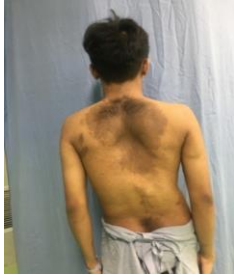


Hình ảnh sau mổ:



Trường hợp 2: Người bệnh nam, mười hai tuổi. Cách đây tám năm, người bệnh được mổ vẹo cột sống. Những năm gần đây, người bệnh đau mỏi lưng nhiều, hạn chế vận động, lưng ngày càng gù vẹo hơn. Cán bộ y tế bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ chẩn đoán gù vẹo cột sống vùng ngực - thắt lưng. Người bệnh có dáng đi lệch phải, bướu vùng thắt lưng lệch bên phải, hông bên trái cao hơn phải hai cen ti mét. Hội chứng cột sống âm tính và hội chứng chèn ép thần kinh âm tính. Chụp XQ cột sống ngực - thắt lưng thường quy phát hiện bị gãy nẹp, dị tật nửa thân đốt T12-L1, góc vẹo 40 độ, góc gù 50 độ. Theo đó, người bệnh được phẫu thuật lấy bỏ nẹp gãy, chỉnh lại một số vít vào thân đốt sống và bắt thêm 8 vít cột sống ngực. Cắt bỏ thân đốt sống dị tật D12 – L1 bằng dao siêu âm cắt xương, phá vững và dùng nẹp vít nắn chỉnh gù vẹo cột sống.

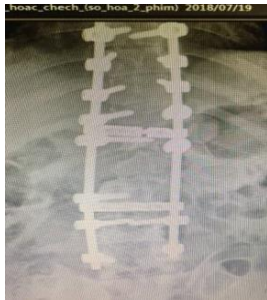
Hình ảnh trước mổ



Hình ảnh trong mổ



Hình ảnh sau mổ:



IV. BÀN LUẬN

Vẹo cột sống vô căn gây ra do sự khiếm khuyết phần chia của cột sống từ tuần thứ 4 - 6 trong thời kỳ bào thai [1]. Đây là không chỉ là thời kỳ phát triển và hình thành của cột sống mà cũng là giai đoạn hoàn chỉnh của tim, thận và nhiều cơ quan khác. Do vậy, vẹo cột sống vô căn thường phối hợp với các dị tật kèm theo liên quan tới tim, thận,... Trong thời kỳ mang thai, việc khám thai định kỳ và áp dụng siêu âm kiểm tra là vô cùng cần thiết và an toàn nhằm theo dõi tình trạng phát triển của thai nhi, đồng thời phát hiện sớm các dị dạng trong giai đoạn này.

Việc phát hiện và theo dõi trẻ có dị tật thân đốt sống lúc sơ sinh là rất quan trọng nhằm đánh giá tiến triển của bệnh và can thiệp kịp thời. Chuyên gia về cột sống sẽ giám sát và định kỳ đánh giá tiến triển thông qua khám, chụp XQ kiểm tra từ 06- 12 tháng/ lần [4]. Việc phẫu thuật sớm khi phát hiện dị tật nửa thân đốt nếu kèm theo ít nhiều biến dạng cột sống sẽ ngăn chặn sự tiến triển của bệnh. Đồng thời, tỷ lệ thành công của phẫu thuật sẽ cao hơn nhiều. Ngoài ra, phẫu thuật sớm còn giúp giảm được tối

thiểu các biến chứng như mất máu, tổn thương thần kinh, liệt chi...[3,4,5]. Theo đó, chất lượng cuộc sống của người bệnh sau này sẽ cải thiện hơn nhiều.

Người bệnh được chẩn đoán gù-vẹo cột sống bẩm sinh do dị tật nửa thân đốt đoạn ngực - thắt lưng có kèm theo biến dạng cột sống nên có chỉ định can thiệp phẫu thuật nắn chỉnh biến dạng. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được đề xuất tuy nhiên chúng tôi chọn phương án đi lối sau lấy bỏ thân đốt dị dạng và cắt các cầu xương sau đó nắn chỉnh biến dạng và ghép xương. Thân đốt dị dạng nằm ở vùng ngực thắt lưng và ở phía sau nhiều (Posterolateral quadrant vertebra) [3] nên gây biến dạng cả gù và vẹo. Tuy nhiên, vị trí này giúp phẫu thuật viên dễ dàng hơn khi lấy bỏ. Hơn nữa, chúng tôi dùng hệ thống dao cắt xương siêu âm Misonix BoneScalpel với rất nhiều loại mũi cắt và mũi mài giúp cắt xương nhanh, an toàn, hạn chế tối đa lượng máu mất và ít nguy cơ tổn thương thần kinh. Việc bắt vít qua cuống cung ở người bệnh vẹo bẩm sinh là rất khó khăn do biến dạng gù vẹo gây ra thay đổi về vị trí giải phẫu. Điều này đòi hỏi phẫu thuật viên

chính hình cột sống phải có kinh nghiệm cũng như kế hoạch phân tích phim chụp CT scanner trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh gù, vẹo cột sống bẩm sinh cần phát hiện và can thiệp sớm để có được kết quả điều trị tốt nhất và ít ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daniel Hedequist, MD:** Congenital scoliosis. Journal of the American Academy of Orthopaedic

Surgeons 2004;12:266-275.

2. **Emans J. Congenital scoliosis:** a review and update. Pediatric Orthopedic 2007;27(1):106-116
3. **Paul D. Sponseller, MD, Beverlie L. Ting, MD (2008).** Congenital scoliosis. Rothman- Simeone The Spine sixth edition. 374-383
4. **McMaster MJ.** Congenital scoliosis caused by a unilateral failure of vertebral segmentation with contralateral hemivertebrae. Spine (Phila Pa1976) 1998;23(9):998-1005
5. **Chan G, Dormans JP.** Update on congenital spinal deformities: preoperative evaluation. Spine (Phila Pa 1976) 2009;34:1766-1774.

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ SÂU RĂNG VĨNH VIỄN GIAI ĐOẠN SỚM BẰNG NƯỚC XÚC MIỆNG FLUOR (0,05%) TRÊN TRẺ EM 7-8 TUỔI

Trần Thị Kim Thúy*, Trịnh Đình Hải*, Lê Thị Thu Hà**

TÓM TẮT

Vai trò của fluor nói chung, nước súc miệng fluor nói riêng trong dự phòng và điều trị bệnh sâu răng ngày càng được hiểu rõ. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định những đóng góp của fluor trong việc làm hạ thấp tỷ lệ và mức độ trầm trọng của sâu răng trên toàn cầu. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả sử dụng nước súc miệng fluor (NaF 0,05%) trên nhóm học sinh có tổn thương sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm (D1, D2). **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng được tiến hành sau một nghiên cứu mô tả cắt ngang ở học sinh lớp 2 (7-8 tuổi) tại Phú Thọ. 444 học sinh tại hai trường Tiểu học được chọn vào khám, đánh giá tình trạng bệnh sâu răng, sau đó được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 gồm 197 học sinh tại trường Tiểu học Tân Dân được súc miệng dung dịch fluor (NaF 0,05%), nhóm 2 gồm 247 học sinh tại trường Tiểu học Đình Tiên Hoàng được chải kem đánh răng P/S trẻ em. Sau mỗi 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng học sinh được tái khám để đánh giá tình trạng bệnh sâu răng. **Kết quả:** Nước súc miệng fluor 0,05% làm giảm tỷ lệ sâu răng sớm (mức tổn thương D1, D2) từ 65,0% trước can thiệp xuống 39,0%; tỷ lệ sâu răng (mức D1, D2 và D3) giảm từ 67,5% xuống còn 53,8%; chỉ số DMFT giảm từ 2,3 xuống còn 1,9 và chỉ số DMFS giảm từ 2,7 xuống còn 2,1 sau 18 tháng can thiệp. **Kết luận:** Nước súc miệng fluor 0,05% có tác dụng tốt trong tái khoáng hóa, ngăn chặn và vô hiệu hóa các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm D1, D2 ở răng vĩnh viễn.

Từ khóa: sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm, nước súc miệng fluor.

SUMMARY

EFFICACY OF 0.05% FLUOR MOUTHWASH IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF EARLY DENTAL CARIES IN PERMANENT TEETH IN 7-8 YEARS OLD CHILDREN

The role of fluor in general, fluor mouthwash in particular in dental caries prevention and treatment has been increasingly known. Many studies have affirmed the efficacy of fluor in reducing dental caries rate and severity worldwide. **Objectives:** To evaluate efficacy of using fluor mouthwash (NaF 0.05%) in students group having early dental caries lesions in permanent teeth (D1, D2). **Methods:** This is a controlled interventional study carried out after a descriptive cross sectional study in group 2 students (7-8 years old) in Phu Tho. 444 pupils at 2 primary schools were chosen to examine, evaluate the dental caries state, after that they were divided to 2 groups: group 1 involved 197 pupils at Tan Dan primary school rinsed with fluor (NaF 0.05%), group 2 involved 247 pupils at Dinh Tien Hoang primary school who brushed their teeth with P/S toothpaste. After 6 months, 12 months and 18 months, all pupils were examined again to estimate dental caries. **Results:** Using 0.05% fluor mouthwash decreases early dental caries rate (lesions level D1, D2) from 65.0% before to 39.0%; dental caries (level D1, D2 and D3) from 67.5% down to 53.8%; DMFT index decreases from 2.3 to 1.9 and DMFS index from 2.7 to 2.1 after 18 months intervention. **Conclusions:** 0.05% Fluor mouthwash has good effects in remineralization, dental caries lesions prevention and counteraction at early stage D1, D2 in permanent teeth.

Keywords: Early dental caries in permanent teeth, fluor mouthwash

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vai trò của Fluor nói chung, nước súc miệng fluor nói riêng trong dự phòng và điều trị sâu răng ngày càng được hiểu rõ và khẳng định

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

**Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Thúy

Email: Thuyrh82@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

những đóng góp của Fluor trong việc làm hạ thấp tỷ lệ và mức độ trầm trọng của sâu răng trên toàn cầu. Nghiên cứu của Marinho VC và cộng sự (2003), qua phân tích tổng hợp các nghiên cứu can thiệp bằng fluor thấy nước súc miệng fluor 0,05% làm giảm sâu răng là 45% (95%CI, 35%-50%) [1]. Súc miệng dung dịch fluor là một liệu pháp tại chỗ với nhiều ưu điểm: cung cấp ion fluor trực tiếp cho tất cả các bề mặt của răng ngay khi súc miệng (nhờ fluor tồn tại dạng ion trong dung dịch), dễ sử dụng, chi phí thấp, nhận được sự chấp nhận rộng rãi của cộng đồng. Với những ưu điểm này nước súc miệng fluor trở nên phổ biến ở các nước phát triển như Nhật Bản và Châu Âu. Trong khi đó ở nước ta, cho trẻ em tiểu học sử dụng nước súc miệng fluor 0,05% hoặc 0,2% tại trường để phòng sâu răng, được coi là một trong bốn nội dung chính của chương trình nha học đường toàn quốc. Sử dụng nước súc miệng 0,05% có ưu điểm cung cấp được ion fluor thường xuyên hơn (do số lần súc miệng nhiều) và giảm thiểu nguy cơ nhiễm độc fluor cho trẻ. Tuy nhiên việc thực hiện nội dung này tại đa số các trường tiểu học miền núi như tại Phú Thọ vẫn chưa thực hiện được. Đối tượng học sinh này thiếu thốn hơn học sinh tại thành phố và đồng bằng về các yếu tố bảo vệ nhằm giảm bớt nguy cơ sâu răng. Xuất phát từ các vấn đề trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu *"Đánh giá hiệu quả sử dụng nước súc miệng fluor (NaF 0,05%) trên nhóm học sinh 7-8 tuổi có tổn thương sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm (D1, D2)"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là những học sinh khối lớp 2 (7-8 tuổi) đang học tại Trường Tiểu học Đình Tiên Hoàng và Tân Dân, Tp. Việt Trì, tỉnh Phú Thọ năm học 2015 – 2016.

- Có răng vĩnh viễn lành mạnh trên cung hàm.
- Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu (có phiếu chấp thuận và đồng ý của phụ huynh hoặc người giám hộ).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Học sinh chưa mọc hoặc thay răng vĩnh viễn.
- Trẻ đang hoặc mới ngừng điều trị sâu răng bằng các biện pháp Fluor tại chỗ < 6 tháng.
- Trẻ có tiền sử dị ứng với Fluor.
- Trẻ đang điều trị bằng các thuốc có phản ứng chéo với Fluor như Clohexidine.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng.

- Cỡ mẫu: Chúng tôi dựa theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: n_1 = Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm can thiệp (số học sinh được súc miệng dung dịch fluor 0,05%).

- n_2 = Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm đối chứng (số học sinh được chải kem P/S trẻ em 0,05% F); $Z_{(1-\alpha/2)}$ = hệ số tị cận ở mức xác suất 95% (=1,96); $Z_{1-\beta}$ = lực mẫu (=80%)

- p_1 = tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm trong nhóm can thiệp, sau 18 tháng theo dõi ước lượng là 40%; p_2 = tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm trong nhóm chứng, ước lượng là 55% sau 18 tháng theo dõi; $p = (p_1 + p_2)/2$

Theo công thức tính được cỡ mẫu cần thiết tối thiểu cho 2 nhóm nghiên cứu là $n_1 = n_2 = 168$ học sinh. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu trên 2 nhóm:

- Nhóm can thiệp: Khám lần 1, 2: 197; Khám lần 3, 4: 195 học sinh

- Nhóm đối chứng: Cả 4 lần khám đều có đủ 247 học sinh.

2.3. Cách chọn mẫu

- Bước 1: chọn chủ đích hai trường Tiểu học Đình Tiên Hoàng và Tân Dân thuộc thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ vào nghiên cứu..

- Bước 2: Lấy phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu của gia đình và khám lâm sàng chọn 168 học sinh đủ tiêu chuẩn ở mỗi trường tham gia vào nghiên cứu.

- Bước 3: Lập danh sách đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Các bước nghiên cứu

- Sau khi chọn nhóm can thiệp và nhóm chứng, các đối tượng trong cả hai nhóm đều được tiến hành: giáo dục nha khoa, lập hồ sơ theo dõi trước và sau can thiệp.

- Nhóm chứng chải răng theo lịch cố định: thời gian cho mỗi lần chải răng là 4 phút, mỗi ngày chải 1 lần vào buổi sáng, lịch chải răng được duy trì trong 18 tháng.

- Nhóm can thiệp súc miệng dung dịch fluor theo lịch cố định: thời gian cho mỗi lần súc miệng là 2 phút, mỗi ngày 1 lần vào buổi sáng, lịch súc miệng được duy trì trong 18 tháng.

2.5. Các chỉ số sử dụng trong nghiên cứu

- Chỉ số DMFT và DMFS
- Chỉ số hiệu quả (CSHQ) để đánh giá một số chỉ số (tỷ lệ %) thay đổi sau can thiệp so với trước can thiệp

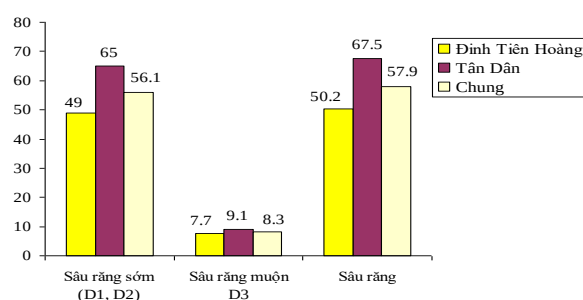
- Chỉ số can thiệp (CSCT (%)) để đánh giá hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm

chứng: CSCT (%) = $\frac{CSHQ_{nhóm\ can\ thiệp} - CS HQ_{nhóm\ đối\ chứng}}{CS HQ_{nhóm\ đối\ chứng}}$

2.6. Tiêu chuẩn sử dụng trong đánh giá tổn thương sâu răng: Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn của hệ thống đánh giá và phát hiện sâu răng quốc tế ICDAS [2],[3] trên lâm sàng, kết hợp sử dụng laser huỳnh quang Diagnodent pen 2190 để hỗ trợ chẩn đoán.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin chung của nhóm can thiệp và nhóm chứng



χ^2 test: $p_1 < 0,01$, $p_2 > 0,05$, $p_3 < 0,001$

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở học sinh theo trường (n=444)

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của học sinh hai trường tiểu học là 57,9% trong đó tỷ lệ sâu răng ở học sinh trường Tân Dân (67,5%) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (50,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_3 < 0,001$.

Tỷ lệ sâu răng sớm (D1, D2) là 56,1%. Tỷ lệ sâu răng sớm ở học sinh trường Tân Dân (65,0%) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (49,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_1 < 0,01$. Tỷ lệ sâu răng giai đoạn muộn (D3) là 8,3% và không có sự khác biệt giữa hai trường Đinh Tiên Hoàng và Tân Dân.

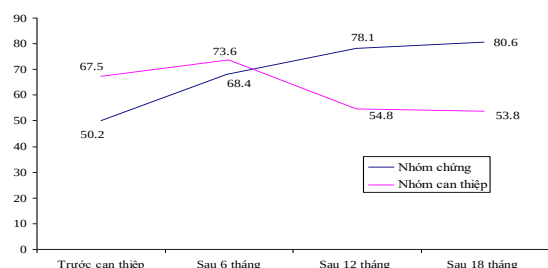
3.2. Hiệu quả dự phòng sâu răng của nước súc miệng fluor 0,05% qua sự thay đổi tỷ lệ sâu răng, chỉ số DMFT và DMFS

Biểu đồ 3.2. Thay đổi tỷ lệ sâu răng theo nhóm can thiệp

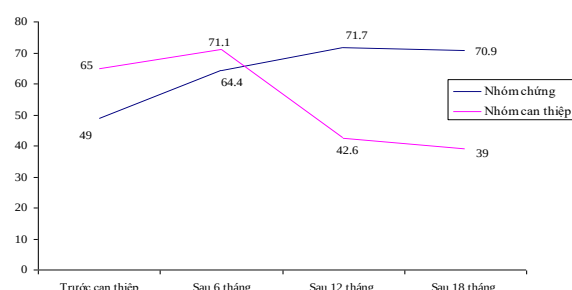
Nhận xét: Ở nhóm chứng, tỷ lệ sâu răng tăng từ 50,2% trước can thiệp lên 68,4% sau 6 tháng, 78,1% sau 12 tháng và 80,6% sau 18 tháng.

- Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng tăng từ 67,5% trước can thiệp lên 73,6% sau 6 tháng, sau đó giảm còn 54,8% sau 12 tháng, 53,8% sau 18 tháng.

- Sự khác biệt tỷ lệ sâu răng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở các thời điểm 6, 12, 18 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



(χ^2 test: $p_1 < 0,001$, $p_2 > 0,05$, $p_3 < 0,001$)



$p(\chi^2$ test): $p_1 < 0,01$, $p_2 > 0,05$, $p_3 < 0,001$, $p_4 < 0,001$

Biểu đồ 3.3. Thay đổi tỷ lệ sâu răng sớm D1, D2 theo nhóm can thiệp

Nhận xét: Ở nhóm chứng, tỷ lệ sâu răng sớm (mức tổn thương D1, D2) tăng từ 49,0% trước can thiệp lên 64,4% sau 6 tháng, 71,7% sau 12 tháng và 70,9% sau 18 tháng.

- Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng sớm (mức tổn thương D1, D2) tăng từ 65,0% trước can thiệp lên 71,1% sau 6 tháng sau đó giảm xuống còn 42,6% sau 12 tháng, 39,0% sau 18 tháng.

- Sự khác biệt tỷ lệ sâu răng sớm (ở mức tổn thương D1, D2) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở các thời điểm 6, 12, 18 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.1. Hiệu quả thay đổi tỷ lệ sâu răng các mức độ ở 2 nhóm sau can thiệp 18 tháng

Bảng 3.2.1: Hiệu quả thay đổi tỷ lệ sử dụng các mức độ 0-2 nhóm sau can thiệp 18 tháng											
Nhóm SR	Nhóm chứng					Nhóm can thiệp					CS CT
	Trước CT		Sau 18 tháng		CS HQ	Trước CT		Sau 18 tháng		CS HQ	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
D1	104	42,1	83	33,6	20,2	87	44,2	56	28,7	35,1	14,9
D2	54	21,9	133	53,9	146,1*	73	37,1	38	19,5	47,4	193,6
D3	19	7,7	108	43,7	467,5*	18	9,1	49	25,1	175,8*	291,7
D1, 2	121	49,0	175	70,9	44,7*	128	65,0	76	39,0	40,0	84,7
D1, 2, 3	124	50,2	199	80,6	60,6*	133	67,5	106	53,8	20,3	80,9

p(Prtest)<0,001; (*): Chỉ số hiệu quả giảm

Nhận xét: Sau 18 tháng can thiệp, ở nhóm chứng tỷ lệ sâu răng tăng từ 50,2% lên 80,6%; chỉ số hiệu quả giảm 60,6%. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng giảm từ 67,5% xuống còn 53,8%; chỉ số hiệu quả tăng 20,3%. Chỉ số can thiệp (hiệu quả can thiệp) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên tỷ lệ sâu răng (D1, D2, D3) tăng 80,9%; tỷ lệ sâu răng sớm tăng 84,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3.2. Hiệu quả thay đổi chỉ số DMFT ở 2 nhóm sau 18 tháng can thiệp

Nhóm Chỉ số	Nhóm chứng			Nhóm can thiệp			CSCT
	Trước CT	Sau 18 tháng	CSHQ	Trước CT	Sau 18 tháng	CSHQ	
	Mean ± SD			Mean ± SD			
D1T	1,2 ± 1,7	0,9 ± 1,6	25,0	1,2 ± 1,8	0,7 ± 1,6	41,7	16,7
D2T	0,5 ± 1,2	1,3 ± 1,6	160,0*	0,9 ± 1,4	0,4 ± 0,9	55,6	215,6
D3T	0,1 ± 0,5	1,2 ± 1,7	1100,0*	0,2 ± 0,6	0,6 ± 1,3	200,0*	900,0
DT	1,8 ± 2,2	3,3 ± 2,7	83,3*	2,3 ± 2,2	1,7 ± 2,4	26,1	109,4
DMFT	1,8 ± 2,2	3,4 ± 2,6	88,9*	2,3 ± 2,2	1,9 ± 2,5	17,4	106,3

p(Prtest)<0,001; (*): Chỉ số hiệu quả giảm

Nhận xét: Ở nhóm chứng, chỉ số DMFT tăng từ 1,8 lên 3,4; chỉ số hiệu quả giảm 88,9%. Ở nhóm can thiệp, chỉ số DMFT giảm từ 2,3 xuống còn 1,9; chỉ số hiệu quả tăng 17,4%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên chỉ số DMFT tăng 106,3%. Sự khác biệt về chỉ số hiệu quả trên trung bình số răng sâu mất trám giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p<0,001

Bảng 3.3. Hiệu quả thay đổi chỉ số DMFS ở 2 nhóm sau 18 tháng can thiệp

Nhóm Chỉ số	Nhóm chứng			Nhóm can thiệp			CSCT
	Trước CT	Sau 18 tháng	CSHQ	Trước CT	Sau 18 tháng	CSHQ	
	Mean ± SD			Mean ± SD			
D1S	1,2 ± 1,8	1,1 ± 2,4	8,3	1,5 ± 2,6	0,8 ± 1,7	46,7	38,3
D2S	0,6 ± 1,3	1,6 ± 2,4	166,7*	1,0 ± 1,6	0,4 ± 1,1	60,0	226,7
D3S	0,2 ± 0,6	1,4 ± 2,4	600,0*	0,2 ± 0,7	0,7 ± 1,4	250,0*	350,0
DS	1,9 ± 2,4	4,0 ± 4,3	110,5*	2,7 ± 2,9	1,9 ± 2,6	29,6	140,2
DMFS	1,9 ± 2,5	4,0 ± 4,2	110,5*	2,7 ± 2,9	2,1 ± 2,7	22,2	132,7

p(Prtest)<0,001; (*): Chỉ số hiệu quả giảm

Nhận xét: Chỉ số DMFS của nhóm chứng tăng từ 1,9 lên 4,0; chỉ số hiệu quả giảm 110,5%. Ở nhóm can thiệp, chỉ số DMFS giảm từ 2,7 xuống còn 2,1; chỉ số hiệu quả tăng 22,2%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên chỉ số DMFS tăng 132,7%. Sự khác biệt về chỉ số hiệu quả giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng trên số trung bình mặt răng sâu mất trám có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số thông tin chung của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng: Nghiên cứu này được tiến hành sau một nghiên cứu mô tả cắt ngang. Để lựa chọn nhóm can thiệp và nhóm chứng, chúng tôi dựa vào tỷ lệ sâu răng của học sinh mỗi trường. Nếu tỷ lệ sâu răng của học sinh ở hai trường không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, chúng tôi sẽ bắt thăm ngẫu nhiên. Trong trường hợp tỷ lệ sâu răng có sự khác biệt, chúng tôi sẽ lựa chọn học sinh ở trường có tỷ lệ sâu răng cao hơn vào nhóm can thiệp.

Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 3.1 cho thấy: Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của học trường Tiểu học Tân Dân (67,5%) cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (50,2%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Tỷ lệ sâu răng sớm ở học sinh

trường Tiểu học Tân Dân (65,0%) cũng cao hơn trường Đinh Tiên Hoàng (49,0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Dựa vào kết quả này chúng tôi đã lựa chọn:

- Nhóm can thiệp (n₁): 197 học sinh của trường Tiểu học Tân Dân, được súc miệng với dung dịch nước súc miệng fluor 0,05% (NaF).

- Nhóm chứng (n₂): 247 học sinh của trường Tiểu học Đinh Tiên Hoàng, được chải răng với kem P/S trẻ em (0,05% fluor).

4.2. Hiệu quả dự phòng sâu răng của nước súc miệng fluor 0,05%

Trước can thiệp, tỷ lệ sâu răng ở nhóm chứng là 50,2% tăng lên 68,4% sau 6 tháng, 78,1% sau 12 tháng và 80,6% sau 18 tháng. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng tăng từ 67,5% trước can thiệp lên 73,6% sau 6 tháng, sau đó giảm

còn 54,8% sau 12 tháng, 53,8% sau 18 tháng. Sự khác biệt tỷ lệ sâu răng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở các thời điểm trước và sau can thiệp 12, 18 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (Biểu đồ 3.2). Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian can thiệp càng dài thì tỷ lệ sâu răng càng giảm đã cho thấy hiệu quả rõ rệt của nước súc miệng fluor 0,05% trên tổn thương sâu răng, tuy nhiên nghiên cứu chưa chứng minh được phải can thiệp kéo dài trong bao lâu thì tỷ lệ sâu răng triệt tiêu hoàn toàn. Điều này có thể sẽ không xảy ra vì nhiều nghiên cứu tác dụng của fluor đã chứng minh rằng, fluor chỉ có thể hoàn nguyên được các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm (D1, D2 tương ứng với ICDAS mã số 1 và 2) [4], còn khi sâu răng đã hình thành lỗ (D3 tương ứng với ICDAS mã số từ 3-6), fluor chỉ có tác dụng làm chậm sự phát triển của tổn thương sâu [1],[4]. Như vậy, tỷ lệ sâu răng của nhóm can thiệp trong nghiên cứu giảm là do nước súc miệng fluor đã có tác dụng làm hoàn nguyên các tổn thương sâu răng sớm (mã số D1 và D2).

Tỷ lệ sâu răng sớm ở hai nhóm cũng có sự thay đổi rõ rệt. Kết quả tại biểu đồ 3.3 cho thấy: ở nhóm chứng, tỷ lệ sâu răng sớm tăng từ 49,0% trước can thiệp lên 64,4% sau 6 tháng, 71,7% sau 12 tháng và 70,9% sau 18 tháng; ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng sớm tăng nhẹ từ 65,0% trước can thiệp lên 71,1% sau 6 tháng sau đó giảm xuống còn 42,6% sau 12 tháng, 39,0% sau 18 tháng (Biểu đồ 3.3).

Để đánh giá sâu hơn hiệu quả dự phòng sâu răng của nước súc miệng fluor so với kem chải răng, chúng tôi tiến hành phân tích kết quả can thiệp ở thời điểm trước và sau can thiệp 18 tháng. Theo kết quả tại bảng 3.1, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng đã tăng 80,9% trên tỷ lệ sâu răng nói chung, 84,7% trên tỷ lệ sâu răng sớm (mức D2 tăng 193,6%) và đặc biệt tăng 291,7% trên tỷ lệ sâu răng muộn. Phân tích trên chỉ số hiệu quả có thể thấy, ở nhóm chứng kem chải răng chỉ có thể hoàn nguyên các tổn thương sâu răng sớm mức D1, nên chỉ số hiệu quả ở mức tổn thương này tăng (20,2%). Còn ở tất cả các mức tổn thương khác kem chải răng không thể hoàn nguyên răng sâu thành răng lành nên chỉ số hiệu quả ở tất cả các mức tổn thương còn lại đều giảm; mức độ giảm nhiều nhất ở tổn thương sâu răng muộn (467,5%) và tổn thương sâu răng sớm mức D2 (146,1%). Ở nhóm can thiệp, chỉ có chỉ số hiệu quả trên tổn thương sâu răng muộn mức D3 giảm (175,8%) do fluor không thể hoàn nguyên các tổn thương sâu răng đã tạo thành lỗ. Ở các mức độ tổn thương còn lại chỉ số hiệu quả đều

tăng chứng tỏ nước súc miệng fluor đã hoàn nguyên được một số tổn thương sâu răng sớm thành răng lành. Sự khác biệt chỉ số hiệu quả trên tỷ lệ sâu răng ở tất cả các mức độ tổn thương giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng cũng đều có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.1).

Như vậy sau 18 tháng can thiệp bằng súc miệng dung dịch fluor 0,05%, tỷ lệ sâu răng ở trẻ 7-8 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi đã giảm 13,7%; tỷ lệ sâu răng sớm (mức D1, D2) giảm 26%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số kết quả nghiên cứu đã báo cáo trước đây trên thế giới. Nghiên cứu tổng quan của Twetman đã báo cáo tỷ lệ sâu răng giảm gần 30% khi sử dụng nước súc miệng [5] và giảm tới 86% ở nghiên cứu của Kobayashi sau một chương trình dài hạn [6]. Sở dĩ có sự khác biệt về giảm tỷ lệ sâu răng trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả trên là do Twetman đã tổng hợp các nghiên cứu sử dụng nước súc miệng fluor 0,2%; đặc biệt Kobayashi đã nghiên cứu sử dụng nước súc miệng fluor 0,2% trong một chương trình dài 17 năm.

Đối với chỉ số DMFT và DMFS, sau can thiệp 18 tháng, chỉ số DMFT của nhóm chứng tăng từ 1,8 lên 3,4, chỉ số DMFS tăng từ 1,9 lên 4,0. Ở nhóm can thiệp, chỉ số DMFT giảm từ 2,3 xuống 1,9; chỉ số DMFS giảm từ 2,7 xuống 2,1. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên chỉ số DMFT tăng 106,3% (Bảng 3.2), trên chỉ số DMFS tăng 132,7% (Bảng 3.3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Chen CJ-A và cs năm 2010 trên 270 trẻ em từ 8-9 tuổi tại bốn trường tiểu học ở Sarawak, Malaysia. Trẻ ở hai trường tiểu học được súc miệng bằng dung dịch fluor 0,2% và trẻ ở hai trường còn lại được kiểm soát bằng giả dược. Sau 3 năm: chỉ số DMFT của nhóm thử nghiệm tăng từ 1,06 lên 2,3 (95%CI, 1,93 - 2,67) trong khi chỉ số DMFT của nhóm kiểm soát tăng từ 1,01 lên 4,01 (95%CI, 3,39 - 4,63). Chỉ số DMFS của nhóm thử nghiệm tăng từ 1,55 lên 3,40 (95%CI, 2,68 - 4,12) còn giá trị DMFS của nhóm kiểm soát tăng từ 1,49 lên 6,67 (95%CI, 5,47 - 7,87) [7]. Tổng hợp kết quả nghiên cứu của một số tác giả đều cho thấy nước súc miệng fluor có hiệu quả làm giảm sâu răng thông qua giảm chỉ số DMFT, DMFS, tuy nhiên các nghiên cứu này đều chưa chứng minh được cần dùng một dung dịch nước súc miệng fluor với nồng độ bao nhiêu và sử dụng trong khoảng thời gian như thế nào để có thể giảm được hai chỉ số DMFT và DMFS một cách tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Nước súc miệng fluor 0,05% có tác dụng tốt trong tái khoáng hóa, ngăn chặn và vô hiệu hóa các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm D1, D2 ở răng vĩnh viễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marinho VC, Higgins JP, Logan S et al (2003).** Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. *J Dent Educ*, 67(4), 448-458.
2. **Pine C.M., P.M. Mccoldrick, G. Burnside Dundee, et al (2000).** An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *International dental journal*, 50(S6), pp.312-323.
3. **WHO (2013).** Oral Health Surveys-Basic Methods, 5th Edition.
4. **Vũ Mạnh Tuấn (2013).** *Nghiên cứu dự phòng sâu răng bằng Gel fluor*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Twetman S, Petersson L, Axelsson S, et al (2004).** Caries- preventive effect of sodium fluoride mouthrinses: a systemic review of controlled clinical trials. *Acta Odontol Scand*; 62:223-230.
6. **Kobayashi S, Kishi H, Yoshihara A, Horri K, Tsutsui A, Himeno T, et al (1995).** Treatment and posttreatment effects of fluoride mouthrinsing after 17 years. *J Public Health Dent*; 55:229-33.
7. **Chen CJ-A, Ling KS, Esa R, et al (2010).** A school – based fluoride mouth rinsing programme in Sarawak: a 3 year field study. *Community Dent Oral Epidemiol*; 38:310-314.

PHÂN TÍCH HIỆU QUẢ KINH TẾ CỦA DỰ ÁN PHA CHẾ TẬP TRUNG THUỐC UNG THƯ THEO LIỀU CÁ THỂ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY GIAI ĐOẠN 2013 -2015

Nguyễn Văn Tùng¹, Nguyễn Quốc Bình²,
Lê Văn Anh², Nguyễn Thị Thu Thủy³

TÓM TẮT

Ngày nay, pha chế thuốc tập trung theo liều cá thể đã được thực hiện ở nhiều quốc gia trên thế giới do độc tính và chi phí cao của thuốc ung thư đi kèm với yêu cầu về liều cá thể. Tuy nhiên kỹ thuật pha chế này đòi hỏi phải có sự đầu tư về cơ sở vật chất, máy móc trang thiết bị và đào tạo nhân lực... Vì vậy, đánh giá tính hiệu quả về mặt kinh tế của kỹ thuật pha chế này tại bệnh viện Chợ Rẫy, một trong hai bệnh viện áp dụng kỹ thuật pha chế thuốc này từ năm 2011 là vô cùng cấp thiết. Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu điện tử từ bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 – 2015 được thực hiện. Nghiên cứu cho thấy số lượt pha chế thuốc ung thư gia tăng từ 34.485 lượt năm 2013 lên đến 36.644 lượt năm 2015. Từ năm 2013 đến 2015 dự án pha chế theo liều cá thể thuốc ung thư tiêu tốn 1.030 tỷ VNĐ cho cơ sở vật chất và 0,510 tỷ VNĐ cho chi phí nhân công và giúp giảm 19.563 tỷ VNĐ cho chi phí thuốc. Nhìn chung dự án pha chế tập trung theo liều cá thể thuốc ung thư có tác động kinh tế tích cực so với phương pháp pha chế truyền thống nhờ làm giảm chi phí 17,7 tỷ VNĐ.

Từ khóa: pha chế, liều cá thể, thuốc ung thư, hiệu quả kinh tế

SUMMARY

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y Dược Tp. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tùng

Email: trangtungtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

ANALYZE THE ECONOMIC EFFECTIVENESS OF DIVIDING DOSE FOR CANCER DRUGS PROJECT IN CHO RAY HOSPITAL IN 2013 – 2015

Nowadays professional technique in dividing dose of cancer drugs has been widely used in many countries due to their high price, high toxicity and required individualized dose. However, this technique requires investing resources in building, machines, training workers etc. Therefore, it is necessary to evaluate efficiency of this technique in hospital such as Cho Ray hospital, one of the two Vietnamese hospitals, starting to use this technique from 2011. A cross-sectional study based on electronic data from Cho Ray hospital in the period of 2013 – 2015 has been conducted. It has been shown that the number of anti-cancer drug preparation times has increased from 34,485 in 2013 to 36,644 in 2015. From 2013 to 2015, it has been shown that despite the project of cancer drugs individualized dosing required 1,030 billion VND from capital cost for assets and 0.510 billion VND from labor cost, it reduced 19.563 billion VND from drug cost. In total the project of cancer drugs individualized dosing has a positive economic impact with budget reduction of 17.7 billion VND compared with traditional preparation.

Key words: preparation, individual dose, anti-cancer drug, economic efficiency analysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, pha chế tập trung theo liều cá thể thuốc độc tế bào nói chung hay thuốc trị ung thư nói riêng đã được thực hiện ở bệnh viện trên thế giới nhằm đạt được chi phí (CP) hiệu quả và an toàn tối ưu. Việc pha chế tập trung theo liều (PCTTTL) đã được chứng minh làm giảm CP

thuốc tiêu hao và CP nhân công so với không pha chế theo liều. Tuy nhiên là thủ thuật trình độ cao, kỹ thuật pha chế này đòi hỏi phải có sự đầu tư về cơ sở vật chất, máy móc trang thiết bị và đào tạo nhân lực. Vì vậy, cần thiết phải đánh giá tính hiệu quả về mặt kinh tế của dự án pha chế theo liều cá thể so với phương pháp pha chế truyền thống. Tại Việt Nam, bệnh viện Chợ Rẫy là một trong hai bệnh viện áp dụng kỹ thuật pha chế thuốc này từ năm 2011, do đó việc phân tích hiệu quả kinh tế của kỹ thuật này trong giai đoạn đầu sử dụng 2013 – 2015 là cần thiết để có được những đánh giá và điều chỉnh kịp thời. Nghiên cứu "Phân tích hiệu quả kinh tế của dự án pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 -2015" được thực hiện với 2 mục tiêu cụ thể sau đây:

1. *Khảo sát thực trạng pha chế tập trung thuốc ung thư theo liều cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013-2015*

2. *Phân tích chi phí tiết kiệm của dự án pha chế tập trung thuốc ung thư theo liều cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 – 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

- Dữ liệu lưu trữ về pha chế tập trung giai đoạn 2013 – 2015 tại bệnh viện Chợ Rẫy (tên thương mại của thuốc, số lần pha chế, số lần chia lẻ, đơn giá...)

- Dữ liệu chi phí về máy móc, trang thiết bị, nhà xưởng, nhân công phục vụ cho việc pha chế.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu hồi cứu pha chế thuốc ung thư tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 - 2015

Chi phí của dự án pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể được đánh giá bao gồm CP thuốc pha chế, CP nhân công, CP khấu hao tài sản cố định (phòng pha chế, máy móc trang thiết bị). Tất cả CP thành phần và giá mua tài sản cố định được qui đổi về năm 2015 với công thức quy đổi dựa trên chỉ số giá tiêu dùng (Consumer Price Index – CPI) theo công thức sau:

Trong đó : CP_{năm hiện tại}: chi phí được quy đổi về năm 2015

CPI_{năm hiện tại}: chỉ số giá tiêu dùng năm 2015

CPI_{năm tiến hành nghiên cứu}: chỉ số giá tiêu dùng năm tiến hành nghiên cứu

$$CP_{\text{năm hiện tại}} = \frac{CP_{\text{năm tiến hành nghiên cứu}} \times CPI_{\text{năm hiện tại}}}{CPI_{\text{năm tiến hành nghiên cứu}}}$$

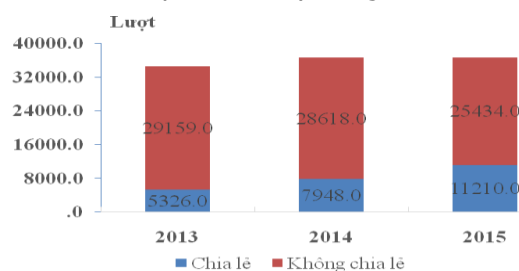
Thống kê và xử lý số liệu: số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010,

kết quả được trình bày ở dạng hình và bảng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Khảo sát thực trạng pha chế tập trung thuốc ung thư tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 – 2015

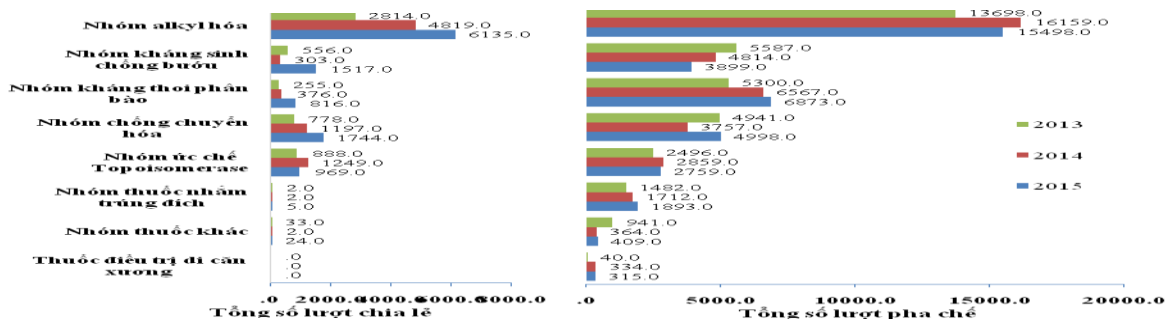
Số lượt pha chế và chia lẻ thuốc ung thư theo liều cá thể giai đoạn 2013 – 2015: Khảo sát tổng số lượt pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể bao gồm số lượt chia lẻ và số lượt không chia lẻ giai đoạn 2013 – 2015, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 1.



Hình 1. Số lượt pha chế thuốc ung thư giai đoạn 2013 - 2015

Theo hình 1, đề tài ghi nhận số lượt pha chế thuốc ung thư tại bệnh viện Chợ Rẫy tăng dần mỗi năm với 34.485 lượt - năm 2013, tăng lên 36.566 lượt - năm 2014 và 36.644 lượt - năm 2015. Trong tổng số lượt pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể, số lượt chia lẻ thuốc ung thư cũng tăng dần qua các năm: tăng 1,5 lần ở năm 2014 so với 2013 (7.948 lượt so với 5.326 lượt, tương ứng) và 1,4 lần ở năm 2015 so với 2014 (11.210 lượt so với 7.948 lượt, tương ứng). Không chỉ ghi nhận sự gia tăng về số lượt chia lẻ, tỷ lệ số lượt chia lẻ trong tổng số lượt pha chế mỗi năm cũng có sự gia tăng đáng kể với 15,44% - năm 2013; 21,74% - năm 2014 và 30,59% - năm 2015. Như vậy, khảo sát thực trạng pha chế thuốc ung thư giai đoạn 2013 – 2015, đề tài ghi nhận số lượt pha chế tăng lên đi kèm với sự gia tăng số lượt chia lẻ thuốc với tỷ lệ chia lẻ thuốc tăng nhanh qua mỗi năm và đến năm 2015 tỷ lệ này là hơn 30%. Điều này cho thấy nhu cầu pha chế thuốc ung thư tập trung theo liều cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy là cấp thiết và ngày càng tăng cao.

Số lượt pha chế và chia lẻ theo nhóm thuốc: Khảo sát tổng số lượt pha chế và chia lẻ thuốc ung thư theo nhóm thuốc tại bệnh viện Chợ Rẫy bao gồm 8 nhóm (nhóm alkyl hóa, nhóm kháng thoi phân bào, nhóm chống chuyển hóa, nhóm kháng sinh chống bướu, nhóm ức chế Topoisomerase, nhóm nhắm trúng đích, nhóm điều trị di căn xương và các nhóm khác), đề tài ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 2.



Hình 2. Tổng số lượt pha chế và chia lẻ theo nhóm thuốc năm 2013-2015

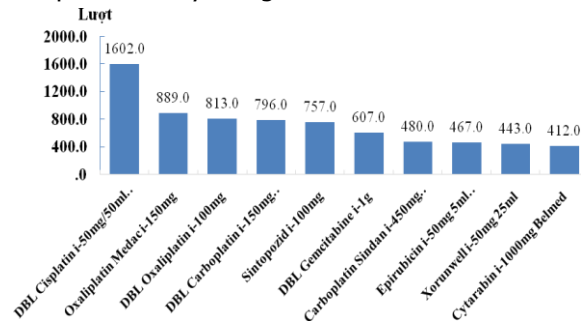
Theo hình 2, khảo sát số lượt PCTTTL theo nhóm thuốc giai đoạn 2013-2015, đề tài ghi nhận nhóm alkyl hóa có tổng số lượt PCTTTL cao nhất so với các nhóm còn lại trong cả 3 năm khảo sát với trên 45.000 lượt; các nhóm kháng sinh chống bướu, kháng thoi phân bào, chống chuyển hóa, ức chế topoisomerase có số lượt PCTTTL dao động từ 8.000 – trên 18.000 lượt qua các năm khảo sát; các nhóm thuốc còn lại bao gồm nhóm thuốc nhắm trúng đích, điều trị di căn xương và nhóm thuốc khác có số lượt PCTTTL thấp nhất (dưới 6.000 lượt). Trong giai đoạn 2013 - 2015, số lượt chia lẻ cũng được ghi nhận nhiều nhất ở nhóm alkyl hóa với tổng trên 13.000 lượt; sau đó là các nhóm kháng sinh chống bướu, kháng thoi phân bào, chống chuyển hóa và ức chế topoisomerase (từ 1.400 đến trên 3.700 lượt) và thấp nhất ở nhóm thuốc nhắm trúng đích, nhóm thuốc khác (9 là 59 lượt, tương ứng) và đặc biệt là nhóm thuốc điều trị di căn xương (không có lượt chia lẻ nào trong cả 3 năm).

Khảo sát sự biến động số lượt PCTTTL theo nhóm thuốc giai đoạn 2013-2015, đề tài ghi nhận một số nhóm thuốc có sự tăng dần số lượt PCTTTL từ năm 2013 đến năm 2014 và 2015 bao gồm nhóm kháng thoi phân bào (5.300 tăng lên 6.567 và 6.873 lượt, tương ứng), nhóm thuốc nhắm trúng đích (1.482 tăng lên 1.712 và 1.893 lượt, tương ứng). Một số nhóm thuốc có sự giảm dần số lượt PCTTTL từ năm 2013 đến năm 2014 và 2015 bao gồm nhóm kháng sinh chống bướu (5.587 giảm xuống 4.814 và 3.899 lượt, tương ứng). Một số nhóm thuốc ung thư khác có số lượt PCTTTL giảm mạnh vượt trội ở năm 2014 và tăng trở lại trong năm 2015 bao gồm nhóm chống chuyển hóa và nhóm thuốc khác.

Khảo sát sự biến động số lượt chia lẻ nhóm thuốc ung thư, đề tài ghi nhận nhóm alkyl hóa và nhóm kháng thoi phân bào có số lượt chia lẻ tăng dần qua các năm với tỷ lệ gia tăng từ 1,0 – 2,2 lần so với năm trước đó. Nhóm kháng sinh chống bướu có số lượt chia lẻ giảm ở năm 2014

so với 2013 (303 so với 556 lượt, tương ứng) nhưng lại tăng mạnh ở năm 2015 (1517 lượt).

Top 10 thuốc có tổng số lượt chia lẻ thuốc năm 2015: Phân tích 10 thuốc có tổng số lượt chia lẻ thuốc nhiều nhất dựa trên dữ liệu pha chế tập trung thuốc điều trị ung thư tại bệnh viện Chợ Rẫy trong năm 2015, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 3.



Hình 3. Top 10 thuốc có tổng số lượt chia lẻ thuốc nhiều nhất năm 2015

Theo hình 3, đề tài ghi nhận thuốc có số lượt chia lẻ nhiều nhất trong năm 2015 là DBL Cisplatin i-50mg/50ml Hospira với 1.602 lượt (chiếm 14,29% trong tổng số lượt chia lẻ năm 2015); tiếp theo là Oxaliplatin Medac i-150mg với 889 lượt (chiếm 7,93%); DBL Oxaliplatin i-100mg với 813 lượt (7,25%); DBL Carboplatin i-150mg Hospira với 796 lượt (7,10%); Sintopozid i-100mg với 757 lượt (6,75%); DBL Gemcitabine i-1g - 607 lượt (5,41%); Carboplatin Sindan i-450mg 45ml - 480 lượt (4,28%); Epirubicin i-50mg 5ml Pharmachemie - 467 lượt (4,17%); Xorunwell i-50mg 25ml - 443 lượt (3,95%); Cytarabin i-1000mg Belmed xếp thứ 10 với 412 lượt (3,68%). Như vậy trong 10 biệt dược có số lượt chia lẻ nhiều nhất năm 2015 có 5/10 biệt dược thuộc nhóm thuốc alkyl hóa với hoạt chất carboplatin, cisplatin, oxaliplatin; 2 biệt dược thuộc nhóm chống chuyển hóa (DBL Gemcitabine i-1g - hoạt chất là gemcitabin và Cytarabine i-1000mg Belmed - hoạt chất là cytarabin); 2 biệt dược thuộc nhóm kháng sinh

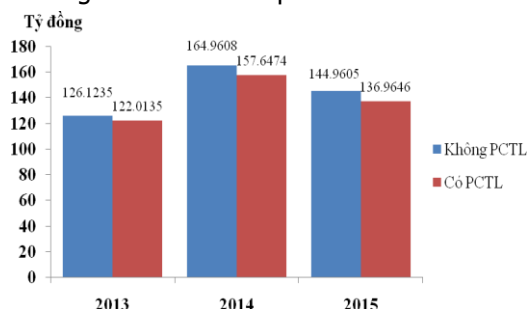
chống bướu (Epirubicin i-50mg 5ml Pharmachemie; Xorunwell i-50mg 25ml) và 1 biệt dược nhóm ức chế topoisomerase (Sintopozid).

Phân tích chi phí tiết kiệm của dự án pha chế tập trung thuốc ung thư theo liều cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 – 2015: Để phân tích CP tiết kiệm của dự án PCTTTL đề tài tiến hành so sánh tổng CP trong giai đoạn 2013 – 2015 giữa áp dụng PCTTTL và không áp dụng PCTTTL với cấu phần CP bao gồm CP thuốc ung thư, CP nhân công, CP khấu hao tài sản cố định.

Chi phí thuốc: Chi phí thuốc được đánh giá dựa trên lượng thuốc pha chế và đơn giá thuốc từ dữ liệu bệnh viện. Lượng thuốc ung thư được chỉ định cho mỗi người bệnh là khác biệt và được pha chế hoặc chia lẻ dựa trên liều đóng gói cố định của mỗi thuốc. Tuy nhiên, theo hướng dẫn sử dụng của từng loại thuốc, đa số các thuốc sau khi pha được sử dụng trong 24 giờ ở điều kiện chuẩn, dẫn đến việc lãng phí lượng thuốc nếu pha chế theo phương pháp truyền thống. Vì vậy, việc pha chế tập trung sẽ tập hợp được tổng số bệnh nhân trong ngày (hay trong 24 giờ) kèm với lượng thuốc sau pha cần sử dụng, từ đó tính được số lượng lọ thuốc đóng gói sẵn cần pha, sau đó sẽ phân liều theo từng cá thể bệnh nhân (ghép cặp). Khảo sát CP thuốc ung thư khi thực hiện và không thực hiện dự án PCTTTL cá thể giai đoạn 2013- 2015, đề tài ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 4.

Theo hình 4, đề tài ghi nhận CP thuốc khi thực hiện dự án PCTTTL cá thể đều thấp hơn so

với nếu không thực hiện dự án qua các năm khảo sát với CP tiết kiệm vào khoảng 4,11 tỷ đồng năm 2013 (122,01 so với 126,12 tỷ đồng; tương ứng); 7,31 tỷ đồng năm 2014 (157,65 so với 164,96 tỷ đồng) và 8 tỷ đồng năm 2015 (136,96 so với 144,96 tỷ đồng). Xét về giá trị, năm 2015 mặc dù có số lượt PCTTTL thuốc ung thư cao nhất nhưng có CP thuốc thấp hơn năm 2014.



Hình 4. Chi phí thuốc giai đoạn 2013-2015

Chi phí nhân công: Với dự án PCTTTL cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy, việc PCTTTL được tiến hành tại khu pha chế biệt lập với 6 nhân viên y tế có chuyên môn và kỹ năng được đào tạo với mức lương trung bình 8 triệu đồng/tháng. Với phương pháp pha chế thông thường, việc pha chế theo liều được thực hiện bởi các nhân viên điều dưỡng của bệnh viện với mức thu nhập trung bình 6 triệu/tháng và thời gian pha chế 1 lượt trung bình 20 phút (bao gồm cả làm vệ sinh). Phân tích CP nhân công trong pha chế thuốc ở 2 phương án pha chế, đề tài thu được kết quả trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Chi phí nhân công pha chế thuốc giai đoạn 2013 – 2015

Năm	Thực hiện dự án PCTTTL		
	2013	2014	2015
Số nhân viên	6	6	6
Lương nhân viên/ tháng (đồng)	8.000.000		
Tổng CP nhân công/1 tháng (triệu đồng)	48	48	48
Tổng CP nhân công/năm (đồng)	576.000.000	576.000.000	576.000.000
Năm	Không thực hiện dự án PCTTTL		
	2013	2014	2015
Tổng số lượt pha chế/năm	34.485	36.566	36.644
Số giờ pha chế	11.495,00	12.188,67	12.214,67
Lương nhân viên/tháng (đồng)	6.000.000		
Tiền công/giờ (đồng)	34.090,91		
Tổng CP nhân công/năm (đồng)	391.875.000	415.522.727	416.409.091

Theo bảng 1, đề tài ghi nhận CP nhân công khi thực hiện dự án PCTTTL có giá trị 576 triệu đồng mỗi năm. Đối với phương án pha chế truyền thống, tổng chi phí nhân công tăng dần mỗi năm với 391,9 triệu đồng (năm 2013); 415,5 triệu đồng (năm 2014) và 416,4 triệu đồng năm 2015. Như vậy dự án PCTTTL có CP nhân công cao hơn so với

không thực hiện dự án từ 1,4 – 1,5 lần.

CP khấu hao tài sản cố định: Dự án PCTTTL cá thể đòi hỏi bệnh viện phải có sự đầu tư về tài sản cố định (phòng pha chế, máy móc, thiết bị) phù hợp. Do đó, đề tài tiến hành phân tích CP khấu hao tài sản cố định (TSCĐ) khi thực hiện PCTTTL với 2 nhóm tài sản bao gồm: xây

dụng cơ bản (phòng pha chế) có thời hạn sử dụng tối đa 50 năm [1] và máy móc thiết bị y tế (tủ pha chế tự động, dụng cụ pha chế cố định) có thời hạn sử dụng tối đa 15 năm [1]. Trong đó, máy móc được trang bị 2 đợt: năm 2013 (2

tỷ đồng) và năm 2015 (2 tỷ đồng). Chi phí được quy đổi về năm 2015 theo chỉ số CPI của tháng 12 mỗi năm so với kỳ gốc [2] với kết quả được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Chi phí khấu hao tài sản cố định giai đoạn 2013 – 2015

	2013	2014	2015
CPI [2]	155,70	158,57	159,51
Chi phí khấu hao xây dựng cơ bản			
Chi phí xây dựng (tỷ đồng)* (CP) (năm 2011)	7		
Chi phí quy đổi (tỷ đồng)	7,93	8,07	8,12
Thời hạn sử dụng (năm) (n)	50		
Hệ số khấu hao tài sản (1/n)	0,02		
Chi phí khấu hao xây dựng cơ bản (triệu đồng) (CP*HSKH)	159	161	162
Chi phí khấu hao máy móc, trang thiết bị			
Giá mua (tỷ đồng)	Đợt 1 (năm 2013)	2	2
	Đợt 2 (năm 2015)	0	2
Giá mua quy đổi (tỷ đồng) (GM)	2	2,04	4,05
Thời hạn sử dụng (năm) (n)	15		
Hệ số khấu hao tài sản (1/n)	0,0667		
Chi phí khấu hao máy móc, thiết bị y tế (triệu đồng) (GM*HSKH)	133	136	270
Tổng chi phí khấu hao TSCĐ (triệu đồng)	292	297	432

(*) CPI năm 2011: 137,48 [2].

Theo bảng 2, đề tài ghi nhận CP khấu hao xây dựng cơ bản tăng dần mỗi năm với 159 triệu đồng (năm 2013) lên đến 161 triệu đồng (năm 2014) và 162 triệu đồng (năm 2015). CP khấu hao máy móc trang thiết bị cũng có sự gia tăng với 133 triệu đồng (năm 2013) lên đến 136 triệu đồng (năm 2014) và tăng gấp đôi năm 2015 (270 triệu đồng). Như vậy tổng chi phí khấu hao TSCĐ có giá trị gần như tương đương trong 2 năm 2013, 2014 (292 so với 297 triệu đồng,

tương ứng) và tăng 1,5 lần ở năm 2015 so với 2014 (432 so với 297 triệu đồng, tương ứng).

Tổng chi phí: Phân tích tổng CP khi thực hiện và không thực hiện dự án PCTTTL tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013-2015 với giá trị thành phần CP được quy đổi về năm 2015 theo chỉ số CPI của tháng 12 mỗi năm so với kỳ gốc năm 2009 [2], đề tài thu được kết quả trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Tổng chi phí 2 phương pháp PCTTTL và không PCTTTL giai đoạn 2013-2015

	CP thuốc (tỷ đồng)	CP thuốc quy đổi (tỷ đồng)	CP nhân công (tỷ đồng)	CP nhân công quy đổi (tỷ đồng)	CP KHTSCĐ (tỷ đồng)	CP KHTSCĐ quy đổi (tỷ đồng)	Tổng CP quy đổi (tỷ đồng)
Thực hiện dự án PCTTTL							
Năm 2013 (CPI = 155,70)	122,013	124,999	0,576	0,590	0,292	0,299	125,888
Năm 2014 (CPI = 158,57)	157,647	158,582	0,576	0,579	0,297	0,299	159,460
Năm 2015 (CPI = 159,51)	136,965	136,965	0,576	0,576	0,432	0,432	137,973
Tổng (tỷ đồng)		420,546		1,745		1,030	423,322
Không thực hiện dự án PCTTTL							
Năm 2013 (CPI = 155,70)	126,124	129,210	0,392	0,401	0,000	0,000	129,611
Năm 2014 (CPI = 158,57)	164,961	165,939	0,416	0,418	0,000	0,000	166,357
Năm 2015 (CPI = 159,51)	144,960	144,960	0,416	0,416	0,000	0,000	145,377
Tổng (tỷ đồng)		440,109		1,235		0,000	441,345

Theo bảng 3, đề tài ghi nhận tính trong 3 năm 2013 – 2015, thực hiện dự án PCTTTL so với không thực hiện dự án phải chi thêm 1,030 tỷ VNĐ cho chi phí khấu hao tài sản cố định (máy móc, thiết bị, phòng pha chế) và 0,510 tỷ VNĐ cho chi phí nhân công (1,746 tỷ so với 1,236 tỷ VNĐ); tuy nhiên giúp tiết kiệm 19,563 tỷ VNĐ từ chi phí thuốc (420,546 tỷ so với 440,109 tỷ VNĐ). Như vậy tính trong giai đoạn 2013- 2015 dự án PCTTTL giúp tiết kiệm 18,023 tỷ (423,322 tỷ so với 441,345 tỷ VNĐ) so với PCTL bằng phương pháp truyền thống.

V. KẾT LUẬN

Với nhu cầu pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể trong điều trị ung thư ngày càng cao được thể hiện qua số lượt pha chế và chia lẻ thuốc theo liều cá thể tăng dần trong giai đoạn khảo sát 2013 – 2015 tại bệnh viện Chợ Rẫy, việc thực hiện dự án pha chế theo liều với những đầu tư bài bản từ cơ sở vật chất đến con người là cần

thiết. Nghiên cứu cũng cho thấy tính trong giai đoạn 2013 – 2015, mặc dù dự án pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể cần chi phí đầu tư ban đầu bao gồm 1,030 tỷ VNĐ chi phí đầu tư máy móc, phòng pha chế và 0,510 tỷ VNĐ chi phí nhân công; tuy nhiên giúp tiết kiệm 19,563 tỷ VNĐ từ chi phí thuốc. Như vậy tính trong giai đoạn 2013- 2015 dự án PCTTTL giúp tiết kiệm 18,023 tỷ VNĐ so với PCTL bằng phương pháp truyền thống. Với nguồn nhân lực và cơ sở vật chất nêu trên, đơn vị pha chế tại bệnh viện Chợ Rẫy có năng lực nâng số lượt pha chế tập trung lên 1,5 – 2 lần, đồng nghĩa với hiệu quả kinh tế sẽ tốt hơn nữa. Mô hình pha chế tập trung này sẽ là nơi để các bệnh viện khác học hỏi áp dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Tài chính (2013)**, Phụ lục 1 thông tư số 45/2013/TT-BTC ban hành ngày 25/ 04/2013 hướng dẫn chế độ quản lý, sử dụng và trích khấu hao tài sản cố định.
2. **Tổng cục thống kê** (www.gso.gov.vn).

TƯƠNG QUAN GIỮA HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỘT SỐNG THẮT LƯNG VỚI ĐẶC ĐIỂM DẪN TRUYỀN THẦN KINH CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA

Tăng Thị Kỳ Ninh¹, Nguyễn Văn Hương², Lê Đình Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng (CSTL) và đặc điểm dẫn truyền thần kinh chi dưới trên bệnh nhân đau thần kinh tọa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh tọa một bên, được đo dẫn truyền thần kinh tại Phòng thăm dò chức năng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Không có mối tương quan giữa hoàn vị trí chèn ép rễ với dẫn truyền thần kinh chi dưới ($p > 0,05$); Có mối tương quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm với thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau ($p < 0,05$). **Kết luận:** Không có mối tương quan giữa vị trí chèn ép rễ với đặc điểm dẫn truyền thần kinh bên bệnh ($p > 0,05$). Có mối tương quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau bên bệnh ($p < 0,05$).

Từ khóa: Thần kinh tọa; Dẫn truyền thần kinh; MRI cột sống thắt lưng.

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN LUMBAR SPINE MRI IMAGES AND CHARACTERISTICS OF LOWER LIMB ELECTROMYOGRAPHY IN SCIATICA PATIENTS

Objectives: To determine the correlation between lumbar spine MRI images and characteristics of lower limb Electromyography (EMG) in sciatica patients. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptions on 60 patients diagnosed with sciatica on one side, measured EMG at the Functional Clinic - Hanoi Medical University Hospital. **Results:** There was no correlation between complete position of pinched roots with lower extremity EMG ($p > 0.05$); There is a correlation between the number of intervertebral disk hernias with the time of posterior tibial nerve potential ($p < 0.05$). **Conclusion:** There is no correlation between root compression position and EMG characteristics of the patient ($p > 0.05$). There is a correlation between the number of disc herniated strata and duration of tibial nerve latency after the patient ($p < 0.05$).

Keywords: Sciatica; EMG; MRI lumbar spine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (ĐTKT) là hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng V và cùng I, có đặc tính đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa (từ thắt

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Thị Kỳ Ninh

Email: bskyninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2018

Ngày duyệt bài: 21.12.2018

lưng xuống hông), dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan ra ngón út hoặc ngón cái (tùy theo rễ bị đau) [1], [2]. Có rất nhiều nguyên nhân gây nên ĐTKT như thoái hóa cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm, viêm dây thần kinh, u thần kinh gây xâm lấn chèn ép thần kinh tọa, trong đó nguyên nhân chủ yếu và hay gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gây ra chèn ép các rễ thần kinh tương ứng [3;4;5]. Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh tọa là gây tê, đau, giảm hoặc mất cảm giác vùng bàn chân mà dây thần kinh tọa chi phối, nặng có thể gây ra nhiều tổn thương nặng nề như hội chứng đuôi ngựa (35%), teo cơ cẳng chân, hạn chế vận động (28%) [6] làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của người bệnh, tăng gánh nặng chi phí y tế cho xã hội. Chẩn đoán nguyên nhân đau thần kinh tọa dựa vào các xét nghiệm như chụp XQ, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng, đo tốc độ dẫn truyền thần kinh [7]. Chụp MRI cột sống thắt lưng giúp xác định tổn thương về mặt cấu trúc như vị trí, mức độ tổn thương với độ nhạy, độ đặc hiệu cao [8]. Tuy nhiên nhiều trường hợp có chèn ép rễ trên phim MRI cũng chưa khẳng định được có tổn thương chức năng rễ thần kinh hay không (do tổn thương chính trong ĐTKT chủ yếu là do chèn ép rễ gây tổn thương sợi trục thần kinh trong rễ hoặc thiếu máu cục bộ do tổn thương vi mạch) [9]. Do vậy, cần làm thêm đo dẫn truyền thần kinh đánh giá tổn thương về mặt chức năng như nguồn gốc tổn thương, phân biệt tổn thương dây, rễ thần kinh thông qua đo tốc độ dẫn truyền cảm giác, vận động, sóng F và phản xạ H ở chi dưới. Chính vì vậy, việc xác định được mối tương quan giữa hình ảnh MRI cột sống thắt lưng và đặc điểm dẫn truyền thần kinh giúp các bác sĩ lâm sàng bổ sung xét nghiệm cần thiết cho chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Xác định mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và đặc điểm dẫn truyền thần kinh trên bệnh nhân đau thần kinh tọa"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 60 bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên có hội chứng ĐTKT được chẩn đoán xác định dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- + Đau dọc theo đường đi dây thần kinh tọa một bên.
- + Có hội chứng cột sống: thay đổi hình dáng cột sống, đau cột sống, điểm đau cạnh sống.
- + Có hội chứng rễ: Các nghiệm pháp căng ĐTKT như Lasegue (+), Valleix (+).

+ Có phim chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh thần kinh ngoại biên và các bệnh lý gây ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh.

+ Có tổn thương da, cơ, mạch máu chi dưới gây khó khăn khi tiến hành ghi điện cơ.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** được tính theo công

$$\text{thức: } n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{\Delta^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; s: độ lệch chuẩn. Theo Phan Việt Nga và cộng sự [5] độ lệch chuẩn về tốc độ dẫn truyền vận động thần kinh chày ở BN TVĐĐ CSTL là 3,88 m/s; Δ : khoảng sai lệch theo mong muốn là 1 m/s; Giá trị Z thu được ở bảng Z tương ứng với $\alpha = 0.05$

• $Z(1 - \alpha/2) = 1.96$. Kết quả $n = 60$ (bệnh nhân).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Các thông số nghiên cứu và công cụ nghiên cứu:** Mỗi đối tượng được đo thời gian tiềm vận động (ms), biên độ đáp ứng cơ cơ (μV), tốc độ dẫn truyền vận động các dây thần kinh chày sau, mác sâu (m/s), tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh mác nông, bắp chân (m/s), phản xạ H bằng máy điện cơ Neuropack S1 MEB-9400 tại Phòng Thăm dò chức năng, Phòng khám số 1, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

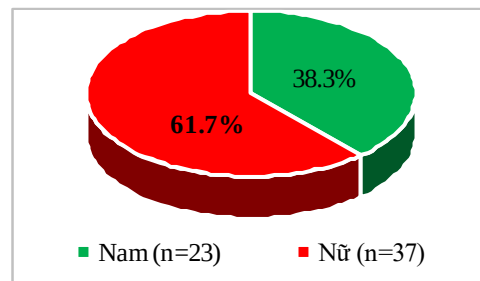
2.3. Xử lý số liệu: Số liệu xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 20.0.

- Sử dụng Pair – Samples T test khi so sánh hai giá trị trung bình; One-way Anova test khi so sánh nhiều giá trị trung bình; Kiểm định tương quan giữa hai biến định tính bằng Pearson Test, $p > 0,05$: không có mối tương quan giữa hai biến kiểm định, $p < 0,05$: có mối tương quan giữa 2 biến kiểm định. Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Theo quy định y đức Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng theo giới

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu nam chiếm 38,3%. Nữ 61,7%.

Bảng 0.1. Liên quan giữa vị trí chèn ép rễ trên phim MRI CSTL với đặc điểm dẫn truyền thần kinh bên bệnh

Dây thần kinh		Vị trí chèn ép rễ				p
		Trong ống sống ($\bar{x} = 15$) $\pm$ SD	Trong lỗ liên hợp ($\bar{x} = 4$) $\pm$ SD	Ngoài lỗ liên hợp ($\bar{x} = 9$) $\pm$ SD	Trong ống sống và ngoài lỗ liên hợp ($n = 28$)	
Chày sau	DML (ms)	5,0 $\pm$ 1,8	6,0 $\pm$ 1,8	5,7 $\pm$ 1,4	4,9 $\pm$ 1,3	0,348*
	Am (μ V)	10,4 $\pm$ 4,3	11,7 $\pm$ 3,7	9,0 $\pm$ 2,9	10,2 $\pm$ 3,4	0,630*
	MCV(m/s)	44,4 $\pm$ 14,5	48,5 $\pm$ 10,6	45,4 $\pm$ 5,7	46,3 $\pm$ 6,33	0,862*
Mác sâu	DML (ms)	4,3 $\pm$ 0,8	5,0 $\pm$ 2,2	4,1 $\pm$ 0,5	4,2 $\pm$ 1,2	0,606*
	Am (μ V)	2,7 $\pm$ 1,4	2,7 $\pm$ 3,2	2,5 $\pm$ 1,2	3,9 $\pm$ 4,3	0,560*
	MCV(m/s)	53,2 $\pm$ 8,8	48,2 $\pm$ 12,1	48,0 $\pm$ 6,4	49,1 $\pm$ 5,2	0,228*
Bắp chân	SCV (m/s)	49,3 $\pm$ 7,6	47,4 $\pm$ 5,7	46,3 $\pm$ 5,9	49,0 $\pm$ 11,3	0,865*
Mác nông	SCV (m/s)	45,1 $\pm$ 11,8	43,6 $\pm$ 2,9	45,3 $\pm$ 5,5	44,4 $\pm$ 5,7	0,099*

*One-way ANOVA test

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa vị trí chèn ép rễ với đặc điểm dẫn truyền thần kinh bên bệnh ($p > 0,05$).

Bảng 0.2. Liên quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm trên phim MRI CSTL với đặc điểm dẫn truyền thần kinh bên bệnh

Dây thần kinh		Số tầng bị chèn ép			p
		1 tầng ($n = 22$) $\bar{x} \pm$ SD	2 tầng ($n = 24$) $\bar{x} \pm$ SD	≥ 3 tầng ($n = 14$) $\bar{x} \pm$ SD	
Chày sau	DML (ms)	5,8 $\pm$ 1,9	5,3 $\pm$ 1,2	4,1 $\pm$ 1,7	0,015*
	Am (μ V)	10,8 $\pm$ 3,1	10,2 $\pm$ 3,7	9,4 $\pm$ 4,0	0,508*
	MCV(m/s)	45,9 $\pm$ 7,4	47,4 $\pm$ 5,9	42,7 $\pm$ 1,1	0,303*
Mác sâu	DML (ms)	4,3 $\pm$ 1,1	4,1 $\pm$ 0,7	4,5 $\pm$ 1,5	0,693*
	Am (μ V)	2,7 $\pm$ 1,2	3,3 $\pm$ 1,7	4,1 $\pm$ 6,1	0,417*
	MCV(m/s)	48,2 $\pm$ 7,7	50,4 $\pm$ 6,9	51,3 $\pm$ 5,5	0,383*
Bắp chân	SCV (m/s)	47,9 $\pm$ 5,7	49,3 $\pm$ 6,7	48,6 $\pm$ 15,2	0,867*
Mác nông	SCV (m/s)	45,1 $\pm$ 7,3	41,6 $\pm$ 9,7	42,7 $\pm$ 14,1	0,485*

*One-way ANOVA test

Nhận xét: Có mối tương quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau bên bệnh ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 60 bệnh nhân đau thần kinh tọa tỷ lệ bệnh nhân nữ (61,7%) lớn hơn bệnh nhân nam (23 bệnh nhân: 38,3%). Tuy nhiên theo nghiên cứu của Skovron M.L (1992) [2], trong 170 bệnh nhân được nghiên cứu thì có 52,9 % là nam lớn hơn 47,1% là nữ. Hồ Hữu Lương [6], Nguyễn Thị Hoa [4]. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy vị trí chèn ép rễ thường gặp nhất là cả trong ống sống và trong lỗ liên hợp: 28 trường hợp (46,7%); Chèn ép trong ống sống: 18 trường hợp (30%); Chèn ép trong lỗ liên hợp: 5 trường hợp (8,3%); Chèn ép ngoài lỗ liên hợp: 9 trường hợp (15,0%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa [4], tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ chèn vào trong ống sống là 93,2%, vào lỗ ghép là 6,8%. Số bệnh nhân thoát vị 2 tầng chiếm tỷ lệ cao nhất 40,0%. Thoát vị 1 tầng là 22 bệnh nhân chiếm 36,7%, chủ yếu là thoát vị L4-L5. Phần lớn thoát vị đĩa đệm vùng thắt

lưng xảy ra ở L4-L5 (chèn ép rễ L5) và L5-S1 (chèn ép rễ S1), cả hai tầng thường gặp này chiếm một tỷ lệ 95%. Do tư thế đứng thẳng của con người, hai đĩa đệm thắt lưng cuối nằm ở bản lề hoạt động chủ yếu của cột sống, thường xuyên phải chịu tải trọng cao nhất kể cả sức ép cân đối hay không cân đối ở trạng thái tĩnh hay động [5]. Mỗi đĩa đệm cột sống (intervertebral disc) có thể thoát vị, di rời theo nhiều hướng khác nhau và các tổ chức thần kinh có thể bị đĩa đệm thoát vị chèn ép ở đây là tủy sống (nằm ở ngay sau đĩa đệm), rễ thần kinh (nằm ở sau-trường hợp các rễ đuôi ngựa, và cả bên đĩa đệm), cả hai (tủy sống và rễ thần kinh) đều nằm trong ống sống [7]. Như vậy, về bản chất đánh giá mức độ chèn ép thần kinh có thể căn cứ vào mức độ chèn ép của đĩa đệm thoát vị vào ống sống để phân chia cho dễ quan sát. Trên hình ảnh MRI phản ánh trực quan vị trí thoát vị đĩa đệm chèn ép các rễ thần kinh nhưng trên kết

quả đo dẫn truyền thần kinh, các sợi trục thần kinh nằm trong rễ. Tuy nhiên, có chèn ép cũng chưa khẳng định được rằng có tổn thương chức năng rễ thần kinh hay không. Do vậy kết quả MRI và đo dẫn truyền thần kinh cần bổ sung cho nhau trong đánh giá toàn diện và cụ thể về cả hình thái và chức năng của các rễ thần kinh [6], [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm trên MRI và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau ($p=0,015<0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của 10. Moutasem S (2015) và cộng sự khi cho rằng điện sinh lý có tương quan đáng kể với hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh đau thần kinh tọa, đại diện cho hình ảnh lâm sàng/ sinh lý tốt hơn, có thể sử dụng như một công cụ chẩn đoán để thiết lập việc quản lý và ngăn ngừa những can thiệp không cần thiết. Hơn nữa, điện sinh lý cũng có thể được sử dụng để xác định mức độ tham gia của các tầng đĩa đệm trên bệnh nhân đau thần kinh tọa. Nghiên cứu này trình bày các đặc điểm hữu ích của điện sinh lý thần kinh cơ. Thứ nhất, đo dẫn truyền thần kinh có giá thành rẻ hơn với kết quả đáng kể cho chẩn đoán khi so sánh với kiểm tra MRI tổn kém hơn (lợi ích cho một nước đang phát triển như Việt Nam). Thứ hai, dẫn truyền thần kinh đã cho thấy một mối tương quan có ý nghĩa hơn về suy giảm chức năng chi dưới so với hình ảnh MRI (chỉ cho thấy những bất thường về cấu trúc - có thể tồn tại ở những bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng).

V. KẾT LUẬN

- Không có mối tương quan giữa vị trí chèn ép rễ với đặc điểm dẫn truyền thần kinh bên bệnh ($p>0,05$).

- Có mối tương quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau bên bệnh ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Cường (2010)**, Bài giảng triệu chứng học thần kinh, Y học Hà Nội, tr: 80-85.
2. **Skovron M.L (1992)**, Epidemiology of low back pain, Bailliere's clinic rheumatology, tr: 209-212.
3. **Trịnh Văn Minh (2005)**, Giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr:128-130.
4. **Nguyễn Thị Hoa (2009)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng của đau dây thần kinh tọa tại bệnh viện Bạch Mai," Tạp chí Y học Thực hành số 43. Tr 34.
5. **Mitz M, Prakask AS, Melvin J, Pieg W (1980)**, Motor nerve conduction indicators in uremic neuropathy. Arch Phys Med Rehabil. 61 (10): 45-8.
6. **Hồ Hữu Lương, Nguyễn Văn Chương, Cao Hữu Hân (1991)** Cơ cấu bệnh tật tại Khoa Nội Thần kinh, Viện Quân y 103 trong 10 năm (1980 - 1989). Công trình nghiên cứu Y học quân sự, số 1, tr.22-27.
7. **Nguyễn Thị Phương Thảo (2004)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân 30 trường hợp đau thần kinh hông tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Đinh Đăng Tuệ (2013)**, Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết hợp với xoa bóp bấm huyệt, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học y Hà Nội.
9. **Urban J.P., Winlove C.P. (2007)**, Pathophysiology of the intervertebral disc and the challenges for MRI, J Magn Reson Imaging, 25(2), 419-32.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA DƯỢC SĨ TRÊN SỰ TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ KÈM TĂNG HUYẾT ÁP

Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Ngô Thị Phương Hồng¹

TÓM TẮT

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh ngày càng phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân (BN) là yếu tố quan trọng trong việc đạt được hiệu quả điều trị những bệnh lý mạn tính này. Nghiên cứu

được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp của dược sĩ lên sự tuân thủ sử dụng thuốc ở BN ĐTĐ typ 2 có kèm THA. Nghiên cứu có thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, được tiến hành tại khoa Nội tiết Bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh từ 14/3/2018 đến 14/6/2018 và có theo dõi BN sau 1 tháng xuất viện. BN đủ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán ĐTĐ typ 2 kèm THA được chọn vào nghiên cứu. BN được chia ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp (CT) và nhóm đối chứng (ĐC). Biện pháp can thiệp bao gồm hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc, cung cấp tờ rơi thông tin thuốc và tư vấn trực tiếp về tầm quan trọng của tuân thủ sử dụng thuốc. Dược sĩ gặp BN 2 ngày/ lần trong thời gian nằm viện để tư vấn. BN được đánh giá kết quả tuân thủ sử dụng thuốc (bằng điểm MMAS-8) ở thời điểm ban đầu và sau 1 tháng xuất

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2018

Ngày duyệt bài: 26.12.2018

viên qua điện thoại. Sau 1 tháng xuất viện, độ thay đổi điểm MMAS-8 ở nhóm CT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC: $0,636 \pm 0,74$ (CT) so với $0,065 \pm 0,25$ (ĐC) ($p < 0,001$). Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy, can thiệp của dược sĩ làm tăng độ thay đổi điểm MMAS-8 sau 1 tháng xuất viện so với ban đầu thêm 0,587 điểm ($p < 0,001$). Biện pháp can thiệp của dược sĩ thông qua hình thức tư vấn và cung cấp thông tin thuốc giúp cải thiện tuân thủ sử dụng thuốc ở BN ĐTĐ typ 2 kèm THA.

Từ khóa: tuân thủ sử dụng thuốc, can thiệp của dược sĩ, tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PHARMACISTS' INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION

Hypertension and diabetes mellitus are two common diseases in Vietnam and all around the world. The medication adherence of patients is an important factor in achieving a positive treatment outcome. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of pharmacist's intervention on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension. We conducted a randomised control trial in patient aged 18 years and older, diagnosed with type 2 diabetes and hypertension, admitted to Department of Endocrinology, Thong Nhat Hospital from March 14th, 2018 to June 14th, 2018 with one month follow up after discharge. Patients were randomly divided into the intervention group and the control group. The intervention included providing drug information and consulting about the importance of medication adherence. Pharmacist visited each patient every two-days in the hospitalization time for consultancy. Medication adherence based on MMAS-8 score was recorded at baseline and one month after discharge by phone calls. The difference of MMAS-8 score after one month compared to the baseline scores (Δ MMAS-8 score) in the intervention group was statistically higher than that in the control group (0.636 ± 0.74 and 0.065 ± 0.25 , respectively, $p < 0.001$). The result of multivariate regression showed that pharmacist's intervention increased 0.587 of Δ MMAS-8 score ($p < 0.001$). Pharmacist's intervention based on consultancy and providing drug information improved the medication adherence of patients with type 2 diabetes and hypertension.

Key words: medication adherence, pharmacist's intervention, hypertension, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh ngày càng phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Tiến triển bệnh của THA và ĐTĐ có thể độc lập nhưng cũng có thể có mối liên quan với nhau. THA thường gặp ở bệnh nhân (BN) ĐTĐ, với khoảng trên 70% BN ĐTĐ typ 2 có THA. THA và các bệnh mạch vành ở BN ĐTĐ được xếp vào loại biến chứng mạch máu lớn [9]. Việc làm giảm huyết áp đồng thời

giảm đường huyết sẽ giúp giảm các nguy cơ trên nên được coi là một mục tiêu quan trọng ở BN ĐTĐ có THA. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy rằng khoảng 27- 49% BN ĐTĐ và/hoặc THA không dùng thuốc theo đúng chỉ định và được xem là không tuân thủ điều trị [5], [9]. Sự tuân thủ điều trị của BN là một yếu tố phức tạp nhưng quan trọng trong việc đạt được hiệu quả điều trị những bệnh này [3],[4]. Một số nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của sự can thiệp của nhân viên y tế có thể tăng hiệu quả điều trị lên 50 – 80% và tăng sự tuân thủ của BN lên khoảng 80%. Do đó, sự can thiệp của nhân viên y tế, trong đó có dược sĩ, là cần thiết cho điều trị bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp của dược sĩ trong sự tuân thủ sử dụng thuốc ở BN ĐTĐ typ 2 có kèm THA tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: - BN đủ 18 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 có kèm THA
- Điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh từ 14/3/2018 đến 14/6/2018 và có theo dõi BN sau 1 tháng xuất viện;
- BN đã được điều trị bằng ít nhất 1 thuốc THA hoặc ĐTĐ trong vòng ít nhất 3 tháng.
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN khó giao tiếp để phỏng vấn và tư vấn;
- Phụ nữ mang thai;
- BN không liên lạc được sau khi xuất viện 1 tháng;
- BN đã hoặc đang tham gia nghiên cứu can thiệp tuân thủ điều trị trong vòng 1 năm trước khi bắt đầu nhận vào nghiên cứu này.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Cỡ mẫu: Chọn tất cả các BN thỏa mãn tiêu chuẩn. Các BN được chia ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp (CT) và nhóm đối chứng (ĐC) theo danh sách chia ngẫu nhiên được lập trước. Có 33 BN nhóm CT và 31 BN nhóm ĐC hoàn thành nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành: Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi thang đo tuân thủ sử dụng thuốc MMAS-8 phiên bản tiếng Việt đã được dịch thuật và thẩm định, gồm 8 câu hỏi dưới dạng câu hỏi có hoặc không. Trong nghiên cứu này, BN được coi là tuân thủ sử dụng thuốc khi có MMAS-8 đạt điểm tuyệt đối. BN được coi là không tuân thủ sử dụng thuốc khi có điểm MMAS-8 < 8.

Ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tất cả BN được phỏng vấn về sự tuân thủ sử dụng thuốc.

Đối với nhóm ĐC, BN được nhận sự chăm sóc thông thường bởi bác sĩ và điều dưỡng. Đối với nhóm CT, BN được nhận sự chăm sóc thông thường của bác sĩ và điều dưỡng và có thêm sự tư vấn của dược sĩ. Trong thời gian nằm viện, BN được dược sĩ tư vấn trực tiếp về cách sử dụng thuốc, phản ứng có hại và lưu ý khi sử dụng, cung cấp tờ thông tin thuốc và tư vấn về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị. Dược sĩ gặp BN 2 ngày/1 lần, mỗi lần 30 phút, trong thời gian nằm viện để tư vấn cho BN. Ở thời điểm 1 tháng sau khi BN xuất viện, cả hai nhóm BN đều được ghi nhận kết quả cuối về tuân thủ sử dụng thuốc qua phỏng vấn trên điện thoại.

Xử lý và trình bày số liệu: Số liệu được trình bày và phân tích trên Excel 2013 và IBM SPSS 24.0. So sánh các giá trị nền giữa 2 nhóm BN - so sánh 2 tỷ lệ bằng phép kiểm chi bình phương (hoặc Fisher exact test), so sánh 2 số trung bình bằng phép kiểm t-test hoặc Mann-Whitney. Hiệu quả can thiệp của dược sĩ đối với tuân thủ sử dụng thuốc được xác định bằng cách so sánh giữa tỷ lệ BN đạt tuân thủ điều trị ở thời điểm ban đầu và sau 1 tháng xuất viện ở nhóm CT và nhóm ĐC, bằng phép kiểm chi bình phương. So sánh điểm MMAS-8, độ thay đổi điểm MMAS-8 giữa 2 nhóm ở thời điểm ban đầu và sau 1 tháng xuất viện bằng phép kiểm Mann-Whitney. So sánh trung bình điểm MMAS-8 tại 2 thời điểm trong cùng một nhóm bệnh nhân sử dụng phép kiểm Wilcoxon signed-rank test. Sử dụng hồi quy tuyến tính đa biến để xác định các yếu tố có liên

quan đến độ thay đổi điểm MMAS-8. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Vấn đề đạo đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh, ngày 11/10/2017. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên sự tự nguyện tham gia của các đối tượng nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu đã có 64 BN hoàn thành nghiên cứu, trong đó có 33 BN nhóm CT và 31 BN nhóm ĐC.

Đặc điểm nền của BN trong nghiên cứu:

Mẫu nghiên cứu có tỷ lệ nữ giới cao (60,9%) và tuổi trung bình là $73,11 \pm 9,77$ với 78,1% BN từ 65 tuổi trở lên. BN có trình độ từ đại học, cao đẳng trở lên và tiểu học chiếm tỷ lệ cao (31,3 và 29,7%). Hầu hết BN có từ 2 bệnh kèm trở lên (46%). Thời gian mắc bệnh ĐTD và THA từ 10 năm trở lên trong mẫu nghiên cứu lần lượt là 45,3 và 53,1%. Đa số BN đã có tình trạng suy giảm chức năng thận từ trung bình (56,3%) đến nặng (21,9%). Tỷ lệ BN đạt huyết áp tâm thu mục tiêu và huyết áp tâm trương mục tiêu cao (67,2 và 96,9%). Tuy nhiên, tỷ lệ BN đạt glucose huyết mục tiêu và HbA1c mục tiêu còn thấp (25 và 21,9%). Tất cả các đặc điểm nền của BN ở 2 nhóm nghiên cứu đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nền của BN

Đặc điểm		Cả 2 nhóm (N = 64)		Nhóm CT (N = 33)		Nhóm ĐC (N = 31)		Giá trị p
		Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	
Đặc điểm chung								
Giới (Nữ)		39	60,9%	19	57,6%	20	64,5%	0,57
Tuổi trung bình		73,11 ± 9,77		71,36 ± 10,02		74,97 ± 9,29		0,142
Nhóm tuổi	≥ 65	50	78,1%	25	75,8%	25	80,6%	0,636
Trình độ học vấn	Tiểu học	19	29,7%	8	24,2%	11	35,5%	0,509
	THCS	11	17,2%	7	21,2%	4	12,9%	
	THPT	14	21,9%	6	18,2%	8	25,8%	
	Từ ĐH,CD trở lên	20	31,3%	12	36,4%	8	25,8%	
Đặc điểm bệnh								
Bệnh kèm theo	Không có	15	23,4%	9	27,3%	6	19,4%	0,592
	1 bệnh	20	31,3%	11	33,3%	9	29%	
	≥ 2 bệnh	29	45,3%	13	39,4%	16	51,6%	
Rối loạn lipid máu		9	14,1%	5	15,2%	4	12,9%	0,796
Thời gian mắc bệnh ĐTD	< 1 năm	11	17,2%	6	18,2%	5	16,1%	0,529
	1 - 3 năm	3	4,7%	3	9,1%	0	0%	
	3 - 5 năm	9	14,1%	4	12,1%	5	16,1%	
	5 - 10 năm	12	18,8%	6	18,2%	6	19,4%	
	> 10 năm	29	45,3%	14	42,4%	15	48,4%	

Thời gian mắc bệnh THA	< 1 năm	4	6,2%	1	3%	3	7,7%	0,656
	1 - 3 năm	1	1,6%	0	0%	1	3,2%	
	3 - 5 năm	14	21,9%	8	24,2%	6	19,4%	
	5 - 10 năm	11	17,2%	6	18,2%	5	16,1%	
	> 10 năm	34	53,1%	18	54,5%	16	51,6%	
Thể trạng BN và đặc điểm lối sống								
BMI trung bình (kg/m ²)		23 ± 2,88		23,1 ± 3,58		22,8 ± 1,87		0,716
Phân loại BMI	< 23	35	54,7%	18	54,5%	17	54,8%	0,36
	23 – 25	19	29,7%	8	24,2%	11	35,5%	
	≥ 25	10	15,6%	7	21,2%	3	9,7%	
Hút thuốc	Không hút	40	62,5%	20	60,6%	20	64,5%	0,625
	Đã bỏ	20	31,3%	10	30,3%	10	32,3%	
	Đang hút	4	6,3%	3	9,1%	1	3,2%	
Uống rượu	≤ 1 đơn vị/ tháng	36	56,3%	18	54,5%	18	58,1%	0,777
	≥ 1 đơn vị/ tháng	28	43,8%	15	45,5%	13	41,9%	
Vận động	< 3 ngày/tuần	25	31,1%	14	42,4%	11	35,5%	0,57
	≥ 3 ngày/tuần	39	60,9%	19	57,6%	20	64,5%	
ClCr (ml/ phút)	≥ 90	1	1,6%	1	3,0%	0	0,0%	0,627
	60 – 89	13	20,3%	6	18,2%	7	22,6%	
	30 – 59	36	56,3%	20	60,6%	16	51,6%	
	< 30	14	21,9%	6	18,2%	8	25,8%	
Đặc điểm về các chỉ số sinh hiệu – hóa sinh								
Nhịp tim (nhịp/phút)		82,86 ± 9,24		81,73 ± 7,45		84,06 ± 10,83		0,316
BN đạt HA tâm thu mục tiêu (<140 mmHg)		43	67,2%	24	72,7%	19	61,3%	0,33
BN đạt HA tâm trương mục tiêu (<90 mmHg)		62	96,9%	32	97%	30	96,8%	0,964
BN đạt glucose mục tiêu (4,4 – 7,2 mmol/L)		16	25%	7	21,2%	9	29%	0,742
BN đạt HbA1c mục tiêu (<7%)		14	21,9%	9	27,3%	5	16,1%	0,281
LDL-Cholesterol đạt mục tiêu (<2,6 mmol/L)		54	84,4%	26	78,8%	28	90,3%	0,204

Hiệu quả can thiệp của dược sĩ lên việc tuân thủ sử dụng thuốc

So sánh tỷ lệ BN tuân thủ sử dụng thuốc tại thời điểm ban đầu. Tỷ lệ BN tuân thủ sử dụng thuốc trong toàn mẫu nghiên cứu chiếm 43,8%. Tại thời điểm ban đầu, tổng điểm MMAS-8 trung bình của mẫu nghiên cứu là 6,94 ± 1,15. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc và tổng điểm MMAS-8 trung bình của nhóm CT và nhóm ĐC khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Bảng 2).

Bảng 2. So sánh giá trị MMAS-8 ban đầu

Tuân thủ theo MMAS-8	Cả 2 nhóm (N = 64)	Nhóm CT (N = 33)	Nhóm ĐC (N = 31)	Giá trị p
Không tuân thủ	36 (56,2%)	22 (66,7%)	14 (45,2%)	0,083
Tuân thủ	28 (43,8%)	11 (33,3%)	17 (54,8%)	
MMAS-8 trung bình	6,94 ± 1,15	6,67 ± 1,14	7,23 ± 1,12	0,052

So sánh sự tuân thủ sử dụng thuốc giữa 2 nhóm BN 1 tháng sau xuất viện. Tại thời điểm 1 tháng sau xuất viện, tuân thủ sử dụng thuốc của mẫu nghiên cứu tăng lên 53,1%. Ngoài ra, tổng điểm MMAS-8 trung bình sau 1 tháng cũng tăng lên 7,3 ± 0,9. Độ thay đổi điểm MMAS-8 1 tháng sau xuất viện so với thời điểm ban đầu (p < 0.001) giữa 2 nhóm nghiên cứu khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh sự tuân thủ sử dụng thuốc giữa 2 nhóm BN 1 tháng sau xuất viện

Tuân thủ theo MMAS-8	Cả 2 nhóm (N = 64)	Nhóm CT (N = 33)	Nhóm ĐC (N = 31)	Giá trị p
Không tuân thủ	30 (46,9%)	17 (51,5%)	13 (41,9%)	0,443
Tuân thủ	34 (53,1%)	16 (48,5%)	18 (58,1%)	
MMAS-8 trung bình	7,3 ± 0,9	7,3 ± 0,77	7,29 ± 1,04	0,956
Độ thay đổi điểm MMAS-8*		0,636 ± 0,74	0,065 ± 0,25	< 0,001

*:Độ thay đổi điểm MMAS-8 = Điểm MMAS-8 1 tháng sau xuất viện – Điểm MMAS-8 tại thời điểm ban đầu. Khi phân tích trong từng nhóm, chúng tôi nhận thấy, chỉ ở nhóm CT có sự tăng có ý nghĩa thống kê điểm MMAS-8 trung bình sau 1 tháng xuất viện so với thời điểm ban đầu. Không có sự thay đổi về điểm tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm ĐC. (Bảng 4)

Bảng 4. So sánh MMAS-8 ban đầu và sau 1 tháng trong từng nhóm

Điểm MMAS-8 trung bình	Ban đầu	Sau 1 tháng	Giá trị p
Nhóm CT (N=33)	6,67 ± 1,14	7,3 ± 0,77	< 0,001
Nhóm ĐC (N=31)	7,23 ± 1,12	7,29 ± 1,04	0,161

Chúng tôi tiến hành kiểm tra các yếu tố liên quan, bao gồm yếu tố Can thiệp của dược sĩ và một số yếu tố khác (tuổi, giới, trình độ học vấn, vận động, thời gian đồng mắc ĐTĐ và THA, hút thuốc) đến độ thay đổi của điểm MMAS-8 bằng hồi quy tuyến tính đa biến (Bảng 5). Kết quả cho thấy, can thiệp của dược sĩ làm tăng độ thay đổi điểm tuân thủ sử dụng thuốc thêm 0,587 đơn vị. Các yếu tố khác không liên quan có ý nghĩa thống kê đến độ thay đổi điểm tuân thủ sử dụng thuốc.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến độ thay đổi điểm tuân thủ

Yếu tố	Hệ số góc	95% CI		Giá trị p
Can thiệp (có)	0,587	0,280	0,895	< 0,001
Tuổi	0,002	-0,015	0,019	0,844
Giới (nam)	0,103	-0,217	0,423	0,522
Trình độ > Tiểu học	-0,022	-0,369	0,325	0,900
Vận động > 3 lần/tuần	-0,031	-0,360	0,297	0,849
Thời gian đồng mắc ĐTĐ và THA	-0,013	-0,317	0,290	0,929
Có hút thuốc lá	-0,267	-0,890	0,357	0,395

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về sự tuân thủ sử dụng thuốc

ban đầu: Tổng điểm MMAS-8 trung bình của mẫu nghiên cứu là 6,94 ± 1,15, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Jamous (2011) là 6,8 ± 1,3 [8] nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Shareef (2016) là 5,16 ± 0,93 (nhóm CT) và 5,56 ± 1,38 (nhóm ĐC). Tỷ lệ BN tuân thủ sử dụng thuốc trong nghiên cứu là 43,8% tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Fadare (2015) [6], Jamous (2011) [8] cho thấy tuân thủ sử dụng thuốc ở BN vẫn chưa cao. Tuy nhiên, tuân thủ sử dụng thuốc ở BN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả Shareef (2016), Ahmed (2017) [1], Shaimol (2014), Heissam (2015) [7]. Sự khác biệt này có thể là do khác biệt trong nhận thức về tầm quan trọng của việc tuân thủ sử dụng thuốc và cũng có thể do những khác biệt trong chiến lược cải thiện tuân thủ ở các nghiên cứu khác nhau.

Bàn luận về sự tuân thủ sử dụng thuốc 1 tháng sau xuất viện: Sau 1 tháng, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc tăng lên ở mẫu nghiên cứu (từ 43,8% tăng lên 53,1%). Điều này chứng tỏ BN đã có sự cải thiện về tuân thủ sử dụng thuốc, mặc dù tỷ lệ cải thiện không nhiều (9,3%). Tỷ lệ cải thiện còn thấp có thể do nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ (64 BN) và thời gian theo dõi ngắn (1 tháng).

Kết quả điểm MMAS-8 trung bình của nhóm CT ở thời điểm ban đầu và sau 1 tháng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (từ 6,67 ± 1,14 tăng lên 7,3 ± 0,77). Ngược lại, ở nhóm ĐC,

điểm MMAS-8 trung bình ở 2 thời điểm khác nhau không có ý nghĩa ($p = 0,161$). Từ đó cho thấy có sự cải thiện tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm CT so với nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của độ thay đổi điểm MMAS-8 sau 1 tháng và ban đầu ở nhóm CT và nhóm ĐC ($p < 0,001$) cũng cho thấy có sự cải thiện về tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm CT so với nhóm ĐC. Can thiệp của dược sĩ ở BN ĐTĐ tít 2 có kèm THA làm tăng độ thay đổi điểm tuân thủ thêm 0,587 đơn vị.

Như vậy, can thiệp của dược sĩ ở BN ĐTĐ tít 2 có kèm THA làm tăng tuân thủ sử dụng thuốc của BN. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy việc can thiệp của nhân viên y tế, dược sĩ có ảnh hưởng tích cực tới tuân thủ sử dụng thuốc của BN ĐTĐ tít 2 có kèm THA. Nghiên cứu của tác giả Obreli-Neto (2011) cho thấy chương trình chăm sóc dược làm tăng tỷ lệ tuân thủ và tăng hiệu quả kiểm soát bệnh. Nghiên cứu can thiệp của dược sĩ thông qua tư vấn trên điện thoại của tác giả Stanton-Robinson (2018) cho kết quả, có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê tỷ lệ BN đạt tuân thủ sử dụng thuốc sau 90 ngày và 180 ngày so với ban đầu. Nghiên cứu của tác giả Abuhosh (2016) trên BN ĐTĐ kèm THA cũng chứng minh được rằng, can thiệp của dược sĩ làm tăng tuân thủ sử dụng thuốc ở BN (hệ số góc = 0,3182, 95% CI = 0,19-0,38, $p < 0,001$) [2]. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Shareef (2016) trên BN ĐTĐ tít 2 cũng cho kết quả can thiệp của tư vấn bởi dược sĩ cải thiện điểm tuân thủ.

V. KẾT LUẬN

Như vậy, can thiệp tư vấn trực tiếp cho BN của dược sĩ giúp làm gia tăng độ thay đổi điểm MMAS-8 sau 1 tháng xuất viện. Do đó, việc can thiệp chuyên sâu của dược sĩ là cần thiết, góp phần cải thiện tuân thủ sử dụng thuốc, nâng cao hiệu quả điều trị ở BN ĐTĐ týp 2 có kèm THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed N. O. et al. (2017), "Adherence to oral hypoglycemic medication among patients with diabetes in Saudi Arabia", *Int J Health Sci (Qassim)*, **11** (3), pp. 45-49.
2. Abughosh S. M. et al. (2016), "A Pharmacist Telephone Intervention to Identify Adherence Barriers and Improve Adherence Among Nonadherent Patients with Comorbid Hypertension and Diabetes in a Medicare Advantage Plan", *J Manag Care Spec Pharm*, **22** (1), pp. 63-73.
3. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
4. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường týp 2.
5. Bloch K. V. et al. (2008), "Prevalence of anti-hypertensive treatment adherence in patients with resistant hypertension and validation of three indirect methods for assessing treatment adherence", *Cadernos de saude publica*, **24** (12), pp. 2979-2984.
6. Fadare J. et al. (2015), "Medication adherence and direct treatment cost among diabetes patients attending a tertiary healthcare facility in Ogbomoso, Nigeria", *Malawi Med J*, **27** (2), pp. 65-70.
7. Heissam K. et al. (2015), "Patterns and obstacles to oral antidiabetic medications adherence among type 2 diabetics in Ismailia, Egypt: a cross section study", *Pan Afr Med J*, **20**.
8. Jamous R. M. et al. (2011), "Adherence and satisfaction with oral hypoglycemic medications: a pilot study in Palestine", *Int J Clin Pharm*, **33** (6), pp. 942-948.
9. Krapek K. et al. (2004), "Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes", *Annals of Pharmacotherapy*, **38** (9), pp. 1357-1362.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ AMIĐAN GIAI ĐOẠN III, IV A-B TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Công*, Nguyễn Quang Trung**, Võ Văn Xuân***

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư amiđan giai đoạn III, IVA-B tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 27 bệnh nhân ung thư amiđan giai đoạn III, IVA-B được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2018. **Kết quả:** **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** Biểu hiện đầu tiên khiến bệnh nhân đi khám là những dấu hiệu khó chịu vùng họng miệng (85,2%), ung thư amiđan gặp ở bên trái và bên phải với tỷ lệ tương đương nhau, lần lượt là 44,4 và 55,6%, tỷ lệ ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô không biệt hóa lần lượt là 88,9% và 11,1%, các khối u kích thước lớn T3 và T4 thường gặp với tỷ lệ 88,9%. **Kết quả điều trị:** Tỷ lệ đáp ứng chung là 100% trong đó đáp ứng toàn bộ là 77,8% và đáp ứng 1 phần là 22,2%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 12 tháng là 81%.

Từ khóa: Ung thư amiđan, hóa xạ trị đồng thời, ung thư đầu cổ.

SUMMARY

EVALUATION OF CHEMORADIOTHERAPY RESULT FOR TONSIL CANCER STAGE III,

*Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

**Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

***Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: conghmu1@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

IVA-B AT THE NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: To comment on some clinical and subclinical characteristics and evaluate the results of chemoradiotherapy for tonsil cancer stage III, IVA-B at national cancer Hospital. **Materials and Methods:** 27 patients with tonsil cancer stage III, IVA-B were treated at national cancer hospital from January 2012 to June 2018. **Results:** **Clinical and subclinical characteristics:** The first symptom which made patients come to doctor is discomfort mouth throat (85,2%), the the rate of left and right tonsil cancer cases are 44,4% and 55,6% respectively, the rate of squamous cell carcinoma and undifferentiated cell carcinoma cases are 88,9% and 11,1% respectively. The large size tumors T3 and T4 are common at 88,9%. **Results of treatment:** overall response rate is 100%, completed response rate is 77,8%, partial response rate is 22,2%. The overall survival rate of 12 months is 81%.

Keywords: tonsil cancer, chemoradiotherapy, head and neck cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư Amiđan là bệnh ung thư thường gặp nhất vùng họng miệng miệng. Ở nước Anh ung thư amiđan chiếm 1,45/100.000 dân số, nhóm tuổi thường gặp từ 40 đến 59 [1]. Việc phát hiện sớm bệnh ung thư amiđan không quá khó khăn, do vị trí giải phẫu có thể nhìn thấy và thăm khám được, tuy nhiên ở nước ta tỷ lệ ung thư amiđan gặp nhiều ở giai đoạn muộn chiếm 92,5% [2].

Trước đây điều trị ung thư amiđan chủ yếu là

phẫu thuật (cho giai đoạn sớm) hoặc xạ trị. Trong các nghiên cứu gần đây cho thấy hóa xạ trị đồng thời giúp tăng thời gian sống thêm, cải thiện tỉ lệ kiểm soát tại vùng và giảm tái phát di căn[3].

Các nghiên cứu về ung thư amidan ở Việt Nam còn ít, trong đó có nghiên cứu về kết quả điều trị của Ngô Quang Hùng (2012) [2], nghiên cứu đánh giá kết quả xạ trị đơn thuần của Trần Bảo Ngọc (2002) [4]. Hiện nay chưa có tác giả nào nghiên cứu đề tài hóa xạ trị đồng thời ung thư amidan, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư amidan giai đoạn III, IVA-B tại bệnh viện K" với hai mục tiêu sau:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô amidan giai đoạn III, IVA-B tại bệnh viện K từ tháng 1/2012 – tháng 6/2018.*

2. *Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư biểu mô amidan giai đoạn III, IVA-B ở nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 27 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư amidan. Giai đoạn III, IV A-B được điều trị hóa xạ trị đồng thời tại bệnh viện K từ 1/1/2012 đến 31/6/2018. Tuy nhiên, đến thời điểm hiện nay trong nghiên cứu của chúng tôi số liệu bệnh nhân mới chỉ thu thập đến 31/12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn III, IVA-B (theo hệ thống phân loại AJCC 2010). Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô amidan. Chỉ số toàn trạng PS từ 0-2. Các bệnh nhân điều trị lần đầu theo phác đồ hóa xạ trị đồng thời. Hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Các bệnh nhân phải hoàn thành đủ liệu trình điều trị, được theo dõi liên tục trong quá trình điều trị và khám định kỳ sau khi ra viện (trung bình 3-6 tháng/lần khám định kỳ) để đánh giá kết quả điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ các tiêu chuẩn trên. Bệnh nhân ung thư amidan kèm một ung thư thứ 2 khác. Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nặng phối hợp (suy tim, đái tháo đường, tâm thần...) có chống chỉ định với điều trị hóa xạ trị đồng thời.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân ung thư amidan giai đoạn III, IVA-B thỏa mãn các điều kiện trên sẽ được lấy vào nghiên cứu. Đánh giá bệnh nhân trước điều trị hóa xạ đồng thời qua thăm khám lâm sàng, ghi nhận các thông tin về tuổi giới, giai đoạn bệnh, vị trí u. Điều trị hóa

xạ trị đồng thời: xạ trị vào u và hạch 70Gy, phân liều 2Gy/ ngày x 5 ngày/tuần kết hợp hóa chất Cisplatin 100mg/m² da chuyển ngày 1,22,43.

Kỹ thuật xạ trị: Xạ trị theo không gian 3 chiều 3D-CRT với máy xạ trị gia tốc phát chùm photon mức năng lượng 6MV, chùm điện tử Electron 6 mức năng lượng 6, 9, 10, 12, 15, 18 MeV cùng với cone các kích thước 5 x 5 cm đến 20 x 20cm.

Quy trình xạ trị: Theo quy trình chuẩn của bệnh viện K.

Đánh giá kết quả: Bệnh nhân được tiến hành đánh giá lại qua thăm khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng, chụp CT-scanner hoặc MRI vùng hàm-mặt. Đánh giá đáp ứng (theo tiêu chuẩn RECIST 1.1), thời gian sống thêm toàn bộ.

Xử lý số liệu: số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt của các biến định tính giữa hai nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$. Thời gian sống thêm được tính bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-meier, so sánh sự khác biệt bằng log-rank test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 51,3 và tỷ lệ nam nữ là 26/1.

3.1 Lý do tới khám

Bảng 1. Lý do tới khám

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Lý do khám bệnh	Nuốt vướng	10	37
	Nuốt đau	13	48,2
	Sờ thấy hạch cổ	3	11,1
	U tai	1	3,7
	Tổng số	27	100

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng những biểu hiện đầu tiên làm bệnh nhân đến khám cũng là những dấu hiệu khó chịu vùng họng với tỷ lệ 85,2% (đau họng hoặc nuốt vướng). Kết quả này tương tự với các báo cáo của Ngô Quang Hùng (2012) là 68,3% hay Trần Bảo Ngọc (2001) là 63,2%.

3.2 Đặc điểm vị trí và kích thước u

Bảng 2. Kích thước và vị trí u

	Số BN			Tỷ lệ %
	Bên trái	Bên phải	Tổng số	
T1	0	0	0	0
T2	2	1	3	11,1
T3	5	9	14	51,8
T4	5	5	10	37,1
Tổng số	12	15	27	
Tỷ lệ %	44,4	55,6%	100%	

Kích thước u: Tỷ lệ gặp khối u kích thước lớn T3,T4 trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,9%. Chỉ có 11,1% gặp u kích thước T2 và không gặp trường hợp nào u kích thước T1. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác như Ngô Quang Hùng (2012) với tỷ lệ u T3, T4 là 82,5%. Điều này có thể giải thích do vị trí giải phẫu của ung thư ung thư amidan dễ quan sát, song do nhận thức của người bệnh cùng với thiếu các triệu chứng đặc hiệu, cũng như thiếu phương tiện chẩn đoán ở mạng lưới y tế cơ sở tạo nên sự hạn chế trong việc phát hiện bệnh sớm.

Vị trí u: Phân bố u ở 2 bên có sự khác nhau với u bên trái chiếm 44,4% còn bên phải là 55,6%. Không có trường hợp nào có u ở cả 2 bên.

3.3 Giai đoạn bệnh

Bảng 3. Tỷ lệ giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn III	14	51,8
Giai đoạn IVA-B	13	48,2
Tổng số	27	100

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 51,8% bệnh nhân ở giai đoạn III và 48,2% ở giai đoạn IVA-B. Kết quả này có sự khác biệt với Geu Miu Park và cộng sự (2013) [5] với tỷ lệ giai đoạn III và IVA-B lần lượt là 8,9% và 91,1%. Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân ung thư amidan giai đoạn III tại Hàn Quốc thường được tiến hành phẫu thuật thay vì hóa xạ trị đồng thời.

3.5. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 4. Tỷ lệ theo mô bệnh học

	Số BN	Tỷ lệ %
Ung thư tế bào vảy	24	88,9%
Ung thư không biệt hóa	3	11,1%
Tổng số	27	100

Tỷ lệ ung thư tế bào vảy và ung thư không biệt hóa trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt

là 88,9% và 11,1%, kết quả này cũng tương đồng với các tác giả ở Việt Nam như Ngô Quang Hùng (2012) hay Trần Bảo Ngọc (2001), ngoài ra kết quả này cũng phù hợp với tác giả Geu Miu Park và cộng sự (2013) với tỷ lệ ung thư biểu mô vảy là 85,7% và ung thư biểu mô không biệt hóa là 14,3%.

3.4 Kết quả đáp ứng

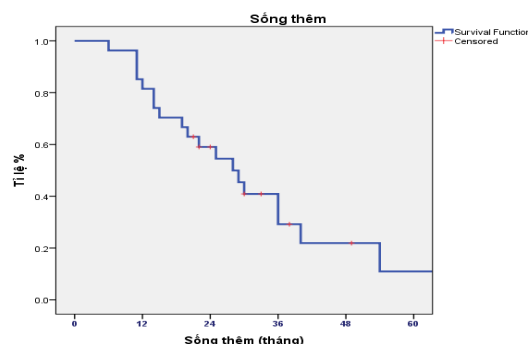
Bảng 5. Đánh giá đáp ứng điều trị chung

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	21	77,8
Một phần	6	22,2
Tổng số	27	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng là 100% trong đó đáp ứng hoàn toàn là 77,8% và đáp ứng 1 phần là 22,2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Bảo Ngọc (2001) với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 58,5% trên bệnh nhân chỉ xạ trị đơn thuần. Tuy nhiên con số này lại thấp hơn thấp hơn so với kết quả của nghiên cứu của Geu Miu Park và cộng sự (2013) với tỷ lệ đáp ứng chung là 96%, lý giải cho sự khác nhau này vì có thể do kỹ thuật xạ trị, điều kiện trang thiết bị, cơ sở vật chất.

3.5 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Hình 1



Bảng 6. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo Kaplan meier

Sống thêm (tháng)	12	24	36	48	60	CI
Tỷ lệ %	81	59	40,9	21,9	10,9	95%

Số liệu chúng tôi thu được cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm và 2 năm lần lượt là 81%, 59%. Số liệu này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Ngô Quang Hùng 2012 là 51,32%, 49,1% và Trần Bảo Ngọc 37,65%, 31,17%. Nguyên nhân của sự khác nhau này do nghiên cứu của Ngô Quang Hùng được tiến hành trên nhiều nhóm bệnh nhân được điều trị theo các phương pháp khác nhau còn Trần Bảo Ngọc chỉ nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân xạ trị đơn thuần. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 10,9%, con số này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Geu Miu Park và cộng sự (2013) hay Sanghyuk

Song và cộng sự (2017)[7] với tỷ lệ lần lượt là 78,9% và 82%. Điều này có thể giải thích do sự khác nhau về kỹ thuật xạ trị của các tác giả trên bao gồm các nhóm bệnh nhân khác nhau được điều trị bằng 3D-CRT hoặc IMRT, thêm vào đó sự khác biệt này có thể do điều kiện vật chất, trang thiết bị máy móc, chế độ dinh dưỡng sau điều trị... Do vậy muốn cải thiện sống thêm toàn bộ cần cải tiến liệu pháp điều trị, cải tiến trang thiết bị, cung cấp điều kiện điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Biểu hiện đầu tiên khiến bệnh nhân đi khám là những dấu hiệu khó chịu vùng họng miệng (85,2%). Khối u kích thước lớn T3, T4 chiếm tỷ lệ 88,9%. Vị trí u ở 2 bên trái, phải lần lượt là 44,4 và 55,6%. Thể giải phẫu bệnh ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô không biệt hóa có tỷ lệ lần lượt là 88,9% và 11,1%. Tỷ lệ khối u ở giai đoạn III và IVA-B lần lượt là 51,8% và 48,2%.

4.2 Kết quả điều trị: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 100% trong đó đáp ứng hoàn toàn là 77,8% và đáp ứng 1 phần là 22,2%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 81% và 59%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Olaleye O., Moorthy R., Lyne O., et al. A 20-year retrospective study of tonsil cancer incidence and survival trends in South East England: 1987–2006. *Clin Otolaryngol*, **36**(4), 325–335.
2. Ngô Quang Hùng (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư amidan tại bệnh viện K, *luận văn thạc sĩ*.
3. Cooper J.S., Pajak T.F., Forastiere A.A., et al. (2004). Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*, **350**(19), 1937–1944.
4. Trần Bảo Ngọc (2001), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học kết quả xạ trị đơn thuần của ung thư amidan, *luận văn thạc sĩ*.
5. Geu Miu Park, Sang-Wook Lee, Sang Yoon Kim, et al, chemoradiotherapy replace surgery and postoperative radiation for locally advanced stage III/IV tonsillar squamous cell carcinoma? *Anticancer Res*. 2013 mar, **33**(3):1237-43.
6. Sanghyuk Song, Hong-Gyun wu, Chang Geol Lee, et al, chemoradiotherapy versus surgery followed by postoperative radiotherapy in tonsil cancer. *BMC cancer*. 2017 aug, 17:598.

XÁC ĐỊNH TÁC NHÂN VI SINH GÂY BỆNH VÀ NHẬN XÉT HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CỦA AMOXICILLIN/SULBACTAM (BACTAMOX 1G) TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI CẤP TÍNH CỘNG ĐỒNG

Đinh Ngọc Sỹ¹, Nguyễn Văn Thành¹, Phạm Hùng Vân²,
Trần Văn Ngọc³, Nguyễn Đình Duy⁴, Lê Thị Thu Hương⁵, Cao Thị Mĩ Thúy⁶

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Ở Việt Nam còn rất ít dữ liệu về tình nhiễm, đặc điểm kháng thuốc của các tác nhân vi sinh gây bệnh và hiệu quả trị liệu AMOX/SUL trên bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp dưới (NTHHD) cộng đồng. Đề tài được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ nhiễm của các tác nhân vi sinh gây bệnh, đặc điểm kháng thuốc của các vi khuẩn gây bệnh phổ biến và nhận xét hiệu quả lâm sàng, tính an toàn điều trị kháng sinh bằng AMOX/SUL trên bệnh nhân NTHHD cộng đồng không nhập viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, đa trung tâm. Can thiệp mở không đối chứng. Thời gian nghiên cứu từ 7/2017-9/2018. **Kết quả và bàn luận:** 232 mẫu bệnh phẩm đủ điều kiện phân tích đặc điểm vi sinh và 160 bệnh nhân cần điều trị kháng sinh, có đủ điều kiện phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị. **Kết quả phân tích vi sinh:** Phối hợp cả hai kết quả nuôi cấy và real-time PCR có 218 (94%) trường hợp phát hiện được tác nhân vi sinh gây bệnh. Bệnh phẩm có

đơn tác nhân là 41 (17,8%), *H.influenzae* chiếm đa số là 18 (7,8%) và *S.pneumoniae* là 12 (5,2%). Bệnh phẩm có đa tác nhân 177 trường hợp (76,3%), đa số có *S.pneumoniae* và *H.influenzae* ở dạng phối hợp với nhau hoặc phối hợp với các tác nhân khác. Ba tác nhân vi khuẩn nuôi cấy đủ số lượng để phân tích đề kháng, gồm *S.pneumoniae* 68 chủng, *H.influenzae* 148 chủng và *K.pneumoniae* với 22 chủng. Tỷ lệ *S.pneumoniae* kháng penicillin là 4,6% (MIC $\geq$ 8 μ g/ml), kháng amoxicillin/sulbactam là 14,4% (MIC $\geq$ 8/4 μ g/ml), kháng moxifloxacin là 4,6% (MIC $\geq$ 4 μ g/ml), kháng levofloxacin là 29,2% (MIC $\geq$ 8 μ g/ml) và kháng clarithromycin là 69,2% (MIC $\geq$ 1 μ g/ml). Tỷ lệ *H.influenzae* kháng amoxicillin là 32,4% (MIC $\geq$ 8 μ g/ml) bằng cơ chế chủ yếu tiết β -lactamase, kháng amoxicillin/sulbactam 8,8% (MIC $\geq$ 8/4 μ g/ml), không nhạy cảm với moxifloxacin là 47,3% (MIC $>$ 1 μ g/ml) và levofloxacin là 15,5% (MIC $>$ 2 μ g/ml), kháng với clarithromycin là 12,2% (MIC $\geq$ 32 μ g/ml). **Kết quả phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị kháng sinh:** Hiệu quả điều trị 160 bệnh nhân ở lần khám 1 là những trường hợp đã uống thuốc 3 ngày. Tỷ lệ chung khỏi là 3,7%, cải thiện 88,1%, không cải thiện 8,2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh. CRP giảm nhanh hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân Viêm phế quản cấp so với nhóm Viêm phổi và Đợt nhiễm khuẩn cấp bệnh phổi mạn tính. Tác dụng phụ do sử dụng thuốc nghiên cứu có 1 trường hợp, ở mức trung bình, tỷ lệ 0,6%. 140 bệnh nhân tái khám lần 2 là những trường hợp đã uống thuốc 5-8 ngày. Tỷ lệ chung khỏi 53,6%, cải thiện 43,6%, không cải thiện 2,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh. CRP giảm nhưng không có sự khác biệt

¹Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam,

²xét nghiệm công ty Nam khoa

³Phòng khám Ngọc Minh,

⁴Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch,

⁵Bệnh viện ND Gia định,

⁶Bệnh viện ĐKTW Cần Thơ,

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sỹ

Email: syminhquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2018

Ngày duyệt bài: 28.12.2018

giữa ba nhóm bệnh. Tác dụng phụ do sử dụng thuốc có 2 trường hợp, ở mức trung bình, tỷ lệ 1,4%. Kết hợp nhiễm khuẩn không phổ biến làm giảm tốc độ cải thiện triệu chứng và khỏi bệnh có ý nghĩa ($p = 0,02$).

Kết luận: Phổ vi sinh gây bệnh phổ biến nhất là *S.pneumoniae*, *H.influenzae* và *M.catarrhalis*. Đa số các trường hợp là có sự phối hợp nhiều tác nhân, trong đó nhiều nhất là *S.pneumoniae* với *H.influenzae*. *S.pneumoniae* đã tăng kháng với penicillin, fluoroquinolone so với các nghiên cứu trong khoảng 10 năm trở lại đây ở Việt Nam. AMOX/SUL điều trị NKHHD cộng đồng có hiệu quả rất cao, 97,2%. Viêm phế quản cấp đáp ứng tốt nhất, sau đó là viêm phổi cộng đồng và đợt cấp bệnh phổi mạn tính. Thời gian điều trị chung khoảng 7 ngày. Tỷ lệ có tác dụng phụ trong nghiên cứu là rất thấp, 0,6% sau 3 ngày uống và 1,4% sau 3-5 ngày uống. Không có trường hợp nào phải ngưng thuốc và loại khỏi nghiên cứu.

Từ khóa: Nhiễm trùng hô hấp dưới (lower respiratory tract infection), Vi sinh gây bệnh (microbiological pathogens), Kháng sinh trị liệu (antibiotherapy), Amoxicillin-sulbactam.

SUMMARY

IDENTIFICATION OF PATHOGENIC MICROORGANISMS AND OUTPATIENT TREATMENT ASSESSMENT OF AMOXICILLIN/SULBACTAM (BACTAMOX 1G) IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTIONS

Introduction and objectives: In Vietnam, there is very little data on prevalence, drug resistance characteristics of pathogenic microorganisms and AMOX/SUL treatment effectiveness in patients with lower respiratory infections in the community. The study was carried out to determine the infection rate of pathogenic microorganisms and the characteristics of drug resistance of common pathogenic bacteria and remark the clinical effectiveness and safety of antibiotic treatment with AMOX/SUL on out-patients with community-acquired lower respiratory tract bacterial infection (CA-LRTBI). **Methods:** This study is prospective, descriptive, multi-center, opened non-controlled intervention group. The study period was 7/2017-9/2018. **Results and discussion:** 232 patient samples eligible for microbiological characteristics analysis and 160 patients requiring antibiotic treatment, eligible for clinical analysis and treatment efficacy. **Microbiological analysis results:** combination of both culture and real-time PCR results with 218 (94%) cases detected microbiological pathogens. The specimens with single agent were 41 (17.8%), *H.influenzae* was 18 (7.8%) and *S.pneumoniae* was 12 (5.2%). The specimens with multi-agent were 177 cases (76.3%), most of them were *S.pneumoniae* and *H.influenzae* in the form of combination with each other or with other agents. Three bacterial pathogens were sufficient number to analyze resistance, including *S.pneumoniae* 68 strains, *H.influenzae* 148 strains and *K.pneumoniae* with 22 strains. The rate of *S.pneumoniae* resistance with penicillin was 4.6% ($MIC \geq 8\mu g / ml$), with amoxicillin/sulbactam was 14.4% ($MIC \geq 8 / 4\mu g / ml$), with moxifloxacin was 4.6% ($MIC \geq 4\mu g / ml$), with levofloxacin was 29.2%

($MIC \geq 8\mu g / ml$) and with clarithromycin was 69.2% ($MIC \geq 1\mu g/ml$). The rate of *H.influenzae* resistance with amoxicillin was 32.4% ($MIC \geq 8\mu g / ml$) by the mechanism of β -lactamase secretion, with amoxicillin/sulbactam was 8.8% ($MIC \geq 8 / 4\mu g / ml$), insensitivity to moxifloxacin was 47.3% ($MIC > 1\mu g/ml$) and levofloxacin was 15.5% ($MIC > 2\mu g / ml$), resistance to clarithromycin was 12.2% ($MIC \geq 32\mu g/ml$). **Clinical results and antibiotic treatment effectiveness analysis:** On 160 patients at the first visit who had taken the drug for 3 days the overall recovered rate was 3.7%, improving 88.1%, not improving 8.2%. There were no significant differences between the groups. CRP significantly decreased in patients with acute bronchitis faster compared with pneumonia and acute bacterial infection of chronic lung diseases. Side effects due to study drug use had 1 case, at an average level, with rate of 0.6%. On 140 patients at the second visit who had taken the drug for 5-8 days the overall recovered rate was 53.6%, improved 43.6%, not improved 2.8%. There were no significant differences between the groups. CRP decreased but there was no difference between the three groups. Side effects due to study drug use had 2 cases, at average level, with 1.4%. The combination with uncommon bacterial infections reduces the rate of symptom improvement and significant recovery ($p = 0.02$). **Conclusion:** The most common pathogenic microbial spectrum was *S.pneumoniae*, *H.influenzae* and *M.catarrhalis*. The majority of cases are associated with multiple agents, of which the most was *S.pneumoniae* with *H.influenzae* combination. *S.pneumoniae* has increased resistance to penicillin, fluoroquinolone compared to studies in the last 10 years in Vietnam. AMOX/SUL treatment for out-patient with CA-LRTBI was very effective, 97.2%. Acute bronchitis responds best, followed by pneumonia and bacterial infection of chronic lung disease. General treatment time was about 7 days. The rate of side effects in the study was very low, 0.6% after 3 days and 1.4% after 3-5 days of oral treatment of which no case should discontinued the study drug be and excluded from the study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiếp nhận và xử trí NTHHD là công việc phổ biến hàng ngày của y tế cơ sở và xử trí chủ yếu là sử dụng kháng sinh để giải quyết nhiễm khuẩn. Vấn đề chi phí điều trị, nguy cơ tác dụng ngoại ý do sử dụng kháng sinh, và nguy cơ xuất hiện kháng thuốc đã luôn được xem là các tác hại phụ cận do sử dụng kháng sinh. Đã có bằng chứng cho rằng kháng thuốc có liên quan chặt chẽ với tình hình sử dụng kháng sinh ở hệ thống y tế chăm sóc ban đầu [1].

Kết hợp amoxicillin-sulbactam (AMX/SBT) có hoạt tính trên cả vi khuẩn tạo và không tạo beta-lactamase. Thuốc có khả năng hấp thu qua đường uống tốt và tạo ra động học thuận lợi trong điều trị các nhiễm trùng hô hấp.

Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu như sau: *Xác định tỷ lệ nhiễm của các tác nhân*

vi sinh gây bệnh trên bệnh nhân NTHHD cấp tính cộng đồng không nhập viện và đặc điểm kháng thuốc kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phổ biến. Nhận xét hiệu quả lâm sàng, tính an toàn điều trị kháng sinh trên bệnh nhân NKHHD cộng đồng không nhập viện bằng AMX/SBT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, đa trung tâm. Mô tả, cắt ngang (cho mục tiêu 1). Mở (open-label), phase IV (postmarketing surveillance study), can thiệp không nhóm chứng (cho mục tiêu 2).

Bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được thu nhận vào nghiên cứu từ các phòng khám bệnh với chẩn đoán NTHHD có thể điều trị ngoại trú, gồm Phòng khám Ngọc Minh (tp Hồ Chí Minh), Phòng khám BV Phạm Ngọc Thạch (tp Hồ Chí Minh), Phòng khám BV Nhân dân Gia Định (tp Hồ Chí Minh) và Phòng khám BV Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Xét nghiệm vi sinh thực hiện tại Phòng xét nghiệm công ty Nam khoa (tp Hồ Chí Minh).

Chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp dưới cộng đồng^{[2],[5]} khi triệu chứng hô hấp xảy ra cấp tính, ho và kèm theo ít nhất một trong các biểu hiện triệu chứng hô hấp dưới (như khạc đờm, khó thở, khô khè, đau ngực).

Xác định vi sinh gây bệnh: Tại phòng xét nghiệm, mẫu đờm được làm một phết nhuộm Gram và quan sát dưới quang trường x100. Mẫu được đánh giá là tin cậy để nuôi cấy và làm xét nghiệm real-time PCR khi có >25 bạch cầu đa nhân trung tính và <10 tế bào biểu mô/quang trường. Sau khi tiến hành nuôi cấy, các mẫu được chuyển đến bộ phận xét nghiệm sinh học phân tử để xét nghiệm real-time PCR phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh. Xét nghiệm real-time PCR trong nghiên cứu là xét nghiệm đa gen mồi (multiplex real-time PCR).

Thuốc kháng sinh amoxicillin/sulbactam sử dụng trong nghiên cứu có tên thương mại là Bactamox, hàm lượng 1g (875mg amoxicillin/125mg sulbactam), dạng viên nén, bao phim, uống.

Phác đồ điều trị kháng sinh amoxicillin/sulbactam dựa trên khuyến cáo "Hướng dẫn xử trí các bệnh nhiễm trùng hô hấp dưới không do lao" (Hội Lao và bệnh phổi Việt Nam, Y học 2012, tr.157,160): Trị liệu kháng sinh trong nghiên cứu là đơn trị (monotherapy). Kháng sinh được sử dụng ngay sau khi lấy bệnh phẩm xét nghiệm vi sinh. Liều 1 viên/mỗi 12 giờ, trong 5-8 ngày tùy theo đánh giá của nghiên cứu viên (NCV) về mức độ nhiễm trùng, đáp ứng lâm sàng trong lần tái khám 1 và 2. Chỉ sử dụng

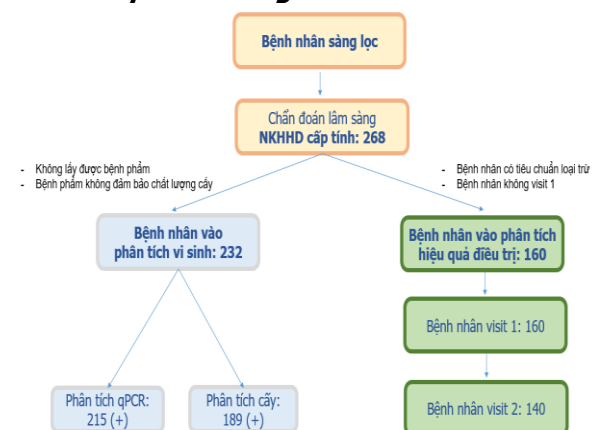
kháng sinh cho các trường hợp NTHHD cộng đồng nghi do vi khuẩn (bacterial infection). Kháng sinh được chỉ định trong các tình huống sau: 1) Chẩn đoán viêm phổi, 2) Chẩn đoán đợt cấp COPD (hoặc dẫn phế quản) nhiễm khuẩn, 3) Viêm phế quản cấp có chỉ định điều trị kháng sinh. Các thuốc điều trị không kháng sinh được chỉ định tùy theo đánh giá của NCV, không khác điều trị thông thường.

Đánh giá kết quả điều trị và tính an toàn: Đánh giá kết quả điều trị bằng khám và ghi nhận bằng các tiêu chuẩn thống nhất trên phiếu nghiên cứu (CRF): gồm triệu chứng lâm sàng (toàn thân và hô hấp), CRP vào lần tái khám 1 (visit 1: sau 3 ngày) và 2 (visit 2: sau 3-5 ngày). Các đánh giá bao gồm: 1) Thời gian trung bình bình phục hoàn toàn triệu chứng lâm sàng. 2) Phân loại đáp ứng điều trị ở lần tái khám 1 và lần tái khám 2: "khỏi", "cải thiện", "không cải thiện". 3) Đánh giá tính an toàn bằng ghi nhận triệu chứng lâm sàng bất thường xảy ra sau khi sử dụng thuốc. Các triệu chứng lâm sàng bất thường bao gồm: các triệu chứng tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy), các triệu chứng da-niêm mạc và các triệu chứng khác. Ở các mức độ: Nhẹ (không cần ngưng thuốc nghiên cứu, không cần điều trị), Trung bình (không cần ngưng thuốc nghiên cứu nhưng cần điều trị) và Nặng (cần ngưng thuốc nghiên cứu và cần điều trị).

Phân tích thống kê: So sánh các biến phân loại giữa các nhóm bằng cách sử dụng test Pearson chi-squared và Fisher exact. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Bệnh nhân nghiên cứu:



Hình 3.1. Sơ đồ diễn biến bệnh nhân trong nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân sau sàng lọc, được chẩn đoán nhiễm trùng hô hấp cấp tính là 268, trong đó có 232 bệnh phẩm đủ điều kiện phân tích đặc điểm vi sinh và 160 bệnh nhân chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cần điều trị kháng sinh nghiêm cứu, có đủ điều kiện phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị. Sơ đồ diễn biến bệnh nhân trong nghiên cứu được thể hiện bằng hình 3.1.

3.2. Kết quả phân tích vi sinh: Kết hợp kết quả của cả hai phương pháp nuôi cấy và real-time PCR xác định được tác nhân vi sinh trong 218 trường hợp, tỷ lệ 94%. Trong đó phát hiện đơn tác nhân là 41 trường hợp (17,8%), trong đó *H.influenzae* chiếm đa số là 18 (7,8%) và *S.pneumoniae* là 12 (5,2%). Đa tác nhân phát hiện được 177 trường hợp, tỷ lệ 76,3%, trong đó phát hiện cả hai tác nhân *S.pneumoniae* và *H.influenzae* là 115 trường hợp (49,6%) với 48 (20,7%) không đi kèm các tác nhân khác, và 67 (28,9%) đi kèm các tác nhân khác như virus, tác nhân cộng đồng khác, vi nấm, tác nhân UCB khác. Trong số những trường hợp đa tác nhân, *S.pneumoniae* đi kèm các tác nhân khác 28 trường hợp (12,1%) và *H.influenzae* đi kèm các tác nhân khác 22 trường hợp (9,5%). Chỉ có 12 trường hợp đa tác nhân trong đó không kết hợp với *S.pneumoniae* hoặc *H.influenzae*, chiếm tỷ lệ 5,2%. Vi khuẩn *S.pneumoniae* và *H.influenzae* là hai tác nhân chủ yếu, phát hiện được với tỷ lệ 84,1% (195 trường hợp), trong đó ở dạng kết hợp *S.pneumoniae* với *H.influenzae* là 49,6%. Có

61 trường hợp đa tác nhân với hiện diện của các tác nhân vi khuẩn UCB như *S.aureus* (18 trường hợp), *E.faecalis* (1 trường hợp) và trực khuẩn Gram (-) (42 trường hợp), tỷ lệ 26,3%.

Kết quả real-time PCR phát hiện được tác nhân gây bệnh 215 trường hợp, tỷ lệ 92,7%. Có 3 trường hợp có tác nhân gây bệnh mà real-time PCR không phát hiện được, trong đó có 1 trường hợp cấy dương tính *P.mirabilis* và 2 trường hợp cấy dương tính *H.influenzae*. Có 46 (19,8%) trường hợp real-time PCR chỉ phát hiện được đơn tác nhân trong đó đa số là *S.pneumoniae* với 18 (7,8%) trường hợp và *H.influenzae* với 18 (7,8%) trường hợp. Có 169 (72,8%) trường hợp phát hiện được đa tác nhân trong đó phát hiện đồng thời cả hai tác nhân *S.pneumoniae* và *H.influenzae* là 103 (44,4%) trường hợp với 46 (19,8%) trường hợp không kết hợp với các tác nhân khác và 57 (24,6%) kết hợp với các tác nhân khác như virus, tác nhân CB, tác nhân UCB hay nấm. Có 32 (13,8%) trường hợp *S.pneumoniae* kết hợp với tác nhân khác và 21 (9,1%) trường hợp *H.influenzae* kết hợp với tác nhân khác. Chỉ có 13 (5,6%) trường hợp real-time PCR phát hiện đa tác nhân mà không phải là *S.pneumoniae* hay *H.influenzae*. Như vậy bằng xét nghiệm real-time PCR, *H.influenzae* và *S.pneumoniae* là hai tác nhân chủ yếu, phát hiện được trên 192 các trường hợp, chiếm tỷ lệ đến 82,8% (bảng 3.1).

Bảng 3.1. Số lượng và tỷ lệ các tác nhân vi sinh nuôi cấy phát hiện được bằng phương pháp real-time PCR và bằng phương pháp nuôi cấy vi sinh

Tác nhân	PCR		Cấy		p
	N	%	N	%	
SP	153	65,95	68	29,31	<10 ⁻⁹
HI	136	58,62	148	63,79	0,25
MC	17	7,33	9	3,88	0,13
GAS	2	0,86	1	0,43	
GBS	6	2,59	0		
Hib	27	11,64	0		
SAU	18	7,76	4	1,72	0,027
SE	6	2,59	1	0,43	
Efeca	1	0,43	0		

Tác nhân	PCR		Cấy		p
	N	%	N	%	
Eaero	0		2	0,86	
Eclo	2	0,86	1	0,43	
Eco	4	1,72	5	2,16	
KLP	22	9,48	22	9,48	
Eaggl	0		6	2,59	
Pmi	0		2	0,86	
PSA	14	6,03	5	2,16	0,04
PS?	0		1	0,43	
AB	5	2,16	2	0,86	
Fungi	16	6,90	1	0,43	10 ⁻⁴

Viết tắt: HI: *H.influenzae*, SP: *S.pneumoniae*, MC: *M. catarrhalis*, GAS: *Streptococcus spp* Group A, GBS: *Streptococcus spp.* Group B, Hib: *H.influenzae* type b, SAU: *S. aureus*, SE: *S.epidermidis*, Efeca: *E. faecalis*, Eco: *E. coli*, Eclo: *E. cloacae*, Eaero: *E. aerogenes*, Eaggl: *E. agglomerans*, KLP: *K. pneumoniae*, Pmi: *P. mirabilis*, PSA: *P. aeruginosa*, PS: *Pseudomonas sp.*, AB: *A.baumannii*

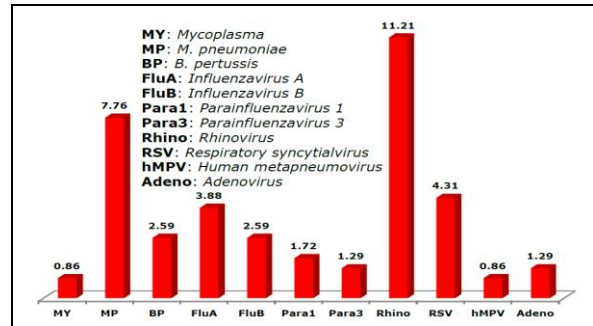
Hình 3.2 dưới đây trình bày tỷ lệ các tác nhân vi khuẩn không điển hình và tác nhân virus phát hiện được bằng phương pháp real-time PCR. Có đến 63 trường hợp phát hiện được tác nhân virus chiếm tỷ lệ 26,2% trong đó có 6 (2,6%) trường hợp đơn tác nhân và 57 (24,6%) phối hợp với các tác nhân khác. Tác nhân vi khuẩn không điển hình được phát hiện trong 25 trường

hợp chiếm tỷ lệ 10,8% trong đó gồm 18 (7,7%) là tác nhân *M.pneumoniae*, 6 (2,6%) là *B.pertussis* và 2 là *Mycoplasma* khác với 1 kết hợp với *M.pneumoniae*. Tất cả các trường hợp vi khuẩn không điển hình đều phối hợp với các tác nhân khác.

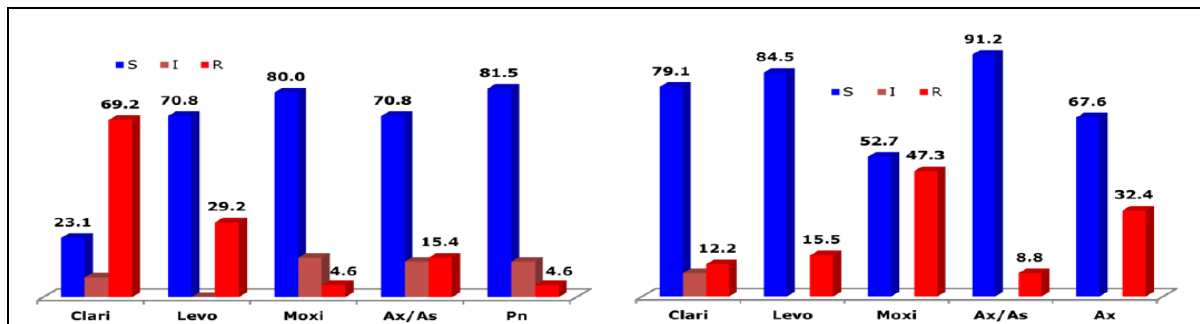
Có 3 tác nhân vi khuẩn mà kết quả nuôi cấy thu được số lượng đủ để phân tích tình hình để

kháng với các kháng sinh, đó là *S.pneumoniae* (68 chủng), *H.influenzae* (148 chủng) và *K.pneumoniae* (22 chủng). Hình 3.3 trình bày tỷ lệ *S.pneumoniae* và *H. influenzae* đề kháng các kháng sinh nghiên cứu.

Có 3 tác nhân vi khuẩn mà kết quả nuôi cấy thu được số lượng đủ để phân tích tình hình đề kháng với các kháng sinh, đó là *S.pneumoniae* (68 chủng), *H.influenzae* (148 chủng) và *K.pneumoniae* (22 chủng). Hình 3.3 trình bày tỷ lệ *S.pneumoniae* và *H. influenzae* đề kháng các kháng sinh nghiên cứu.



Hình 3.2. Biểu đồ tỷ lệ vi khuẩn không điển hình và virus phát hiện bằng real-time PCR.



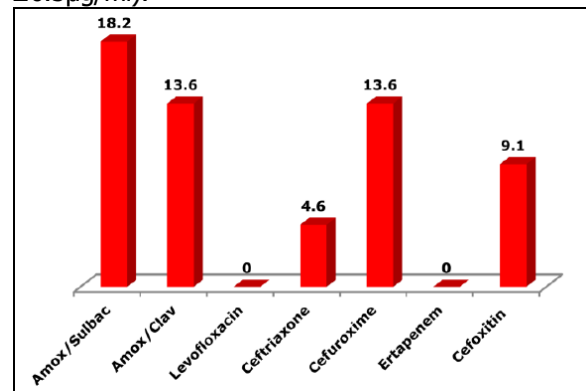
Hình 3.3. Biểu đồ tỷ lệ đề kháng kháng sinh của 68 chủng *S.pneumoniae* (trái) và của 148 chủng *H.influenzae* (phải)

Tỷ lệ *S.pneumoniae* kháng penicillin là 4,6% (MIC $\geq 8\mu\text{g/ml}$), kháng amoxicillin/sulbactam là 14,4% (MIC $\geq 8/4\mu\text{g/ml}$), kháng moxifloxacin là 4,6% (MIC $\geq 4\mu\text{g/ml}$), kháng levofloxacin là 29,2% (MIC $\geq 8\mu\text{g/ml}$) và kháng clarithromycin là 69,2% (MIC $\geq 1\mu\text{g/ml}$).

Tỷ lệ *H.influenzae* kháng amoxicillin là 32,4% (MIC $\geq 8\mu\text{g/ml}$) với cơ chế chủ yếu là tiết β -lactamase, kháng amoxicillin/sulbactam 8,8% (MIC $\geq 8/4\mu\text{g/ml}$), không nhạy cảm (vì chưa có tiêu chuẩn MIC đề kháng) với moxifloxacin là 47,3% (MIC $> 1\mu\text{g/ml}$) và levofloxacin là 15,5% (MIC $> 2\mu\text{g/ml}$). Đối với clarithromycin, *H.influenzae* đề kháng là 12,2% (MIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$).

Đối với *K.pneumoniae*, tỷ lệ đề kháng đối với các kháng sinh qua kết quả MIC cho thấy 100% kháng Amoxicillin (MIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$), trong đó với kiểu hình kháng β -lactam, chỉ có 1 trường hợp (4,6%) được ghi nhận là ESBL, 2 trường hợp (9,1%) là AmpC cảm ứng, 19 trường hợp còn lại là kháng bằng β -lactamase cổ điển. Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh được minh họa bằng hình 3.4 cho thấy 18,2% kháng Amoxicillin/sulbactam (MIC $\geq 32/16\mu\text{g/ml}$), 13,6% kháng Amox/clav (MIC $\geq 32/16\mu\text{g/ml}$), 4,6% kháng ceftriaxone (MIC $\geq 4\mu\text{g/ml}$), 13,6% kháng cefuroxime (MIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$), 9,1% kháng ceftazidime (MIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$).

và 9,1% kháng ceftazidime (MIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$). *K.pneumoniae* 100% nhạy với levofloxacin (MIC $\leq 2\mu\text{g/ml}$) và ertapenem (MIC $\leq 0.5\mu\text{g/ml}$).



Hình 3.4. Biểu đồ tỷ lệ đề kháng các kháng sinh của 22 chủng *K.pneumoniae* phân lập được

3.3. Kết quả phân tích hiệu quả lâm sàng của trị liệu AMOX/SUL và vi sinh trên trên bệnh nhân đủ điều kiện vào phân tích hiệu quả điều trị: Đặc điểm bệnh nhân vào phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị: Tổng cộng có 160 bệnh nhân vào phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị. Đặc điểm bệnh nhân như sau (bảng 3.2).

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh nhân vào phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị

Đặc điểm	VPQC	VPCĐ	Đợt cấp bệnh phổi mạn tính	Tổng
Giới (N/%)				
- Nam:	41 (48,8)	17 (20,2)	26 (31,3)	84 (100,0)
- Nữ:	45 (59,2)	21 (17,6)	10 (13,2)	76 (100,0)
Tuổi (TB/SD):	54 (17)	64 (17)	62 (12)	58 (17)
Chẩn đoán (N/%)	86 (53,8)	38 (23,8)	36 (22,5)	160 (100,0)
Hình ảnh Xquang (N/%)				
- Phù hợp	82 (95,3)	33 (86,8)	26 (72,2)	160
- Có hình không bình thường kết hợp	4 (4,7)	5 (13,2)	10 (27,8)	(100,0)
CRP lần khám đầu (TB/SD mg/L)	11.7 (28,8) (*)	86.4 (111,5) (*)	31.1 (24,7) (*)	
Bệnh nhân có tái khám (N/%)				
- Lần 1: số bn theo bệnh/số bn	86 (53,8)	38 (23,8)	36 (22,5)	160 (100,0)
- Lần 2: số bn theo bệnh/số bn	76 (53,9)	31 (22,7)	33 (23,4)	140 (100,0)
- Tỷ lệ bn có tái khám 2/số bn theo bệnh (%)	88,4(**)	84,2(**)	91,7(**)	88,1

(*) Khác biệt có ý nghĩa $p < 0.0001$; (**) Khác biệt không có ý nghĩa $p = 0.6$

Đánh giá lâm sàng ở lần tái khám 1 trên 160 bệnh nhân, kết quả chung và từng bệnh được thể hiện bằng bảng 3.7. Tỷ lệ khởi là 3,7%, cải thiện là 88,1%, không cải thiện là 8,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,26$) giữa các kết quả của từng nhóm bệnh (bảng 3.3).

Bảng 3.3. Đánh giá lâm sàng lần tái khám 1

Đánh giá	VPQC	VPCĐ	Đợt cấp bệnh phổi mạn tính	Tổng
Khởi (N/%)	5 (5,8)	1 (2,6)	0 (0,0)	6 (3,7)
Cải thiện (N/%)	77 (89,5)	33 (86,8)	31 (86,1)	141 (88,1)
Không cải thiện nhiễm trùng (N/%)	3 (3,5)	3 (7,9)	5 (13,9)	11 (6,9)
Không cải thiện không do nhiễm trùng (N/%)	1 (1,2)	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (1,2)
Tổng	86 (100,0)	38 (100,0)	36 (100,0)	160 (100,0)

Tác dụng phụ (SE) ở lần tái khám 1 được chia thành 4 nhóm, gồm Không SE; Có SE nhưng chỉ cần theo dõi, không xử trí; Có SE cần xử trí nhưng không ngưng thuốc và Có SE phải ngưng thuốc điều trị. Có 1 trường hợp tiêu chảy cần xử trí nhưng không ngưng thuốc điều trị.

Bảng 3.4. Đánh giá lâm sàng lần tái khám 2

Đánh giá (N/%)	VPQC	VPCĐ	Đợt cấp bệnh phổi mạn tính	Tổng
Khởi (tỷ lệ trên bn visit) (*)	41 (53,9)	16 (51,6)	18 (54,6)	75 (53,6)
Cải thiện (tỷ lệ trên bn visit)	33 (43,5)	14 (45,2)	14 (42,4)	61 (43,6)
Không cải thiện nhiễm trùng (tỷ lệ trên bn visit)	1 (1,3)	1 (3,2)	1 (3,0)	3 (2,1)
Không cải thiện không do nhiễm trùng (tỷ lệ trên bn visit)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)
Số bn visit 2	76 (100,0)	31 (100,0)	33 (100,0)	140 (100,0)
Số bn không visit 2 (**)	10	7	3	20
Tổng	86	38	36	160

- 01 bn VPQC triệu chứng ho không cải thiện + ợ chua nghi do GERD (39-40 TWCT) (Bệnh án minh họa số 1, bảng 3.12)

- 03 bn nghi do nhiễm khuẩn cộng đồng kháng thuốc:

01 bn VPQC: XQ nghi dân phế quản (94-15 PNT), PCR: Eb, Kp, Ab (Bệnh án minh họa số 2, bảng 3.12)

01 bn VPCĐ: Hình ảnh dân phế quản và áp-xe lan tỏa hai bên (15-15 TWCT) (Bệnh án minh họa số 3, bảng 3.12)

01 bn đợt cấp bệnh phổi mạn: Có tổn thương lao cũ (103-58 PNT), PCR: H.i, E.c (Bệnh án minh họa số 4, bảng 3.12)

(*) Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,72$) về tỷ lệ khởi giữa các nhóm bệnh. (**) Không có khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,62$) về số bệnh nhân không tái khám lần 2 giữa các phân nhóm bệnh.

Đánh giá lâm sàng lần tái khám 2 trên 140 bệnh nhân (có 20 bệnh nhân không tái khám). Trong số này, qua liên lạc bằng điện thoại, không có trường hợp nào diễn biến xấu hơn so với lần tái khám 1). Kết quả đánh giá lâm sàng chung trên 140 bệnh nhân và theo từng phân

nhóm bệnh nhân được thể hiện bằng bảng 3.8. Tỷ lệ khởi là 53,6%, cải thiện là 43,6% và không cải thiện là 2,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,72$) giữa các kết quả của từng nhóm bệnh. Không có sự khác biệt về số bệnh nhân không tái khám ở lần tái khám thứ 2 giữa các

nhóm bệnh ($p=0,62$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả vi sinh: Kết quả của nghiên cứu này đã cho thấy tỷ lệ phát hiện được vi khuẩn gây bệnh đạt được đến 82,8%, chủ yếu là các vi khuẩn cộng đồng kinh điển, bao gồm *H.influenzae* 63,8%, tiếp theo là *S.pneumoniae* 29,3%. *K.pneumoniae* được ghi nhận là vi khuẩn gây bệnh đứng thứ ba với tỷ lệ là 9,5% và *M.catarrhalis* đứng hàng thứ tư với tỷ lệ phát hiện là 3,9%. Các tác nhân vi khuẩn kháng với kháng sinh trị liệu thông thường như *S.aureus*, *P.aeruginosa* và *A.baumannii* cũng được ghi nhận nhưng chỉ với tỷ lệ khá thấp. Kết hợp real-time PCR trong nghiên cứu này đã thực sự làm phong phú hơn kết quả đặc điểm tác nhân vi sinh gây bệnh do phát hiện được một tỷ lệ cao (27,2%) các virus trong đó chiếm đa số là *rhinovirus* (11,2%), tiếp theo là RSV (4,5%), *influenzavirus A, B* (6,5%) và các *parainfluenzavirus 3* (3,0%). Vi khuẩn không điển hình *M.pneumoniae* chiếm 7,8%. Kết quả real-time PCR cũng đã làm thay đổi tỷ lệ vi khuẩn cộng đồng phát hiện được với kết quả tỷ lệ phát hiện *S.pneumoniae* lên đến 66,8% (trong khi nuôi cấy chỉ 29,3%).

Nghiên cứu này cũng đã ghi nhận được sự thay đổi về tình hình đề kháng các kháng sinh đối với *S.pneumoniae*. Nếu như trong nghiên cứu SOAR^[3], tỷ lệ đề kháng fluoroquinolone (ofloxacin) còn thấp là 4,8% thì trong nghiên cứu này đã có đến 29,2% kháng được fluoroquinolone hô hấp (levofloxacin), ngay cả fluoroquinolone được ghi nhận là hiệu quả trên *S.pneumoniae* là moxifloxacin thì tỷ lệ đề kháng cũng được ghi nhận là 4,6%. Một ghi nhận nữa trong nghiên cứu này là tỷ lệ *S.pneumoniae* kháng penicillin là 4,2% trong khi trong nghiên cứu SOAR chỉ có 1% *S.pneumoniae* kháng được penicillin ($MIC \geq 8\mu g/ml$) và sự gia tăng đề kháng penicillin của *S.pneumoniae* trong nghiên cứu này cũng được ghi nhận cả trong sự gia tăng MIC_{90} của penicillin và amoxicillin, đã lên đến $4\mu g/ml$ trong khi trong nghiên cứu SOAR^[3] MIC_{90} của penicillin và amoxicillin cũng chỉ tăng đến mức $3\mu g/ml$.

Đối với hiệu quả điều trị kháng sinh trong nghiên cứu AMOX/SUL, từ kết quả có thể đưa ra ba nhận xét chính, đó là: (1) *S.pneumoniae* còn nhạy cảm cao với AMOX/SUL với tỷ lệ nhạy cảm lên đến 84,6%. Nếu tăng liều amoxicillin lên để có được điểm gãy PK/PD đến $4\mu g/ml$ thì chắc chắn hiệu quả lâm sàng sẽ đạt trên 90% thành công nhờ đạt được nồng độ bằng MIC_{90} của

kháng sinh đối với vi khuẩn; (2) *H.influenzae* cũng còn nhạy cảm cao với Amox/sulbactam với tỷ lệ nhạy cảm 91,2% và sự nhạy cảm này có được là do khả năng ức chế men β -lactamase do vi khuẩn tiết ra; (3) *K.pneumoniae* là tác nhân được xem là mới nổi gây viêm phổi cộng đồng, trong nghiên cứu này cũng là tác nhân vi khuẩn đứng hàng thứ 3, vẫn còn nhạy cảm cao với amox/sulbactam với tỷ lệ 81,8%. Sự nhạy cảm này có được là do đa số *K.pneumoniae* gây viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân ngoại trú trong nghiên cứu kháng β -lactam bằng cơ chế tiết men β -lactamase cổ điển.

Hiệu quả lâm sàng và tính an toàn của trị liệu Amox/sulbactam: Đánh giá ở lần tái khám 1 trên 160 bệnh nhân lần tái khám 1 là những trường hợp đã uống thuốc 3 ngày. Bảng 3.7 cho thấy tốc độ khỏi và cải thiện triệu chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh. Số bệnh nhân và tỷ lệ bệnh nhân không cải thiện ở nhóm đợt cấp bệnh phổi mạn tính có vẻ nhiều hơn so với các nhóm khác. Điều này có thể được giải thích bằng cơ chế bảo vệ tại chỗ trong đợt nhiễm trùng cấp ở nhóm bệnh phổi mạn tính có thể kém hơn và có sự duy trì lâu hơn triệu chứng hô hấp ở những người có bệnh phổi mạn tính. Có thể thấy nhận định này ở kết quả CRP. Kết quả cho thấy CRP giảm nhanh hơn ở nhóm bệnh nhân Viêm phế quản cấp so với nhóm đợt cấp bệnh phổi mạn tính. CRP giảm có sự khác biệt giữa ba nhóm bệnh. Với sự thay đổi giá trị CRP trong nghiên cứu có thể nhận định tình trạng nhiễm khuẩn dưới điều trị kháng sinh sau 3 ngày diễn biến tốt nhất ở nhóm viêm phế quản cấp, sau đó tới viêm phổi và cuối cùng là đợt cấp bệnh phổi mạn tính. Tác dụng phụ do sử dụng thuốc ghi nhận ở lần tái khám 1 (sau 3 ngày sử dụng thuốc) cho thấy chỉ có 1 trường hợp có tác dụng phụ ở mức trung bình trên 160 trường hợp đánh giá, tỷ lệ 0,6%.

Đánh giá ở lần tái khám 2 trên số bệnh nhân có tái khám lần 2 là 140. Đây là những bệnh nhân đã được điều trị 5-8 ngày. Số bệnh nhân điều trị kết quả khỏi và cải thiện là 97,2%, trong đó đánh giá khỏi là 53,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p=0,62$) về số lượng bệnh nhân không tái lần 2 giữa các nhóm bệnh. Có 3 trên 140 bệnh nhân được đánh giá là không cải thiện tình trạng nhiễm trùng, tỷ lệ 2,1%. Tỷ lệ 97,2% các trường hợp có hiệu quả sau 5-8 ngày điều trị, trong đó viêm phổi là 96,8% là khá giống với kết quả nghiên cứu của Jasovich A và cs năm 2002^[4] trên 84 trường hợp viêm phổi người lớn điều trị bằng AMOX/SUL 875/125mg 2 lần/ngày trong 7 ngày. Đây là những trường hợp viêm

phổi cộng đồng không nặng (điểm PORT I-III).

Tác dụng phụ ở lần tái khám 2 trên 140 bệnh nhân ghi nhận có 1 cas tiêu chảy và 1 cas nổi mẩn ngứa cần xử trí thuốc nhưng không ngưng thuốc điều trị, tỷ lệ 1,4%. Tỷ lệ này là khá thấp so với một số y văn khi đề cập tới tác dụng phụ khi sử dụng AMOX/SUL. Cũng trong nghiên cứu của Jasovich A và cs đã trích dẫn ở trên^[4], trên 84 trường hợp điều trị 7 ngày, có 10 bệnh nhân (11,9%) có tác dụng phụ, trong đó 9/10 là tiêu chảy. Không có trường hợp nào phải ngưng thuốc và loại khỏi nghiên cứu. Trong số các báo cáo ADR ở Việt Nam tiêu chảy là tác dụng phụ chỉ đứng ở hàng thứ 9 về mức độ hay gặp. Trên 160 trường hợp sử dụng thuốc AMOX/SUL nghiên cứu ít nhất 3 ngày và 140 trường hợp sử dụng ít nhất 6 ngày không có trường hợp nào nằm trong số các tác dụng phụ trong thống kê hàng đầu của cảnh báo dược Việt Nam như phản vệ, khó thở, phù^[6]. Việc sử dụng thuốc uống và loại trừ các trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc beta-lactam như thiết kế nghiên cứu đã thực hiện có thể là nguyên nhân làm giảm nguy cơ xảy ra tác dụng phụ.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 232 bệnh nhân đã cho thấy: (1) Tác nhân vi sinh gây bệnh phổ biến nhất là *S.pneumoniae*, tiếp theo là *H.influenzae* và *M.catarrhalis*; (2) Virus được phát hiện với tỷ lệ khá cao mà phổ biến là *Rhinovirus*; (3) Tác nhân vi khuẩn không điển hình được phát hiện ở tỷ lệ khá thấp là *M.pneumoniae*; (4) Đa số các trường hợp là có sự phối hợp nhiều tác nhân, trong đó cao nhất là phối hợp *S.pneumoniae* với *H.influenzae* hoặc đơn thuần hoặc phối hợp với các tác nhân khác, tiếp theo là phối hợp *S.pneumoniae* với các tác nhân khác, rồi đến phối hợp *H.influenzae* với các tác nhân khác. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ phối hợp các tác nhân vi khuẩn nhóm UCB với các tác nhân khác. (5) Các tác nhân vi khuẩn gây bệnh UCB, kháng với trị liệu kháng sinh điều trị thông thường trong NKHHD, chiếm tỷ lệ khá thấp.

Tình hình đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phổ biến cho thấy đã có sự thay đổi so với các nghiên cứu ở Việt Nam trước đây, đặc biệt là sự gia tăng tỷ lệ kháng fluoroquinolone và penicillin của *S.pneumoniae*.

Sử dụng AMOX/SUL trong điều trị NKHHD cộng đồng có hiệu quả rất cao, tỷ lệ chung là 97,2%. Kết quả cho thấy viêm phế quản cấp đáp ứng tốt nhất, sau đó là viêm phổi cộng đồng và đợt cấp bệnh phổi mạn tính. Thời gian điều trị chung

khoảng 7 ngày. Tỷ lệ có tác dụng phụ trong nghiên cứu là rất thấp, 0,6% sau 3 ngày uống và 1,4% sau 3-5 ngày uống. Không có trường hợp nào phải ngưng thuốc và loại khỏi nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ:

1. Trên bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính cộng đồng, với phổ vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là *S.pneumoniae* và *H.influenzae* đơn độc hay kết hợp (chiếm tỷ lệ 82,8%), chỉ định kháng sinh Amoxicillin/Sulbactam là rất cần thiết. Phổi hợp này có khả năng bao phủ các vi khuẩn gây bệnh phổ biến, thậm trí khi đã giảm nhạy cảm với penicilline. Ngay cả trên *K.pneumoniae*, tác nhân vi khuẩn gây bệnh đứng ở hàng thứ 3 sau *S.pneumoniae* và *H.influenzae* cũng còn nhạy cảm cao với thuốc (tỷ lệ nhạy cảm là 81,8%) do kháng β -lactam bằng cơ chế tiết men β -lactamase cổ điển.

2. Trong nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính cộng đồng, khi sử dụng amoxicillin/sulbactam điều trị, để đạt hiệu quả điều trị cao và giảm đến mức thấp nhất nguy cơ tác dụng phụ, thầy thuốc lâm sàng cần rất chú ý đánh giá: a) Có cần điều trị kháng sinh không?, b) Có nguy cơ nhiễm khuẩn UCB không? và c) Có tiền sử dị ứng với thuốc nhóm beta-lactam không?.

3. Để đạt được hiệu quả điều trị với MIC90 của *S.pneumoniae* ở mức 4mcg/ml, liều amoxicilline/sulbactam uống cần sử dụng là 825/125mg/mỗi 8 giờ hoặc 1000/125mg/mỗi 12 giờ, nhất là đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao nhiễm *S.pneumoniae* kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, UK).** Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics. Clinical guideline Published: 23 July 2008 nice.org.uk/guidance
2. **M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig et al.** Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – full version. Clin Microbiol Infect 2011; 17(Suppl. 6): E1–E59
3. **Vân P.H. (2009).** PCR và real-time PCR: Các vấn đề cơ bản và các ứng dụng thường gặp. Nhà xuất bản y học. tr3-tr33
4. **Jasovich A, Soutric J (2002),** Efficacy of amoxicillin-sulbactam, given twice-a-day, for the treatment of community-acquired pneumonia: a clinical trial based on a pharmacodynamic model, *J Chemother*, 14 (6): 591-6.
5. **Pneumonia in adults:** diagnosis and management. Clinical guideline. Published: 3 December 2014. nice.org.uk/guidance/cg191 ©
6. **Nguyễn Mai Hoa, Lương Anh Tùng, Nguyễn Hoàng Anh.** Hiệu quả và an toàn của phối hợp amoxicillin và sulbactam. magazine. canhgiacduoc.org.vn /Magazine / Details/197.