



# Y HỌC

VIỆT NAM

*Năm thứ sáu mươi tư*

**VIETNAM MEDICAL JOURNAL**



**THÁNG 1 - SỐ 1**  
**2018**

**TẬP 462**

**TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM**  
**VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION**

68A Bà Triệu - Hà Nội; Tel/Fax: 84-4-39439323; Tel: 39431866  
email: [vgamp@fpt.vn](mailto:vgamp@fpt.vn); website: [www.tonghoiyhoc.vn](http://www.tonghoiyhoc.vn)

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

**TỔNG BIÊN TẬP**

Nguyễn Thị Xuyên

**PHÓ TỔNG BIÊN TẬP**

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

**HỘI ĐỒNG CỐ VẤN**

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

**ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP**

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

**BAN THƯ KÝ**

|                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| Tạ Thị Kim Oanh (Trưởng ban) | Huỳnh Anh Lan      |
| Nguyễn Duy Bắc               | Nguyễn Quốc Trường |
| Nguyễn Tiến Dũng             |                    |

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

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

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

# NHẬN XÉT MỘT SỐ CHỈ SỐ NHÂN TRẮC VÀNH TAI Ở MỘT NHÓM TRẺ EM DÂN TỘC KINH TUỔI 6-15

Vũ Duy Dũng\*, Lê Gia Vinh\*\*, Nguyễn Roãn Tuất\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số chỉ số về kích thước, góc trên vành tai của một nhóm trẻ dân tộc Kinh độ tuổi 6-15 tình nguyện nghiên cứu. **Phương pháp:** 55 trẻ được chọn có bố hoặc mẹ bảo trợ (tổng số 110 tai). Đo kích thước trên tai bao gồm: chiều dài, rộng, độ nhô, góc sau tai. Đo trên ảnh chụp tai đối tượng theo tiêu chuẩn bằng phần mềm Auto Cad và phần mềm Image Mesurement 8.49 các chỉ số; trực tai, góc giữa trực tai với trục đứng, góc giữa trực tai với trục mũi, góc cắt giữa đối luân với trục đứng... **Kết quả:** Tai hai bên khá cân đối nhau ở tất cả các chỉ số đo. Kích thước trên vành tai tăng dần theo tuổi, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa giữa tai phải so tai trái cũng như giữa nam và nữ. **Kết luận:** Chúng tôi thấy rằng kích thước tai ở nữ giới có xu hướng nhỏ hơn so với nam giới, các chỉ số đo trên vành tai có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi. Đặc biệt trẻ em Việt Nam có kích thước nhỏ hơn so với trẻ khác trên thế giới. Tuy nhiên, để tăng độ tin cậy cho kết luận cần phải thu thập trên qui mô mẫu nghiên cứu rộng lớn hơn.

**Từ khóa:** Hình thái học, chỉ số nhân trắc tai, kích thước vành tai.

## SUMMARY

### EVALUATING ON SOME ANTHROPOMETRIC INDEXES OF THE EAR IN CHILDREN AGE 6-15

**Aims:** To evaluate on the size, angle of the human ear according to age 6 to 15, and sex group in Kinh ethnic of Viet Nam. **Methods:** 55volunteers (total 110 ears) were recruited. Measurements on the ear included; length, width, ear position and shape, height, ear width at the helical root and tragus. Prominence was measured at the helical root and tragus, conchomastoid angle...and measure on their ears standar pictures involve pinna axis, ears axias with nasal dorsum, antihelix taken off angle. **Results:** Good symmetry was shown for all measurements. Ears increased in size throughout ages, no measure significal differents on both sides and gender. **Conclusions:** We found consistent trends in ear morphology depend in gonage and gender. Our study showed that the general size of pinna on Vietnamese children a little smaller than other countries in the world, to reinforce the conclusion we need to investigate further and wider on samples size.

**Key words:** Morphology, anthropometry of the ear, pinna size.

\*Trường Đại học Y Hà Nội

\*\*Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Dũng

Email: dungent@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/11/2017

Ngày duyệt bài: 1/12/2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai là cơ quan đa diện gắn kết bên ngoài đầu, gồm có 3 phần: tai ngoài, tai giữa, tai trong. Đảm bảo các chức năng nghe, cân bằng, trong đó tai ngoài liên quan đến thẩm mỹ gồm vành tai, ống tai. Vành tai là phần nhô toàn bộ ra ngoài có nhiều gờ, rãnh do các nếp nhăn của sụn, nên khi có bất kỳ tổn thương nào đều có thể phá vỡ chức năng của tai.

Tai có giới hạn trên tương đương mức đường kẻ ngang từ đầu ngoài lông mày ra ngoài song song mặt phẳng Frankfort (Tư thế nhìn thẳng, mặt phẳng nằm ngang đi qua khuyết trên nắp bình tai và bờ dưới ổ mắt), và tương đương đường kẻ ngang qua mức tiểu trụ song song mặt phẳng Frankfort là giới hạn dưới của tai. Trong khi đó trục của vành tai không chạy song song với sống mũi mà hơi đổ ra sau khoảng 15-20° từ vị trí vuông góc với mặt phẳng Frankfort.

Chiều dài tai trưởng thành khoảng 5-6 cm, kích thước từ viền vành tai đến khoe mắt ngoài xấp xỉ 6.5-7cm cũng tương đương với khoảng cách từ đầu ngoài lông mày đến chân gờ luân. Chiều rộng vành tai xấp xỉ 55% của chiều dài (cao). Rìa vành tai nhô ra khoảng 2cm từ sọ tạo một góc với sọ là 21-25°. Bất thường góc giữa vành tai – xương chũm >40°, tương ứng khoảng cách giữa gờ luân và mặt ngoài xương chũm > 25mm.

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu hay báo cáo nào về chỉ số nhân trắc vành tai ở trẻ em được công bố. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số chỉ số nhân trắc vành tai ở một nhóm trẻ em dân tộc Kinh tuổi từ 6 – 15.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 55 trẻ em tình nguyện viên (có bố mẹ bảo trợ) được chọn trong độ tuổi 6 -15 tương đương học sinh cấp I-II đến khám bệnh Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Trung Ương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** trẻ không có biến dạng, không bị dị tật tai, không bị phẫu thuật tai trước đó, trong độ tuổi nghiên cứu, gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ gồm:** dị tật bẩm sinh, khối u, chấn thương hoặc phẫu thuật vùng vành tai trước đó. Tuổi, giới tính của từng tình nguyện viên được ghi lại. Tất cả các phép đo được tác giả thực hiện trực tiếp.

**Dụng cụ:** Thước thẳng, thước kẹp, compa đo góc; Phần mềm Auto Cad, phần mềm phần mềm Image Mesurement 8.49 để đo đạc trên ảnh; Máy ảnh Cannon EOS 750D Lens kit (EF-S18-55mm IS STM), khẩu độ 5.6, tốc độ 1/60s, độ phân giải 1064x708.

#### Các bước tiến hành

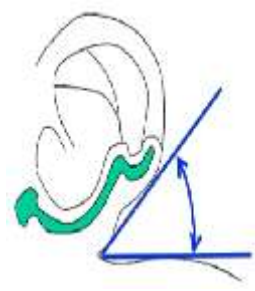
**1. Đo trực tiếp trên đối tượng:** Được thực hiện ở tư thế trẻ đứng, mắt nhìn thẳng, tư thế

đầu ở mặt phẳng Frankfort. Gồm các phép đo bao gồm:

1.1. Chiều dài vành tai (hình 1).

1.2. Chiều rộng vành tai: từ nắp bình tai song song mặt phẳng Frankfort đến rìa vành tai, đo bằng thước kẹp.

1.3. Đo chiều dày của gờ luân bằng thước kẹp điện tử (hình 2).



**Hình 1. Cách đo chiều dài của vành tai. Đo từ dải tai đến phần xa nhất của vành tai**

a. Có dải tai: (detached); b. Không có dải tai: (attached)

**Hình 2. Đo độ dày gờ luân**

**Hình 3. Đo góc sau tai**

Chiều dày này thay đổi tùy người, tùy vị trí trên vành tai. Đo từ cạnh ngoài đến viền vành tai tại 3 vị trí trên, giữa, dưới.

1.4. Đo góc sau tai (hình 3): Góc loa tai – mặt chũm: được đo bằng compa đo góc (goniometer)

**2. Đo trên ảnh chụp vành tai đối tượng:** Bằng phần mềm Image Mesurement 8.49 và Auto Cad:

2.1. Trục tai là góc giữa phép đo chiều dài tai so trục đứng (vuông góc với mặt phẳng Frankfort).

2.2. Góc cắt đối bình với trục đứng.

2.3. Góc trục vành tai so với trục sống mũi.

Tất cả các phép đo chiều dài được ghi bằng milimét.

Đo góc bằng độ (mỗi phép đo được thực hiện 3 lần, lấy giá trị trung bình làm kết quả).

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 23.0.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**1. Phân bố tuổi, giới tính:** Gồm 55 đối tượng thuộc nhóm nghiên cứu (110 tai), Trong đó, nam giới 37 trường hợp, nữ giới 18 trường hợp. Đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi cấp I (6 -10 tuổi) gồm 30 trường hợp, và 25 trường hợp thuộc nhóm tuổi cấp II (11 – 15 tuổi).

**Bảng 1. Phân chia giới tính theo nhóm tuổi**

| Giới tính \ Độ tuổi | Cấp 1 (6-10) |      | Cấp 2 (11-15) |      | Tổng |      |
|---------------------|--------------|------|---------------|------|------|------|
|                     | n            | %    | n             | %    | n    | %    |
| Nam                 | 22           | 40.0 | 15            | 27.3 | 37   | 67.3 |
| Nữ                  | 8            | 14.5 | 10            | 18.2 | 18   | 32.7 |
| Tổng                | 30           | 54.5 | 25            | 45.5 | 55   | 100  |

**2. Tính cân xứng hai bên tai:** Phần lớn các phép đo giữa tai trái, phải cho kết quả khá tương đồng nhau (Bảng 2) giữ bên phải và trái ở các phép đo trên thực tế cũng như trên máy tính. Nhất là với các phép đo tuyến tính độ nhô sau tai (trên, giữa, dưới).

**Bảng 2. Mối tương quan cân xứng giữa hai tai**

| Các chỉ số đo       |      | Tai phải   |          |          |               | Tai trái   |          |          |               |
|---------------------|------|------------|----------|----------|---------------|------------|----------|----------|---------------|
|                     |      | Trung bình | Lớn nhất | Nhỏ nhất | Độ lệch chuẩn | Trung bình | Lớn nhất | Nhỏ nhất | Độ lệch chuẩn |
| Độ nhô tai(mm)      | Trên | 18         | 28       | 13       | 3             | 18         | 24       | 10       | 3             |
|                     | Giữa | 21         | 28       | 16       | 3             | 21         | 27       | 16       | 2             |
|                     | Dưới | 22         | 29       | 15       | 3             | 22         | 29       | 18       | 3             |
| Chiều dài vành tai  |      | 58         | 69       | 45       | 4             | 57         | 64       | 28       | 5             |
| Chiều rộng vành tai |      | 27         | 32       | 20       | 2             | 29         | 35       | 24       | 2             |

|                           |      |      |      |      |     |      |      |      |     |
|---------------------------|------|------|------|------|-----|------|------|------|-----|
| Chiều dài luân nhĩ        | Trên | 7    | 9    | 5    | 1   | 7    | 9    | 4    | 1   |
|                           | Giữa | 5    | 10   | 3    | 1   | 5    | 9    | 3    | 1   |
|                           | Dưới | 5    | 6    | 3    | 1   | 5    | 8    | 2    | 1   |
| Góc sau tai               |      | 98   | 125  | 85   | 9   | 98   | 125  | 85   | 9   |
| Trục Mũi - Tai (độ)       |      | 12.2 | 28.8 | 1.8  | 6.4 | 9.9  | 26.5 | 1.2  | 6.8 |
| Trục Tai - Trục đứng (độ) |      | 19.5 | 32   | 6.1  | 5.8 | 23.2 | 34.1 | 11.9 | 4.7 |
| Góc cắt đôi luân (độ)     |      | 53.6 | 73.4 | 25.3 | 8.5 | 56.5 | 73.7 | 17.2 | 8.5 |

**3. Vị trí và hình dáng tai (Ear position and shape):** Trục trung bình của loa tai so với trục của sống mũi là  $12^\circ$  ở bên phải,  $10^\circ$  ở bên trái (khoảng  $2 - 29^\circ$  và  $1 - 27^\circ$  tương ứng). (Bảng 2)

Trục của loa tai so với trục đứng ở bên phải là  $19,5^\circ$  nhưng bên trái là  $23,2^\circ$ .

Góc cắt đôi luân trung bình bên phải  $53,6^\circ$  và bên trái là  $56,5^\circ$ .

#### 4. Chiều dài (cao) của tai

**Bảng 3. Tương quan chiều dài, rộng trung bình (mm) của tai**

| Nhóm             | Giới tính | Bên | Phải |      |          | Trái |      |          |
|------------------|-----------|-----|------|------|----------|------|------|----------|
|                  |           | n   | Dài  | Rộng | Dài/rộng | Dài  | Rộng | Dài/rộng |
| Cấp 1            | Nam       | 22  | 58   | 28   | 2.1      | 57   | 29   | 2.0      |
|                  | Nữ        | 8   | 54   | 28   | 1.9      | 55   | 29   | 1.9      |
| Cấp 2            | Nam       | 15  | 59   | 28   | 2.1      | 57   | 29   | 2.0      |
|                  | Nữ        | 10  | 58   | 25   | 2.3      | 58   | 27   | 2.1      |
| Tổng, Trung bình |           | 55  | 58   | 27   | 2.1      | 57   | 29   | 2.0      |

Chiều dài trung bình của vành tai phải 58mm (45-69mm), tai trái là 57mm (28-64mm), tương quan giữa kích thước tai (chiều dài/chiều rộng) trung bình của tai bên phải là 2.1 lần và bên trái là 2 lần (bảng 3). Kích thước này ở hai nhóm tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

#### 5. Chiều rộng của tai (Ear width)

**Bảng 4. Chiều dài gờ luân**

| Độ dày/bên tai |      | Trung bình | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Độ lệch chuẩn |
|----------------|------|------------|----------|----------|---------------|
| Bên phải       | Trên | 6.7        | 4.5      | 9.1      | 1.0           |
|                | Giữa | 4.7        | 2.7      | 9.5      | 1.2           |
|                | Dưới | 4.6        | 2.8      | 6.3      | 0.7           |
| Bên trái       | Trên | 6.6        | 4.0      | 8.5      | 0.9           |
|                | Giữa | 4.5        | 2.6      | 9.4      | 1.1           |

Chiều rộng trung bình của tai phải 27mm (20 – 32mm), tai trái là 29mm (24 – 35mm) thay đổi theo độ tuổi và giới tính (bảng 3).

Dữ liệu của chúng tôi cho thấy chiều dài, chiều rộng tai càng ngày càng tăng theo tuổi. Chiều dài trung bình của vành tai phải 58mm (45-69mm), tai trái là 57mm (28-64mm), tương quan giữa kích thước tai (chiều dài/chiều rộng) trung bình của tai bên phải là 2.1 lần và bên trái là 2 lần (bảng 3).

**Bảng 5. So sánh với một số nghiên cứu nhân trắc tai trên thế giới**

| Tác giả                 | Đối tượng          | Nam (mm) |          | Nữ (mm) |          |
|-------------------------|--------------------|----------|----------|---------|----------|
|                         |                    | Dài tai  | Rộng tai | Dài tai | Rộng tai |
| Farkas <sup>[5]</sup>   | American Caucasian | 62.4     | 35.4     | 58.5    | 33.5     |
| Bozkir <sup>[6]</sup>   | Turkish Caucasian  | 63.1     | 33.3     | 59.7    | 31.3     |
| Ferrario <sup>[7]</sup> | Italian Caucasian  | 63.1     | 38.1     | 57.3    | 35       |
| Tác giả                 | Việt Nam (trẻ em)  | 57.5     | 28.5     | 56      | 27       |

Farkas<sup>1</sup> nói rằng chiều dài của tai đạt tối đa ở tuổi 15 ở nam giới, 13 tuổi ở nữ giới. Barut<sup>2</sup> cho biết chiều dài tai đạt tối đa ở bé gái khi tuổi 11 và 12 tuổi ở trẻ nam trong khi chiều rộng tai đạt mức bình tai đạt tối đa lúc 6 tuổi.

Những sai lệch này có thể do khác biệt trong kỹ thuật đo hoặc có thể biểu hiện sự khác biệt thực sự giữa các nhóm tuổi khác nhau nên có sự phát triển kích thước tai cũng khác nhau, hoặc số liệu trong nghiên cứu chưa đủ lớn khi đưa so sánh.

**6. Chiều rộng tai (Ear width):** Kalciolglu<sup>3</sup> không thấy có sự khác biệt đáng kể về chiều rộng tai giữa nam, nữ. Ngược lại, chúng tôi thấy rằng chiều rộng tai cho thấy một xu hướng đáng kể cho nam giới nhưng không cho nữ giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai tiếp tục phát triển rộng.

**7. Độ nhô (Prominence) và góc sau tai:** Kết quả thu được góc trung bình sau tai cả hai bên tương tự nhau đạt  $98^\circ$  ( $85^\circ$ - $125^\circ$ ) xem bảng 2.



Farkas<sup>4</sup> đã xác định vãnh là một góc xoắn tai – chũm > 40°, nhưng không có lý do để lựa chọn sự cắt giảm này<sup>1</sup>.

Barut<sup>2</sup> ghi nhận tỷ lệ 9,8% khi đo khoảng cách luân nhĩ – chũm cả trên tai, bình tai. Tolleth nói rằng một tai bình thường có khoảng cách luân nhĩ – chũm là 1.5 - 2.0cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, góc xoắn tai - chũm và khoảng cách luân nhĩ - chũm, tất cả đều theo phân phối bình thường liên tục. Vì vậy, không thể chỉ một mặt cắt ở đó để nói rằng tai đó vãnh. Cũng không thể hiểu được các tác giả khác đã chọn những điểm cắt cụ thể để xác định vị trí vãnh của tai (Bảng 2).

**8. Chiều dài gờ luân:** Chiều dài gờ luân tại 3 vị trí khác nhau cho kết quả khác nhau, và khác nhau không đáng kể giữa hai vị trí tương đương nhau của hai tai. Do không có số liệu của các tác giả khác nên chúng tôi chưa so sánh được.

## V. KẾT LUẬN

- Qua nghiên cứu này mặc dù cỡ mẫu chưa thực sự đủ lớn, nhưng bước đầu cho thấy các kích thước trên vành tai ở nữ giới nhỏ hơn một chút so với nam giới,

- Các kích thước đo được trên vành tai tăng dần lên theo lứa tuổi.

- Mặt khác, các kích thước trên vành tai của trẻ em Việt Nam nhỏ hơn so với các nước khác trên thế giới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **LG Farkas, (1978);** *Anthropometry of normal and anomalous ears.* Clin Plast Surg **5**:p. 401-12.
2. **Barut C, (2006 Mar);** *Anthropometric measurements of the external ear in a group of Turkish primary school students.* Aesthetic Plast Surg, **30**: p. 255 - 9.
3. **Kalcioglu MT, Toplu Y, et al., (2003 Nov);** *Anthropometric growth study of normal human auricle.* Int. J Pediatr Otorhinolaryngol, **67**: p. 1169 - 77.
4. **LG Farkas, (1990 Apr );** *Anthropometry of the normal and defective ear.* Clin Plast Surg., **17**: p. 213 - 21.
5. **Farkas LG, Hreczko TM., (1992 Jul);** *Anthropometric growth study of the ear.* Cleft Palate Craniofac J, **29**: p. 324 - 9.
6. **Bozkir MG, Yavuz M, et al., (2006 Jan);** *Morphometry of the external ear in our adult population.* Aesthetic Plast Surg **30**: p. 81 - 5.
7. **Ferrario VF, Ciusa V, et al., (1999 Oct);** *Morphometry of the normal human ear: a cross-sectional study from adolescence to mid-adulthood.* J Craniofac Genet Dev Biol **19**: p. 226 - 33.

# THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG THUỐC METHADONE TẠI CẦN THƠ GIAI ĐOẠN 2011 - 2016

Lê Thị Hường\*, Võ Thị Năm\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện với phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân (BN) bỏ điều trị và bệnh nhân đang điều trị Methadone, kết hợp với phỏng vấn người nhà bệnh nhân bỏ điều trị, trên 125 hồ sơ bệnh án ngẫu nhiên của bệnh nhân bỏ điều trị Methadone (tự ý bỏ điều trị) tại 04 cơ sở điều trị tại Cần Thơ: Ninh Kiều, Cái Răng, Ô Môn và Thốt Nốt từ tháng 7/2016 đến tháng 10/2016. **Kết quả:** Đa số đối tượng nghiện chích (ĐTNC) tại Cần Thơ là Nam giới. Trong số những người vẫn còn sử dụng heroin, tần suất tiêm chích giảm mạnh. Tỷ lệ BN dương tính với heroin giảm còn 21,7% sau 6 tháng, 18,8% sau 12 tháng, 12,5% sau

24 tháng, 5,8% sau 36 tháng và chỉ còn 5,1% ≥ 54 tháng. Đồng thời, Methadone làm giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong các BN (*không phát hiện BN nhiễm HIV mới sau điều trị Methadone*). Trong số bệnh nhân bỏ trị có 88,8% BN tự ý bỏ trị không rõ lý do. Trong 1.113 bệnh nhân điều trị Methadone tại Cần Thơ, có 512 bệnh nhân đã ngừng điều trị, chiếm 46%. **Kết luận:** Số BN bỏ trị tập trung phần lớn ở nhóm có thời gian điều trị trên từ 3 - 36 tháng đây cũng là giai đoạn đầu điều trị và ổn định liều điều trị. Thời gian tham gia điều trị điều trị càng lâu nguy cơ tái nghiện (bỏ trị) càng giảm. Vì vậy, chúng ta cần sự đầu tư của cán bộ cơ sở điều trị đặc biệt là tư vấn viên và sự hợp tác của BN, gia đình BN trong các buổi tư vấn định kỳ, đột xuất ở giai đoạn này.

**Từ khóa:** Người nghiện, chất dạng thuốc phiện, methadone

## SUMMARY

### STATUS AND PERCENTAGE OF PATIENTS WHO QUIT OPIOID TREATMENT

#### WITH METHADONE AT CAN THO 2011-2016

**Objective:** Describe the status and the percentage of patients who quit opioid treatment with methadone. **Methods:** The study was conducted with

\*Cục Phòng, chống HIV/AIDS

\*\*Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS TP. Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường

Email: lehuongvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 2/12/2017

Ngày duyệt bài: 20/12/2018

a retrospective review of patient records of patients discontinued and patients on methadone treatment, combined with interviews with relatives who abandoned treatment, over 125 random discontinued methadone patient records at four treatment centers in Can Tho: Ninh Kieu, Cai Rang, O Mon and Thot Not from July 2016 to October 2016. **Results:** The majority of injectors in Can Tho are male. Among those still using heroin, the frequency of injecting drug use declined sharply. The heroin-positive ratio dropped to 21.7% after six months, 18.8% after 12 months, 12.5% after 24 months, 5.8% after 36 months and only 5.1%  $\geq$  54 months. At the same time, methadone reduced the risk of HIV infection in patients (no new HIV-infected patients are detected after methadone treatment). Among patients discontinued, 88.8% of patients discontinued treatment without reason. Among 1,113 patients had methadone treatment in Can Tho, there were 512 patients stopped treatment, accounting for 46%. **Conclusion:** The majority of patients quit treatment had treatment period are from 3 to 36 months, this is also the first stage of treatment and stabilization of treatment dose. The longer the time involved in treatment, the lower the risk of relapse (withdrawal). Therefore, we need the investment of treatment facilities staffs, especially the consultant and the cooperation of patients, patients in the periodic counseling sessions, unexpectedly at this stage.

**Keywords:** Addicts, opium, methadone

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch HIV tập trung chủ yếu trong nhóm người nghiện chích ma túy (NCMT), người bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới. Nghiện chất dạng thuốc phiện (CDTP) là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong sớm và bệnh tật.

Điều trị thay thế nghiện CDTP bằng

Methadone đã chứng minh được hiệu quả trong việc giảm tác hại có liên quan đến việc sử dụng ma túy [1]. Cải thiện được tình trạng sức khỏe của người nghiện, điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng cơ hội cũng như các bệnh khác có liên quan đến việc sử dụng ma túy.

Việc thu thập số liệu và công bố những bằng chứng thực tiễn về các yếu tố liên quan đến việc BN bỏ điều trị Methadone là hết sức cần thiết nhằm tăng số BN duy trì điều trị Methadone và hạn chế đến mức thấp nhất tỷ lệ BN bỏ điều trị [2]. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: "Thực trạng điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2010 -2016"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Là số liệu thu thập được từ hồ sơ bệnh án của 125 bệnh nhân đã và đang điều trị tại 4 cơ sở điều trị Methadone Ninh Kiều, Cái Răng, Ô Môn và Thốt Nốt của thành phố Cần Thơ. Kết hợp với phỏng vấn 125 các đối tượng là người nhà (người hỗ trợ điều trị) của bệnh nhân bỏ trị Methadone.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án kết hợp khai thác thông tin trực tiếp.

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 12.0, sử dụng các phương pháp phân tích thống kê mô tả phù hợp.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1.1: Thông tin chung của nhóm NCMT**

| Đặc điểm                                   | Tỷ lệ (%)      |                          |
|--------------------------------------------|----------------|--------------------------|
|                                            | Nhóm BN bỏ trị | Nhóm BN duy trì điều trị |
| <b>Giới tính:</b> Nam                      | 95,2           | 94,8                     |
| Nữ                                         | 4,8            | 5,2                      |
| <b>Trình độ học vấn:</b> Trên PTTH trở lên | 21,6           | 23,2                     |
| Trung học CS                               | 40,8           | 53,6                     |
| Tiểu học trở xuống                         | 29,6           | 23,2                     |

**Nhận xét:** Người NCMT đa số là nam giới, chiếm tỷ lệ 95,2% ở nhóm BN bỏ trị và 94,8% ở nhóm BN duy trì điều trị. Trình độ học vấn từ trung học trở xuống chiếm tỷ lệ 74%. Tình trạng hôn nhân sống không có gia đình chiếm tỷ lệ 60%.

### 2. Thực trạng về tình hình điều trị Methadone của ĐTNC

#### 2.1. Thời gian trung bình bệnh nhân điều trị Methadone

**Bảng 2.1. Thời gian điều trị trung bình (tháng) của ĐTNC**

| Thời gian điều trị trung bình | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình | Độ lệch chuẩn |
|-------------------------------|-----------|----------|------------|---------------|
| Nhóm BN bỏ trị                | 3         | 67       | 20,99      | 1,492         |
| Nhóm BN duy trì điều trị      | 4         | 73       | 36,78      | 1,931         |

**Nhận xét:** Thời gian điều trị Methadone trung bình ở nhóm BN bỏ điều trị thấp hơn nhóm duy trì điều trị.

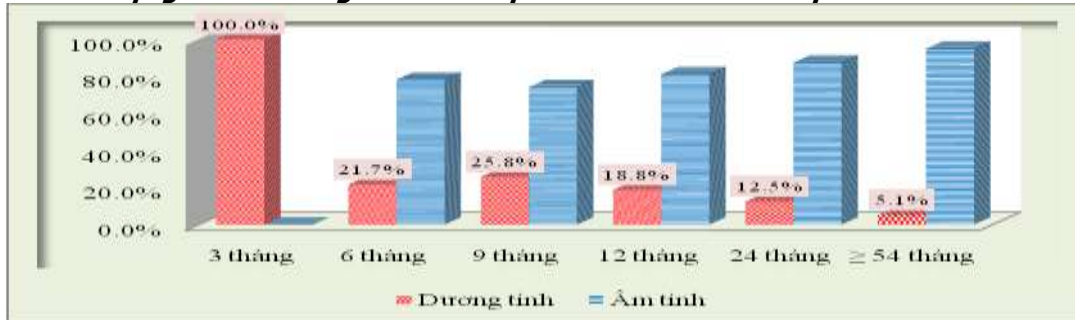
## 2.2. Liều điều trị Methadone trung bình của ĐTNC

**Bảng 2.2. Phân bố liều điều trị Methadone của ĐTNC**

| Liều điều trị Methadone        | Thấp | Cao | Trung bình | Độ lệch chuẩn |
|--------------------------------|------|-----|------------|---------------|
| <b>Methadone (mg/ngày)</b>     |      |     |            |               |
| BN bỏ điều trị                 | 3    | 210 | 59,34      | 3,071         |
| BN duy trì điều trị            | 5    | 290 | 66,86      | 4,155         |
| <b>Methadone/ARV (mg/ngày)</b> |      |     |            |               |
| BN bỏ điều trị                 | 15   | 160 | 75,17      | 14,529        |
| BN duy trì điều trị            | 10   | 290 | 104,87     | 12,646        |

**Nhận xét:** Liều điều trị Methadone trung bình ở nhóm BN bỏ trị thấp hơn nhóm duy trì điều trị.

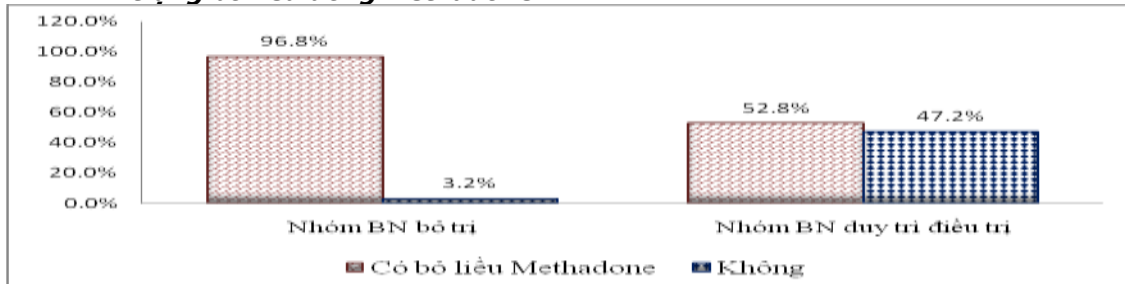
## 2.3. Tình trạng heroin trong nước tiểu tại các thời điểm điều trị khác nhau



**Biểu 2.3. Tình trạng heroin trong nước tiểu của ĐTNC**

**Nhận xét:** Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính với CDTF hầu hết (100%) trong 3 tháng đầu điều trị và tỷ lệ này giảm dần theo thời gian, đến ≥ 54 tháng tỷ lệ này chỉ còn 5,1%. Ngược lại theo thời gian điều trị Methadone kết quả xét nghiệm âm tính với CDTF tăng lên 78,3% ở giai đoạn 6 tháng và tăng cao 94,9% ở giai đoạn ≥ 54 tháng.

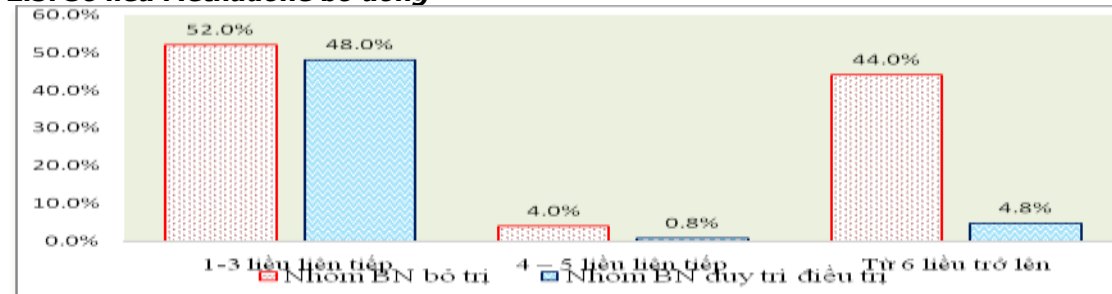
## 2.4. Tình trạng bỏ liều uống Methadone



**Biểu đồ 2.4. Tình trạng bỏ liều uống Methadone**

**Nhận xét:** Hầu hết nhóm BN bỏ trị có bỏ liều Methadone (96,8%), gần một nửa so với nhóm duy trì điều trị có bỏ liều Methadone (52,8%).

## 2.5. Số liều Methadone bỏ uống



**Biểu đồ 2.5. Nhóm liều bỏ uống Methadone của ĐTNC**



**Nhận xét:** Nhóm BN bỏ điều trị có tỷ lệ bỏ liều uống Methadone cao hơn nhóm BN duy trì điều trị trên cả 3 nhóm liều bỏ, lần lượt trên các nhóm: 1-3 liều liên tiếp 52%/48%, 4-5 liều liên tiếp 4%/0,8%, từ 6 liều trở lên 44%/4,8%.

#### IV. BÀN LUẬN

**1. Đặc điểm bệnh nhân:** Tổng số 250 BN được chọn ngẫu nhiên tham gia vào nghiên cứu đa phần là nam giới chiếm tỷ lệ 94,8%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Lưu Hoàng Việt tại quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ (nam giới chiếm 91,6%) [3]. Điều này là rất phù hợp vì nam giới thường sử dụng các chất gây nghiện nhiều hơn và điều kiện tiếp cận với các chất dạng thuốc phiện cũng dễ dàng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trên 250 ĐTNC tham gia điều trị Methadone, hơn một nửa có trình độ học vấn là trung học cơ sở (51,2%), tiếp theo là hai nhóm phổ thông trung học chiếm 22% và tiểu học chiếm 20,8%. Tỷ lệ ĐTNC không được đi học là 5,6%, thấp nhất là trình độ từ trung cấp trở lên chiếm 4%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả của Lưu Hoàng Việt tại quận Ninh Kiều năm 2013 chiếm 56% [3]. Qua phân tích kết quả nghiên cứu tại thành phố Cần Thơ cho thấy người NCMT điều trị Methadone có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất cũng có thể là do độ tuổi trung học cơ sở là tuổi thay đổi tâm sinh lý, đua đòi, dễ bị bạn bè rủ rê lôi kéo sử dụng ma túy. Trình độ học vấn cũng có sự khác nhau của từng vùng miền, nhưng đa số vẫn tập trung ở nhóm có trình độ văn hóa thấp.

**2. Thực trạng về tình hình điều trị Methadone:** Trong số 250 ĐTNC, nhóm BN bỏ trị Methadone ở giai đoạn ổn định liều bỏ trị (70,4%) và nhóm bệnh nhân duy trì điều trị (80%). Về thời gian điều trị Methadone ở nhóm BN bỏ trị (thấp nhất là 3 tháng, cao nhất 67 tháng) và nhóm BN duy trì điều trị (thấp nhất là 4 tháng, cao nhất 73 tháng).

Sau điều trị Methadone từ 3 -12 tháng: BN bỏ trị (40%) và BN duy trì điều trị (14,4%) và sau điều trị Methadone từ >12- 36 tháng: BN bỏ trị (40,8%) và BN duy trì điều trị (36,8%).

Số BN bỏ trị tập trung phần lớn ở nhóm có thời gian điều trị trên từ 3 - 36 tháng đây cũng là giai đoạn đầu điều trị và ổn định liều điều trị. Thời gian tham gia điều trị điều trị càng lâu nguy cơ tái nghiện (bỏ trị) càng giảm. Vì vậy, chúng ta cần sự đầu tư của cán bộ cơ sở điều trị đặc biệt là tư vấn viên và sự hợp tác của BN, gia đình BN trong các buổi tư vấn định kỳ, đột xuất ở giai đoạn này.

Thời gian điều trị Methadone trung bình ở

nhóm BN bỏ trị (20,99 tháng) thấp hơn so với nhóm BN duy trì điều trị (36,78 tháng).

Liều điều trị Methadone trung bình ở nhóm BN bỏ trị (59,44mg/ngày) thấp hơn so với nhóm BN duy trì điều trị (66,86mg/ngày).

Liều điều trị Methadone/ARV ở nhóm BN bỏ trị (75,17mg/ngày) thấp hơn so với nhóm BN duy trì điều trị Methadone/ARV (104,87mg/ngày). Điều này có thể lý giải việc BN điều trị Methadone kết hợp điều trị ARV đã làm tăng liều điều trị Methadone đối với BN duy trì điều trị.

Kết quả theo dõi xét nghiệm nước tiểu tìm heroin của 250 ĐTNC tại thành phố Cần Thơ, cho thấy tỷ lệ BN sử dụng heroin là 100% lúc khởi điểm điều trị; tỷ lệ heroin trong nước tiểu không giảm sau 3 tháng, tỷ lệ heroin dương tính trong nước tiểu sau 6 tháng còn 21,7%, sau 9 tháng còn 25,8%, sau 12 tháng còn 18,8%, sau 24 tháng còn 12,5%, sau 36 tháng còn 5,8%, sau 48 tháng còn 16,1% và sau 54 tháng còn 5,1%, so với tỷ lệ 17% và 10,66% tương ứng với nghiên cứu tổng hợp của Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh [4].

Sau 54 tháng điều trị, tỷ lệ BN trong nghiên cứu của chúng tôi còn sử dụng heroin là 5,1%; điều này minh chứng hiệu quả của liệu pháp Methadone đã làm thay đổi hành vi nguy cơ cao liên quan đến sử dụng heroin.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các nhóm BN bỏ liều uống Methadone chưa được cán bộ tư vấn xử lý bỏ liều 100%, điều này ảnh hưởng rất lớn đến việc BN không tiếp tục duy trì điều trị Methadone.

#### V. KẾT LUẬN

Thời gian điều trị Methadone của ĐTNC kéo dài (có khi lên đến 73 tháng). Tuy nhiên, có một tỷ lệ đáng kể BN bỏ trị. Do đó, chương trình điều trị nghiện thuốc phiện bằng Methadone cần triển khai một số hoạt động nhằm hạn chế tỷ lệ BN bỏ trị như: thực hiện tốt việc tư vấn thường quy để cung cấp kiến thức và lợi ích của việc điều trị Methadone, hỗ trợ tâm lý, tuân thủ điều trị Methadone/ARV, dự phòng tái nghiện và dinh dưỡng cho bệnh nhân. Các cơ sở điều trị Methadone cần phải kết nối chặt chẽ, tìm hiểu lý do bỏ trị của từng bệnh nhân, ghi nhận vào hồ sơ bệnh án và tích cực tìm kiếm bệnh nhân bỏ trị để vận động họ quay lại điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Duy Ban và Lê Quang Huân (2009)**, *Các thuốc hỗ trợ điều trị nghiện ma túy*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 50-87
2. **Bộ Y tế (2010)**, *Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 13-20.
3. **Cao Kim Vân và cộng sự (2010)**, "Kết quả điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại phòng khám ngoại trú quận 4, thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học thực hành 742-743, tr. 243-244.
4. **Hoàng Đình Cảnh, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Văn Hưng (2009)**, *Bước đầu đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Hải Phòng và Hồ Chí Minh (2009-2011)*, Tạp chí Y học thực hành Việt Nam, tr.7-9
5. **Nguyễn Thanh Sơn, Nguyễn Thanh Hương, Nguyễn Ngọc Linh (2015)**, Đánh giá kết quả điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại thành phố Tân An, tỉnh Long An năm 2015, [www.tapchihocdudphong.vn](http://www.tapchihocdudphong.vn), Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 10 (170) 2015 số đặc biệt.
6. **Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS (2016)**, Báo cáo điều trị methadone – Tháng 4/2016

## ẢNH HƯỞNG CỦA CRILIN T LÊN SỰ BIỂU LỘ GEN Ở KHỐI UNG THƯ PHỔI NGƯỜI TRÊN CHUỘT NUDE BALB/C

Nguyễn Thị Hải Yến\*, Nguyễn Thị Ngọc Trâm\*\*, Phan Thị Phi Phi\*, Nguyễn Văn Đô\*

### TÓM TẮT

Sản phẩm cây trinh nữ hoàng cung Crila đã được sử dụng để điều trị các bệnh u xơ tử cung và phì đại tuyến tiền liệt. Sản phẩm của nó Crilin T được cung cấp bởi công ty Thiên dược cũng đã được nghiên cứu tác dụng ức chế ung thư *in vitro* trên tế bào dòng ung thư phổi người A549. Crilin T làm tăng số lượng tế bào TCD4+ và TCD8 và tăng tiết các cytokin IL-2 và TNFα *in vitro*. Để đánh giá tác dụng *in vivo*, mô hình chuột nude BALB/c gây u với tế bào ung thư phổi được sử dụng với các thông số theo dõi về trọng lượng chuột, kích thước khối u, hình ảnh giải phẫu bệnh và sự biểu lộ một số gen liên quan đến ung thư, bao gồm Bcl-2, Bcl-xl, Bax và Bak. Kết quả bước đầu cho thấy Crilin T có khả năng ức chế phát triển u ở các nhóm điều trị và dự phòng so với nhóm chứng. Sự biểu lộ gen Bcl-2, Bax và Bak cũng giảm đi ở hầu hết các mẫu nghiên cứu, trong khi đó Bcl-xl không có giảm biểu lộ so với nhóm chứng.

**Từ khóa:** Ung thư phổi người, Crilin T, gen, chuột Nude BALB/c

### SUMMARY

#### EFFECT OF CRILIN T ON GENE EXPRESSION AT HUMAN LUNG CANCER IN NUDE BALB/C MICE

*Crinum latifolium*'s product Crila has been used to treat uterine fibroids and benign prostatic hyperplasia. Its Crilin T, which are supplied by the Thiên duoc Company, have also been studied for its *in vitro* immunological effects on human lung cancer cell line

A549. Crilin T increases both the number of TCD4 and TCD8 cells and secretion of IL-2 and TNFα *in vitro*. In order to evaluate *in vivo* effects, the model of BALB/c nude mice bearing human lung tumors with lung cancer cells was used with a number parameters including mouse weight, tumor size, laboratory analysis of pathology and the expression of several tumor-associated genes Bcl-2, Bcl-xl, Bax and Bak. Primarily results showed that Crilin T has a potential to inhibit tumor development in treatment and prevention groups compared to control group. The expression of Bcl-2, Bax and Bak genes is reduced in most of the samples, whereas Bcl-xl showed no reduction in expression compared to controls.

**Key words:** Human lung cancer, Crilin T, genes, BALB/c nude mice.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây Trinh nữ Crila *Crinum latifolium* L. var. *crilae* Tram & Khanh, var. n đã được phát hiện và nuôi trồng từ năm 1990 cho đến nay [2]. Kết quả các công trình nghiên cứu *in vivo* và *in vitro* của nhóm các tác giả Nguyễn Thị Ngọc Trâm và cs. đã chứng minh một số phân đoạn alcaloid và phân đoạn flavonoid được chiết xuất từ cây là có tác dụng chống oxy hóa và tăng cường miễn dịch chống khối u gián tiếp hay có tác dụng gây độc tế bào ung thư trực tiếp.

Viên nang Crilin T, một sản phẩm của cây Trinh nữ hoàng cung có chứa các alcaloid và các flavonoid, có tác dụng tăng cường chức năng miễn dịch chuyên nhiệm chống ung thư *in vitro* bằng cách làm tăng số lượng tế bào lympho T [3] và cũng làm tăng chế tiết các cytokin IL-2 và TNFα *in vitro* của tế bào lympho người bình thường về lâm sàng và của người bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn muộn [4]. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tác

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Công ty TNHH Thiên Dược

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: [nguyenhaiyen0610@gmail.com](mailto:nguyenhaiyen0610@gmail.com)

Ngày nhận bài: 27/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2017

Ngày duyệt bài: 03/1/2017

dụng *in vivo* của Crilin T lên tế bào ung thư phổi bằng cách cấy ghép tế bào dòng ung thư phổi của người A549 lên chuột nude BALB/c.

Gen sinh ung thư và gen ức chế ung thư có vai trò quan trọng trong quá trình phát sinh và phát triển của ung thư. Trong công trình này, chúng tôi đánh giá ảnh hưởng của Crilin T lên sự biểu lộ một số gen liên quan, bao gồm Bcl-2, Bcl-xl, Bax và Bak ở các nhóm nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Tế bào dòng ung thư phổi A549:** Đây là dòng tế bào ung thư phổi người được nuôi cấy trong môi trường RPMI 1640 và thêm 10% FBS (fetal bovin serum), 100u/ml penicillin, 100mg/ml streptomycin, insulin bò 3µg/ml (Sigma, USA). Tế bào ung thư được giữ trong tủ ấm 37°C, có 5% CO<sub>2</sub>.

- **Chuột BALB/c:** Chuột BALB/c là loại chuột thuần chủng bị thiếu hụt miễn dịch do không có tuyến ức, trụi lông, da bạch tạng. Cả chuột và thức ăn nuôi được mua từ Hoa Kỳ và chuột được nuôi trong điều kiện vô khuẩn tại Học viện Quân Y, Hà Nội.

- **Thuốc Crilin T:** Nguyên liệu nghiên cứu là viên nang Crilin T (250mg) được cung cấp bởi Công ty TNHH Thiên dược, Bình Dương, Việt Nam. Thuốc được pha thành dung dịch và lọc vô khuẩn, sau đó dùng đường tiêm phúc mạc với nồng độ cao là 0.08mg/ml môi trường nuôi cấy (tương ứng liều 80mg/kg cân nặng) trong khi liều thường dùng trong điều trị bệnh nhân là 40mg/kg cân nặng.

- **Gây ung thư phổi người trên chuột BALB/c:** Tổng số 24 chuột được chia làm 3 nhóm, mỗi nhóm 8 con gồm nhóm chứng, nhóm dự phòng ung thư và nhóm điều trị ung thư. Nhóm chứng không tiêm thuốc, nhóm dự phòng ung thư được tiêm thuốc cùng ngày tiêm tế bào A549 và nhóm điều trị sẽ được dùng thuốc khi khối u đủ lớn. Cách thức gây khối u được thực hiện như sau: Tiêm vào dưới da đùi mỗi con chuột 7x10<sup>6</sup> tế bào ung thư phổi A549. Sau 15-18 ngày (đối với nhóm điều trị) khối u phát triển và đạt thể tích 18-272mm<sup>3</sup> thì tiến hành cân trọng lượng chuột, đo kích thước khối u và chụp ảnh chuột sau đó sẽ tiêm thuốc. Thuốc Crilin T được tiêm cho cả 02 nhóm dự phòng và điều trị

với liều 80mg/kg cân nặng/ngày, tiêm hàng ngày vào ổ phúc mạc trong 7 ngày liên tục (thể tích mỗi lần tiêm cho 1 chuột là 0,2ml). Sau đó cứ 3-5 ngày cân chuột và đo khối u một lần và giết chuột ở ngày thứ 60 kể từ khi tiêm tế bào ung thư phổi. Mỗi nhóm có 03-05 chuột được xét nghiệm mô bệnh học của khối u tại Khoa giải phẫu bệnh, bệnh viện K Trung ương và phần còn lại được bảo quản trong tủ lạnh sâu để phân tích biểu lộ của các gen liên quan đến sự phát triển của khối u.

- **Chiết tách ARN và xác định biểu lộ gen bằng kỹ thuật RT-PCR:** Khối ung thư phổi được chiết tách ARN bằng quy trình có sử dụng hóa chất Trizol, Invitrogen, Hoa Kỳ. ARN chiết tách được kiểm tra chất lượng bằng điện di. ARN được chuyển đổi sang cDNA bằng kit SuperScript ® III First-Strand Synthesis System, Invitrogen, Hoa Kỳ. cDNA được khuếch đại gen bằng kỹ thuật RT-PCR có sử dụng gen nội chuẩn B2M. Các cặp mồi được sử dụng và phản ứng PCR được tóm tắt như sau:

### Bcl-2 [5]

Bcl-2\_F: 5'-TCC ATG TCT TTG GAC AAC CA-3'

Bcl-2\_R: 5'-CTC CAC CAG TGT TCC CAT CT-3'

### Bax [5]

Bax\_F: 5'-TGTCTGTCTTGTCCCTTCC-3'

Bax\_R: 5'-ACCTTGAGCACCAGTTTGCT-3'

### Bcl-xl [6]

BCL-xl\_F: 5'-GTAAACTGGGGTCGCATTGT-3'

BCL-xl\_R: 5'-TGCTGCATTGTTCCCATAGA-3'

### Bak [7]

BAK-F: 5'-TGAAAAATGGCTTCGGGGCAAGGC-3'

BAK-R: 5'-TCATGATTTGAAGAATCTTCGTACC-3'

### B2M [8]

B2M-F1: 5'-TCACCCCCACTGAAAAAGATG-3'

B2M-R1: 5'-ATGATGCTGCTTACATGTCTCG-3'

Chu kỳ nhiệt của phản ứng PCR gồm khởi động 95°Cx10'; 37 chu kỳ 94°Cx30", 60°Cx45' và 72°Cx45"; hoàn thiện sản phẩm 72°Cx45".

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

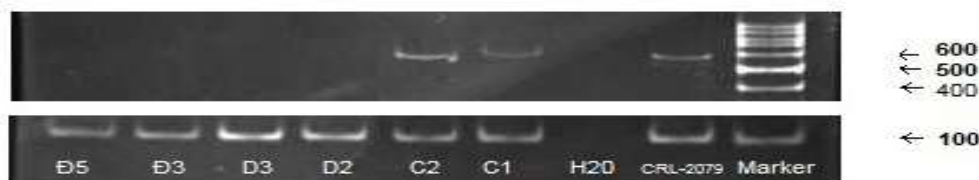
**3.1. Kết quả giải phẫu bệnh:** Các u chuột được lấy ra chia làm nhiều khối riêng biệt để xét nghiệm giải phẫu bệnh và phân tích gen. Đặc điểm của các khối u chuột được mô tả trong Bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm giải phẫu bệnh của các khối u ở các nhóm nghiên cứu.**

| STT | Mã chuột | Đặc điểm                                                       |
|-----|----------|----------------------------------------------------------------|
| 1   | C1       | U có mô dạng biểu mô ít biệt hóa                               |
| 2   | C2       | Tổ chức u sắp xếp hình ống dạng biểu mô, xâm nhập nhiều lympho |
| 3   | C3       | U có nhiều mạch máu xung huyết, khoảng 100 mạch                |
| 4   | D1       | U xâm nhập cơ vân, ít lympho, khoảng 10 mạch                   |

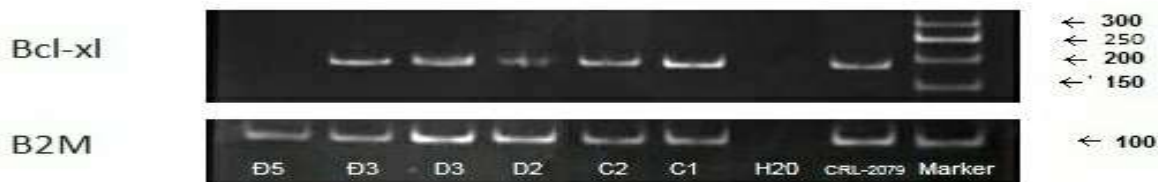
|   |    |                                                             |
|---|----|-------------------------------------------------------------|
| 5 | D2 | Tổ chức u có ít cơ vân, có xâm nhập lympho, khoảng 25 mạch  |
| 6 | D3 | U xen kẽ cơ, xâm nhập nhiều lympho, khoảng 10 mạch máu      |
| 7 | Đ1 | U xâm nhập cơ vân, rất ít lympho, khoảng 10 mạch            |
| 8 | Đ3 | Tổ chức u loại sarcom, ít mạch, không thấy xâm nhập lympho. |
| 9 | Đ5 | U xâm nhập cơ                                               |

### 2.1. Sự biểu lộ các gen ung thư và ức chế ung thư



**Ghi chú:** Marker: DNA chuẩn 50bp; CRL-2079: tế bào dòng phổi người bình thường; C: nhóm chứng, có khối u không điều trị Crilin T; D: Nhóm dự phòng (bắt đầu dùng thuốc từ ngày tiêm tế bào dòng gây khối u); Đ: nhóm điều trị (dùng thuốc khi khối u đã đủ lớn).

**Nhận xét:** Tế bào dòng và nhóm chứng có biểu lộ Bcl-2, trong khi đó các mẫu dự phòng và điều trị biểu lộ rất ít hoặc không biểu lộ



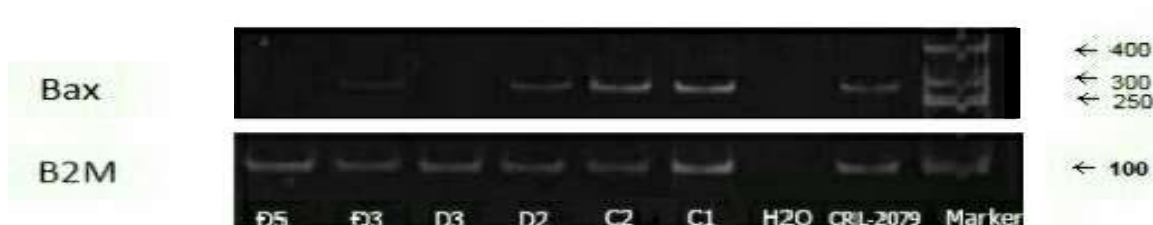
**Ghi chú:** Marker: DNA chuẩn 50bp (Fementas); CRL-2079: tế bào dòng phổi người bình thường; C: nhóm chứng, có khối u không điều trị Crilin T; D: Nhóm dự phòng (bắt đầu dùng thuốc từ ngày tiêm tế bào dòng gây khối u); Đ: nhóm điều trị (dùng thuốc khi khối u đã đủ lớn).

**Nhận xét:** Hầu hết các nhóm điều trị và dự phòng đều không thay đổi biểu lộ so với nhóm chứng và tế bào dòng phổi bình thường.



**Ghi chú:** Marker: DNA chuẩn 50bp(Fementas); CRL-2079: tế bào dòng phổi người bình thường; C: nhóm chứng, có khối u không điều trị Crilin T; D: Nhóm dự phòng (bắt đầu dùng thuốc từ ngày tiêm tế bào dòng gây khối u); Đ: nhóm điều trị (dùng thuốc khi khối u đã đủ lớn).

**Nhận xét:** Tế bào dòng và nhóm chứng có biểu lộ Bcl-2, trong khi đó các mẫu dự phòng giảm hơn và nhóm điều trị biểu lộ rất ít hoặc không biểu lộ.



**Ghi chú:** Marker: DNA chuẩn 50bp(Fementas); CRL-2079: tế bào dòng phổi người bình thường; C: nhóm chứng, có khối u không điều trị Crilin T; D: Nhóm dự phòng (bắt đầu dùng thuốc từ ngày tiêm tế bào dòng gây khối u); Đ: nhóm điều trị (dùng thuốc khi khối u đã đủ lớn).

**Nhận xét:** Tế bào dòng và nhóm chứng có biểu lộ Bax, trong khi đó các mẫu dự phòng giảm hơn và nhóm điều trị biểu lộ rất ít hoặc không biểu lộ.

#### IV. BÀN LUẬN

Crilin T được nghiên cứu *in vitro* trên dòng tế bào ung thư phổi người A549 được ghép trên chuột thiếu hụt miễn dịch. Như vậy hoạt tính chống ung thư ở chuột chỉ là do tác dụng của Crilin T, hoàn toàn không được sự hợp tác diệt ung thư của các tế bào lymphô T của cơ thể mang u. Về giải phẫu bệnh lý, các khối u đại diện cho các nhóm chứng, nhóm dự phòng và điều trị đều cho thấy tế bào ung thư phát triển. Tuy nhiên, nhóm không điều trị các tế bào ung thư phát triển mạnh hơn thể hiện số mạch tân tạo trong một số tiêu bản nhuộm HE của chuột nhóm chứng tăng cao so với các nhóm điều trị và dự phòng (100 mạch so với 10-20 mạch). Hơn nữa tiêu bản của khối u không điều trị các tế bào ung thư xếp thành dạng tuyến trong khi đó các khối u khác tế bào u kém phát triển hơn và không thấy dạng tuyến. Kết quả này cho thấy ít nhất u đã có thay đổi khi điều trị Crilin T.

Sự biểu lộ gen sinh ung thư và ức chế ung thư trong tế bào bình thường cũng có khả năng ảnh hưởng đến quá trình phát sinh và phát triển ung thư. Nhóm gen Bcl-2, Bcl-xl, Bak và Bax thuộc gia đình gen Bcl-2, tuy nhiên Bcl-2 và Bcl-xl có vai trò là gen sinh ung thư và hai gen còn lại có vai trò ức chế ung thư. Các nghiên cứu đánh giá tác dụng của thuốc chống ung thư thường sử dụng các gen này để đánh giá. Chúng tôi cũng sử dụng các gen này để đánh giá sự biểu lộ của tế bào ung thư phổi người A549 trong khối u ghép trên chuột BALB/c. Bình thường, tất cả các gen này đều được biểu lộ ở mức độ mRNA trong tế bào dòng phổi bình thường CRL-2079 với mức độ tương đương nhau (Hình 1, 2, 3 và 4). Trong khi đó, các tế bào ung thư dường như có tăng biểu lộ ở tất cả các gen trong tế bào ung thư trên chuột (Hình 1, 2, 3 và 4). Mặc dù sự so sánh giữa hai nhóm tế bào dòng phổi bình thường và tế bào ung thư phổi trên chuột chỉ là tương đối với gen nội chuẩn B2M, nhưng cũng cho thấy có sự khác biệt.

Khi đánh giá sự thay đổi biểu lộ các gen Bcl-2, Bcl-xl, Bak và Bax giữa các dự phòng và điều trị ta thấy một sự khác biệt rất rõ trong các mẫu phân tích so với nhóm không điều trị. Đối với nhóm gen sinh ung thư thì gen Bcl-2 giảm biểu lộ ở cả hai nhóm dự phòng và điều trị so với

nhóm không điều trị, trong khi đó Bcl-xl lại không giảm ở nhóm dự phòng, còn nhóm điều trị thì giảm hơn. Nhóm gen ức chế ung thư thì Bak cũng giảm biểu lộ nhiều hơn Bax so với nhóm chứng. Như vậy Crilin T đã có ảnh hưởng đến sự phát triển của khối u và sự biểu lộ gen sinh ung thư và ức chế ung thư đã bị thay đổi ở thời điểm giết chuột lấy khối u là 60 ngày.

Trong nghiên cứu này, chuột chỉ được tiêm thuốc trong vòng 7 ngày kể từ khi tiêm tế bào ung thư A549 cho chuột (nhóm dự phòng) và từ khi khối u đã đủ lớn (nhóm điều trị). Như vậy, câu hỏi đặt ra là làm thế nào đó mà thuốc làm giảm sự phát triển/biểu lộ gen của các tế bào ung thư trong khoảng thời gian nghiên cứu dài sau khi dùng thuốc. Sự biểu lộ gen có tính chất chọn lọc hoặc đặc hiệu gen. Tuy nhiên mới chỉ có 4 gen được nghiên cứu, hơn nữa ở mức độ RNA nên khó có thể đánh giá chính xác được. Để đánh giá một cách toàn diện hơn cần phải sử dụng hệ thống phân tích tổng thể các gen ở mức độ protein và thiết kế nghiên cứu chặt chẽ hơn. Nghiên cứu mới chỉ mang tính sàng lọc/thử trên chuột xem mức độ biểu lộ gen ở một giai đoạn. Cần phải thiết kế thử nghiệm một cách khoa học hơn theo liều, ngay trong giai đoạn dùng thuốc và sử dụng bộ chỉ tiêu theo dõi đầy đủ hơn thì mới có thể đánh giá một cách chính xác được.

Khi so sánh sự biểu lộ gen ở các nhóm nghiên cứu với hình ảnh giải phẫu bệnh ở các nhóm tương ứng thì thấy có sự thay đổi một cách tương đồng. Ở nhóm chứng các tế bào ung thư phát triển mạnh, các gen nghiên cứu cũng được biểu lộ nhiều hơn ở tất cả các nhóm gen. Ngược lại, các nhóm dự phòng và điều trị, các tế bào ung thư kém phát triển hơn, nên sự biểu lộ các gen này cũng giảm đi. Điều đó chứng tỏ Crilin T có ảnh hưởng trong quá trình thử nghiệm và cũng phù hợp với hiện tượng quan sát được ở nhóm dự phòng và điều trị đều có 1/7 và 1/8 chuột sau khi u phát triển thì bị biến mất sau 8 ngày hoặc sau 30 ngày so với nhóm chứng (tất cả các u đều phát triển mà không thoái lui). Điều đó có khả năng Crilin T tác dụng ức chế (tiêu diệt tế bào ung thư) *in vivo*. Những hạn chế trong nghiên cứu này là sự phát triển của dòng ung thư phổi người trên chuột nude, trên các nhóm chuột nghiên cứu không đều ở tất cả 3 nhóm nghiên cứu, mặc dù số lượng tế bào ung



thư được tiêm như nhau, chuột thuần chủng và các điều kiện nuôi dưỡng và thực nghiệm như nhau. Nhưng đó là thực tế của việc gây u thư trên chuột. Sự phát triển của u còn có thể phụ thuộc vào các yếu tố vi mô khác của chuột chẳng? Công trình cũng có những hạn chế nhất định về số chuột nghiên cứu còn quá ít vì giá thành chuột và thức ăn chuột phải nhập từ Hoa Kỳ với giá quá cao.

## V. KẾT LUẬN

1. Sự biểu lộ các gen Bcl-2, Bcl-xl, Bax và Bak ở các nhóm nghiên cứu đều có giảm biểu lộ so với nhóm không sử dụng Crilin T. Trong đó, Bcl-xl ít bị ảnh hưởng nhất.

2. Sự giảm biểu lộ các gen có sự tương đồng với kết quả giải phẫu bệnh lý ở các nhóm sử dụng Crilin T so với nhóm chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi.** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. nhà xuất bản y học, 1995: p. 1.

2. **Nguyễn Thị Ngọc Trâm và Trần Công Khánh.** *Trình nữ CRILA-Crinum latifolium L. var. crilae Tram & Khanh, var n.: Một thứ mới của loài Trình nữ Hoàng cung-Crinum latifolium L. (Họ náng - Amaryllidaceae) ở Việt nam.* Tạp chí Sinh học, 2012. **34**: p. 190-193.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Trâm và cs.** *Tác dụng tăng cường chức năng miễn dịch chuyên nhiệm chống ung thư của Crilin T.* Tạp chí Dược học, 2013. **53**(445): p. 22-26.
4. **Phạm Huy Cường và cs.** *Nghiên cứu tác dụng gây tiết IL-2 và TNFα của chế phẩm trình nữ Crila in vitro.* Tạp chí Dược học, 2013. **53**(446): p. 42-47.
5. **Chen, Z.K., et al..** *Interstitial chemotherapy with ricin-loaded thermosensitive hydrogel in pancreatic cancer xenograft.* Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2009. **8**(4): p. 418-23.
6. **Wang M. et al..** *Aqueous Extract of Terminalia chebula Induces Apoptosis in Lung Cancer Cells Via a Mechanism Involving Mitochondria-mediated Pathways.* Braz. arch. biol. technol. , 2015. **58** (2).
7. **Weinmann, P., P. Gaehtgens, and B. Walzog.** *Bcl-Xl- and Bax-alpha-mediated regulation of apoptosis of human neutrophils via caspase-3.* Blood, 1999. **93**(9): p. 3106-15.

# KẾT QUẢ THAI NGHÉN CỦA NHỮNG TRƯỜNG HỢP THIỂU ỒI Ở TUỔI THAI TỪ 22 ĐẾN 37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Phương Thảo\*, Trần Danh Cường\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1) Mô tả một số bất thường hình thái thai quan sát được liên quan đến thiếu ối ở tuổi thai từ 22 đến 37 tuần, 2) Mô tả kết quả thai nghén của thiếu ối theo các nhóm nguyên nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 94 sản phụ được chẩn đoán thiếu ối và theo dõi tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 10/2016 đến 9/2017. **Kết quả:** Bất thường hệ thận-tiết niệu chiếm 59,3% các bất thường liên quan tới thiếu ối, phù thai chiếm 18,5%, 7,4% bất thường về tim mạch, còn lại là bất thường cơ quan khác. Có 38,29% trường hợp phải đình chỉ thai nghén hoặc thai chết lưu, 39,4% trường hợp phải ngừng thai nghén. Tỷ lệ phải đình chỉ thai nghén ở nhóm bất thường thai chiếm 93,1%, tỷ lệ phải ngừng thai nghén ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung là 82,05%, tỷ lệ chỉ số ối về bình thường ở nhóm không rõ nguyên nhân là 71,43%. **Kết luận:** Các bất thường thận – tiết niệu chiếm tới 59,3% các bất thường thai liên quan tới thiếu ối. Thiếu ối liên quan tới thai bất thường được chỉ định đình chỉ thai tới 93,1%.

**Từ khóa:** Thiếu ối, bất thường thai, thai chậm phát triển trong tử cung

## SUMMARY

### STUDY PREGNANCY OUTCOME OF OLIGOHYDRAMNIOS DIAGNOSED AT 22 – 37 WEEKS GESTATION IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objectives:** 1) To describe some fetal abnormalities related to oligohydramnios diagnosed at 22 – 37 weeks of gestation, 2) To describe the pregnancy outcomes due to 3 groups of causes. **Subjects and Methods:** This prospective study included 94 pregnancies with oligohydramnios at National hospital of obstetrics and gynecology from 10/2016 to 9/2017. **Results:** 59,3% of fetal abnormalities was anomalies of kidney and urinary tract; 18,5% hydrops fetalis; 7,4% cardiac abnormalities and the rest was other organ abnormalities. Abortion of pregnancy due to anomalies and stillbirth accounted for 38,29%; 39,4% of cases had to be terminated the pregnancy. 93,1% of fetal abnormalities cases and 82,05% of intrauterine growth restriction cases with oligohydramnios ended with termination of pregnancy. Isolated oligohydramnios cases in which amniotic fluid index (AFI) eventually returned to normal accounted for 71,43%. **Conclusions:** Kidney – urological abnormalities accounted for 59,3% of abnormalities associated to oligohydramnios. 93,1% cases suffered from oligohydramnios that caused by fetal abnormalities are indicated abortion.

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Phương Thảo

Email: phuonthaohoang.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 7/11/2017

Ngày duyệt bài: 5/12/2017

**Key words:** Oligohydramnios, fetal abnormality, intrauterine growth restriction

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiểu ối là tình trạng lượng nước ối giảm so với lượng nước ối bình thường tính theo tuổi thai [1]. Tỷ lệ thiểu ối khác nhau giữa các tác giả: năm 2015, Guy Shrem nghiên cứu trên 36.000 thai phụ ở Israel thấy có 6,7% thai phụ gặp thiểu ối [2]; Cristina Rossi và cộng sự thống kê có 17% thai phụ thiểu ối ở tuổi thai 37-42 tuần [3]; Nguyễn Thị Huyền thống kê tại bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2011 tỷ lệ thai phụ thiểu ối là 3,06% [4]. Có 5 nhóm nguyên nhân gây thiểu ối đã được thống kê: - Do bất thường của thai nhi (bất thường nhiễm sắc thể, bất thường bẩm sinh, thai chậm phát triển, thai chết lưu, thai quá ngày sinh), - Do phần phụ (vỡ ối, hội chứng truyền máu song thai), - Do thai phụ (suy tuần hoàn tử cung - rau thai, tăng huyết áp, tiền sản giật), - Do thuốc dùng trong quá trình mang thai (nhóm thuốc ức chế men chuyển, nhóm thuốc ức chế tổng hợp prostaglandin), và những trường hợp thiểu ối không rõ nguyên nhân. Tại Việt Nam, phương pháp đo chỉ số nước ối bằng siêu âm (Amniotic fluid index - AFI) của Phelan và cộng sự đang được áp dụng để chẩn đoán thiểu ối trong thực hành lâm sàng. Thiểu ối gây ra ảnh hưởng tới cả mẹ và thai nhi: làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai và can thiệp khi đẻ đường âm đạo với mẹ, tăng tỷ lệ đẻ non, tăng nguy cơ mắc bệnh sơ sinh và có nguy cơ cao gây sảy thai và thai chết lưu [5]. Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành, tỷ lệ sản bệnh và thiểu ối cao là điều kiện thuận lợi để chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số bất thường hình thái thai quan sát được liên quan đến thiểu ối ở tuổi thai từ 22 đến 37 tuần.*

2. *Mô tả kết quả thai nghén của thiểu ối theo các nhóm nguyên nhân.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 94 sản phụ được chẩn đoán và theo dõi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Bảng 1: Các bất thường hình thái thai quan sát được ở các trường hợp thiểu ối**

| Tên bất thường          | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|-------------------|-----------|
| Bất thường hệ tiết niệu | Loạn sản thận     | 7         |
|                         | Thận đa nang      | 5         |
|                         | Bất sản thận      | 3         |
|                         |                   | 59,3      |

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Mẹ hoàn toàn khỏe mạnh, có một thai thai sống, tuổi thai từ 22 đến 37 tuần, chỉ số ối theo siêu âm < 5cm. Tiêu chuẩn loại trừ: đa thai, thai chết lưu, tuổi thai không phù hợp, thiểu ối do rỉ ối vỡ ối.

Chỉ số theo dõi gồm: Các chỉ số đặc điểm sản phụ: tuổi, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, tuổi thai phát hiện thiểu ối.

- Chỉ số nước ối (theo kỹ thuật đo Phelan) tại thời điểm phát hiện thiểu ối, thời điểm chỉ số nước ối về bình thường hoặc tại thời điểm kết thúc thai nghén.

- Các bất thường về thai: bất thường hệ tiết niệu, bất thường cơ quan khác, thai chậm phát triển và trường hợp không rõ nguyên nhân.

- Kết quả thai nghén: tuổi thai kết thúc thai nghén, mổ đẻ, đẻ đường âm đạo, cân nặng khi sinh.

**Số liệu thu thập được xử lý** bằng phần mềm SPSS 16.0

**3. Đạo đức trong nghiên cứu:** Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

## III. KẾT QUẢ

**1. Đặc điểm chung:** Tuổi mẹ trung bình là  $27,5 \pm 5$  tuổi, thai phụ trên 35 tuổi chỉ có 7,4%. 45,8% thai phụ làm công nhân và nông dân, 54,2% sản phụ làm nhân viên văn phòng hoặc kinh doanh tự do. Số thai phụ con so và con rạ bằng nhau và chiếm 50%. Tuổi thai phát hiện thiểu ối cao nhất là 22-28 tuần chiếm 44,7%, nhóm 29-34 tuần chiếm 35,1% và nhóm 35-37 tuần chiếm ít nhất với 20,2%.

**2. Các bất thường hình thái thai liên quan đến thiểu ối:** Thai chậm phát triển trong tử cung có tỷ lệ cao nhất, chiếm tới 41,5%. Bất thường hình thái thai là nguyên nhân của 27 trường hợp, chiếm 28,7%. Các trường hợp còn lại không tìm thấy nguyên nhân gây thiểu ối chiếm 29,8%. Tuổi trung bình của mẹ trong nhóm thai bất thường là  $26,6 \pm 4,3$ .

|                        |                  |           |            |
|------------------------|------------------|-----------|------------|
|                        | Van niệu đạo sau | 1         |            |
| Bất thường hệ tim mạch |                  | 2         | 7,4        |
| Phù thai               |                  | 5         | 18,5       |
| Bất thường khác        |                  | 4         | 14,8       |
| <b>Tổng</b>            |                  | <b>27</b> | <b>100</b> |

### 3. Kết quả thai nghén của thiếu ối

**Bảng 2:** Tiến triển thiếu ối trong quá trình theo dõi

| Kết quả<br>Nguyên nhân | Chỉ số ối về<br>bình thường |              | Kết thúc<br>thai nghén |              | Đình chỉ<br>thai nghén |              | Thai chết<br>lưu |             | Tổng      |            |
|------------------------|-----------------------------|--------------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|------------------|-------------|-----------|------------|
|                        | n                           | %            | n                      | %            | n                      | %            | n                | %           | n         | %          |
| Thai bất thường        | 1                           | 1,06         | 1                      | 1,06         | 25                     | 26,6         | 0                | 0           | 27        | 28,72      |
| Thai chậm phát triển   | 0                           | 0            | 32                     | 34,04        | 7                      | 7,45         | 0                | 0           | 39        | 41,49      |
| Không rõ nguyên nhân   | 20                          | 21,28        | 4                      | 4,26         | 3                      | 3,19         | 1                | 1,06        | 28        | 29,79      |
| <b>Tổng</b>            | <b>21</b>                   | <b>22,34</b> | <b>37</b>              | <b>39,36</b> | <b>35</b>              | <b>37,23</b> | <b>1</b>         | <b>1,06</b> | <b>94</b> | <b>100</b> |

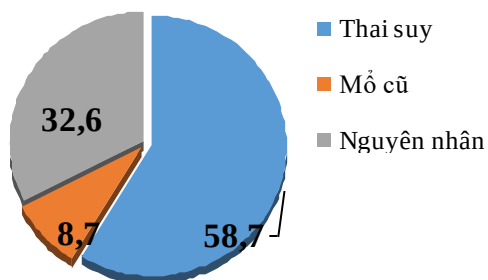
Có 36/94, chiếm 38,29% trường hợp đình chỉ thai hoặc thai chết lưu. 58/94 trường hợp kết thúc thai nghén: 46/58 trường hợp mổ đẻ và 12/58 trường hợp đẻ thường. Tỷ lệ đình chỉ thai nghén ở nhóm bất thường thai là 25/27 chiếm 93,1%, tỷ lệ kết thúc thai nghén ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung là 32/39 chiếm 82,05%, tỷ lệ chỉ số ối về bình thường ở nhóm không rõ nguyên nhân là 20/28 chiếm 71,43%.

**Bảng 3:** Tuổi kết thúc thai nghén và trọng lượng của trẻ sơ sinh

| Nguyên nhân gây thiếu ối | Tuổi thai kết thúc<br>thai nghén trung<br>bình (tuần) | Trọng lượng sơ<br>sinh trung bình (g) | p        |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| Thai bất thường          | 27,8 ± 4,1                                            | 2750 ± 212                            | p < 0,05 |
| Thai chậm phát triển     | 33 ± 4                                                | 1443 ± 371                            |          |
| Không rõ nguyên nhân     | 36,4 ± 4,7                                            | 2662 ± 438                            |          |

Trọng lượng của trẻ sơ sinh ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với 2 nhóm còn lại.

Trong 58 trường hợp kết thúc thai nghén, 46 trường hợp có chỉ định mổ lấy thai, 12 trường hợp đẻ đường âm đạo.



**Biểu đồ 1:** Các nguyên nhân mổ lấy thai

Suy thai là nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu, chiếm tới 58,7% các trường hợp. Trong đó, nguyên nhân thai chậm phát triển trong tử cung chiếm tới 23/27 trường hợp, chiếm tới 85,19%.

#### IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu: Tuổi mẹ trung bình là 27,5 ± 5 tuổi, phân bố nghề nghiệp và phân bố về tuần thai phát

hiện thiếu ối khá tương đồng với các nghiên cứu chúng tôi đã tham khảo.

Nghiên cứu của chúng tôi có 27 trường hợp thai bất thường, trong đó bất thường hệ tiết niệu chiếm đa số 59,3%, phù thai chiếm 18,5% và còn lại là các bất thường hệ tim mạch, sút môi hở vòm hàm, các bất thường chi.

Thận bắt đầu tạo nước ối từ tuần 9-11, tăng dần và chiếm trên 90% tổng lượng nước ối vào khoảng tuần thứ 20 [6] nên bất thường hệ thận – tiết niệu là nguyên nhân hàng đầu gây thiếu ối ở nhóm có bất thường hình thái thai. Trong 16 dị tật thận tiết niệu ở nghiên cứu này có 7 trường hợp loạn sản thận, 3 trường hợp bất sản thận, 5 trường hợp thận đa nang 2 bên và 1 trường hợp van niệu đạo sau kèm theo có hình ảnh giãn đài bể thận 2 bên. Nghiên cứu của Grijseels và cộng sự năm 2011 cũng có kết quả tương tự.

Các bất thường ngoài thận gặp với tỷ lệ thấp trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả [7]. Những bất thường này thường được nhiều tác giả mô tả là các bất thường đi kèm tình trạng thiếu ối và chưa tác giả nào chứng minh đây là nguyên nhân trực tiếp gây thiếu ối.

Thiếu ối do bất thường thai sẽ được hội chẩn và nếu có chỉ định đình chỉ thai nghén thì sẽ tư vấn và ngừng thai nghén ở bất kỳ tuổi thai nào

Chỉ định kết thúc thai nghén được đặt ra khi có biểu hiện suy thai, hoặc trường hợp thai chậm phát triển nặng hoặc thai có nguy cơ chết lưu. Nghiên cứu của chúng tôi có 37 trường hợp (39,4%) đình chỉ thai, 35 trường hợp kết thúc thai nghén do đẻ non hoặc do các chỉ định sản khoa (37,2%) và 22,34% chỉ số ối về bình thường. Qua bảng 2, chúng tôi thấy: các trường hợp đình chỉ thai thường do bất thường thai nhi (71,43%), 20% trường hợp do thai chậm phát triển trong tử cung. Nhóm kết thúc thai nghén thì thường do thai chậm phát triển trong tử cung (86,49%). Nhóm có chỉ số ối về bình thường chủ yếu là thiếu ối không rõ nguyên nhân (95,24%). Chính điều này ảnh hưởng trực tiếp tới tuổi kết thúc thai nghén của từng nhóm: bất thường thai nhi thường có chỉ định đình chỉ thai nên tuổi kết thúc thai nghén trung bình là  $27,8 \pm 4,1$  tuần, nhóm thai chậm phát triển trong tử cung thường kết thúc ở  $33 \pm 4$  tuần và nhóm không rõ nguyên nhân là  $36,4 \pm 4,7$ .

Trong 58 trường hợp chỉ định kết thúc thai nghén, 20,7% trường hợp đẻ đường âm đạo, 79,3% mổ lấy thai. Chỉ định mổ lấy thai do thai suy chiếm 58,6%, do mổ cũ là 8,7% và 32,6% là do ngôi mông, cổ tử cung không tiến triển, đầu không lọt,...

Chúng tôi nhận thấy nguyên nhân thai chậm phát triển trong tử cung gây suy thai là chỉ định mổ lấy thai chủ yếu (bảng 2) 85,19%. Tỷ lệ mổ lấy thai ở thiếu ối do thai chậm phát triển trong tử cung có tim thai không đáp ứng là 21%, theo nghiên cứu của Chauhan và cộng sự năm 2007. Khác biệt tỷ lệ mổ này theo chúng tôi là do trên thực hành sản khoa, chúng tôi đánh giá suy thai dựa trên nhiều thông số hơn như: đo chỉ số não rốn qua siêu

âm, nhịp tim thai trên monitoring... và do yếu tố xã hội (gia đình mong muốn mổ lấy thai).

## V. KẾT LUẬN

Các bất thường thận – tiết niệu chiếm tới 59,3% các bất thường thai liên quan tới thiếu ối. Thiếu ối liên quan tới thai bất thường được chỉ định đình chỉ thai tới 93,1%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kenneth J. Leveno F. Gary Cunningham, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, et al (2014), *Williams Obstetrics*, 24th edition, McGraw - Hill Education, United States, tr. 231-240.
2. Sima S. Nagawkar Guy shrem, Mordechai Hallk, Asnat Walfisch (2016), "Isolated Oligohydramnios at Term as an Indication for Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Fetal Diagn Ther*, 4, tr. 1015 - 3837.
3. Cristina Rossi A. Federico Prefumo (2012), "Perinatal outcomes of isolated oligohydramnios at term and post-term pregnancy: a systematic review of literature with meta-analysis", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 169(2), tr. 149-54
4. Nguyễn Thị Huyền (2011), *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và xử trí thiếu ối ở thai từ 38 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2011*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Loren N. Petrozella, Dashe, Jodi S., et al (2011), "Clinical significance of borderline amniotic fluid index and oligohydramnios in preterm pregnancy", *Obstet Gynecol*, 117(2), tr. 338-342.
6. Martin Konrad Judith Eva Spiro, Esther R.F, et al (2015), "Renal oligo- and anhydramnios: cause, course and outcome - a single-center study", *Arch Gynecol Obstet*, 292(2), tr. 327 - 336.ancy", *Obstet Gynecol*, 117(2), tr. 338-342.
7. Ehteld van-Hornstra P.T.M Grijseels E.W.M, et al (2011), "Outcome of pregnancies complicated by oligohydramnios or anhydramnios of renal origin", *Prenat Diagn*, 31(3), tr. 1039 - 1045.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH QUANH RĂNG TRÊN NGƯỜI ĐIỀU TRỊ THAY THỂ NGHIỆN MA TÚY BẰNG METHADONE TẠI THÁI NGUYÊN

Trịnh Đức Mậu\*, Trịnh Đình Hải\*\*  
Nguyễn Quý Thái\*, Hạc Văn Vinh\*

### TÓM TẮT

\*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên  
\*\*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương  
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đức Mậu  
Email: vanvanvantn@gmail.com  
Ngày nhận bài: 2/11/2017

**Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh quanh răng trên người điều trị thay thể nghiện ma túy bằng methadone huyện Đại Từ và Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên năm 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng gồm 696 người, tuổi 16-59,

Ngày phản biện: 4/12/2017  
Ngày duyệt bài: 02/1/2017

đang được điều trị thay thế nghiện ma túy bằng methadone; Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, chọn mẫu chủ đích với cỡ mẫu toàn bộ số người trong danh sách được quản lý uống thuốc methadone; Kỹ thuật thu thập số liệu: khám lâm sàng bệnh răng miệng và phỏng vấn trực tiếp các đối tượng theo bộ câu hỏi được thiết kế, in sẵn và thống nhất.

**Kết quả và kết luận:** Có mối liên quan: giữa bệnh quanh răng với độ tuổi, giữa tình trạng viêm lợi với chỉ số vệ sinh răng miệng và giữa bệnh quanh răng với mức độ thực hành chải răng (với  $p < 0,05$ ,... và  $p < 0,05$ ). Chưa thấy có mối liên quan: giữa bệnh quanh răng với giới tính, hành vi hút thuốc, kiến thức phòng bệnh quanh răng và thái độ chưa tốt về vệ sinh răng miệng (với  $p > 0,05$ ,... và  $p > 0,05$ ). **Khuyến nghị:** Cần nghiên cứu các giải pháp can thiệp thích hợp nhằm cải thiện tình trạng bệnh quanh răng ở người điều trị thay thế nghiện ma túy bằng methadone.

**Từ khóa:** Bệnh quanh răng, viêm lợi, kiến thức, thái độ, thực hành, methadone.

## SUMMARY

### RESEARCH ON SOME FACTORS RELATED TO PERIODONTAL DISEASES IN DRUG ADDICTS TREATED ALTERNATIVELY WITH METHADONE IN THAI NGUYEN

**Objectives:** To describe some factors related to periodontal diseases in drug addicts of treatment of substitute with methadone in Dai Tu and Pho Yen districts, Thai Nguyen province in 2015. **Subjects and methods:** 696 addicts, aged 16-59, are being treated alternatively with methadone; A descriptive study used in the study, a cross-sectional design, a purposive sampling and the sample size including all addicts managed and treated alternatively with methadone; Data collection techniques: oral examinations and direct interviews of subjects by a set of self-administered questionnaires. **Results and Conclusions:** There was a relationship between periodontal diseases with age; An association between gingivitis status with oral hygiene index and between periodontal diseases with practice of tooth brushing ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$ , respectively). An association between periodontal diseases with gender, smoking behaviour, knowledge on periodontal prevention and a poor attitude on oral hygiene were not found ( $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ , respectively). **Recommendations:** It is necessary to study appropriate interventions (such as technical solutions, etc.) in order to improve the status of periodontal diseases in drug addicts treated alternatively with methadone.

**Keywords:** Periodontal diseases, gingivitis, KAP, methadone.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng có cơ chế bệnh sinh rất phức tạp, bao gồm hai loại tổn thương chính là khu trú ở lợi và tổn thương toàn bộ tổ chức quanh răng, là một trong những nguyên nhân chính gây mất răng. Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng rất cao [1] Bệnh tiến triển phức tạp, có nhiều yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến tình trạng bệnh

lý vùng quanh răng. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy có nhiều yếu tố liên quan đến bệnh quanh răng nói chung và bệnh quanh răng nói riêng, ảnh hưởng đến tình trạng viêm lợi, viêm quanh răng như tuổi, giới, điều kiện kinh tế, thói quen hàng ngày, kiến thức, thái độ phòng bệnh quanh răng và bệnh quanh răng, thực hành chăm sóc, vệ sinh răng miệng. Các nghiên cứu trên đối tượng nghiện ma túy điều trị thay thế bằng methadone thì hầu như chưa thấy tác giả đề cập đến. Để tăng cường khả năng dự phòng bệnh quanh răng trên đối tượng này, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh quanh răng trên người điều trị thay thế nghiện ma túy bằng methadone tại cơ sở điều trị methadone Đại Từ và Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người nghiện ma túy đang điều trị thay thế bằng thuốc methadone.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi từ 16 đến 59 tuổi. Hàng ngày uống thuốc methadone tại cơ sở điều trị. Có ít nhất 1 vùng lục phần còn chức năng. Tại thời điểm nghiên cứu không mắc các bệnh cấp tính khác. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những người điều trị nghiện ma túy bằng thuốc khác không phải methadone hoặc không uống thuốc tại cơ sở điều trị. Người mất răng toàn bộ. Người đang mắc bệnh cấp tính khác hoặc đang cần phải theo dõi và điều trị tích cực.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** tháng 3 và tháng 4 năm 2015

- **Địa điểm:** Cơ sở điều trị Methadone Đại Từ và cơ sở điều trị methadone Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp dịch tễ học mô tả, thiết kế cắt ngang [5].

**2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu: tính theo công thức [2], [5]

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

Trong đó: n: cỡ mẫu

$Z(1-\alpha/2)$ : hệ số giới hạn tin cậy, với mức ý nghĩa 95% ; khi đó  $Z(1-\alpha/2) = 1,96$

p: tỷ lệ mắc BQR tính theo nghiên cứu trước là 89,5% ( $p = 0,895$ ) [3];  $(1-p) = 0,11$

d: độ chính xác mong muốn là 0,05

Thay vào công thức tính ra  $n = 150$ . Như vậy, sẽ khám ít nhất 150 người. Trên thực tế, số

người nghiện hiện đang uống thuốc hàng ngày, tại Đại Từ là 338 người, tại Phổ Yên là 358 người đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

**2.3.3. Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn toàn bộ số bệnh nhân có tên trong danh sách hàng ngày đến uống thuốc methadone tại hai cơ sở điều trị methadone nói trên.

#### 2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi; giới; thói quen hút thuốc
- Tình trạng chỉ số lợi GI; Chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI-S);
- Mối liên quan giữa tỷ lệ bệnh quanh răng với: thói quen hút thuốc; điều kiện kinh tế; thời gian sử dụng ma túy; thời gian uống methadone.

#### 2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi được thiết kế, in sẵn thống nhất.
- Khám lâm sàng: Bằng dụng cụ nha khoa thông thường, đảm bảo đủ ánh sáng tự nhiên,

kết hợp đèn chiếu sáng, ghế khám răng, khay, gương miệng, gắp, thăm trám, bông, cây thăm dò quanh răng các phương tiện đã tiệt khuẩn, đảm bảo mỗi bệnh nhân một bộ dụng cụ riêng.

**2.6. Xử lý số liệu:** Bằng phương pháp thống kê Y học trên phần mềm Epidata, SPSS 16.0 [6].

**2.7. Đạo đức trong nghiên cứu:** Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung nghiên cứu, chỉ lựa chọn những đối tượng tự nguyện và đồng ý hợp tác.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 696 người nghiện ma túy được điều trị thay thế bằng methadone tại Thái Nguyên để tìm hiểu mối liên quan đến bệnh quanh răng, kết quả thu được như sau:

**Bảng 3.1. Liên quan giữa độ tuổi với bệnh quanh răng (n = 696)**

| Bệnh quanh răng |         |      |            |      |       |                     |
|-----------------|---------|------|------------|------|-------|---------------------|
| Độ tuổi         | Có bệnh |      | Không bệnh |      | p     | OR (95%CI)          |
|                 | SL      | %    | SL         | %    |       |                     |
| ≥ 40 tuổi       | 202     | 68,7 | 92         | 31,3 | <0,01 | 1,64<br>(1,47-1,88) |
| < 40 tuổi       | 236     | 58,7 | 166        | 41,3 |       |                     |
| Tổng            | 438     | 62,9 | 258        | 37,1 |       |                     |

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa độ tuổi với bệnh quanh răng của bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân có viêm quanh răng ở nhóm ≥ 40 tuổi (68,7%) cao hơn ở nhóm <40 tuổi (58,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,01.

**Bảng 3.2. Liên quan giữa giới tính với bệnh quanh răng (n = 696)**

| Bảng 3.1. Bệnh quanh răng và tình trạng bệnh quanh răng (n = 696) |      |                 |      |            |      |       |                    |
|-------------------------------------------------------------------|------|-----------------|------|------------|------|-------|--------------------|
| Giới                                                              | Bệnh | Bệnh quanh răng |      |            |      | p     | OR (95%CI)         |
|                                                                   |      | Có bệnh         |      | Không bệnh |      |       |                    |
|                                                                   |      | SL              | %    | SL         | %    |       |                    |
| Nam                                                               |      | 434             | 63,1 | 254        | 36,9 | >0,05 | 1,7<br>(0,42-6,89) |
| Nữ                                                                |      | 4               | 50,0 | 4          | 50,0 |       |                    |
| Tổng                                                              |      | 438             | 62,9 | 258        | 37,1 |       |                    |

**Nhận xét:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính với bệnh quanh răng của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh ở nam và nữ không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

**Bảng 3.3. Liên quan giữa thói quen hút thuốc với bệnh quanh răng (n = 696)**

| Thói quen       | Bệnh | Bệnh quanh răng |      |            |      | p     | OR (95%CI)         |
|-----------------|------|-----------------|------|------------|------|-------|--------------------|
|                 |      | Có bệnh         |      | Không bệnh |      |       |                    |
|                 |      | SL              | %    | SL         | %    |       |                    |
| Có hút thuốc    |      | 405             | 63,3 | 235        | 36,7 | >0,05 | 1,2<br>(0,68-2,09) |
| Không hút thuốc |      | 33              | 58,9 | 23         | 41,1 |       |                    |
| Tổng            |      | 438             | 62,9 | 258        | 37,1 |       |                    |

**Nhận xét:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa hành vi hút thuốc với bệnh quanh răng của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh ở nam và nữ không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

**Bảng 3.4. Liên quan giữa tình trạng lợi (GI) với chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S) (n = 696)**

| VSRM theo chỉ số OHI-S    | Có viêm lợi |             | Không viêm lợi |            | p     | (95%CI)            |
|---------------------------|-------------|-------------|----------------|------------|-------|--------------------|
|                           | SL          | %           | SL             | %          |       |                    |
|                           |             |             |                |            |       |                    |
| Kém (OHI-S 3,1-6,0)       | 665         | 98,1        | 13             | 1,9        | <0,01 | 25,5<br>(8,3-78,6) |
| Tốt và TB (OHI-S 0,1-3,0) | 12          | 66,7        | 6              | 33,9       |       |                    |
| <b>Tổng</b>               | <b>677</b>  | <b>97,3</b> | <b>19</b>      | <b>2,7</b> |       |                    |



**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa tình trạng lợi (GI) với chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S) của bệnh nhân, tỷ lệ bệnh ở nhóm viêm lợi có chỉ số OHI-S kém (98,1%) cao hơn ở nhóm có chỉ số OHI-S tốt và trung bình (66,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,01$

**Bảng 3.5. Liên quan giữa kiến thức với bệnh quanh răng (n=696)**

| Kiến thức \ Bệnh   | Bệnh quanh răng |      |            |      | p     | OR<br>(95% CI)       |
|--------------------|-----------------|------|------------|------|-------|----------------------|
|                    | Có bệnh         |      | Không bệnh |      |       |                      |
|                    | SL              | %    | SL         | %    |       |                      |
| Kiến thức chưa tốt | 430             | 62,9 | 254        | 37,7 | >0,05 | 0,84<br>(0,25- 2,83) |
| Kiến thức tốt      | 8               | 66,7 | 4          | 33,3 |       |                      |
| Tổng               | 438             | 62,9 | 258        | 37,1 |       |                      |

**Nhận xét:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức với bệnh viêm quanh răng của đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt tỷ lệ nhóm có kiến thức chưa tốt và ở nhóm có kiến thức tốt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.6. Liên quan giữa thái độ với bệnh quanh răng (n=696)**

| <div>Bệnh</div> <div>Thái độ</div> | Bệnh quanh răng |      |            |      | p     | OR<br>(95% CI)      |
|------------------------------------|-----------------|------|------------|------|-------|---------------------|
|                                    | Có bệnh         |      | Không bệnh |      |       |                     |
|                                    | SL              | %    | SL         | %    |       |                     |
| Thái độ chưa tốt                   | 285             | 62,1 | 174        | 37,9 | >0,05 | 0,89<br>(0,64-1,24) |
| Thái độ tốt                        | 153             | 64,6 | 84         | 35,4 |       |                     |
| Tổng                               | 438             | 62,9 | 258        | 37,1 |       |                     |

**Nhận xét:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thái độ về vệ sinh răng miệng với bệnh viêm quanh răng, sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm có thái độ chưa tốt và nhóm có thái độ tốt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.7. Liên quan giữa thực hành chải răng với bệnh quanh răng (n=696)**

| Bảng 3.1.2. Liên quan giữa thực hành chải răng và bệnh quanh răng (n= 616) |                 |             |            |             |       |                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|------------|-------------|-------|---------------------|
| Bệnh \<br>Thực hành                                                        | Bệnh quanh răng |             |            |             | p     | OR<br>(95%CI)       |
|                                                                            | Có bệnh         |             | Không bệnh |             |       |                     |
|                                                                            | SL              | %           | SL         | %           |       |                     |
| Thực hành chưa tốt                                                         | 401             | 64,4        | 222        | 35,6        | <0,05 | 1,75<br>(1,07-1,06) |
| Thực hành tốt                                                              | 37              | 50,7        | 36         | 49,3        |       |                     |
| <b>Tổng</b>                                                                | <b>438</b>      | <b>62,9</b> | <b>258</b> | <b>37,1</b> |       |                     |

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa mức độ thực hành chải răng với bệnh quanh răng của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhóm có thực hành chải răng chưa tốt (64,4%) cao hơn ở nhóm thực hành chải răng tốt (50,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Khi nghiên cứu về bệnh quanh răng, các tác giả đã chỉ ra một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh quanh răng như: tuổi, giới, điều kiện kinh tế, tình trạng vệ sinh răng miệng [4]. Kết quả nghiên cứu về mối liên quan giữa độ tuổi với bệnh quanh răng cho thấy có mối liên quan giữa bệnh viêm quanh răng với độ tuổi của bệnh nhân ( $p < 0,01$ ). Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thực, khi tuổi càng cao thì tình trạng viêm lợi, viêm quanh răng càng nặng [4]. Kết quả về tình trạng vệ sinh răng miệng kém chiếm 98,1%, cao hơn so với tác giả Nguyễn Xuân Thực là 33,3% [4] và cao hơn với kết quả tác giả Đặng thị Thơ (89,5%) [3]. Có thể do đối tượng chúng tôi nghiên cứu ở vùng miền núi của tỉnh Thái Nguyên nên có nhiều điều kiện hạn chế hơn so với nghiên cứu tại Hà Nội. Nghiên cứu về mối liên quan giữa giới tính, thói quen với tỷ lệ bệnh quanh răng, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên

quan nào. Kết quả này tương tự như tác giả Đặng Thị Thơ nghiên cứu trên cùng đối tượng nghiên cứu ma túy [3]. Kết quả nghiên cứu về kiến thức và thái độ cho thấy chưa tìm thấy mối liên quan với bệnh quanh răng. Nhưng về thực hành chải răng lại cho thấy có mối liên quan giữa thực hành chải răng hàng ngày với bệnh quanh răng. Những người thực hành chải răng chưa tốt thì tỷ lệ mắc bệnh quanh răng (64,4%) cao hơn so với những người thực hành chải răng tốt (50,7%) với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự như tác giả Nguyễn Ngọc Nghĩa nghiên cứu năm 2014 tại Yên Bái [2] và tương tự như tác giả Lưu Hồng Hạnh nghiên cứu tại Hà Nội năm 2015 [1]. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tương đối đặc biệt. Là người đã trưởng thành, nghiện ma túy nhiều năm và có những điều kiện sinh hoạt rất đặc biệt. Thường họ đi khỏi nhà từ sáng và không có thời gian nhất định về nhà. Mặc dù hàng ngày đều tập trung uống thuốc tại các cơ sở điều trị, nhưng họ đều ngại giao tiếp. Trên

thực tế người dân cũng ngại giao tiếp với đối tượng này.

## V. KẾT LUẬN

- Có mối liên quan giữa độ tuổi với bệnh quanh răng, tỷ lệ bệnh ở nhóm  $\geq 40$  tuổi (68,7%) cao hơn nhóm  $<40$  tuổi (58,7%), với  $p < 0,01$ ; Có mối liên quan giữa tình trạng lợi với chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S), tỷ lệ bệnh ở nhóm viêm lợi có chỉ số OHI-S kém (98,1%) cao hơn ở nhóm có chỉ số OHI-S tốt và trung bình (66,7%), với  $p < 0,01$ ; Có mối liên quan giữa mức độ thực hành chải răng với bệnh quanh răng, tỷ lệ bệnh ở nhóm thực hành chải răng chưa tốt (64,4%) cao hơn ở nhóm thực hành chải răng tốt (50,7%), với  $p < 0,05$ .

- Không có mối liên quan giữa giới tính với bệnh quanh răng ( $p > 0,05$ ); giữa hành vi hút thuốc với bệnh quanh răng ( $p > 0,05$ ); giữa kiến thức với bệnh quanh răng ( $p > 0,05$ ); giữa thái độ về vệ sinh răng miệng với bệnh quanh răng ( $p > 0,05$ ).

**Khuyến nghị:** Cần nghiên cứu các giải pháp can thiệp thích hợp, nhằm cải thiện tình trạng

bệnh quanh răng ở người điều trị thay thế nghiện ma túy bằng methadone.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Hồng Hạnh và CS (2016), "Một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi khu vực nội thành Hà Nội năm 2015", *Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội*, Tập 32, số 2, tr 99-105.
2. Nguyễn Ngọc Nghĩa (2014), *Thực trạng và hiệu quả can thiệp dự phòng bệnh răng miệng ở học sinh tiểu học người đồng tính Yên Bái*, Luận án tiến sĩ y học, tr 40.
3. Đặng Thị Thơ (2003), *Đánh giá tình trạng quanh răng ở những người nghiện ma túy tại Trung tâm giáo dục lao động xã hội Hà Nội*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.37
4. Nguyễn Xuân Thực (2011), *Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương và đánh giá hiệu quả can thiệp*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.6-13, 61
5. Trường Đại học Y Hà Nội (1998), *Phương pháp nghiên cứu khoa học Y học*, Nhà xuất bản Y học, tr 43-53 và 220.
6. Hạc Văn Vinh (2015), *Hướng dẫn sử dụng SPSS trong Y học, Tài liệu sử dụng đào tạo sau đại học*, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, tr 26-55.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ XƯƠNG GÒ MÁ TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, xquang và kết quả điều trị trên 58 bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp được điều trị phẫu thuật tại BVTW Thái Nguyên. **Kết quả:** Có 45 nam (77,6%), hầu hết thuộc lứa tuổi 18-39 chiếm 75,9%, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông 87,9%, trong đó 79,3% là do tai nạn xe máy. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp lần lượt là bầm tím hốc mắt 67,2%, há miệng hạn chế 41,4%, lõm bẹt gò má 22,4% và có dị cảm vùng dưới ổ mắt là 17,2%. Hình ảnh Xquang phù hợp với thăm khám lâm sàng, trong đó đường gãy bờ dưới hốc mắt 67,2%, gãy cung tiếp 67,2% và bờ ngoài hốc mắt 53,4%. Mờ xoang hàm một bên 34,5% và hai bên 12,1%. Toàn bộ 58 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít. Kết quả điều trị tốt đạt 82,8% lúc

Hoàng Tiến Công\*, Nguyễn Trí Khang\*\*

ra viện, 89,7% sau 1 tháng và 93,1% sau 3-6 tháng. Không có bệnh nhân nào xếp loại kết quả kém.

**Từ khóa:** Gãy xương, chấn thương, xương gò má, cung tiếp, phẫu thuật

### SUMMARY

#### CLINICAL STUDY OF THE RESULTS OF THE TREATMENT OF ZYGOMATICOMAXILLARY FRACTURE AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Aim:** Research clinical features, X-ray and treatment outcomes in 58 patients with fractured Malarbone and Zygomatic arch surgery at Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** 45 men (77,6%), aged 18-39 accounted for 75,9%, mainly caused by traffic accidents 87,9%, 79,3% of which was due to a motorbike accident. Common clinical signs respectively 67,2% bruised eye sockets, mouth open limit 41,4%; 22,4% concave flat cheekbones and paresthesia under orbital region is 17,2%. X-ray image consistent with the clinical examination, including the lower edge the eye sockets 67,2%, Zygomatic arch fractures to 67,2%, and orbital outer edge 53,4%. Fuzzy maxillary sinus oneside 34,5% and both sides of 12,1%. Overall 58 patients received combined bone surgical with miniplates and screws. Results achieved fairly good 82,8% at hospital discharge, 89,7% and 93,1% after

\*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

\*\*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tiến Công

Email: conghoangt60@gmail.com.

Ngày nhận bài: 1/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 25/11/2017

Ngày duyệt bài: 8/12/2017

1 month and 3-6 months. No patients classified as unfavorable results.

**Keywords:** Fractures, injury, zygomatic, malarbone, surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển xã hội, việc gia tăng các phương tiện giao thông làm ngày càng tăng các tai nạn. Trong các nghiên cứu gần đây cho thấy, nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm tới 81,7% chấn thương hàm mặt [1]. Nghiên cứu của chúng tôi năm 2012 tại BVĐK TW Thái Nguyên cho thấy 73,4% các trường hợp chấn thương hàm mặt là do tai nạn xe máy [2]. Chấn thương hàm mặt cũng như gãy xương gò má tăng với tính chất ngày càng phức tạp và đa dạng. Xương gò má là xương quan trọng trong khối xương tăng giữa mặt, góp phần tạo dựng nên đặc điểm khuôn mặt của mỗi người. Về mặt chức năng, nó liên quan với nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng. Gãy xương gò má thường gây ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ, cùng nhiều chức năng khác như nhìn, ăn nhai, phát âm và các bệnh lý thứ phát. Gãy xương gò má cũng tiếp nếu không được điều trị đúng phương pháp và kịp thời sẽ ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và chức năng, những biến chứng có thể để lại như khít hàm, song thị, tê bì bờ dưới ổ mắt, biến dạng mặt khiến cho bệnh nhân phải chịu thương tật suốt đời, làm giảm chất lượng cuộc sống. Khoa RHM, Bệnh viện TW Thái Nguyên hàng năm tiếp nhận điều trị hàng trăm ca chấn thương hàm mặt, trong đó gãy xương gò má chiếm tỉ lệ không nhỏ. Để góp phần nâng cao hiệu quả của việc khám và điều trị, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang các hình thái gãy xương gò má – cung tiếp của bệnh nhân điều trị tại khoa RHM-BVĐK TW Thái Nguyên 2015.

- Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương gò má-cung tiếp của đối tượng nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được tiến hành trên 58 bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt-Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 2 năm 2015 đến tháng 1 năm 2016.

- Phương pháp NC: nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới bệnh nhân, nguyên nhân xảy ra tai nạn, các biểu hiện lâm sàng, hình ảnh Xquang, chẩn đoán và phân loại

đường gãy, kết quả điều trị phẫu thuật theo các tiêu chí đặt ra. Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng hệ thống nẹp vít của Hãng Stema (Đức).

- Kỹ thuật thu thập số liệu: thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu gồm phỏng vấn, khám lâm sàng, Xquang, theo dõi trước và sau điều trị.

- Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 13.0.

\*Đánh giá kết quả sớm lúc ra viện:

- Tốt: mặt cân đối, vết mổ khô, há miệng  $\geq 3\text{cm}$ , ăn nhai không đau, thị lực bình thường, có thể còn tê bì mũi-má hoặc tụ máu kết mạc.

- Khá: mặt cân đối, vết mổ nề, há miệng còn đau và hạn chế ( $< 3\text{cm}$ ), thị lực bình thường, hoặc nhìn mờ do tụ máu kết mạc, còn tê bì mũi - má.

- Kém: nhiễm trùng vết mổ, mặt không cân đối, há miệng  $\leq 1,5$ , vận động nhãn cầu đau, thị lực giảm hoặc nhìn đôi.

\*Đánh giá kết quả muộn: sau 1 tháng và 3-6 tháng:

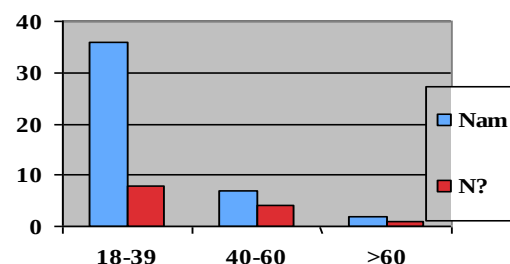
- Tốt: mặt cân đối, sẹo mờ, há miệng  $\geq 3\text{cm}$  không đau, xương không di lệch, thị lực bình thường.

- Khá: mặt cân đối, sẹo mờ, há miệng dưới 3cm không đau, xương di lệch ít, không tê bì, thị lực bình thường

- Kém: mặt mất cân đối, sẹo rõ, há miệng  $< 1,5\text{cm}$  không đau, xương di lệch, tê bì hoặc giảm thị lực.

## III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 58 bệnh nhân có tuổi từ 18 đến 67, tuổi trung bình  $27,6 \pm 9,3$  tuổi, có 45 nam, chiếm 77,6%.



**Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới**

**Nhận xét:** Trong tổng số 58 bệnh nhân có 77,6% nam, trong đó chủ yếu là đối tượng 18-39 tuổi chiếm 75,9%, nhóm tuổi 40-60 chiếm 19%, trên 60 là 5,1%.

**Bảng 3.1. Nguyên nhân chấn thương**

| Nguyên nhân         | n, (%)    |
|---------------------|-----------|
| Tai nạn giao thông: | 51 (87,9) |
| - Xe máy            | 46 (79,3) |

|           |         |
|-----------|---------|
| - Xe đạp  | 2 (3,4) |
| - Ô tô    | 3 (5,2) |
| Lao động  | 3 (5,2) |
| Sinh hoạt | 4 (6,9) |

**Nhận xét:** 87,9% do tai nạn giao thông, trong đó 79,3% là do tai nạn xe máy

**Bảng 3.2. Dấu hiệu lâm sàng**

| Biểu hiện lâm sàng                       | n (%)     |
|------------------------------------------|-----------|
| Bầm tím hốc mắt                          | 39 (67,2) |
| Há miệng hạn chế                         | 24 (41,4) |
| Lõm bẹt gò má                            | 13 (22,4) |
| Tê bì bờ dưới ổ mắt                      | 10 (17,2) |
| Xuất huyết kết mạc                       | 3 (5,2)   |
| Điểm đau chói và mất liên tục xương tại: |           |
| - Bờ dưới ổ mắt                          | 42 (72,4) |
| - Cung tiếp                              | 40 (69,0) |
| - Bờ ngoài ổ mắt                         | 23 (40,0) |
| - Trụ gò má - hàm trên                   | 14 (24,1) |
| Gãy GM-CT 1 bên                          | 51 (87,9) |
| Gãy GM-CT 2 bên                          | 7 (12,1)  |

**Nhận xét:** Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất là bầm tím hốc mắt 67,2%, há miệng hạn chế 41,4%, lõm bẹt gò má 22,4% và có dị cảm vùng dưới ổ mắt là 17,2%. Điểm đau chói và mất liên tục xương tại bờ dưới ổ mắt 72,4%, cung tiếp 69,0%, bờ ngoài ổ mắt 40,0% và trụ gò má xương hàm trên 24,1%.

**Bảng 3.3: Dấu hiệu trên phim xquang**

| Dấu hiệu xquang        | n (%)     |
|------------------------|-----------|
| Mất liên tục xương tại |           |
| - Cung tiếp            | 39 (67,2) |
| - Bờ dưới ổ mắt        | 39 (67,2) |
| - Bờ ngoài ổ mắt       | 31 (53,4) |
| - Trụ xương gò má      | 12 (20,7) |
| Mở xoang hàm           |           |
| - Hai bên              | 7 (12,1)  |
| - Một bên              | 20 (34,5) |

**Nhận xét:** Hình ảnh trên phim Xquang thường thấy là mất liên tục xương và mở xoang hàm. Hình ảnh đường gãy cung tiếp 67,2%, bờ ngoài hốc mắt 53,4% và bờ dưới hốc mắt 67,2%. Mở xoang hàm một bên 34,5% và hai bên 12,1%.

**Bảng 3.4. Kết quả điều trị**

| Kết quả      | Tốt n, (%) | Khá n, (%) | Kém n, (%) |
|--------------|------------|------------|------------|
| Lúc ra viện  | 48(82,8)   | 10(17,2)   | 0          |
| Sau 1 tháng  | 52(89,7)   | 6 (10,3)   | 0          |
| Sau 3-6tháng | 54(93,1)   | 4 (6,9)    | 0          |

**Nhận xét:** Kết quả điều trị tốt đạt 82,8% lúc ra viện, 89,7% sau 1 tháng và 93,1% sau 3-6 tháng. Không có bệnh nhân nào xếp loại kết quả kém.

#### IV. BÀN LUẬN

- Về tuổi và giới: Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 và lớn tuổi nhất là 67 tuổi, trong đó có 77,6% nam, gấp 3,4 lần so với số bệnh nhân nữ. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi năm 2012 với tỷ lệ nam/nữ là 5/1 [1],[2], tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng là 10,2 lần, Vũ Thị Bắc Hải 11,7 lần [3],[4]. Lứa tuổi 18-39 chiếm tỷ lệ 75,9%, cao nhất trong số bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng (76,4%), Vũ Thị Bắc Hải (79,5%), Lâm Hoài Phương (78,9%) [3], [4], [5]. Đa số các nghiên cứu đều cho rằng đây là đối tượng lao động chủ yếu và cũng là đối tượng tham gia giao thông nhiều nhất.

- Về nguyên nhân gây chấn thương: Tai nạn giao thông chiếm tới 87,9%, trong đó tai nạn xe máy chiếm 79,3%. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả Lâm Hoài Phương (92,72%), Trương Mạnh Dũng (87,9%), Nguyễn Thế Dũng (87,6%), cho thấy tình trạng tai nạn giao thông và đặc biệt là tai nạn xe máy vẫn còn nhiều, điều này phản ánh tình trạng tham gia giao thông của nước ta, đặc biệt là việc đảm bảo an toàn khi tham gia giao thông còn kém.

- Về đặc điểm lâm sàng, Xquang gãy xương gò má cung tiếp: Dấu hiệu lâm sàng nổi bật nhất trong nghiên cứu này là bầm tím quanh hốc mắt 67,2%, há miệng hạn chế 41,4%, lõm bẹt gò má 22,4% và có dị cảm vùng dưới ổ mắt là 17,2%. Dấu hiệu bầm tím hốc mắt phù hợp với nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng là 67,7%, và thấp hơn kết quả của Vũ Thị Bắc Hải (90,6%).

Khi thăm khám các điểm tiếp khớp của xương gò má với các xương lân cận chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương ở bờ dưới ổ mắt (72,4%) và cung tiếp (69,0%) là hay gặp nhất và cũng là những dấu hiệu phổ biến trong chấn thương gãy xương gò má – cung tiếp, tiếp đến là ở bờ ngoài ổ mắt 40,0% và trụ gò má xương hàm trên 24,1%.

Đánh giá trên phim xquang chúng tôi nhận thấy hình ảnh tổn thương hay gặp nhất là gãy bờ dưới ổ mắt và gãy cung tiếp (67,2%), bờ ngoài ổ mắt (53,4%), tổn thương phối hợp xoang hàm một bên chiếm 34,5%, các trường hợp tổn thương xoang hàm 2 bên thường là những trường hợp nặng, bệnh nhân có chấn thương phối hợp gãy xương hàm hoặc chấn thương sọ não. Hình ảnh Xquang trên phim chụp cũng phản ánh khá chính xác và phù hợp với những tổn thương khi thăm khám trên lâm sàng.

- Phân loại tổn thương: Tổn thương gò má cung tiếp thường ở một bên chiếm 87,9%, tổn thương hai bên là 12,1%, tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của K. Ortakoglu lần lượt là 94,7% và 5,3%, những trường hợp chấn thương gò má hai bên thường là những chấn thương nặng, phối hợp với các tổn thương khác [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng, 100% bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cố định xương gãy bằng nẹp vít [3],[7]. Phẫu thuật kết hợp xương gò má bằng nẹp vít hiện nay được sử dụng như là phương tiện cố định chủ yếu trong chấn thương hàm mặt, có khả năng cố định vững chắc và hạn chế những tai biến có thể xảy ra trong phẫu thuật so với phương pháp cố định trước đây.

- Kết quả điều trị: Để đánh giá kết quả điều trị, chúng tôi đánh giá tại ba thời điểm sớm (ngay khi ra viện) và muộn (sau 1 tháng và 3-6 tháng) theo bảng tiêu chí đánh giá, chúng tôi nhận thấy: 100% các trường hợp được phẫu thuật đều cho kết quả tốt và khá. Cụ thể, kết quả điều trị tốt đạt 82,8% lúc ra viện, 89,7% sau 1 tháng và 93,1% sau 3-6 tháng. Không có bệnh nhân nào xếp loại kết quả kém. Thời điểm lúc ra viện do tình trạng vết mổ còn phù nề, bầm tím nên việc đánh giá chưa mang tính khách quan, khi đánh giá lại sau 1 tháng ra viện chúng tôi thấy chỉ còn 5 trường hợp còn lại đạt kết quả khá. Kết quả khá thường gặp ở những bệnh nhân có tổn thương phức tạp gãy gò má kết hợp với xương hàm trên và gãy gò má cung tiếp 2 bên, tổn thương phức tạp và gãy nát xương nhiều. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đinh Quốc Thắng (90,4% tốt), [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bắc Hải cho thấy kết quả điều trị tốt là 81% sau 3-6 tháng, trong đó, các trường hợp điều trị bằng nẹp vít cho kết quả tốt 100%, các phương pháp cố định khác như chỉ thép, sond Foley cho kết quả tốt là trên 70% [4].

## V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm chung: Nam giới 77,6%, tỉ lệ nam/nữ là 3,4, trong đó chủ yếu là đối tượng 18-39 tuổi

chiếm 75,9%, nhóm tuổi 40-60 chiếm 19%, trên 60 là 5,1%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông 87,9%, trong đó 79,3% là do tai nạn xe máy.

- Dấu hiệu lâm sàng thường gặp lần lượt là bầm tím hốc mắt 67,2%, há miệng hạn chế 41,4%, lõm bẹt gò má 22,4% và có dị cảm vùng dưới ổ mắt là 17,2%. Điểm đau chói và mất liên tục xương tại bờ dưới ổ mắt 72,4%, cung tiếp 69,0%, bờ ngoài ổ mắt 40,0% và trụ gò má xương hàm trên 24,1%. Trong đó, 87,9% chấn thương gãy xương gò má cung tiếp một bên.

- Hình ảnh Xquang phù hợp với dấu hiệu thăm khám lâm sàng. Hình ảnh đường gãy bờ dưới hốc mắt 67,2%, cung tiếp 67,2%, bờ ngoài hốc mắt 53,4% và. Mờ xoang hàm một bên 34,5% và hai bên 12,1%.

- Trong 58 bệnh nhân nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít. Kết quả điều trị tốt đạt 82,8% lúc ra viện, 89,7% sau 1 tháng và 93,1% sau 3-6 tháng. Không có bệnh nhân nào xếp loại kết quả kém.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tiến Công, (2012)**, "NC đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả điều trị gãy khối xương tăng giữa mắt tại BVĐKTW Thái Nguyên", Tạp chí KH-CN ĐH Thái Nguyên, tập 89, (01)/1, tr. 249-256.
2. **Lê Thanh Huyền, Hoàng Tiến Công, (2012)**, "Tình hình chấn thương vùng hàm mặt được điều trị tại BVĐKTW năm 2011", Tạp chí KH-CN ĐH Thái Nguyên, tập 89, (01)/1, tr. 283-288.
3. **Trương Mạnh Dũng (2002)**, "Nghiên cứu lâm sàng và điều trị gãy xương gò má cung tiếp", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, trang 52-110.
4. **Vũ Thị Bắc Hải (2002)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương gò má cung tiếp tại bệnh viện Trung Ương Huế", Tạp chí YH Việt Nam, trang 44-48.
5. **Lâm Hoài Phương (1997)**, "Kỹ thuật điều trị tạo hình trong chấn thương và di chứng gãy cung tiếp gò má", Kỷ yếu công trình NCKH Răng Hàm Mặt, TP HCM, tr. 73-80.
6. **Đinh Quốc Thắng (2014)**, "Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương vùng hàm mặt tại Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình", Tạp chí nha khoa số 1/2014, tr. 34-41.
7. **Kerim Ortakoglu (2004)**, "An analysis of maxillofacial fractures: a 5 year survey of 157 patients", Military Medicine, Vol 169, page 723 - 727.

## XÂY DỰNG QUY TRÌNH NẢN CHÍNH RĂNG NGẪM CÓ ỨNG DỤNG PHẦN MỀM CÔNG NGHỆ 3D

Trần Cao Bính\*, Võ Thị Thúy Hồng\*

### TÓM TẮT

\*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và xây dựng quy trình nắn chỉnh răng ngàm có ứng dụng phần mềm công nghệ 3D. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu 30 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có ứng dụng phần mềm công nghệ 3D. **Kết quả:** Độ nhạy, độ đặc hiệu trong việc xác định vị trí của răng ngàm là 100%. Kết quả điều trị nắn chỉnh răng là: tốt 70%, khá 20%, trung bình 10%. **Kết luận:** Quy trình ứng dụng phần mềm 3D trong chẩn đoán và điều trị kéo răng ngàm trong nắn chỉnh răng gồm 7 bước

**Từ khóa:** Răng ngàm, nắn chỉnh răng

## SUMMARY

### BUILDING APPLICATION PROCESS OF 3D SOFTWARE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF IMPACT TEETH IN ORTHODONTICS

**Objective:** To evaluate the results and build the application process of 3D software in diagnosis and treatment of impact teeth orthodontics. Subjects and methods: Prospective study, 30 patients who were diagnosed and treated at National Hospital of Odontostomatology, Hanoi using 3D software. **Results:** The sensitivity and the specificity for locating the position of impacted teeth were 100%. The percentage of orthodontics treatment results: very good (70%), good (20%), ordinary (10%). Conclusion: The application process of 3D software in diagnosis and treatment of orthodontics has 7 steps.

**Keywords:** Impacted teeth, orthodontics

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng ngàm theo quan niệm cổ điển là những răng nằm lưu trong xương hàm khi đã quá tuổi mọc răng bình thường của nó và được bao bọc bởi túi mầm răng, không có sự thông thương với khoang miệng. Theo Hiệp hội chỉnh hình hàm mặt Pháp (SFODF), răng được cho là mọc ngàm khi túi mầm răng của nó không có sự thông thương với khoang miệng sau khoảng hai năm so với chu kỳ mọc răng bình thường của nó. Trước đây để chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị kéo răng ngàm thông qua việc khám lâm sàng và xác định vị trí răng ngàm bằng phim X quang thường quy (phim 2D) cho kết quả rất hạn chế, do không xác định chính xác vị trí và cấu trúc giải phẫu liên quan cũng như tình trạng tiêu các chân răng lân cận [5],[7]. Ngày nay, nhờ phần mềm 3D trên máy cắt lớp chùm tia hình nón hay CT. Cone beam đã khắc phục những hạn chế của phim 2D, nhờ đó Bác sỹ chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị kéo nắn răng ngàm một cách

chính xác. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Xây dựng quy trình nắn chỉnh răng ngàm có ứng dụng phần mềm công nghệ 3D.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** 30 bệnh nhân có răng ngàm được chẩn đoán và điều trị nắn chỉnh răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 2012-2015:

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả

**2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu**

Bước 1. Khám lâm sàng lựa chọn bệnh nhân

Bước 2. Chụp phim CTCB

Bước 3. Phân tích phim CTCB trên phần mềm 3D:

- Lập kế hoạch điều trị kéo răng ngàm

- Thực hiện kéo răng ngàm

- Điều trị duy trì

- Đánh giá kết quả

\*Đánh giá kết quả điều trị nắn chỉnh răng ngàm về thẩm mỹ, chức năng và giải phẫu sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng theo 3 mức: tốt, khá và kém [1],[3],[4],[6]. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của phần mềm 3D trong điều trị nắn chỉnh răng [5].

**\*Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với chương trình EPI- INFO 6.04 và SPSS

+ Tính trung bình, so sánh 2 giá trị trung bình dùng test T student

+ Tính tỉ lệ %, so sánh các tỉ lệ dùng test X<sup>2</sup>

**\*Đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học khoa Cơ sở và Hội đồng các nhà nước chấp thuận.

- Nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện và không phân biệt đối xử trên các bệnh nhân không tự nguyện nghiên cứu.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính

Email: dr.binhnhos@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 30/11/2017

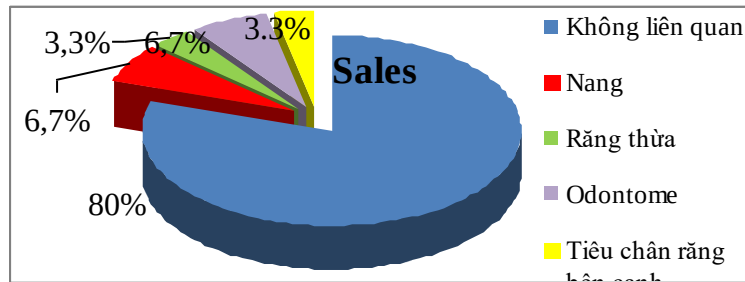
Ngày duyệt bài: 22/12/2017

### III. KẾT QUẢ

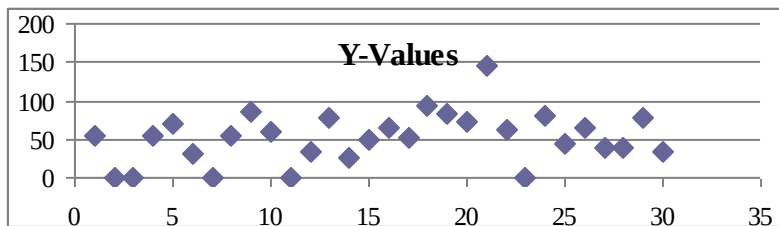
Vai trò của phần mềm 3D hỗ trợ bộc lộ và xác định hướng kéo răng ngầm

**Bảng 3.1. Mối liên quan giữa gợi ý bộc lộ trên phim 3D và gợi ý trên lâm sàng**

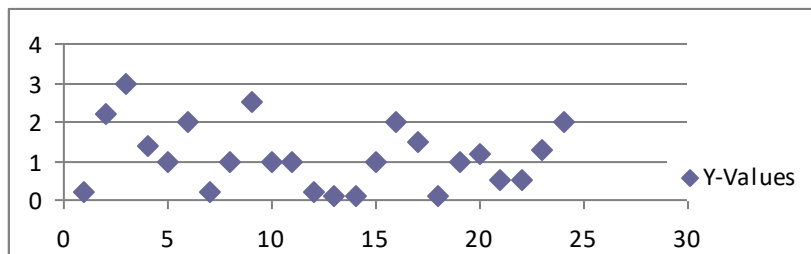
| Gợi ý vị trí bộc lộ trên phim 3D | Vị trí         | Khám lâm sàng tiền đình vùng RN |             |             |             | Tổng      |            | P     |
|----------------------------------|----------------|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|------------|-------|
|                                  |                | Phồng lên                       |             | Không phồng |             |           |            |       |
|                                  |                | n                               | %           | n           | %           | N         | %          | 0,009 |
|                                  |                | Tiền đình                       | 19          | 79,2        | 5           | 20,8      | 24         |       |
| Vòm miệng                        | 1              | 16,7                            | 5           | 83,3        | 6           | 100       |            |       |
|                                  | <b>Tổng số</b> | <b>20</b>                       | <b>66,7</b> | <b>10</b>   | <b>33,3</b> | <b>30</b> | <b>100</b> |       |



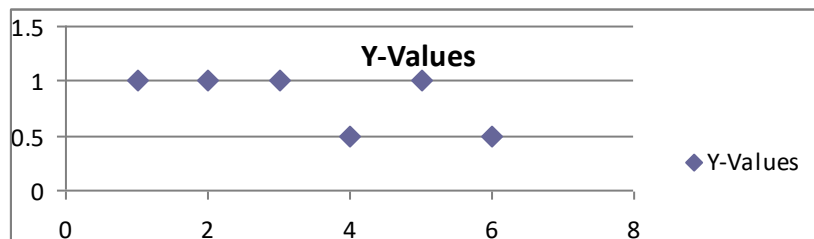
**Biểu đồ 3.1. Liên quan của răng ngầm với các yếu tố ảnh hưởng.**



**Biểu đồ 3.2. Phân bố vị trí của trục răng ngầm so với mặt phẳng căn trên phim 3D**



**Biểu đồ 3.3. Chiều dày xương đo từ bề mặt tiền đình đến điểm gợi ý bộc lộ để gắn kết nôi lên răng ngầm.**



**Biểu đồ 3.4. Chiều dày xương từ vỏ xương vòm miệng đến điểm bộc lộ răng ngầm gợi ý vị trí bộc lộ trên phim 3D.**

**Bảng 3.2. Khoảng cách xương đến răng ngầm đo được trên phim 3D**

| Gợi ý bộc lộ | n | Khoảng cách xương từ tiền đình (mm) | Khoảng cách xương từ vòm miệng (mm) |
|--------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
|--------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|



|           |    |              |             |
|-----------|----|--------------|-------------|
| Tiền đình | 24 | 1,125 ±0,826 |             |
| Vòm miệng | 6  |              | 0,833±0,258 |

**Bảng 3.3. Vị trí của răng xác định được trên phim 3D.**

| Vị trí              | Tiền đình |      | Vòm miệng |      | Tổng số |     | P     |
|---------------------|-----------|------|-----------|------|---------|-----|-------|
|                     | N         | %    | n         | %    | N       | %   |       |
| Thân răng           | 22        | 73,3 | 8         | 26,7 | 30      | 100 | 0,011 |
| Chân răng           | 14        | 46,7 | 16        | 53,3 | 30      | 100 | 0,715 |
| Mặt ngoài thân răng | 24        | 80   | 6         | 20   | 30      | 100 | 0,001 |

**Bảng 3.4. Liên quan của mức độ tiêu chân răng bên cạnh với trục răng ngầm so với mặt phẳng dọc giữa.**

| Tiêu chân răng | Không tiêu CR |      | Mức độ 1 |      | Mức độ 2 |      | Tổng số |     | P     |
|----------------|---------------|------|----------|------|----------|------|---------|-----|-------|
|                | N             | %    | n        | %    | n        | %    | N       | %   |       |
| Trục răng      |               |      |          |      |          |      |         |     |       |
| < 30           | 15            | 78,9 | 4        | 21,1 | 0        | 0    | 19      | 100 | 0,515 |
| 30 – 45        | 6             | 75,0 | 2        | 25,0 | 0        | 0    | 8       | 100 |       |
| >45            | 2             | 66,7 | 0        | 0    | 1        | 33,3 | 3       | 100 |       |
| Tổng số        | 23            | 76,7 | 6        | 20,0 | 1        | 3,3  | 30      | 100 |       |

**Bảng 3.5. Tương quan giữa vị trí thân răng xác định trên phim 3D với gợi ý bộc lộ trên phim 3D**

| Gợi ý bộc lộ     | Tiền đình |     | Vòm miệng |     | Tổng |     | P     |
|------------------|-----------|-----|-----------|-----|------|-----|-------|
|                  | n         | %   | n         | %   | N    | %   |       |
| Vị trí thân răng |           |     |           |     |      |     |       |
| Tiền đình        | 22        | 100 | 0         | 0,0 | 22   | 100 | 0,000 |
| Vòm miệng        | 2         | 25  | 6         | 75  | 8    | 100 |       |
| Tổng số          | 24        | 80  | 6         | 20  | 30   | 100 |       |

**Bảng 3.6. Đánh giá khả năng xác định vị trí bộc lộ răng ngầm trên phim 2D và 3D**

| 2D                          | Xác định được trên 2D |      | Nghĩ ngờ trên 2D |    | Không xác định được trên 2D |      | Tổng số |     | P     |
|-----------------------------|-----------------------|------|------------------|----|-----------------------------|------|---------|-----|-------|
|                             | n                     | %    | n                | %  | n                           | %    | N       | %   |       |
| 3D                          |                       |      |                  |    |                             |      |         |     |       |
| Xác định được trên 3D       | 4                     | 13,3 | 9                | 30 | 17                          | 56,7 | 30      | 100 | 0,000 |
| Không xác định được trên 3D | 0                     | 0    | 0                | 0  | 0                           | 0    | 0       | 0   |       |
| Tổng số                     | 4                     | 13,3 | 9                | 30 | 17                          | 56,7 | 30      | 100 |       |

**Bảng 3.7. Liên quan giữa gợi ý bộc lộ răng ngầm trên phim 3D và hướng mắc lực kéo răng ngầm trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.**

| Gợi ý bộc lộ     | Đọc theo trục của răng |      | Có thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị |      | Tổng số |     | P     |
|------------------|------------------------|------|------------------------------------------------|------|---------|-----|-------|
|                  | N                      | %    | N                                              | %    | N       | %   |       |
| Vị trí thân răng |                        |      |                                                |      |         |     |       |
| Tiền đình        | 15                     | 62,5 | 9                                              | 37,5 | 24      | 100 | 0,059 |
| Vòm miệng        | 1                      | 16,7 | 5                                              | 83,3 | 6       | 100 |       |
| Tổng số          | 16                     | 53,3 | 14                                             | 46,7 | 30      | 100 |       |

**Bảng 3.8. Liên quan của kết quả điều trị với trục của răng ngầm so với đường giữa trên phim 3D.**

| Kết quả   | Tốt |      | Khá |      | Trung bình |      | Tổng số |     | P     |
|-----------|-----|------|-----|------|------------|------|---------|-----|-------|
|           | n   | %    | n   | %    | n          | %    | N       | %   |       |
| Trục răng |     |      |     |      |            |      |         |     |       |
| <30°      | 17  | 89,5 | 2   | 10,5 | 0          | 0    | 14      | 100 | 0,004 |
| 30° – 45° | 3   | 37,5 | 3   | 37,5 | 2          | 25,0 | 10      | 100 |       |
| >45°      | 1   | 33,3 | 1   | 33,3 | 1          | 33,3 | 3       | 100 |       |
| Tổng số   | 21  | 70,0 | 6   | 20,0 | 3          | 10,0 | 30      | 100 |       |

**Bảng 3.9. Phân bố kết quả điều trị theo độ khó của răng ngầm.**

| Kết quả    | Tốt |      | Khá |      | Trung bình |      | Tổng số |     | P   |
|------------|-----|------|-----|------|------------|------|---------|-----|-----|
|            | n   | %    | n   | %    | n          | %    | N       | %   |     |
| Độ khó     |     |      |     |      |            |      |         |     |     |
| Đơn giản   | 9   | 90,0 | 1   | 10,0 | 0          | 0    | 10      | 100 | 0,1 |
| Trung bình | 9   | 69,2 | 3   | 23,1 | 1          | 7,7  | 13      | 100 |     |
| Phức tạp   | 3   | 42,9 | 2   | 28,6 | 2          | 28,6 | 7       | 100 |     |

|         |    |      |   |      |   |      |    |     |
|---------|----|------|---|------|---|------|----|-----|
| Tổng số | 21 | 70,0 | 6 | 20,0 | 3 | 10,0 | 30 | 100 |
|---------|----|------|---|------|---|------|----|-----|

**Bảng 3.10. Phân bố kết quả điều trị theo thời gian răng ngầm được kéo ra**

| Thời gian      | Kết quả   |             | Tốt      |             | Khá      |             | Trung bình |            | Tổng số |   | P |
|----------------|-----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|------------|------------|---------|---|---|
|                | n         | %           | n        | %           | n        | %           | n          | %          | N       | % |   |
| 6 – 9 tháng    | 19        | 82,6        | 4        | 17,4        | 0        | 0           | 23         | 100        | 0,014   |   |   |
| 9 – 12 tháng   | 2         | 33,3        | 2        | 33,3        | 2        | 33,3        | 6          | 100        |         |   |   |
| >12 tháng      | 0         | 0           | 0        | 0           | 1        | 100         | 1          | 100        |         |   |   |
| <b>Tổng số</b> | <b>21</b> | <b>70,0</b> | <b>6</b> | <b>20,0</b> | <b>3</b> | <b>10,0</b> | <b>30</b>  | <b>100</b> |         |   |   |

**Bảng 3.11. Sự liên quan của thời gian điều trị với độ khó của răng**

| Thời gian      | 6 – 9 tháng |             | 9 – 12 tháng |             | >12 tháng |            | Tổng số   |            | P     |
|----------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|
|                | n           | %           | n            | %           | n         | %          | N         | %          |       |
| Đơn giản       | 10          | 100         | 0            | 0           | 0         | 0          | 10        | 100        | 0,038 |
| Trung bình     | 10          | 76,9        | 3            | 23,1        | 0         | 0          | 13        | 100        |       |
| Phức tạp       | 3           | 42,9        | 3            | 42,9        | 1         | 14,3       | 7         | 100        |       |
| <b>Tổng số</b> | <b>23</b>   | <b>76,7</b> | <b>6</b>     | <b>20,0</b> | <b>1</b>  | <b>3,3</b> | <b>30</b> | <b>100</b> |       |

**Bảng 3.12. Độ nhạy/độ đặc hiệu của Phần mềm 3D trong việc xác định vị trí của răng ngầm**

| <div>Vị trí trên thực tế</div> <div>Kết quả của phần mềm 3D</div> | Tiền đình | Vòm miệng | Tổng số   |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Tiền đình                                                         | 24        | 0         | 24        |
| Vòm miệng                                                         | 0         | 6         | 6         |
| <b>Tổng số</b>                                                    | <b>24</b> | <b>6</b>  | <b>30</b> |

#### IV. BÀN LUẬN

**1. Mối liên quan giữa gợi ý bộc lộ trên phim 3D và gợi ý trên lâm sàng:** Trên tổng số 30 răng ngầm có 6 răng được gợi ý vị trí ở vòm miệng trên phim 3D thì 5 răng không thấy có khối phồng lên trên lâm sàng chiếm 83,3% (5/6 trường hợp) với  $p < 0,05$ . Như vậy, phần mềm 3D rất có hiệu quả trong việc gợi ý bộc lộ răng ngầm, điều này củng cố thống nhất của Daniela G. Garib và CS. thì chỉ định phần mềm 3D là 100% cho tất cả các trường hợp có răng ngầm [1].

**2. Vị trí bộc lộ răng xác định trên phim 3D:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 4 trường hợp xác định được chính xác vị trí trên phim 2D (13,3%), 17 trường hợp là không xác định được trên phim 2D (56,7%) trong khi với phần mềm 3D việc xác định vị trí răng ngầm đạt được là 100% và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Trên tổng số 30 răng ngầm, có 22 răng vị trí thân răng ở phía tiền đình chiếm 73,3% và 8 răng vị trí thân răng ở phía vòm miệng chiếm 26,7%. Tỷ lệ này đảo ngược với nghiên cứu của Snehlata Oberoi về sử dụng

phần mềm 3D đánh giá răng nanh ngầm và tiêu chuẩn răng là 60% các răng ngầm có vị trí thân răng ở phía vòm miệng [2]. Theo nghiên cứu của Leah Walker và cộng sự thì phần lớn răng ngầm nằm ở phía vòm miệng (92,6%), chỉ có 7,4% nằm phía tiền đình [3]. Nghiên cứu của Liu và cộng sự cho thấy tỷ lệ răng nanh ngầm ở phía tiền đình là 45,2%, tỷ lệ răng nanh ngầm ở phía vòm miệng là 40,5% và 14,3% răng nanh ngầm nằm ở chính giữa cung răng [6].

Về mức độ khó của răng ngầm, chúng tôi thấy rằng các răng ngầm có độ khó càng cao thì tỷ lệ thành công càng giảm và ngược lại. Cụ thể là với các trường hợp đơn giản, kết quả điều trị tốt là 90%, khá là 10%, không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình. Ngược lại với những răng ngầm phức tạp thì kết quả tốt giảm xuống còn 42,9%, kết quả trung bình tăng lên 28,6%.

Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của phần mềm 3D trong chẩn đoán răng ngầm phục vụ trong nắn chỉnh răng là tuyệt đối 100%. Như vậy, với các bước thực hiện trong quy trình ứng dụng phần mềm 3D trong chẩn đoán răng ngầm phục vụ trong nắn chỉnh răng là quy trình chuẩn.

**Kết quả ứng dụng phần mềm công nghệ 3D để chẩn đoán bệnh lý răng hàm mặt phục vụ điều trị nắn chỉnh răng.**

| STT | Các bước thực hiện trong nghiên cứu           | Kết quả đạt được                                              |
|-----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1   | Khám bệnh nhân                                | Tiêu chuẩn lựa chọn. Tiêu chuẩn loại trừ                      |
| 2   | Chụp phim CTCTB có ứng dụng phần mềm 3D       | Độ nhạy và độ đặc hiệu 100%                                   |
| 3   | Phân tích phim CT. Cone beam trên phần mềm 3D | Xác định chính xác vị trí răng ngầm và các cấu trúc liên quan |
| 4   | Tiến hành điều trị kéo răng ngầm              | Đưa răng ngầm về vị trí cung hàm không có                     |

|   |                  |                                                                 |
|---|------------------|-----------------------------------------------------------------|
|   |                  | biến chứng                                                      |
| 5 | Điều trị duy trì | Răng ngầm đưa về vị trí trong tương quan khớp cắn 2 hàm ổn định |

## V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nắn chỉnh răng ngầm có sử dụng phần mềm công nghệ 3D cho kết quả tốt 70%, khá 20%, trung bình 10%. Chúng tôi đưa ra kết luận về quy trình kéo nắn răng ngầm có sử dụng phần mềm công nghệ 3D gồm 7 bước:

- Bước 1. Khám lâm sàng lựa chọn bệnh nhân
- Bước 2. Chụp phim CTCB
- Bước 3. Phân tích phim CTCB trên phần mềm 3D
- Bước 4. Lập kế hoạch điều trị kéo răng ngầm
- Bước 5. Thực hiện bộc lộ và kéo răng ngầm
- Bước 6. Nắn chỉnh răng ngầm
- Bước 7. Điều trị duy trì và kết thúc điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ashish G., Anju L., et al** (2010). *Interdisciplinary approach to palatally impacted canine*. Natl J Maxillofac Surg. 1. 53 -57.
2. **Becker A.** (2007), *The orthodontic treatment of Impacted teeth*, Maxillary central incisors 2<sup>nd</sup> ed,

Informa Healthcare, pp. 61-92. .

3. **Becker A.** (2007), *The orthodontic treatment of Impacted teeth*, Surgical exposure of impacted teeth 2<sup>nd</sup> ed, Informa Healthcare, pp. 29-52. .
4. **Becker A., Chaushu S.** (2003), "Success rate and duration of orthodontic treatment for adult patients with palatally impacted maxillary canines", *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* Vol 124(5), pp.509- 514.
5. **Bjerklin K, Ericson S** (2006). *How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and ectopically positioned maxillary canines*. Angle Orthodontist. **76**, pp. 43 – 51
6. **Brin I, Becker A, Zilberman Y** (1993). *Resorbed lateral incisors adjacent to impacted canines have normal crown size*. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. **104**, pp. 60 – 66.
7. **Cati G., Ghobadlu J., Niery M.** (2006). *Factors associated with the duration of forced eruption of impacted maxillary canine: a retrospective study*. Am. J Orthod Dentofacial Orthop. 130. 349-56.

## ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN TRẺ EM TỪ 36 ĐẾN DƯỚI 60 THÁNG TUỔI TẠI 2 XÃ HUYỆN VŨ THƯ TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Minh Chính<sup>1</sup>, Ninh Thị Nhung<sup>2</sup>, Phạm Văn Thúy<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm khẩu phần trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại 2 xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Năng lượng khẩu phần chung của trẻ là  $1135,1 \pm 201,9$  Kcal, trong đó ở trẻ nam là  $1125,9 \pm 216,3$ ; ở trẻ nữ là  $1145,2 \pm 185,2$ ; nhóm tuổi 36-47 tháng là  $1116,9 \pm 189,6$ ; nhóm tuổi 48-60 tháng là  $1150,1 \pm 210,8$  Kcal. Hàm lượng protein, lipid của trẻ trong khẩu phần là  $46,2 \pm 10,5$ g/ngày và  $35,1 \pm 13,1$ g/ngày. 28,1% trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, trong đó ở trẻ nam là 22,1% và ở trẻ nữ là 34,6%. 100% trẻ đạt nhu cầu năng lượng do protein cung cấp, tuy nhiên tỷ lệ trẻ đạt 60% Protein ĐV/ Protein tổng chỉ chiếm 58,3%. 47,8% và 30,2% trẻ đạt nhu cầu năng lượng do lipid và do glucid cung cấp. Tỷ lệ trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị calci, kẽm, photphos, sắt lần lượt là 24,1%; 50,7%; 82% và 47,5%. Tỷ lệ trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị vitamin A, C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, PP lần lượt là 26,6%; 34,2%; 69,1%; 45,3% và 21,2%. **Kết luận:** Năng lượng khẩu phần chung của trẻ là  $1135,1 \pm 201,9$  Kcal. 28,1% trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng. 100%; 47,8% và 30,2% trẻ đạt nhu cầu năng lượng do protein, do lipid và do glucid cung cấp.

**Từ khóa:** Khẩu phần

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF CHILDREN'S DIET FROM 36 TO UNDER 60 MONTHS IN 2 COMMUNES OF VU THU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE

**Objectives:** To determine the characteristics of children's diets from 36 to under 60 months in 2 communes of Vu Thu district, Thai Binh province. **Methods:** A descriptive epidemiological study was conducted through cross-sectional investigations. **Results:** The total ration for children was  $1135,1 \pm 201,9$  Kcal, of which boys are  $1125,9 \pm 216,3$ ; girls  $1145,2 \pm 185,2$ ; 36-47 months  $1116,9 \pm 189,6$ ; 48-60 months  $1150,1 \pm 210,8$  Kcal. Protein content, lipid content of children was  $46,2 \pm 10,5$ g/day and  $35,1 \pm 13,1$ g/day. 28,1% of children met their recommended energy needs, with 22,1% for boys and 34,6% for girls. 100% of children meet the energy requirement of protein, but the percentage of children reaching 60% Protein/Protein total only 58,3%. 47,8% and 30,2% of children attained energy requirements

due to lipid and glucid. The rate of children achieving the recommended demand of calcium, zinc, phosphorus, iron is 24,1%; 50,7%; 82% and 47,5%. The percentage of children attending recommended vitamin A, C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, PP was 26,6%; 34,2%; 69,1%; 45,3% and 21,2%. **Conclusion:** The dietary energy of children is  $1135,1 \pm 201,9$  Kcal. 28,1% of children met their recommended energy needs. 100%; 47,8% and 30,2% of children attained energy requirements due to protein, lipid and glucid

**Key words:** ration.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng hợp lý là yếu tố môi trường quan trọng đối với sự tăng trưởng và kiểm soát sức khỏe, bệnh tật trong các giai đoạn vòng đời. Tại hội nghị quốc tế cấp cao về dinh dưỡng lần thứ 2 tổ chức tại Rome tháng 11/2014, các chuyên gia cảnh báo tình trạng SDD toàn cầu vẫn tồn tại ở mức cao trong thời gian dài. Khi nhắc tới SDD, nó không chỉ đơn thuần là nạn đói mà còn ám chỉ khái niệm "đói tiềm ẩn" hay tình trạng thiếu các vi chất thiết yếu như Vitamin D, A, sắt và kẽm. Thiếu vi chất dinh dưỡng hiện nay đang là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Tại Việt Nam, suy dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng đang là vấn đề có nghĩa sức khỏe cộng đồng, trong đó nhóm đối tượng có nguy cơ cao là phụ nữ và trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do chế độ ăn không hợp lý, do tập quán và thói quen ăn uống không đúng dẫn đến thiếu hụt dinh dưỡng so với nhu cầu cơ thể, mặt khác do việc bổ sung một số yếu tố vi chất thiết yếu không đầy đủ [2], [3]. Do vậy, khảo sát đặc điểm khẩu phần cho trẻ em nhằm xây dựng khẩu phần ăn cân đối, thỏa mãn nhu cầu dinh dưỡng là yêu cầu bức thiết để đảm bảo sức khỏe, gián tiếp nâng cao chất lượng giống nòi. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Xác định đặc điểm khẩu phần trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại 2 xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

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

**Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:** Là trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi thuộc 2 xã: Minh Khai, Nguyên Xá của huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2015

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>3</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Chính

Email: chinhthanh1968@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017

Ngày duyệt bài: 4.12.2017

**Cỡ mẫu và Phương pháp chọn mẫu**

- Chọn địa bàn nghiên cứu: chủ động chọn huyện Vũ Thư

- Chọn xã: Lập danh sách toàn bộ các xã trên địa bàn Vũ Thư. Bốc thăm ngẫu nhiên lấy 4 xã để nghiên cứu.

- Chọn đối tượng điều tra: sau khi làm xét nghiệm Hemoglobin, được 2 xã Nguyễn xá và Minh Khai có tỷ lệ trẻ thiếu máu cao để điều tra khẩu phần. Lập danh sách toàn bộ các trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng các tiêu chuẩn chọn

mẫu, được 278 trẻ tiến hành điều tra khẩu phần 24giờ và tần suất tiêu thụ thực phẩm.

**Các kỹ thuật và tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu**

- Tính nhóm tuổi
- Phỏng vấn tần suất tiêu thụ thực phẩm
- Điều tra khẩu phần 24 giờ qua bảng phương pháp hỏi ghi.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch và nhập máy. Sử dụng phần mềm SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago) để phân tích.

**III. KẾT QUẢ****Bảng 1. Tần số tiêu thụ thực phẩm thường xuyên của trẻ trong tháng qua**

| Thực phẩm tiêu thụ | Minh Khai (n=140)                   |       | Nguyễn Xá (n=138) |       | Chung (n=278) |       | p     |
|--------------------|-------------------------------------|-------|-------------------|-------|---------------|-------|-------|
|                    | n                                   | %     | n                 | %     | n             | %     |       |
|                    | Các thực phẩm giàu đạm              |       |                   |       |               |       |       |
| 1. Thịt lợn        | 135                                 | 96,4  | 136               | 98,6  | 271           | 97,5  | >0,05 |
| 2. Thịt gà         | 62                                  | 44,3  | 110               | 79,7  | 172           | 61,9  | <0,05 |
| 3. Thịt bò         | 66                                  | 47,5  | 77                | 55,8  | 143           | 51,4  | >0,05 |
| 4. Tim gan         | 11                                  | 7,9   | 8                 | 5,8   | 19            | 6,8   | >0,05 |
| 5. Trứng gà vịt    | 130                                 | 92,9  | 133               | 96,4  | 263           | 94,6  | >0,05 |
| 6. Tôm tép         | 33                                  | 23,6  | 37                | 26,8  | 70            | 25,2  | >0,05 |
| 7. Cua             | 88                                  | 62,9  | 101               | 73,2  | 189           | 68,0  | >0,05 |
| 8. Cá              | 112                                 | 80,0  | 117               | 84,8  | 229           | 82,4  | >0,05 |
|                    | Thực phẩm giàu glucid               |       |                   |       |               |       |       |
| 9. Gạo             | 140                                 | 100,0 | 138               | 100,0 | 278           | 100,0 | >0,05 |
| 10. Khoai lang     | 10                                  | 7,1   | 10                | 7,2   | 20            | 7,2   | >0,05 |
| 11. Bột mì         | 77                                  | 55,0  | 111               | 80,8  | 188           | 67,6  | <0,05 |
|                    | Thực phẩm giàu vitamin, chất khoáng |       |                   |       |               |       |       |
| 12. Rau            | 131                                 | 93,6  | 134               | 97,1  | 265           | 95,3  | >0,05 |
| 13. Củ cải         | 4                                   | 2,9   | 26                | 18,8  | 30            | 10,8  | <0,05 |
| 14. Đậu đỗ         | 65                                  | 46,4  | 65                | 47,1  | 130           | 46,7  | >0,05 |

Qua bảng trên cho thấy, tần suất sử dụng thực phẩm thường xuyên ở hầu hết các loại thực phẩm đều không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và đối chứng ( $p>0,05$ ). Chỉ có một số thực phẩm nhóm đối chứng có tần suất sử dụng cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê là thịt gà, bột mì và củ cải ( $p<0,05$ )

**Bảng 2. Giá trị năng lượng khẩu phần (Kcal/ngày) của trẻ theo nhóm tuổi, giới tính (n=278)**

| Biến số   |               | Tổng năng lượng | Cơ cấu năng lượng khẩu phần |           |           |
|-----------|---------------|-----------------|-----------------------------|-----------|-----------|
|           |               |                 | % P                         | %L        | % G       |
| Nhóm tuổi | 36-47 tháng   | 1116,9±189,6    | 16,1±2,6                    | 27,4±9,2  | 56,7±10,7 |
|           | 48- <60 tháng | 1150,1±210,8    | 16,6±3,0                    | 28,5±10,1 | 54,9±12,2 |
| Giới tính | Nam           | 1125,9±216,3    | 16,7±3,0                    | 28,3±10,4 | 55,1±12,5 |
|           | Nữ            | 1145,2±185,2    | 16,0±2,6                    | 27,7±8,9  | 56,4±10,4 |
| Chung     |               | 1135,1±201,9    | 16,4±2,8                    | 28,0±9,7  | 55,7±11,5 |

Kết quả bảng trên cho thấy giá trị năng lượng khẩu phần chung của trẻ là 1135,1±201,9 Kcal, trong đó ở trẻ nam là 1125,9±216,3; ở trẻ nữ là 1145,2±185,2; nhóm tuổi 36-47 tháng là 1116,9±189,6; nhóm tuổi 48-<60 tháng là 1150,1±210,8 Kcal. Cơ cấu năng lượng khẩu phần có 16,4% năng lượng do protein cung cấp, 28% năng lượng do lipid cung cấp và 55,7% năng lượng do glucid cung cấp.

**Bảng 3. Giá trị Protein khẩu phần (g/ngày) của trẻ theo nhóm tuổi và giới tính (n=278)**

|              | Pr tổng số ( $\bar{X} \pm SD$ ) | Pr động vật | Tỷ lệ % Pr ĐV/tổng số |
|--------------|---------------------------------|-------------|-----------------------|
| 36-47 tháng  | 44,5±8,8                        | 27,8±10,1   | 61,3±16,0             |
| 48-<60 tháng | 47,6±11,5                       | 30,2±12,4   | 62,2±16,8             |

|       |           |           |           |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| Nam   | 46,9±11,9 | 30,5±12,3 | 63,4±16,1 |
| Nữ    | 45,4±8,6  | 27,7±10,3 | 59,9±16,7 |
| Chung | 46,2±10,5 | 29,1±11,5 | 61,8±16,4 |

Kết quả bảng trên cho thấy hàm lượng protein tổng số của trẻ trong khẩu phần là 46,2±10,5g/ngày, trong đó ở trẻ nam là 46,9±11,9; ở trẻ nữ là 45,4±8,6 g/ngày, nhóm tuổi 36-47 tháng là 44,5±8,8; nhóm tuổi 48-<60 tháng là 47,6±11,5g/ngày. Hàm lượng protein động vật là 29,1±11,5 g/ngày và đạt 61,8±16,4% protein động vật trên tổng số.

**Bảng 4. Giá trị Lipid khẩu phần (g/ngày) của trẻ theo nhóm tuổi và giới tính (n=278)**

|             | Chung ( $\bar{X} \pm SD$ ) | L động vật | % L động vật/L tổng số |
|-------------|----------------------------|------------|------------------------|
| 36-47 tháng | 33,7±12,0                  | 24,9±11,4  | 72,9±17,4              |
| 48-60 tháng | 36,2±13,8                  | 26,0±12,9  | 70,2±16,1              |
| Nam         | 35,2±14,1                  | 25,9±13,2  | 71,6±15,6              |
| Nữ          | 34,9±11,9                  | 25,1±11,1  | 71,2±18,0              |
| Chung       | 35,1±13,1                  | 25,5±12,2  | 71,4±16,7              |

Kết quả bảng trên cho thấy hàm lượng lipid tổng số của trẻ trong khẩu phần là 35,1±13,1g/ngày, trong đó ở trẻ nam là 35,2±14,1; ở trẻ nữ là 34,9±11,9g/ngày, nhóm tuổi 36-47 tháng là 33,7±12,0; nhóm tuổi 48-<60 tháng là 36,2±13,8g/ngày. Hàm lượng lipid động vật là 25,5±12,2g/ngày và đạt 71,4% lipid động vật trên tổng số.

**Bảng 5. Tỷ lệ trẻ đạt về nhu cầu khô lượng các chất sinh năng lượng khẩu phần (g/ngày) (n=278)**

| Năng lượng khẩu phần           |       | Tỷ lệ đạt |       |
|--------------------------------|-------|-----------|-------|
|                                |       | SL        | %     |
| Năng lượng (Kcal)              | Nam   | 32        | 22,1  |
|                                | Nữ    | 46        | 34,6  |
|                                | Chung | 78        | 28,1  |
| Năng lượng do protein đóng góp | Nam   | 145       | 100,0 |
|                                | Nữ    | 133       | 100,0 |
|                                | Chung | 278       | 100,0 |
| Protein ĐV/ tổng đạt 60%       | Nam   | 87        | 60,0  |
|                                | Nữ    | 75        | 56,4  |
|                                | Chung | 162       | 58,3  |
| Năng lượng do lipid đóng góp   | Nam   | 62        | 42,8  |
|                                | Nữ    | 71        | 53,4  |
|                                | Chung | 133       | 47,8  |
| Năng lượng do glucid đóng góp  | Nam   | 30        | 20,7  |
|                                | Nữ    | 54        | 40,6  |
|                                | Chung | 84        | 30,2  |

Kết quả bảng trên cho thấy 28,1% trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, trong đó ở trẻ nam là 22,1% và ở trẻ nữ là 34,6%. 100% trẻ đạt nhu cầu năng lượng do protein cung cấp, tuy nhiên tỷ lệ trẻ đạt 60% Protein ĐV/ Protein tổng chỉ chiếm 58,3%. 47,8% trẻ đạt nhu cầu năng lượng do lipid cung cấp và 30,2% trẻ đạt nhu cầu năng lượng do glucid cung cấp.

**Bảng 6. Hàm lượng một số chất khoáng trong khẩu phần theo giới (n=278)**

| Một số chất khoáng | $\bar{X} \pm SD$ | Tỷ lệ đạt nhu cầu KN |      |
|--------------------|------------------|----------------------|------|
|                    |                  | n                    | %    |
| Calci (mg)         | 477±204,5        | 67                   | 24,1 |
| Kẽm                | 4,2±1,5          | 141                  | 50,7 |
| Photphos           | 669,7±192,3      | 228                  | 82,0 |
| Sắt                | 4,9±2,3          | 132                  | 47,5 |

Kết quả bảng trên cho thấy hàm lượng trung bình Calci, kẽm, photphos, sắt của trẻ lần lượt là: 477±204,5mg; 4,2±1,5 µg; 669,7±192,3mg; 4,9±2,3mg. Tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị Calci là 24,1%; kẽm là 50,7%; photphos là 82% và tỷ lệ đạt nhu cầu sắt là 47,5%.

**Bảng 7. Hàm lượng một số vitamin trong khẩu phần của trẻ (n=278)**

| Một số vitamin | $\bar{X} \pm SD$ | Tỷ lệ đạt nhu cầu KN |      |
|----------------|------------------|----------------------|------|
|                |                  | n                    | %    |
| A (µg)         | 320,1±237,2      | 74                   | 26,6 |
| C (mg)         | 43,2±32,9        | 95                   | 34,2 |
| B1 (mg)        | 0,78±0,27        | 192                  | 69,1 |

|         |           |     |      |
|---------|-----------|-----|------|
| B2 (mg) | 0,73±0,31 | 126 | 45,3 |
| PP (mg) | 6,6±2,0   | 59  | 21,2 |
| D (µg)  | 2,06±1,7  | 0   | 0,0  |

Kết quả bảng trên cho thấy hàm lượng trung bình Vitamin A, C, B1, B2, PP, D của trẻ lần lượt là: 320,1±237,2µg; 43,2±32,9mg; 0,78±0,27mg; 0,73±0,31mg; 6,6±2,0mg; 2,06±1,7µg. Tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị vitamin A là 26,6%; vitamin C là 34,2%; vitamin B1 là 69,1%; vitamin B2 là 45,3%; vitamin PP là 21,2%.

#### IV. BÀN LUẬN

Sự tăng trưởng kinh tế rõ rệt đã dẫn đến những thay đổi lớn về khẩu phần ăn của người Việt Nam nói chung và trẻ em dưới 5 tuổi nói riêng. Cơ cấu khẩu phần ăn của trẻ em đã thay đổi cả về lượng và chất, có xu hướng tăng chất đạm và chất béo, giảm chất bột đường (glucid).

Tần suất tiêu thụ thường xuyên của nhóm thực phẩm giàu đạm ở trẻ em gồm: thịt lợn, trứng gà, trứng vịt, cá. Trong đó là thịt lợn chiếm tỷ lệ cao nhất, đơn giản là vì: thịt lợn dễ chế biến thành nhiều món ăn khác nhau; món xào, nướng, rán, làm nguyên liệu cho các món ăn khác. Mặt khác thịt lợn là thực phẩm dễ kiếm lại giàu dinh dưỡng, nhất là hàm lượng protein, nhiều loại vitamin và khoáng chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm thực phẩm cung cấp glucid, nhóm gạo, ngô, khoai được dùng phổ biến trong bữa ăn hàng ngày đạt >90%, bởi Thái Bình là tỉnh nông nghiệp nên tần suất sử dụng nhóm thực phẩm này là điều dễ thấy.

Mức năng lượng có trong khẩu phần ăn cả ngày của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi (1135,1±201,9 Kcal) cao hơn của tác giả Trần Quang Trung, tác giả Nguyễn Thị Thùy Ninh tại Hà Nội [5],[7]. Khả năng đáp ứng về năng lượng trong nghiên cứu này mới chỉ đạt 28,1% theo nhu cầu khuyến nghị, kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Ninh Thị Nhung (15,5%) [6]. Cơ cấu năng lượng khẩu phần có 16,4% năng lượng do protein cung cấp, 28% năng lượng do lipid cung cấp và 55,7% năng lượng do glucid cung cấp.

Lượng Protein tổng số trong khẩu phần của trẻ 46,2 g/ngày và chiếm 16,2% năng lượng khẩu phần đã đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng. Protein động vật đóng vai trò quan trọng đối với sự tăng trưởng và phát triển của trẻ em được tiêu thụ ở mức 29,1g/trẻ/ngày. Tỷ lệ Protein động vật/tổng số là 61,8%, đã đạt nhu cầu khuyến nghị cho trẻ em ở lứa tuổi này (> 50%) [1]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Ninh tại Hà Nội [5].

Mức năng lượng chất béo trong khẩu phần trung bình (28%) đã đạt nhu cầu khuyến nghị về

tính cân đối của khẩu phần đối với trẻ nhóm tuổi này, trong đó nếu năng lượng do chất béo cung cấp ở mức ≤ 20% làm cho khẩu phần có xu hướng mất cân đối nghiêm trọng và nhất là không đảm bảo nguồn acid béo cần thiết cho tăng trưởng và phát triển não bộ của trẻ. Năng lượng do Glucid cung cấp chiếm 55,7% tổng năng lượng khẩu phần và chỉ có 30,2% số trẻ đạt như cầu năng lượng khuyến nghị do glucid cung cấp.

Khẩu phần trẻ em hiện nay đang có xu hướng tăng quá mức các loại thức ăn động vật, các thực phẩm chế biến sẵn giàu chất béo, các chất đường ngọt và nước uống có ga. Tuy nhiên, khi nhu cầu về một số chất dinh dưỡng như chất đạm được đáp ứng không có nghĩa là khẩu phần đã đủ về số lượng các chất dinh dưỡng khác và cân đối về chất lượng, đặc biệt là đối với các VCDD, khẩu phần ăn của trẻ em cả nước vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị về một số vi chất quan trọng, đặc biệt là vitamin A, sắt, kẽm, canxi...

Lượng chất khoáng trong khẩu phần ăn còn thấp đặc biệt là lượng Canxi. Canxi là một chất giúp cơ thể hình thành hệ xương và răng vững chắc. Mức tiêu thụ canxi trong khẩu phần trung bình là 477±204,5mg/trẻ/ngày chỉ đạt 24,1% so với khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia [1]. Theo chúng tôi nguyên nhân là do khẩu phần ăn của trẻ ở đây rất ít lượng tôm, cua, cá và lượng sữa cho trẻ uống hàng ngày vẫn còn thấp. Do vậy cần tăng thêm những món ăn được chế biến từ những thực phẩm này vào khẩu phần ăn hàng ngày để cung cấp thêm cho trẻ.

Các vitamin (A, B1, B2, C, kẽm, sắt, selen, ...) đã được biết đến với chức năng tham gia vào quá trình miễn dịch, chức năng chuyển hóa tế bào ở mức phân tử đảm bảo cho sự hình thành phát triển của các tế bào chất dinh dưỡng protein, vitamin và chất khoáng. Đối với trẻ SDD bao gồm SDD thấp còi, nhu cầu về các vi khoáng chất cao hơn hẳn so với nhu cầu thông thường. Vì vậy đã có rất nhiều nghiên cứu chứng minh rằng bổ sung các chất dinh dưỡng này vào khẩu phần ăn thiếu hụt sẽ làm tăng khả năng miễn dịch và cải thiện sức đề kháng của trẻ, đồng thời trợ giúp cho trẻ phát triển, phòng chống SDD thấp còi [2].



Cũng như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương, lượng vitamin trong khẩu phần ăn tại đây vẫn còn thấp, hàm lượng trung bình Vitamin A, C, B1, B2, PP, D của trẻ lần lượt là:  $320,1 \pm 237,2 \mu\text{g}$ ;  $43,2 \pm 32,9 \text{mg}$ ;  $0,78 \pm 0,27 \text{mg}$ ;  $0,73 \pm 0,31 \text{mg}$ ;  $6,6 \pm 2,0 \text{mg}$ ;  $2,06 \pm 1,7 \mu\text{g}$ . Tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị vitamin A là 26,6%; vitamin C là 34,2%; vitamin B1 là 69,1%; vitamin B2 là 45,3%; vitamin PP là 21,2%, nguyên nhân một phần do trong khẩu phần ăn của trẻ còn thiếu hoa quả sau mỗi bữa ăn, một phần là do các loại rau trong khẩu phần ăn của trẻ có hàm lượng vitamin thấp. Cần khuyến khích bà mẹ cho trẻ ăn thêm hoa quả sau mỗi bữa ăn và thay đổi các loại rau trong bữa ăn của trẻ thì lượng vitamin sẽ đủ với nhu cầu và khẩu phần ăn của trẻ sẽ cân đối hơn. Thức ăn cho trẻ vẫn cần phải dễ tiêu hóa, giàu các chất dinh dưỡng có giá trị và đủ các nhóm thực phẩm, đáp ứng đầy đủ nhu cầu các chất dinh dưỡng [2].

Qua nghiên cứu này chúng tôi cho rằng để đề phòng thiếu vi chất dinh dưỡng hướng tới đạt được các mục tiêu vào năm 2020 của Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng, cần thiết phải có những biện pháp can thiệp để nâng cao chất lượng khẩu phần cho trẻ không phải chỉ để phục hồi dinh dưỡng mà phải phòng SDD cho trẻ em ở cộng đồng.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm khẩu phần trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại 2 xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình cho thấy hàm lượng protein, lipid của trẻ trong khẩu phần là  $46,2 \pm 10,5 \text{g/ngày}$  và  $35,1 \pm 13,1 \text{g/ngày}$ . Có 28,1% trẻ đạt nhu cầu

khuyến nghị về năng lượng, trong đó ở trẻ nam là 22,1% và ở trẻ nữ là 34,6%. Có 58,3% trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị về tỷ lệ Protein ĐV/ Protein tổng số. Tỷ lệ trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị Calci, kẽm, photphos, sắt lần lượt là 24,1%; 50,7%; 82% và 47,5%. Tỷ lệ trẻ đạt nhu cầu khuyến nghị vitamin A, C, B1, B2, PP lần lượt là 26,6%; 34,2%; 69,1%; 45,3% và 21,2%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2016), "Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2012), "Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Đỗ Thị Hòa Nguyễn Thị Kim Chúc và Nguyễn Thị Út Liên (2006), "Khẩu phần thực tế của hộ gia đình và các yếu tố liên quan tại huyện Ba Vì tỉnh Hà Tây năm 2006", *Tạp chí y học thực hành*, 10, tr. 45-50.
4. Hà Huy Khôi Nguyễn Công Khanh (2004), "Biến đổi cơ cấu khẩu phần ăn của người Việt Nam trong 20 năm qua và các vấn đề sức khỏe liên quan", *Tạp chí Y học thực hành*, (496), tr. 5-11.
5. Nguyễn Thị Thùy Ninh (2010), *Thực trạng khẩu phần ở trẻ em và kiến thức về dinh dưỡng của các cô giáo trường mầm non Đại Mỗ B, huyện Từ Liêm Hà Nội, năm 2010*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Ninh Thị Nhung (2012), "Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm khẩu phần của trẻ từ 25 - 60 tháng tuổi tại 2 trường mầm non thuộc 2 xã/phường của Thành phố Thái Bình năm 2011", *Tạp chí Y học thực hành*, (1).
7. Trần Quang Trung (2014), *Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và hiệu quả can thiệp cải thiện khẩu phần ăn cho trẻ dưới 5 tuổi vùng ven biển Tiền Hải, Thái Bình*, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THANH CHƯƠNG, NGHỆ AN

Hoàng Năng Trọng<sup>1</sup>, Phạm Thị Tĩnh<sup>1</sup>,  
Phạm Thị Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Thịnh Khuyên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người trưởng thành đến khám

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương, Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Năng Trọng

Email: hoangnangtrong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 6.12.2017

bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

**Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nam giới cao hơn nữ giới tuy nhiên không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ . Nhóm tuổi 50-59 có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao nhất và cao hơn so với nhóm tuổi 20-29 gấp 3,5 ( $p < 0,05$ ). Đối tượng thừa cân, béo phì; có vòng eo/vòng hông cao đều có tỷ lệ rối loạn lipid máu là 72,6%; cao hơn so với nhóm gầy 1,9 lần và cao hơn nhóm có tỷ lệ vòng eo/vòng hông thấp 1,6 lần, tuy nhiên với  $p > 0,05$ . Nguy cơ rối loạn lipid máu tăng dần theo phân độ

tăng huyết áp. Nguy cơ này cao hơn so với nhóm bình thường ở nhóm tiền tăng huyết áp là 1,6 lần; tăng lên đến 3,2 lần và 2,8 lần ở nhóm độ I và độ II, có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có tập luyện, không hút thuốc và nhóm không tập luyện, có hút thuốc về tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu ( $p > 0,05$ ). Người rất thích ăn món kho, nấu mặn có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn người không thích gấp 2,3 lần với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Có 05 yếu tố nguy cơ của rối loạn lipid máu với  $OR > 1$ ;  $p < 0,05$  là: Tuổi, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường, tình trạng tăng huyết áp hiện tại, thói quen ăn món kho, nấu mặn, nước chấm mặn.

**Từ khóa:** Rối loạn lipid máu, người trưởng thành.

## SUMMARY

### SOME FACTORS RELATED TO DISORDERS OF BLOOD LIPID IN ADULTS AT MEDICAL EXAMINATION IN THANH CHUONG HOSPITAL, NGHE AN PROVINCE

**Objectives:** To determine some factors related to dyslipidemia in adults to medical examination at the general hospital of Thanh Chuong district, Nghe An province. **Methods:** Descriptive epidemiological study through a cross-sectional survey. **Results:** The prevalence of dyslipidemia in men was higher than that of women but was not significant with  $p > 0.05$ . Age group 50-59 had the highest rate of dyslipidemia and higher than the age group 20-29, 3.5 ( $p < 0.05$ ). Objects overweight, obesity; have a high waist/hip ratio of 72.6%; which was 1.9 times higher than that of the normal group and 1.6 times higher than that of the low but low waist circumference group, but with  $p > 0.05$ . The risk of dyslipidemia increases with the degree of hypertension. This risk was 1.6 times higher in the pre-hypertensive group than in the control group; increased up to 3.2 times and 2.8 times in the group I and II, significant for  $p < 0.05$ . There was no significant difference in the incidence of dyslipidemia ( $p > 0.05$ ) among non-smoking and non-smoking groups. People who like to eat salty foods, saline risk of hyperlipidemia is 2.3 times more disliked by  $p < 0.05$ . **Conclusion:** There were 5 risk factors for dyslipidemia with  $OR > 1$ ;  $P < 0.05$  were: age, history of hypertension, history of diabetes, current hypertension, eating habits, cooking salty, salty dipping sauce.

**Key words:** dyslipidemia, adults.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm đang là một trong những vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng do đây là các bệnh mạn tính, có thời gian bị bệnh dài và tiến triển chậm. Bệnh tạo ra gánh nặng bệnh tật nặng nề do tỷ lệ tàn phế và tử vong cao. Nguy cơ mắc bệnh chủ yếu do lối sống có hại cho sức khỏe và các yếu tố môi trường không thuận lợi. Tuy nhiên, nhiều nguy cơ bệnh không lây nhiễm có thể dự phòng được. Việt Nam đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm,

trong đó rối loạn lipid máu là một trong những nguy cơ hàng đầu của các bệnh tim mạch. Nhiều nghiên cứu về rối loạn lipid máu trên thế giới cho thấy khi cholesterol toàn phần tăng cao hơn 240mg% thì nguy cơ bị bệnh mạch vành tăng 2-3 lần. Cholesterol (LDL-C) tăng cao thì tăng nguy cơ bị nhồi máu cơ tim... Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người trưởng thành đến khám bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:** Là người trưởng thành từ 20 đến 59 tuổi đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương

**Thời gian nghiên cứu:** từ 1/2016 đến tháng 6/2016

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:**

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

Cỡ mẫu tính toán tối thiểu là 585 đối tượng. Cỡ mẫu này sẽ chia đều cho 4 nhóm tuổi và 2 giới. Như vậy mỗi nhóm tuổi sẽ phỏng vấn và xét nghiệm là: 74 người/nhóm tuổi/giới x 4 nhóm tuổi x 2 giới = 592 người

**Phương pháp chọn mẫu:** Toàn bộ bệnh nhân đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Thanh Chương từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2016 đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được phỏng vấn tìm hiểu kiến thức, thực hành của bệnh nhân về rối loạn lipid máu, kiểm tra nhân tắc, huyết áp, khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm lipid máu từ đó xác định một số yếu tố liên quan.

**Phương pháp thu thập thông tin:** Bệnh nhân đến khám tại phòng khám đa khoa đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu trải qua các bước sau:

- + Hành chính
- + Kiểm tra một số thông số nhân trắc cân nặng, đo chiều cao đứng...
- + Phỏng vấn: bằng bộ phiếu đã được chuẩn bị trước.

+ Khám lâm sàng + Xét nghiệm máu

**Các kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu**

- + Phỏng vấn bệnh nhân
- + Khám lâm sàng
- + Nhân trắc
- + Xét nghiệm sinh hóa

**Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng chương trình EPI DATA để nhập số liệu. Phân

tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với giới tính và nhóm tuổi**

| Các biến số |       | n   | RL lipid máu |           | OR<br>(95% CI) | p     |
|-------------|-------|-----|--------------|-----------|----------------|-------|
|             |       |     | SL           | Tỷ lệ (%) |                |       |
| Giới        | Nữ    | 296 | 178          | 60,1      | 1              | >0,05 |
|             | Nam   | 296 | 196          | 66,2      | 1,3 (0,9-1,8)  |       |
| Nhóm tuổi   | 20-29 | 148 | 74           | 50,0      | 1              | >0,05 |
|             | 30-39 | 148 | 88           | 59,5      | 1,4 (0,9-2,3)  |       |
|             | 40-49 | 148 | 97           | 65,5      | 1,9 (1,2-3,0)  | <0,05 |
|             | 50-59 | 148 | 115          | 77,7      | 3,5 (2,1-5,7)  |       |

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nam giới cao hơn nữ giới tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nhóm tuổi 50-59 có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao nhất và cao hơn so với nhóm tuổi 20-29 gấp 3,5 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 2. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với BMI, WHR**

| Các biến số |             | n   | RLLP máu |           | OR<br>(95% CI) | p     |
|-------------|-------------|-----|----------|-----------|----------------|-------|
|             |             |     | SL       | Tỷ lệ (%) |                |       |
| BMI         | Gầy         | 7   | 4        | 57,1      | 1              | >0,05 |
|             | Trung bình  | 501 | 309      | 61,7      | 1,2 (0,3-5,4)  |       |
|             | TCBP        | 84  | 61       | 72,6      | 1,9 (0,4-9,6)  |       |
| WHR         | Bình thường | 508 | 313      | 61,6      | 1              | >0,05 |
|             | Cao         | 84  | 61       | 72,6      | 1,6 (0,99-2,7) |       |

Kết quả bảng cho thấy đối tượng thừa cân, béo phì và đối tượng có vòng eo/vòng hông cao đều có tỷ lệ rối loạn lipid máu là 72,6%; cao hơn so với nhóm gầy gấp 1,9 lần và cao hơn nhóm có tỷ lệ vòng eo/vòng hông thấp gấp 1,6 lần, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với tiền sử bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường**

| Các biến số            |       | n   | RLLP máu |           | OR<br>(95% CI) | p     |
|------------------------|-------|-----|----------|-----------|----------------|-------|
|                        |       |     | SI       | Tỷ lệ (%) |                |       |
| Tiền sử THA            | Không | 472 | 282      | 59,7      | 1              | <0,05 |
|                        | Có    | 120 | 92       | 76,7      | 2,2 (1,4-3,5)  |       |
| Tiền sử đái tháo đường | Không | 491 | 298      | 60,7      | 1              | <0,05 |
|                        | Có    | 101 | 76       | 75,2      | 1,9 (1,2-3,2)  |       |

Tiền sử THA và tiền sử đái tháo đường có nguy cơ mắc rối loạn tăng lipid máu cao hơn so với nhóm bình thường đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với tình trạng huyết áp hiện tại**

| Các biến số                     |             | n   | RL lipid máu |           | OR<br>(95% CI) | p     |
|---------------------------------|-------------|-----|--------------|-----------|----------------|-------|
|                                 |             |     | SL           | Tỷ lệ (%) |                |       |
| Phân độ THA theo số đo hiện tại | Bình thường | 234 | 125          | 53,4      | 1              | <0,05 |
|                                 | Tiền THA    | 231 | 150          | 64,9      | 1,6 (1,1-2,3)  |       |
|                                 | THA độ 1    | 85  | 67           | 78,8      | 3,2 (1,8-5,8)  |       |
|                                 | THA độ 2    | 42  | 32           | 76,2      | 2,8 (1,3-5,9)  |       |

Nguy cơ rối loạn lipid máu tăng dần theo phân độ tăng huyết áp. Nguy cơ này cao hơn so với nhóm bình thường ở nhóm tiền tăng huyết áp là 1,6 lần; tăng lên đến 3,2 lần và 2,8 lần ở nhóm độ I và độ II, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 5. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với thói quen tập luyện, hút thuốc lá**

| Các biến số  |       | n   | RLLP máu |      | OR<br>(95% CI) | p     |
|--------------|-------|-----|----------|------|----------------|-------|
|              |       |     | SI       | %    |                |       |
| Tập luyện    | Không | 321 | 202      | 62,9 | 1              | >0,05 |
|              | Có    | 271 | 172      | 63,5 | 1,02 (0,7-1,4) |       |
| Hút thuốc lá | Không | 490 | 307      | 62,7 | 1              | >0,05 |
|              | Có    | 102 | 67       | 65,7 | 1,14 (0,7-1,8) |       |

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có tập luyện, không tập luyện, không hút thuốc và nhóm không tập luyện, có hút thuốc về tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với sở thích ăn uống**

| Các biến số |  | n | RLLP máu |           | OR<br>(95% CI) | p |
|-------------|--|---|----------|-----------|----------------|---|
|             |  |   | SI       | Tỷ lệ (%) |                |   |

|                                    |              |     |     |      |               |       |
|------------------------------------|--------------|-----|-----|------|---------------|-------|
| Món kho, nấu mặn,<br>nước chấm mặn | Không        | 53  | 25  | 47,2 | 1             |       |
|                                    | Ít thích ăn  | 248 | 152 | 61,3 | 1,7 (0,9-3,2) | >0,05 |
|                                    | Rất thích ăn | 291 | 197 | 67,7 | 2,3 (1,3-4,2) | <0,05 |
| Món xào, rán,<br>nhiều mỡ          | Không        | 101 | 68  | 67,3 | 1             |       |
|                                    | Ít thích ăn  | 193 | 116 | 60,1 | 0,8 (0,5-1,4) | >0,05 |
|                                    | Rất thích ăn | 298 | 190 | 63,8 | 0,7 (0,4-1,2) | >0,05 |

Kết quả bảng trên cho thấy những người rất thích ăn món kho, nấu mặn có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn những người không thích gấp 2,3 lần có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Không có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn lipid máu ở những người không thích, ít thích và rất thích ăn món xào, rán với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới là những yếu tố nguy cơ cao làm gia tăng tỷ lệ rối loạn lipid máu đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận, một số nghiên cứu cũng cho thấy tuổi ảnh hưởng đến LDL-C, cholesterol tổng số ở nam và cholesterol tổng số ở nữ [4], [6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi yếu tố giới không có tác động tới tỷ lệ rối loạn lipid máu của nam và nữ. Nam có tỷ lệ rối loạn lipid máu là 66,2% cao hơn so với nữ là 60,1%; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên tỷ lệ rối loạn lipid máu tăng theo nhóm tuổi và ở cao nhất nhóm tuổi 50-59 chiếm 77,7%; thấp nhất ở nhóm tuổi 20-29 chiếm 50,0%. Đồng thời nhóm tuổi 50-59 có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao gấp 3,5 lần; nhóm tuổi 40-49 có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao gấp 1,9 lần so với tỷ lệ này ở nhóm tuổi 20-29, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Tiến và cộng sự khi xác định các yếu tố nguy cơ có liên quan đến rối loạn lipid máu cũng cho thấy: rối loạn lipid máu có xu hướng tăng theo tuổi. Tuổi  $\geq 60$  tỷ lệ rối loạn lipid máu là 58,8% [2].

Một trong những rủi ro lớn trong tình trạng thừa cân là sự phát triển của hàm lượng cholesterol cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rối loạn lipid máu có xu hướng tăng theo BMI, đặc biệt ở nhóm đối tượng thừa cân béo phì, tình trạng béo bụng cũng làm tăng nguy cơ bị rối loạn chuyển hóa lipid máu lên 1,6 lần tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nhận định của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Loan và Trương Quang Bình cũng chỉ ra rằng giá trị trung bình của cholesterol ở nhóm thừa cân cao hơn nhóm BMI bình thường có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; đồng thời tỷ lệ rối loạn lipid máu tăng dần theo chỉ số BMI [1].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng có tiền sử mắc tăng huyết áp, tiền sử mắc đái tháo đường có nguy cơ rối loạn lipid máu cao hơn nhóm bình thường 2,2 lần và 1,9 lần; có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Đồng thời nguy cơ

rối loạn lipid máu tăng dần theo phân độ tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Mỹ Loan khi xác định mối tương quan giữa BMI và tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp cho thấy 2/3 bệnh nhân tăng HA có rối loạn lipid máu [1].

Hoạt động thể lực tham gia vào quá trình thiết lập giữa năng lượng tiêu hao và năng lượng ăn vào do đó có vai trò hết sức quan trọng đối với tình trạng thừa cân - béo phì cũng như giúp cơ thể giảm tỷ lệ mỡ. Có nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh tác dụng tốt của hoạt động thể lực đối với tình trạng lipid máu [3],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy sự kết hợp giữa thói quen luyện tập thể thao thường xuyên với tình trạng rối loạn lipid.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa tìm thấy sự kết hợp giữa hút thuốc lá và rối loạn lipid máu với tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người không hút thuốc lá chiếm 62,7%; người có hút thuốc lá chiếm 65,%. Ở người hút thuốc lá nguy cơ rối loạn lipid máu cao gấp 1,14 lần so với người không hút nhưng sự khác biệt vẫn chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Khác với kết quả nghiên cứu của Jacobson BH, trên 805 đối tượng nữ cho thấy hút thuốc lá là nguy cơ độc lập với triglycerid cao và HDL thấp, ngừng hoặc bỏ hút thuốc ở phụ nữ có mối liên quan với các chỉ tiêu lipid máu theo chiều hướng có lợi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những món ăn được chế biến bằng cách kho, nấu mặn hoặc chiên rán nhiều dầu mỡ được tiêu thụ nhiều hơn so với nhóm bình thường. Đây là những thói quen không tốt bởi những thức ăn như trên thường hay chứa lượng chất béo và lượng muối khá cao và điều này là bất lợi với thừa cân - béo phì cũng như các bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người ít thích ăn món kho, mặn có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn những người không thích gấp 1,7 lần với 95% CI = 0,9 - 3,2 và những người rất thích ăn món kho, mặn có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn những người không thích gấp 2,3 lần với

95% CI = 1,3 - 4,2; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên các đối tượng đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện huyện Thanh Chương Nghệ An cho thấy có 05 yếu tố nguy cơ của rối loạn lipid máu với  $OR > 1$ ;  $p < 0,05$  là: Tuổi, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường, tình trạng tăng huyết áp hiện tại, thói quen ăn món kho, nấu mặn, nước chấm mặn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Mỹ Loan và Trương Quang Bình (2009), "Tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(1).
2. Nguyễn Thị Kim Tiến, Nguyễn Văn Tập, Đoàn Phước Thuộc (2010), "Nghiên cứu một số yếu tố

- nguy cơ liên quan đến rối loạn lipid máu ở người lớn tại thành phố Huế", *Tạp chí y học thực hành* 728(7), tr.4-7.
3. Hoehner CM, et al. (2005), "Perceived and Objective Environmental Measures and Physical Activity Among Urban Adults", *Am J Prev Med*, 28(2), pp. 105-112.
4. Nguyen Hoang, Hanh Doan Trang, Tang Kim Hong, and Dibley, Michael John (2012), "Cohort profile: Ho Chi Minh City Youth Cohortdchanges in diet, physical activity, sedentary behaviour and relationship with overweight/obesity in adolescents", *BMJ Open*
5. Slentz CA, et al. (2004), "Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE--a randomized controlled study." *Arch Intern Med*, 164(1), pp. 31-45.
6. Tee .E (2002), "Obesity in Asia: Prevalence and issues in assessment methodologies", *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11(3), pp. 694-700.

# MÔ TẢ MỘT SỐ LÝ DO BỆNH NHÂN BỎ ĐIỀU TRỊ CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG THUỐC METHADONE TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ GIAI ĐOẠN 2010 - 2016

Lê Thị Hường\*, Võ Thị Năm\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số lý do bệnh nhân (BN) bỏ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2011-2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện với phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân bỏ điều trị và bệnh nhân đang điều trị Methadone, kết hợp với phỏng vấn người nhà bệnh nhân bỏ điều trị, trên 125 hồ sơ bệnh án ngẫu nhiên của bệnh nhân bỏ điều trị Methadone (tự ý bỏ điều trị) tại 04 cơ sở điều trị tại Cần Thơ: Ninh Kiều, Cái Răng, Ô Môn và Thốt Nốt từ tháng 7/2016 đến tháng 10/2016. **Kết quả:** Đa số BN đã từng bỏ liều Methadone, nhóm BN duy trì điều trị có tới 52,8% đã từng bỏ liều Methadone và nhóm bỏ điều trị có đến 96,8%. Trong 125 BN bỏ trị, có 88,8% BN tự ý bỏ trị (không tìm hiểu lý do). Một số lý do bỏ trị như: bị đưa vào trung tâm 06, bỏ địa phương, đi làm ăn xa, hàng ngày phải đến cơ sở điều trị để uống thuốc, bạn bè lôi kéo sử dụng lại heroin. **Kết luận:** Nguyên nhân bỏ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone của BN còn chưa được làm rõ hết. Tuy nhiên, qua một số lý do thu thập được từ hồ sơ bệnh án, do người nhà hay do bản thân đối tượng cho biết thì việc triển khai chương trình điều

trị Methadone cần có những chính sách phù hợp hơn nữa để hạn chế tỷ lệ bỏ trị.

**Từ khóa:** Người nghiện chất dạng thuốc phiện, nguyên nhân, bỏ trị, chất dạng thuốc phiện, methadone

## SUMMARY

### CAUSES OF QUITTED TREATMENT PATIENTS TO OPIOID ADDICT WHO TREATED BY METHADONE AT CANTHO, 2010-2016

**Objective:** Cause of quitted treatment patients to opium addict who treated by Methadone and related factors in Can Tho from 2011 to 2016. **Methods:** The study was conducted with a retrospective review of patients' medical records and patients on Methadone treatment, in combination interviews with family of patients quit treatment, over 125 random medical records on patients quit Methadone treatment at four treatment clinics in Can Tho: Ninh Kieu, Cai Rang, O Mon and Thot Not from July 2016 to October 2016. **Results:** The majority of patients had quit Methadone before, 52.8% had retreatment and 96.8% had discontinued treatment. Among 125 quitted treatment patients, 88.8% quitted for no reason. Some reasons such as: being put in centers 06, leaving the local, working away from home, taking drugs daily at the treatment facilities, friends lure to re-use heroin. **Conclusion:** The cause of quitting opium addiction treatment by Methadone had not been clarified. However, information collected from medical records, family members, and patients showed that the Methadone treatment program implementation

\*Cục Phòng, chống HIV/AIDS

\*\*Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS TP. Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường

Email: lehuongvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/11/2017

Ngày phản biện khoa học: 2/12/2017

Ngày duyệt bài: 20/12/2018

needed more appropriate policies to limit the rate of quitting treatment.

**Keywords:** Opiate addicts, causes, quit treatment, opiate, methadone

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện (CDTP) bằng Methadone đã chứng minh được hiệu quả trong việc giảm tác hại có liên quan đến việc sử dụng ma túy[1]. Chương trình điều trị nghiện các CDTP bằng thuốc Methadone với mục đích: Giảm tác hại do nghiện các CDTP gây ra như nhiễm HIV, viêm gan B, C do sử dụng chung dụng cụ tiêm chích, tử vong do sử dụng quá liều các CDTP, hoạt động tội phạm; giảm sử dụng các CDTP bất hợp pháp, giảm tỷ lệ tiêm chích CDTP, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV[2].

Chương trình điều trị Methadone tại Việt Nam đã mang lại nhiều hiệu quả: Việc sử dụng ma túy trong số những người nghiện ma túy đã giảm từ 100% khi bắt đầu điều trị xuống còn 15,9% sau 24 tháng, giảm nguy lây truyền các bệnh qua đường máu như HIV, viêm gan B và C (chỉ có 4 trường hợp nhiễm HIV trong tổng số 956 người bệnh điều trị Methadone sau 24 tháng) [3]. Để duy trì được hiệu quả của chương trình thì việc hạn chế được tỷ lệ bệnh nhân bỏ trị là yếu tố

quyết định sự thành công của chương trình. Nhằm cung cấp thông tin về lý do bệnh nhân bỏ trị để cải thiện hiệu quả hoạt động chương trình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mô tả một số lý do bệnh nhân bỏ điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2010 -2016".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Là số liệu thu thập được từ hồ sơ bệnh án của 125 bệnh nhân đã và đang điều trị tại 4 cơ sở điều trị Methadone Ninh Kiều, Cái Răng, Ô Môn và Thốt Nốt của thành phố Cần Thơ. Kết hợp với phỏng vấn 125 các đối tượng là người nhà (người hỗ trợ điều trị) của bệnh nhân bỏ trị Methadone.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án kết hợp khai thác thông tin trực tiếp.

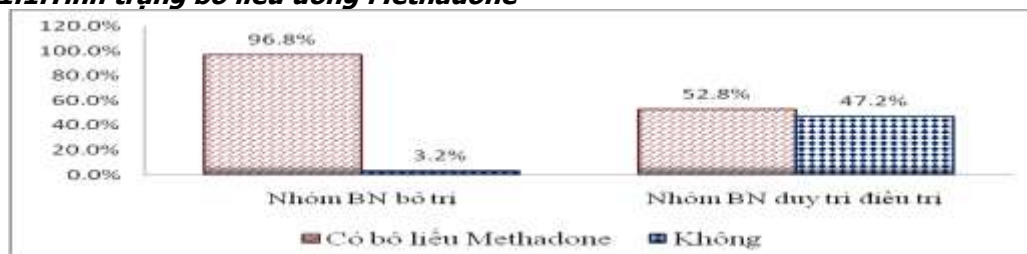
Bảng thu thập thông tin về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, tiền sử cá nhân, lý do và các yếu tố liên quan đến việc bỏ trị Methadone sẽ được thống kê và sử dụng phần mềm Epidata để nhập và quản lý số liệu.

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 12.0, sử dụng các phương pháp phân tích thống kê mô tả phù hợp.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Thực trạng về tình hình bỏ điều trị Methadone của ĐTNC

#### 1.1. Tình trạng bỏ liều uống Methadone



**Biểu đồ 1. Tình trạng bỏ liều uống Methadone**

**Nhận xét:** Hầu hết nhóm BN bỏ trị có bỏ liều Methadone (96,8%), gần một nửa so với nhóm duy trì điều trị có bỏ liều Methadone (52,8%).

#### 1.2. Số liều Methadone bỏ uống



**Biểu đồ 2. Nhóm liều bỏ uống Methadone của ĐTNC**

**Nhận xét:** Nhóm BN bỏ điều trị có tỷ lệ bỏ liều uống Methadone cao hơn nhóm BN duy trì điều trị trên cả 3 nhóm liều bỏ, lần lượt trên các nhóm: 1-3 liều liên tiếp 52%/48%, 4-5 liều liên tiếp 4%/0,8%, từ 6 liều trở lên 44%/4,8%.

## 2. Một số lý do khiến bệnh nhân bỏ trị Methadone

**2.1. Qua khảo sát hồ sơ bệnh án:** Qua hơn 6 năm triển khai điều trị Methadone, toàn thành phố đã có 512 BN ngừng điều trị. Trong đó, có 265 BN tự ý bỏ trị (không có lý do) chiếm nhiều nhất (51,8%), bị bắt (31,1%), số còn lại là 17,1% với những lý do như: bị đưa vào trung tâm 06, bỏ địa phương, đi làm ăn xa, bệnh lý khác, tự nguyện dừng điều trị và vi phạm pháp luật.

Hầu hết ĐTNC ngừng điều trị Methadone là do tự ý bỏ trị (88,8%), chỉ có 11,2% vì sử dụng hàng đá, bỏ trốn do thiếu nợ, đi làm xa hay ngừng tự nguyện.

**2.2. Thông tin từ người nhà bệnh nhân bỏ điều trị Methadone (n=22):** Người hỗ trợ là cha/mẹ chiếm 54,5%, anh/chị/em (27,3%), vợ (13,7%), chỉ có (4,5%) là dì/cậu. Lý do BN tham gia điều trị ở nhóm bỏ trị là tự nguyện chiếm 59,1%, gia đình động viên là 59,1%, chỉ có 9,1% là do bạn bè giới thiệu. Khó khăn lớn nhất mà ĐTNC gặp phải khi tham gia điều trị là do hàng ngày phải đến cơ sở điều trị để uống thuốc, nên rất khó xin việc làm (50%).

### 2.3. Nguyên nhân bỏ trị của ĐTNC

**Bảng 1.** Phân bố nguyên nhân bỏ trị (n =22)

| Nguyên nhân BN bỏ điều trị Methadone | Tần số (n) | Tỷ lệ % |
|--------------------------------------|------------|---------|
| Không kiên trì                       | 7          | 31,8    |
| Tác dụng phụ của thuốc Methadone/ARV | 3          | 13,6    |
| Sử dụng hàng đá                      | 3          | 13,6    |
| Bạn bè lôi kéo                       | 3          | 13,6    |
| Tái sử dụng heroin                   | 3          | 13,6    |
| Giờ mở cửa của cơ sở không phù hợp   | 5          | 22,7    |
| Trốn nợ                              | 3          | 13,6    |

**Nhận xét:** Nguyên nhân bỏ trị Methadone của đối tượng nghiên cứu là do họ không kiên trì chiếm nhiều nhất (31,8%), giờ mở cửa uống thuốc không phù hợp chiếm tỷ lệ 22,7%, các lý do khác là do tái sử dụng heroin, trốn nợ, bạn bè lôi kéo,...

## IV. BÀN LUẬN

Đến cuối tháng 10/2016 đã có 512 bệnh nhân ngừng điều trị Methadone do nhiều lý do, trong đó có 265 bệnh nhân tự ý bỏ trị không rõ lý do. Một trong những nguyên nhân dẫn đến thực trạng này do thành phố có địa bàn rộng, nhưng chỉ mới có 5 cơ sở điều trị Methadone, khiến nhiều

BN tham gia điều trị gặp khó khăn trong việc đi lại. Mặt khác, nhiều bệnh nhân còn có nhận thức sai lầm, thiếu quyết tâm trong điều trị.

Trong số 125 bệnh nhân tự ý bỏ điều trị không rõ lý do, chỉ có 11,2% bệnh nhân bỏ điều trị được ghi nhận với những lý do như: sử dụng hàng đá, bỏ trốn do thiếu nợ, đi làm xa, ngừng tự nguyện. 88,8% bệnh nhân tự ý bỏ trị nhưng không ghi được lý do trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, điều này cho chúng ta thấy vẫn còn một số vấn đề tồn tại cần được cải thiện ở các cơ sở điều trị Methadone. Đó là cán bộ y tế chưa tư vấn đầy đủ cho bệnh nhân, bác sĩ điều trị và tư vấn viên chưa kết nối chặt chẽ, lý do bỏ trị của từng bệnh nhân chưa được tìm hiểu, phân tích rõ, ghi nhận vào hồ sơ bệnh án và việc tìm kiếm bệnh nhân bỏ điều trị để vận động họ quay lại điều trị chưa được thực hiện một cách tích cực.

Theo nguồn thông tin từ người nhà BN bỏ trị (người hỗ trợ điều trị): Người hỗ trợ bệnh nhân điều trị Methadone là cha/mẹ/vợ chiếm 68,2%, chỉ có 31,8% là anh/chị/em và cậu, dì.... Qua thông tin người nhà bệnh nhân bỏ trị, ĐTNC tham gia điều trị Methadone do tự nguyện và gia đình động viên chiếm (59,1%); chỉ có 9,1% là do bạn giới thiệu điều trị.

Người nhà của bệnh nhân bỏ trị cũng cho biết thêm thông tin về các lợi ích của việc duy trì điều trị Methadone đã góp phần ổn định kinh tế gia đình (63,6%), bệnh nhân tạo được lòng tin với người thân, bạn bè, cộng đồng chiếm (45,5%) và 36,4% mang lại hạnh phúc gia đình. Song song với lợi ích còn có các yếu tố ảnh hưởng đến việc duy trì điều trị Methadone như yếu tố ỷ lại gia đình của bệnh nhân chiếm (40,9%) và 27,3% tính sẵn có chất gây nghiện tại cộng đồng.

Người nhà của bệnh nhân cho rằng, sau khi con em họ bỏ điều trị Methadone phần lớn là tái nghiện heroin chiếm (59,1%), vi phạm pháp luật (27,3%), gánh nặng kinh tế gia đình (27,3%), ảnh hưởng đến sức khỏe (18,2%), mất hạnh phúc gia đình, mất lòng tin với bạn bè, người thân và cộng đồng (13,6%).

Hầu hết các trường hợp bệnh nhân bỏ liều, bỏ trị Methadone đều được cán bộ y tế cơ sở điều trị thông báo và mời gia đình của họ đến để được tư vấn và hỗ trợ chiếm 86,4%-90,9%.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, có thể thấy những nguyên

nhân chính khiến bệnh nhân bỏ điều trị Methadone là do: Các nguyên nhân chủ yếu khiến BN bỏ điều trị Methadone là: Bệnh nhân không kiên trì. Giờ mở cửa của cơ sở điều trị Methadone không phù hợp với giờ làm việc của bệnh nhân. Bị bạn bè lôi kéo, tái sử dụng heroin, sử dụng ma túy đá, tác dụng phụ của thuốc Methadone/ARV và trốn nợ.

Một số yếu tố liên quan đến việc bệnh nhân bỏ điều trị Methadone là: Có mối liên quan giữa không tăng cân với không duy trì điều trị Methadone, giữa bỏ liều liên tiếp từ 6 lần trở lên với bỏ điều trị, giữa không được tư vấn khi bỏ liều với bỏ điều trị, giữa không tái khám đúng hẹn

với bỏ trị Methadone, giữa BN nhiễm HIV không điều trị ARV với bỏ điều trị Methadone, giữa tác dụng phụ của Methadone với bỏ điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đái Duy Ban và Lê Quang Huân (2009)**, *Các thuốc hỗ trợ điều trị nghiện ma túy*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 50-87.
2. **Bộ Y tế (2010)**, *Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 13-20.
3. **Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2014)**, *Hiệu quả điều trị methadone tại Việt Nam*, <http://vaac.gov.vn>

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH XUẤT HUYẾT NÃO DO TAI BIẾN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Trần Văn Việt\*, Lê Văn Thêm\*, Nguyễn Tuấn Anh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu.** Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT xuất huyết não do tai biến mạch máu não tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân TBMMN có chụp CLVT tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương. **Kết quả:** Nam chiếm tỉ lệ 68.75%. Tuổi thường gặp trên 50 tuổi (84.35%). Có 75% tiền sử tăng huyết áp. Trên CLVT: xuất huyết một ổ chiếm 65.625%. Kích thước ổ xuất huyết hay gặp nhất là nhỏ hơn 3cm với 59.375%. Vị trí ổ xuất huyết hay gặp xuất huyết vùng nhân xám trung ương 37.5%. Xuất huyết não thường không gây di lệch cấu trúc đường giữa (62.5%), trong số các trường hợp có di lệch thì chủ yếu di lệch nhẹ <5mm (15.625%). Số trường hợp có tràn máu não thất chiếm 31.25%.

### SUMMARY

#### IMAGING CHARACTERISTICS OF HEMORRHAGIC STROKE ON COMPUTED TOMOGRAPHY (CT) AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Purpose:** to describe imaging characteristics of hemorrhagic stroke on CT at the department of diagnostic imaging of Hai duong provincial general hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study on 32 stroke patients who underwent CT brain examination at Hai duong provincial general hospital. **Results:** 68.75% cases were male, majority of cases were over 50 years at 84.35%. 75% cases had history

of hypertension. On CT, single hemorrhage accounted for 65.625%, The hemorrhage less than 3cm in size accounted for 59.375%. Hemorrhage location was the most common seen was central grey nucleus with 37.5%. Hemorrhage did not often lead to change of longitudinal fissure location (62.5%), In the cases with asymmetric longitudinal fissure, < 5mm at 15.625%. Ventricle hemorrhage accounted for 31.25%.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) đã và đang là một bệnh lý cấp cứu thường gặp ở nước ta, có tỷ lệ tử vong cao và để lại những di chứng nặng nề, khó hồi phục, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới năm 1990 tỷ lệ tử vong do TBMMN đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong, sau ung thư và tim mạch. TBMMN gồm hai thể chính: Chảy máu não và nhồi máu não, trong đó thể chảy máu não chiếm tỷ lệ khoảng 15%. Trong các nguyên nhân gây chảy máu não hàng đầu phải kể đến là tăng huyết áp[5]. Ở Việt nam nhiều công trình nghiên cứu về TBMMN não nói chung và chảy máu não nói riêng. Theo Lê Đức Hình (1993 – 1994) trong nghiên cứu tình hình tử vong do TBMMN tại Bệnh viện Bạch Mai đã thông báo tình hình tử vong do chảy máu não là 67,3%. Còn ở Đài Loan thì tử vong do xuất huyết não chiếm 60–70%. Với sự ra đời của chiếc máy chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đầu tiên năm 1971. Từ đó đến nay có rất nhiều thể hệ máy từ một dãy đầu dò đến đa dãy đầu dò và có phần mềm hiện đại cho phép cắt những lớp rất mỏng và tái tạo trên nhiều mặt phẳng để làm rõ

\*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 6.12.2017



cấu trúc thương tổn. Đó chính là cuộc cách mạng trong chẩn đoán bệnh nói chung và trong chẩn đoán TBMMN nói riêng. Trước khi có máy chụp CLVT thì vô cùng khó khăn để chẩn đoán phân biệt xuất huyết não với nhồi máu não vì lâm sàng hoàn toàn giống nhau. Nay điều đó đơn giản hơn nhiều vì có kỹ thuật chụp CLVT, không những thế nó còn giúp chẩn đoán sớm, chính xác, điều trị kịp thời, đồng thời nó còn có giá trị theo dõi và tiên lượng bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả: *Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT xuất huyết não do tai biến mạch máu não tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương tháng 12 năm 2016.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết não trên CLVT do TBMMN tại khoa Chẩn đoán hình ảnh BVĐKHD trong tháng 12 năm 2016. Hệ thống máy chụp CLVT HI-SPEED của hãng GE với 04 dãy đầu thu. Độ dày lớp cắt tối thiểu 1mm.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.3 Xử lý và phân tích số liệu:** Theo phương pháp thống kê trong y sinh học

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian từ 1/12/2016 đến 31/12/2016, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 32 bệnh nhân xuất huyết não do TBMMN được chụp CLVT tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

### 3.1. Một số đặc điểm chung.

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

| Thông tin chung |            | Tần số (n) | Tỷ lệ % |
|-----------------|------------|------------|---------|
| Tuổi            | 40-50 tuổi | 5          | 15.625  |
|                 | 51-60 tuổi | 8          | 25      |
|                 | 61-70 tuổi | 5          | 15.625  |
|                 | 71-80 tuổi | 7          | 21.875  |
|                 | >80 tuổi   | 7          | 21.875  |
| Giới tính       | Nam        | 22         | 68.75   |
|                 | Nữ         | 10         | 31.25   |

**Nhận xét:** Bệnh nhân nam là đa số, chiếm 22/32 (68.75%). Độ tuổi hay gặp là 51 – 80 chiếm 20/32 (62.5%). Ít gặp hơn ở độ tuổi 40-50 với 5/32 (15.625%).

**3.2. Đặc điểm hình ảnh xuất huyết não trên phim chụp CLVT.**

### 3.2.1 Số lượng ổ xuất huyết

**Bảng 3.2. Số lượng ổ xuất huyết**

| Số lượng ổ xuất huyết | Tần số (n) | Tỷ lệ % |
|-----------------------|------------|---------|
| 1 ổ                   | 21         | 65.625  |

|      |   |        |
|------|---|--------|
| 2 ổ  | 5 | 15.625 |
| 3 ổ  | 5 | 15.625 |
| >3 ổ | 1 | 3.125  |

**Nhận xét:** Chủ yếu là những bệnh nhân có một ổ xuất huyết với tỷ lệ 21/32 BN (chiếm hơn 65%) và chỉ có 1 bệnh nhân xuất huyết 3 ổ trở lên.

**3.2.2. Kích thước ổ xuất huyết.** Bệnh nhân có kích thước ổ xuất huyết < 3 cm là chủ yếu với 19/32 chiếm 59.375%

### 3.2.3. Vị trí ổ xuất huyết

**Bảng 3.3. Vị trí ổ xuất huyết**

| Vị trí ổ xuất huyết não | Số lượng BN | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|-------------|-----------|
| Thùy não:               | 10          | 31.25     |
| Trán                    | 5           | 15.625    |
| Đỉnh                    | 1           | 3.125     |
| Thái dương              | 4           | 12.5      |
| Chẩm                    | 0           | 0         |
| Nhân xám trung ương     | 12          | 37.5      |
| Tiểu não                | 2           | 6.25      |
| Thân não                | 1           | 3.125     |
| ≥ 2 vị trí.             | 7           | 21.875    |

**Nhận xét:** Vị trí xuất huyết ở vùng nhân xám trung ương có tỷ lệ cao nhất 12/32 BN (37.5%). Tiếp đến là các thùy não với 10/32 BN chiếm 31.25% mà nhiều nhất là thùy trán (15.625%) và thùy thái dương (12.5%). Vị trí tiểu não và thân não ít gặp.

**3.2.4. Mức độ di lệch cấu trúc đường giữa.** Những bệnh nhân không di lệch cấu trúc đường giữa là chủ yếu với 20/32 BN chiếm 62.5%. Và trong số những bệnh nhân có di lệch cấu trúc đường giữa thì mức độ di lệch < 5mm chiếm tỷ lệ cao hơn với 5/32 BN (15.625%).

### 3.2.5. Tràn máu não thất

**Bảng 3.4. Tràn máu não thất**

| Tràn máu não thất       | Tần số (n) | Tỷ lệ % |
|-------------------------|------------|---------|
| Không tràn máu não thất | 22         | 68.75   |
| Có tràn máu não thất    | 10         | 31.25   |

**Nhận xét:** Chủ yếu là các bệnh nhân không có tràn máu não thất 22/32 BN (68.75%).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về một số đặc điểm chung.** Trường hợp xuất huyết não trẻ nhất là 41 tuổi và già nhất là 100 tuổi. Độ tuổi hay gặp xuất huyết não là 51-80 chiếm 62.5%. Theo nghiên cứu của tác giả Adams HP Jr [3] độ tuổi từ 50- 70 chiếm 47,5%. Adams RJ, [2] tổng kết, những bệnh nhân xuất huyết có độ tuổi > 50 chiếm 79,6 - 89,48%. Và theo Chaturvedi S [7], độ tuổi từ 50 – 70 tuổi chiếm 47,5%. Như vậy, tỷ lệ của chúng tôi nhìn chung là phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước. Qua các nghiên cứu thì chúng tôi thấy: Ở những người có độ tuổi > 50 sau khi đột quỵ cần lưu tâm đến khả năng xuất huyết não của bệnh nhân. Về giới, tỷ lệ nam mắc

chiếm nhiều hơn nữ và chiếm 68.75%. Tỷ lệ của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Aguilar MI [4], nam chiếm 55.5% nhiều hơn nữ. Nhưng theo Chaturvedi S [7], nữ chiếm 58.9%. Như vậy, quan điểm xuất huyết não nếu xét về giới chưa có sự chênh lệch nhiều.

#### **4.2. Đặc điểm hình ảnh xuất huyết não trên phim chụp CLVT:**

**4.2.1. Số lượng ổ xuất huyết:** Số bệnh nhân có 1 ổ xuất huyết là chủ yếu, chiếm 66%. Và đa ổ xuất huyết là 34%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Aguilar MI [4] thì tỷ lệ bệnh nhân đa ổ xuất huyết là 2.6%. Albers GW [5] là 4.44%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên. Có thể điều này là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

**4.2.2. Kích thước ổ xuất huyết:** Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước ổ xuất huyết < 3cm có tỷ lệ cao hơn hẳn với 19/32 BN chiếm 59.375%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Chaturvedi S [7], kích thước ổ xuất huyết < 3cm là 10%, 3 – 5cm 60%, > 5 cm 30%. Nghiên cứu của tác giả Adams HP Jr [3] lại cho thấy kích thước < 3cm là 56.7%, 3 – 5cm là 35.5% và > 5cm là 8.2%. Tỷ lệ của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả. Chúng tôi nhận định rằng ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện cấp cứu nhanh hơn, tốt hơn, chỉ định chụp CLVT rộng rãi hơn. Do vậy, phát hiện được nhiều bệnh nhân xuất huyết não giai đoạn sớm, với kích thước ổ xuất huyết ban đầu còn nhỏ < 3cm.

**4.2.3. Vị trí ổ xuất huyết:** Vị trí ổ xuất huyết thường gặp nhất ở vùng nhân xám trung ương (37.5%) và ở các thùy não (31.25%) mà nhiều hơn là thùy trán 15.625% và thùy thái dương (12.5%), ít có bệnh nhân nào xuất huyết vùng tiểu não và thân não. Xuất huyết ở nhiều vị trí chiếm 21.875%. So sánh với kết quả của các tác giả khác: Adams HP Jr [3] Nhân xám trung ương (47.1%), thùy não (41.9%), thân não (7%), tiểu não (4%), nhiều vị trí (0%). Aguilar MI [4] các vị trí lần lượt có các tỷ lệ: 38.2%, 40.2%, 5.15%, 4%, 2.65%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả của các tác giả. Tuy nhiên, tỷ lệ xuất huyết ở nhiều vị trí của chúng tôi chiếm 23.33%, lớn hơn rất nhiều so với kết quả của tác giả Chaturvedi S [7]. Đây có thể do tính ngẫu nhiên trong nghiên cứu. Như vậy, theo chúng tôi nhận định: các vị trí thùy não và nhân xám trung ương là những vị trí rất dễ xảy ra xuất huyết não. Các vị trí của ổ xuất

huyết trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở các vị trí gần với hệ thống não thất, đây là điều kiện thuận lợi để máu có thể thấm hoặc tràn vào hệ thống não thất.

**4.2.4. Di lệch cấu trúc đường giữa:** Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết não có di lệch cấu trúc đường giữa là 37.5%. Trong đó những bệnh nhân có độ di lệch nhẹ < 5mm và vừa 5-10mm là chủ yếu, lần lượt chiếm tỷ lệ 15.625% và 12.5%, mức nặng > 10mm là 9.375%.

Còn theo tác giả Amarenco P, [6] nghiên cứu: Di lệch độ 1 là 17,36%, độ 2 là 4,2% và độ 3 là 4,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung phù hợp với tác giả Adams HP Jr [3]. Với nghiên cứu của Amarenco P [6] thì có sự khác biệt rõ ràng. Điều này có thể do tính ngẫu nhiên trong nghiên cứu. Như vậy, chúng tôi nhận định: xuất huyết não ít gây đè đẩy làm di lệch cấu trúc đường giữa, nếu có di lệch thì ở mức độ nhẹ và vừa là chủ yếu. Hoặc do những bệnh nhân của chúng tôi tiến hành nghiên cứu có thể trạng tốt, phát hiện sớm, kịp thời điều trị nên hạn chế mức độ chảy máu và phù não. Do đó ít gây ra tình trạng di lệch cấu trúc đường giữa.

**4.2.5. Tràn máu não thất:** Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân, chúng tôi thấy khá ít bệnh nhân có hình ảnh tràn máu não thất, chỉ chiếm 31.25%. Còn chủ yếu là không có tràn máu não thất. Kết quả nghiên cứu của Amarenco P, [6] có 34,53% là tràn máu não thất. Theo nghiên cứu của Aguilar MI [4] tổng kết có 55,6% xuất huyết não thất. Chúng tôi thấy rằng tình trạng xuất huyết não ít gây ra tràn máu não thất hoặc do cỡ mẫu chúng tôi tiến hành nghiên cứu chưa đủ lớn để phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả nên tỷ lệ phần trăm bệnh nhân tràn máu não thất do xuất huyết của chúng tôi khá ít. Ngoài ra, theo nhận định của chúng tôi cho rằng sự hiện diện của máu trong não thất 3 và não thất 4 sẽ kích thích vùng thân não và chèn ép vào hệ thống lưới ở vùng thân não làm cho bệnh nhân hôn mê sâu. Mặt khác vùng thân não là trung tâm thần kinh thực vật, trung tâm hô hấp và tuần hoàn mà sự hiện diện của máu trong não thất 3 và não thất 4 dễ làm cho bệnh nhân rối loạn thần kinh thực vật hoặc ngừng tim, ngừng thở và dẫn tới tử vong [7]. Vì vậy mà các trường hợp tràn máu não thất III và IV được chuyển kịp thời lên bệnh viện tuyến trung ương để kịp xử trí.

## **V. KẾT LUẬN**

**Đặc điểm của đôi tượng nghiên cứu:** Xuất huyết não hay gặp ở nam giới với tần suất xuất hiện cao hơn chiếm tỉ lệ 68.75%. Xuất huyết não thường gặp ở độ tuổi trên 50 tuổi (84.35%).

**Đặc điểm hình ảnh xuất huyết não trên phim chụp CLVT:** Chủ yếu là những bệnh nhân chỉ có 1 ổ xuất huyết với tỉ lệ 65.625%. Xuất huyết 2 hoặc 3 ổ đều chiếm tỉ lệ nhỏ là 15.625% và xuất huyết trên 3 ổ chỉ có 1 bệnh nhân (3.125%). Kích thước ổ xuất huyết hay gặp nhất là nhỏ hơn 3cm với 59.375%, tiếp theo lần lượt là từ 3cm đến dưới 5cm với 21.875%, từ 5cm đến dưới 7cm và lớn hơn 7cm đều là 9.375%. Vị trí ổ xuất huyết: hay gặp xuất huyết não nhất ở vùng nhân xám trung ương và thùy não: vùng nhân xám trung ương 37.5%, thùy não 31.25%. Trong xuất huyết ở thùy não thường hay gặp ở thùy trán 15.625% và thùy thái dương 12.5%. Những vị trí còn lại ít gặp xuất huyết như: tiểu não 6.25%, thân não 3.125%. Cũng có nhiều bệnh nhân xuất huyết ở 2 vị trí trở lên, chiếm 21.875%. Xuất huyết não thường ít gây di lệch cấu trúc đường giữa và tràn máu não thất. Đa số đều không gây di lệch cấu trúc đường giữa (62.5%), trong số các trường hợp có di lệch thì chủ yếu di lệch nhẹ <5mm (15.625%). Số trường hợp có tràn máu não thất cũng chỉ có 10/32 bệnh nhân (31.25%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adams HP Jr. Secondary prevention of atherothrombotic events after ischemic stroke. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(1):43-51.

2. Adams RJ, Albers G, Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke.* 2008 May;39(5):1647-52. Epub 2008 Mar 5.

3. Adams HP Jr, del Zoppo G, Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation.* 2007 May 22;115(20):e478-534.

4. Aguilar MI, Hart R, Oral anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no history of stroke or transient ischemic attacks. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD006186.

5. Albers GW, Amarenco P, American College of Chest Physicians. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* 2008 Jun;133(6 Suppl):630S-669S.

6. Amarenco P, Goldstein LB, Effects of intense low-density lipoprotein cholesterol reduction in patients with stroke or transient ischemic attack: the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial. *Stroke.* 2007 Dec;38(12):3198-204. Epub 2007 Oct 25.

7. Chaturvedi S, Bruno A, Carotid endarterectomy - an evidence-based review: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2005;65:794-801.

## ĐÁNH GIÁ QUY TRÌNH BẢO QUẢN LẠNH SÂU MÃNH XƯƠNG SỌ NGƯỜI TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

Bùi Thanh Thủy\*, Trần Chiến\*

*Từ khóa:* bảo quản lạnh sâu, mảnh xương sọ

### TÓM TẮT

Nghiên cứu quá trình bảo quản lạnh sâu 76 mảnh xương sọ của 55 bệnh nhân tại Bộ môn Mô - Phôi thai học, Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên. Kết quả cho thấy: Mảnh xương sạch, vô trùng, đảm bảo để ghép tự thân. Tuy nhiên, quy cách đóng gói, vận chuyển, thời gian xử lý bảo quản xương sau phẫu thuật cần phải thực hiện đúng.

\*Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên  
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thanh Thủy  
Email: thuyhptn@gmail.com  
Ngày nhận bài: 16.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2017  
Ngày duyệt bài: 4.12.2017

### SUMMARY

### EVALUATION OF THE DEEP TEMPERATURE CRYOPRESERVATION OF HUMAN SKULL IN THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

This study aims to evaluate the process of deep temperature cryopreservation of 76 pieces of skull are extracted from 55 patients. This technique was conducted in the laboratory of Histology and Embryology Department, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy. All fragments of bone were clean, sterile and met all requirements for autograft. Addition, proper packaging preservation procedures of should be to strictly the guideline.

**Keyword:** fragment skull, cryopreservation

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam hiện nay, nhu cầu tái thiết hộp sọ sau phẫu thuật can thiệp mở hộp sọ có xu hướng tăng, đặc biệt ở những bệnh nhân còn trẻ, đang trong độ tuổi lao động, vì sự tái tạo khuyết sọ không chỉ nhằm mục đích bảo vệ não, dự phòng và điều trị hội chứng khuyết sọ mà còn khôi phục thẩm mỹ, tạo cho bệnh nhân sự tự tin, dễ dàng hoà nhập cuộc sống.

Có nhiều loại vật liệu điều trị khuyết sọ, ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, các bác sĩ lâm sàng thường ưu tiên lựa chọn ghép tự thân mảnh xương sọ do có những ưu điểm: sẵn có, độ cong phù hợp với hình thái khuyết tổn nhất, tránh được sự thải loại mảnh ghép và sự lây nhiễm các bệnh, bệnh nhân không phải chịu nhiều vết mổ [1],[2],[3],[4]; Tuy nhiên, để ghép lại được mảnh xương còn phụ thuộc việc bảo quản mảnh xương và tình trạng của bệnh nhân, phương pháp bảo quản hiện đang được nhiều nơi thực hiện là bảo quản lạnh sâu do phương pháp này không làm biến tính và hao mòn xương, có thể chủ động ghép lại mảnh xương, chi phí bảo quản hợp lý [5].

Từ 11/2016, Bộ môn Mô – Phôi thai học Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên đã triển khai ứng dụng quy trình bảo quản lạnh sâu mảnh xương sọ để phục vụ ghép tự thân để tạo thuận lợi cho bệnh nhân tại Thái Nguyên được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiết kiệm thời gian và chi phí. Để đánh giá việc thực hiện quy trình từ khi triển khai từ đó có những điều chỉnh quy trình phù hợp tình hình thực tế tại Thái Nguyên, nâng cao chất lượng bảo quản mô, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm mảnh xương sọ người trước và sau xử lý bảo quản lạnh sâu*
2. *Nhận xét các yếu tố ảnh hưởng đến quy trình bảo quản lạnh sâu mảnh xương sọ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng:** Gồm 76 mảnh xương sọ của 55 bệnh nhân của khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được gửi bảo quản lạnh sâu tại Bộ môn Mô – Phôi thai học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên để ghép tự thân.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả.
- *Cỡ mẫu:* thuận tiện theo chủ đích.
- *Quy trình bảo quản:* trên cơ sở quy trình của Trung tâm công nghệ Mô, Bộ môn Mô – Phôi thai học, Trường Đại học Y Hà Nội [5], [6]

### - Chỉ tiêu nghiên cứu

+ Một số đặc điểm về bệnh nhân: tuổi, giới, địa chỉ, nguyên nhân phẫu thuật.

+ Đặc điểm đại thể mảnh xương sọ trước và sau xử lý bảo quản và các yếu tố ảnh hưởng quy trình bảo quản:

✓ Thời gian từ khi lấy xương đến khi xử lý bảo quản

✓ Quy cách đóng gói, vận chuyển

✓ Số mảnh xương.

✓ Kích thước mảnh xương bảo quản

✓ Yếu tố vô khuẩn.

**3. Địa điểm nghiên cứu:** Bộ môn Mô – Phôi thai học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

**4. Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng các thuật toán thống kê y học.

**5. Đạo đức trong nghiên cứu:** được đảm bảo theo quy định, các số liệu thu thập được từ kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không nhằm mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm của các bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 1. Phân bố tuổi của bệnh nhân nghiên cứu**

| Độ tuổi   | Dưới 18 | 18-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | Trên 60 | Tổng |
|-----------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|------|
| n         | 3       | 8     | 7     | 14    | 15    | 8       | 55   |
| Tỷ lệ (%) | 5,45    | 14,55 | 12,73 | 25,45 | 27,27 | 14,55   | 100  |

**Nhận xét:** Trong số 55 bệnh nhân được bảo quản lạnh sâu mảnh xương sọ, độ tuổi gặp ít nhất là dưới 18 tuổi chiếm 5,45%, ở nhóm trong độ tuổi lao động 18-60 có tỷ lệ gặp cao nhất (80%), độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 14,55%.

**Bảng 2. Giới tính**

| Giới | n  | Tỷ lệ (%) |
|------|----|-----------|
| Nam  | 42 | 76,36     |
| Nữ   | 13 | 23,64     |
| Tổng | 55 | 100       |

**Nhận xét:** Nam gặp nhiều hơn gấp 3 lần so với nữ (3,1nam/1nữ).

**Bảng 3. Địa chỉ bệnh nhân**

| Địa chỉ     | n  | Tỷ lệ (%) |
|-------------|----|-----------|
| Thái Nguyên | 45 | 81,82     |
| Bắc Kạn     | 5  | 9,09      |
| Lạng Sơn    | 4  | 7,27      |
| Bắc Giang   | 1  | 1,82      |
| Tổng        | 55 | 100       |

**Nhận xét:** Bệnh nhân của tỉnh Thái Nguyên chiếm tỷ lệ 81,82%.

**Bảng 4. Nguyên nhân phẫu thuật lấy mảnh xương**

| Lý do | n | Tỷ lệ (%) |
|-------|---|-----------|
|-------|---|-----------|

|             |           |            |
|-------------|-----------|------------|
| TNGT        | 28        | 50,91      |
| TNSH        | 05        | 9,09       |
| TNLD        | 07        | 12,73      |
| TBMN, u não | 15        | 27,27      |
| <b>Tổng</b> | <b>55</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Số bệnh nhân mở hộp sọ do bị TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất 50,91%, ngoài ra lượng bệnh nhân có mở hộp sọ do bệnh lý cũng chiếm 27,27%.

### 3.2. Đặc điểm đại thể mảnh xương sọ trước và sau xử lý bảo quản; các yếu tố khác ảnh hưởng quy trình bảo quản

Về đại thể, các mảnh xương có thể là một mảnh, có thể nhiều mảnh, kích thước khác nhau. Trước khi xử lý để bảo quản, có những mảnh xương ở mặt ngoài có cân, cơ và máu tụ, mặt trong bám dính máu tụ (ảnh 1). Sau xử lý, mảnh xương sạch, không còn hình ảnh cân, cơ, máu tụ ở mặt ngoài cũng như mặt trong (ảnh 2).



**Ảnh 1: Mảnh xương trước xử lý**



**Ảnh 2: Mảnh xương sau xử lý**

**Bảng 5. Đặc điểm mảnh xương sọ**

| Đặc điểm cân, cơ, máu tụ | Trước bảo quản |       | Sau bảo quản |       |
|--------------------------|----------------|-------|--------------|-------|
|                          | Có             | Không | Có           | Không |
| <b>n</b>                 | 41/55          | 14/55 | 0            | 55/55 |
| <b>Tỷ lệ (%)</b>         | 74,55          | 25,45 | 0            | 100%  |

**Nhận xét:** Trước bảo quản, số bệnh nhân mảnh xương có cân cơ, máu tụ chiếm 74,55%. Sau bảo quản, 100% các mảnh xương không có cân, cơ, máu tụ.

**Bảng 6. Thời gian từ khi lấy xương đến khi xử lý, bảo quản**

| Thời gian    | <b>n</b> | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|--------------|----------|------------------|
| ≤5 ngày      | 29       | 52,73            |
| 6-15 ngày    | 18       | 32,73            |
| 16-30 ngày   | 4        | 7,27             |
| Trên 30 ngày | 4        | 7,27             |

|             |           |            |
|-------------|-----------|------------|
| <b>Tổng</b> | <b>55</b> | <b>100</b> |
|-------------|-----------|------------|

**Nhận xét:** Thời gian gửi xương và xử lý trên 5 ngày chiếm tỷ lệ 47,27%, trong đó cá biệt có trường hợp 80 ngày.

**Bảng 7. Quy cách đóng gói, vận chuyển**

| Quy cách đóng gói, vận chuyển       | <b>n</b>  | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|-------------------------------------|-----------|------------------|
| Sử dụng túi vô trùng, bảo quản lạnh | 43        | 78,18            |
| Không đúng                          | 12        | 21,82            |
| <b>Tổng</b>                         | <b>55</b> | <b>100</b>       |

**Nhận xét:** Đa số các bác sĩ phẫu thuật và người nhà bệnh nhân thực hiện đúng hướng dẫn về việc đóng gói và vận chuyển mẫu xương gửi. Còn 21,82% chưa thực hiện đúng.

**Bảng 8. Số lượng mảnh xương/bệnh nhân**

| Số mảnh/bệnh nhân | <b>n</b>  | Số mảnh xương | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|-------------------|-----------|---------------|------------------|
| 1                 | 45        | 45            | 81,81            |
| 2                 | 5         | 10            | 9,09             |
| 3                 | 2         | 6             | 3,64             |
| 4                 | 1         | 4             | 1,82             |
| 5                 | 1         | 5             | 1,82             |
| 6                 | 1         | 6             | 1,82             |
| <b>Tổng</b>       | <b>55</b> | <b>76</b>     | <b>100</b>       |

**Nhận xét:** Tổng số 76 mảnh xương, số bệnh nhân có 01 mảnh xương chiếm 81,81%, bệnh nhân có nhiều mảnh xương chiếm tỷ lệ thấp, số mảnh nhiều nhất của một bệnh nhân là 6 mảnh.

**Bảng 10. Kích thước mảnh xương sọ**

| Kích thước mảnh xương    | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
|--------------------------|-----------|------------|
| dưới 70cm <sup>2</sup>   | 38        | 50,00      |
| 70 - 120cm <sup>2</sup>  | 23        | 30,26      |
| Trên 120 cm <sup>2</sup> | 15        | 19,74      |
| <b>Tổng</b>              | <b>76</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Các mảnh xương sọ bảo quản kích thước dưới 70 cm<sup>2</sup> chiếm 50%, các mảnh xương kích thước 70-120 cm<sup>2</sup> là 30,26%, mảnh xương lớn trên 120 cm<sup>2</sup> chiếm 19,74%.

**Bảng 11. Kết quả cấy khuẩn mảnh xương sọ trước và sau cấy khuẩn**

| Kết quả cấy khuẩn | Trước bảo quản |         | Sau bảo quản |         |
|-------------------|----------------|---------|--------------|---------|
|                   | Dương tính     | Âm tính | Dương tính   | Âm tính |
| <b>n</b>          | 9/55           | 46/55   | 0            | 55/55   |
| <b>Tỷ lệ (%)</b>  | 16,36          | 83,64   | 0            | 100     |

Sau xử lý, bảo quản mảnh xương sọ, kết quả cấy khuẩn 100% âm tính.

## IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả ở bảng 1 đến bảng 4 cho thấy, bệnh nhân bị phẫu thuật mở hộp sọ có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào, nhưng trong độ tuổi từ 18 - 60 thường chiếm tỷ lệ cao, nhóm dưới 18 tuổi ít gặp hơn (chiếm 5,45%), nhóm tuổi trên 60 cũng gặp với tỷ lệ 14,55%. Kết quả cho thấy sự phù

hợp vì nhóm tuổi 18-60 là nhóm trong độ tuổi lao động, học tập, tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội nhưng có thể việc nhận thức và thực hiện chấp hành luật giao thông còn bị coi nhẹ nên dễ bị chấn thương sọ não do tai nạn giao thông (chiếm 50,91%), bên cạnh đó nhóm tuổi cao trên 60 cũng cao vì đây là những bệnh nhân tai biến mạch máu não, phương pháp phẫu thuật giải áp hiện nay được áp dụng để điều trị nên tỷ lệ gửi xương để bảo quản ở nhóm này cũng tăng đáng kể. Trong số các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu này có 42 nam (76,36%) và 13 nữ (23,64%). Sự phân bố ở nam nhiều gấp 3 lần so với nữ và tương tự của tác giả Nguyễn Công Tô [7].

Theo kết quả bảng 5, trước khi xử lý, bảo quản, có 74,55% bệnh nhân về mặt đại thể mảnh xương có các tổ chức mô mềm, mô tổn thương bám dính, nhưng sau xử lý, bảo quản lạnh sâu có 100% mảnh xương không còn cân cơ, máu tụ, chứng tỏ việc thực hiện quy trình xử lý tốt, do đó góp phần giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.

Nghiên cứu kết quả về việc thực hiện quy cách đóng gói và vận chuyển mẫu xương, chúng tôi thấy còn 21,82% chưa thực hiện đúng, đồng thời nghiên cứu này cũng cho thấy bệnh nhân thường gửi xương rất muộn so với quy định [5], thời gian từ khi phẫu thuật lấy xương đến khi xử lý bảo quản xương thậm chí bị kéo dài 1-3 tháng (7,27%). Điều này có thể ảnh hưởng đến chất lượng mô xương hoặc quá trình liền xương, mặc dù quy trình xử lý, bảo quản xương vẫn bình thường.

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi về số lượng và kích thước các mảnh xương sọ cho thấy: đa số mảnh xương có kích thước dưới 70 cm<sup>2</sup> chiếm tỷ lệ 50%, trong đó có những trường hợp nhiều mảnh xương. 45 bệnh nhân có 01 mảnh xương chiếm tỷ lệ 81,82%, các mảnh xương kích thước lớn trên 120cm<sup>2</sup> chiếm 19,74%. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ 23,1% trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Tô và cộng sự khi nghiên cứu tại bệnh viện Saint – Paul [7]. Tuy chưa thống kê cụ thể thời gian xử lý, bảo quản nhưng chúng tôi cũng nhận thấy việc xử lý thường

khó khăn hơn ở các trường hợp nhiều mảnh nhỏ hoặc 01 mảnh lớn có nhiều cân cơ, máu tụ.

Tương tự kết quả nghiên cứu của Quách Thị Yến, Ngô Duy Thìn (2012) [6], trong nghiên cứu của chúng tôi sau khi xử lý, bảo quản 100% các mảnh xương sọ của bệnh nhân khi cấy khuẩn đều âm tính (bảng 11). Điều này chứng tỏ quy trình tại Bộ môn Mô - Phôi thai học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên đảm bảo vô trùng, đáp ứng được yêu cầu để phục vụ ghép tự thân.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 76 mảnh xương sọ của 55 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên gửi bảo quản lạnh sâu, chúng tôi có kết luận sau: Mảnh xương sạch, vô trùng, đảm bảo để ghép tự thân. Tuy nhiên, quy cách đóng gói, vận chuyển cần được thực hiện đúng và nên sớm xử lý bảo quản xương sau phẫu thuật để đảm bảo chất lượng mô xương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Spetzer U, Vougioukas V, Schipper J (2010).** Materials and techniques for osseous skull reconstruction, *Minim Invasive Ther Allied Technol*, Apr; 19(2): 110-121.
2. **Aydin S, Kucukyuruk B, Abuzayed B et al (2011).** Cranioplasty: Review of materials and techniques, *J Neurosci Rural Pract*, Jul – Dec; 2(2): 162 – 167.
3. **Rogers GF, Greene AK (2012).** Autogenous bone graft; basic science and clinical implications, *J Craniofac Surg*, Jan; 23(1): 323-7.
4. **Prickett KK, Wise SK (2013).** Grafting materials in skull base reconstruction, *Adv Otorhinolaryngol*, 74:24-32.
5. **AATB (2008), Standards for Tissue Banking**, American Association of Tissue banks, Virginia.
6. **Quách Thị Yến, Ngô Duy Thìn (2012).** Đặc điểm hình thái các mảnh xương sọ bảo quản lạnh sâu tại labo bảo quản mô ĐHY HN từ 2002 đến 2010 – liên quan giữa tình trạng mảnh xương và khả năng nhiễm khuẩn. *Tạp chí NCYH – 80 PT- số 3C*, trang 228-233.
7. **Nguyễn Công Tô, Nguyễn Đình Hưng, Quách Văn Kiên (2009), "Phẫu thuật tạo hình khuyết vòm sọ lớn sau mổ giải phóng chèn ép não do chấn thương bằng xương sọ tự thân bảo quản lạnh sâu"**, *Tạp chí Y học thực hành*, 686, số 11, trang 43- 47.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Long Nghĩa\*, Đặng Triệu Hùng\*

### TÓM TẮT

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa  
Email: nghia.lelong@gmail.com

Bệnh vùng quanh răng bao gồm các bệnh lợi và các bệnh viêm quanh răng, trong đó viêm quanh răng mạn tính là bệnh thường gặp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm quanh răng mạn tính tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội. **Đối tượng:** 52 bệnh nhân viêm quanh răng mạn tính. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** độ sâu túi quanh răng trung bình là  $4,51 \pm 0,89$ , mất bám dính quanh răng trung bình là  $4,42 \pm 1,36$ , chỉ số lợi viêm trung bình là  $1,63 \pm 0,21$ . **Kết luận:** độ sâu túi quanh răng, mất bám dính quanh răng tăng theo tuổi, chỉ số lợi viêm GI tăng dần theo tuổi. Hình thái tiêu xương chủ yếu là tiêu xương ngang

**Từ khóa:** viêm quanh răng mạn tính

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF CHRONIC PERIODONTITIS AT SCHOOL OF ODONTO-STOMATOLOGY HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

Periodontal diseases consist of gum disease and periodontitis, in which chronic periodontitis is a common disease. **Objective:** Describe clinical and para-clinical features of chronic periodontitis at School of Odonto-stomatology, Hanoi Medical University. **Subjects:** 52 patients with chronic periodontitis. **Method:** descriptive cross-sectional study. **Results:** average probing depth was  $4.51 \pm 0.89$ ; average loss of attachment was  $4.42 \pm 1.36$ , average gingival index was  $1.63 \pm 0.21$ . Conclusions: probing depth, loss of attachment, gingival index increase with age. Horizontal bone loss is more common.

**Key word:** chronic periodontitis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vùng quanh răng là một trong những bệnh phổ biến trong các bệnh răng hàm mặt. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, mọi quốc gia trên thế giới, chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng và mang tính chất xã hội. Bệnh không chỉ gây tổn thương tại chỗ mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân và thẩm mỹ của bệnh nhân. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng bệnh viêm quanh răng mạn tính làm tăng nguy cơ phát triển ung thư [1].

Theo báo cáo của trung tâm kiểm soát và dự phòng bệnh Hoa Kỳ năm 2009-2010 có 47,2% người lớn trên 30 tuổi bị bệnh vùng quanh răng, 70,1% người lớn trên 65 tuổi bị bệnh quanh răng, bệnh tăng theo tuổi [2]. Tại Việt Nam theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc của Trần Văn Trường và cộng sự năm 2001 tỷ lệ người viêm lợi và viêm quanh răng lên tới 90% trong đó tỷ lệ người bị viêm quanh răng ở lứa tuổi 35-44 là 36,4%, ở lứa tuổi 45 trở lên là 46,2% [5].

Hiện nay người ta coi bệnh viêm quanh răng là một bệnh nhiễm khuẩn vì có liên quan chặt chẽ với vi khuẩn trong mảng bám răng. Vi khuẩn gây bệnh viêm quanh răng rất đa dạng chủ yếu là vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn yếm khí [6]. Để điều trị bệnh quanh răng cần phải thay đổi hoặc loại bỏ vi khuẩn gây bệnh. Vì những lý do trên tôi quyết định thực hiện nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm quanh răng mạn tính tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội*" với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm quanh răng mạn tính tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Là những bệnh nhân có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán là viêm quanh răng mạn tính theo phân loại của Hội nghị quốc tế về phân loại bệnh quanh răng năm 1999 với đặc điểm:

- Có túi quanh răng sâu  $>3\text{mm}$ ,  $<7\text{mm}$
- Có hình ảnh tiêu xương ổ răng trên phim Xquang.
- Không sử dụng kháng sinh hoặc nước súc miệng kháng khuẩn trong 3 tháng gần đây.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân đang giai đoạn tiến triển: Bệnh tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, ung thư...
- Đã được điều trị bệnh quanh răng bằng phương pháp phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Thời gian và địa điểm nghiên cứu

**Thời gian:** Từ tháng 10/2016 đến tháng 12/2016

**Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm điều trị Kỹ thuật cao Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội

### Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cách chọn mẫu: thuận tiện

Cỡ mẫu: 52 bệnh nhân

**Các chỉ số nghiên cứu:** Chỉ số chiều sâu túi lợi. Chỉ số mất bám dính lâm sàng. Chỉ số lợi viêm GI theo Loe và Silness năm 1963. Hình thái tiêu xương ổ răng.

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2017

Ngày duyệt bài: 7.12.2017

**Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch, nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1. Bộ nhập liệu được thiết kế với tập check để không chế các sai số. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài được tiến hành nghiên cứu tại các cơ sở có uy tín.

- Kết quả của nghiên cứu góp phần nghiên cứu tình hình bệnh.

- BN được quyền rút khỏi nghiên cứu với bất cứ lý do nào.

- Các thông tin của người bệnh được chúng tôi giữ bí mật và cam đoan chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu để nâng cao sức khỏe cho người bệnh.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Độ sâu túi quanh răng**

| Nhóm tuổi   | n         | %          | Độ sâu túi quanh răng |
|-------------|-----------|------------|-----------------------|
| 18 - 34     | 22        | 42,3       | 4,19 ± 0,66           |
| 35 - 59     | 26        | 50,0       | 4,6 ± 0,93            |
| ≥ 60        | 4         | 7,7        | 4,91 ± 1,0            |
| <b>Cộng</b> | <b>52</b> | <b>100</b> | <b>4,51 ± 0,89</b>    |

Độ sâu túi quanh răng khác nhau giữa các nhóm tuổi, tuổi càng cao thì độ sâu túi càng lớn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (T test).

**Bảng 2. Mức mất bám dính quanh răng**

| Nhóm tuổi   | n         | %          | Mất bám dính       |
|-------------|-----------|------------|--------------------|
| 18 - 34     | 22        | 42,3       | 3,63 ± 0,98        |
| 35 - 59     | 26        | 50,0       | 4,73 ± 1,41        |
| ≥ 60        | 4         | 7,7        | 5,21 ± 1,11        |
| <b>Cộng</b> | <b>52</b> | <b>100</b> | <b>4,42 ± 1,36</b> |

Trung bình mức mất bám dính quanh răng khác nhau giữa các nhóm tuổi. Ở nhóm tuổi càng lớn càng mất bám dính nhiều. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (T test).

**Bảng 3. Chỉ số lợi viêm GI**

| Nhóm tuổi   | n         | %          | GI                 |
|-------------|-----------|------------|--------------------|
| 18 - 34     | 22        | 42,3       | 1,59 ± 0,24        |
| 35 - 59     | 26        | 50,0       | 1,66 ± 0,16        |
| ≥ 60        | 4         | 7,7        | 1,7 ± 0,29         |
| <b>Cộng</b> | <b>52</b> | <b>100</b> | <b>1,63 ± 0,21</b> |

Không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với  $p > 0,05$  (T test). Chủ yếu lợi viêm ở mức độ trung bình với chỉ số GI trung bình là  $1,63 \pm 0,21$ .

**Bảng 4. Hình thái tiêu xương ổ răng**

| Loại tiêu xương | n           | %          |
|-----------------|-------------|------------|
| Ngang           | 976         | 90,3       |
| Chéo            | 8           | 0,7        |
| Ngang và chéo   | 97          | 9          |
| <b>Tổng</b>     | <b>1081</b> | <b>100</b> |

Có 90,3% số răng đều có tiêu xương ngang, số răng tiêu chéo đơn thuần rất ít, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$  ( $\chi^2$ ).

### IV. BÀN LUẬN

**Độ sâu túi quanh răng:** Kết quả ở bảng 1 cho thấy độ sâu trung bình túi quanh răng tăng dần theo lứa tuổi, tuổi càng cao thì độ sâu túi càng sâu. Sự khác biệt về độ sâu túi giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2009) cũng cho kết quả là có sự khác biệt về độ sâu túi quanh răng giữa các nhóm tuổi, nhưng độ sâu trung bình thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, độ sâu túi quanh răng trung bình là  $3,23 \pm 1,09$ mm. Độ sâu túi trước điều trị nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Matthias Kreisler và cộng sự (2005) áp dụng Laser diode phối hợp với điều trị thông thường cho 246 túi quanh răng có độ sâu trung bình là  $4,2 \pm 1,1$ mm ở nhóm thử nghiệm, và  $4,3 \pm 1,2$ mm ở nhóm chứng. Độ sâu túi trung bình của chúng tôi nhỏ hơn nhóm nghiên cứu của Trần Thị Nga Liên (2016) là  $5,1 \pm 0,4$ mm có thể do đối tượng tác giả chọn tham gia nghiên cứu là  $\geq 4$ mm, còn của chúng tôi là  $> 3$ mm và  $< 7$ mm.

**Độ mất bám dính lâm sàng:** Kết quả ở bảng 2 cho thấy trung bình độ mất bám dính ở lứa tuổi càng lớn thì càng cao cũng tương tự như độ sâu túi lợi bệnh lý tăng dần theo lứa tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trung bình mức mất bám dính trong nghiên cứu của chúng tôi là  $4,52 \pm 0,86$ mm. Tác giả Nguyễn Thị Hạnh (2009) cũng cho kết quả tương tự là sự khác biệt về mức độ mất bám dính ở các lứa tuổi, tuổi càng cao thì mức độ mất bám dính càng lớn nhưng giá trị trung bình thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi ( $3,93 \pm 1,7$ mm) có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả này có nhiều bệnh nhân bị viêm quanh răng ở mức độ nhẹ nên mức độ mất bám dính thấp hơn kết quả của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như của nghiên cứu của Trần Thị Nga Liên (2016) với trung bình mất bám dính của nhóm chứng và nhóm thử nghiệm là  $4,4 \pm 1,0$ mm và có sự khác biệt về mất bám dính.

**Chỉ số lợi viêm:** Bảng 3 cho thấy chỉ số GI chủ yếu ở mức độ trung bình với chỉ số lợi là  $1,63 \pm 0,21$  và không có sự khác nhau giữa các nhóm tuổi. Nghiên cứu của tác giả Crispino (2015) nghiên cứu ở nhóm đối tượng trưởng thành trên những bệnh nhân bị viêm quanh răng mãn tính từ nhẹ đến trung bình có giá trị là 1,6



và 1,5 ở 2 nhóm, tương tự như của chúng tôi.

**Tổn thương xương ổ răng:** Hình ảnh tiêu xương ổ răng trên phim xquang cho phép đánh giá tương đối lượng xương bị tiêu và dạng tiêu xương. Tại vùng răng của chúng tôi nghiên cứu chủ yếu là tiêu xương ngang. Đây cũng là hình thái tiêu xương thường gặp nhất đặc biệt trong thể viêm quanh răng mạn tính. Hình thái tiêu xương ngang là 90,3% ,tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Minh (2010) trên nhóm bị viêm quanh răng mức độ vừa là 83,7% hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thủy (2004) với tỷ lệ tiêu xương ngang là 71,9%.

#### V. KẾT LUẬN

- Độ sâu túi quanh răng tăng theo tuổi, độ sâu túi quanh răng trung bình là  $4,51 \pm 0,89$ .
- Mức mất bám dính quanh răng tăng theo tuổi, mất bám dính quanh răng trung bình là  $4,42 \pm 1,36$ .
- Chỉ số lợi viêm GI tăng dần theo tuổi, chỉ số lợi viêm trung bình là  $1,63 \pm 0,21$ .
- Hình thái tiêu xương chủ yếu là tiêu xương ngang

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rajesh K S, Thomas D, Hegde S, Kumar MA (2013).** Poor periodontal health: A cancer risk ?, J Indian Soc Periodontol, 17(6), 706–710.
2. **Eke PI, Dye B, Wei L, Thornton-Evans G, Genco R. (2012).** Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: 2009 and 2010, J Dent Res, 91(10), 914-920.
3. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải,** A John Spencer, Kaye Roberts Thomson (2001). Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 69-75.
4. **Nguyễn Thị Hạnh (2009).** Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh răng bằng phương pháp bảo tồn sử dụng gel Metrogyl Denta, luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Kreisler M, Al Haj H, d'Hoedt B (2005).** Clinical efficacy of semiconductor laser application as an adjunct to conventional scaling and root planing. Lasers Surg Med, 37(5), 350-355.
6. **Trần Thị Nga Liên (2016).** Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh răng mạn tính bằng phương pháp laser diode, luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Crispino A, Figliuzzi MM, Iovane C, et al (2015).** Effectiveness of a diode laser in addition to non-surgical periodontal therapy: Study of intervention. Stomatol (Roma), 18, 6(1), 15-20.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BÀI TẬP DUỖI MCKENZIE KẾT HỢP VẬT LÝ TRỊ LIỆU - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG

Vũ Thị Tâm\*, Nguyễn Phương Sinh\*

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp tiến hành trên 250 bệnh nhân bị hội chứng thắt lưng hông cho thấy: bệnh thường gặp ở người trên 50 tuổi, tỉ lệ nữ/nam 1,2, hưu trí chiếm 43,2%, thời gian mắc bệnh trước khi đến viện từ 3-6 tháng chiếm 40,8%. Sau 30 ngày điều trị triệu chứng đau giảm rõ rệt: mức đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao 64,4%, không đau chiếm 28,8%; Độ Lasseque: rất tốt và tốt là 84%; Độ giãn CSTL: mức độ rất tốt và tốt chiếm 82%, gia tăng ở tất cả các tầm của CSTL, chức năng SHHH được cải thiện mức độ rất tốt là 66%, kết quả điều trị tốt và rất tốt chiếm 74%.

**Từ khóa:** Hội chứng thắt lưng hông, bài tập duỗi McKenzie

#### SUMMARY

#### THE EFFECTS OF MCKENZIE'S STRETCH EXERCISE COMBINED PHYSIO-THERAPY ON THE PATIENTS WITH SCIATICA

The interventional study was conducted on 250 patients with sciatica. The results showed that: the disease was common in people over 50 years old; male/female ratio was 1.2; retired people accounted for 43.2%; Average duration of illness before admission was from 3 to 6 months, making up 40.8%. After treatment for 30 days, the symptoms of pain decreased markedly: the percentage of mild pain was very high, standing at 64.4%; out of pain accounted for 28.8%; Lasseque level: very good and good were 84%; Dilatation of lumbar spine: very good and good were 82%; All range of movement of the lumbar spine increased significantly; Activities of Daily living were improved: very good level was 66%; Treatment result good and very good were 74%.

**Key words:** Sciatica, McKenzie method

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thắt lưng hông do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên [1]. Nguyên nhân gây hội chứng thắt lưng hông thường gặp là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, chiếm khoảng 63-

\* Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên  
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Tâm  
Email: bstamphcn@gmail.com  
Ngày nhận bài: 25.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 28.11.2017  
Ngày duyệt bài: 6.12.2017

73% các trường hợp. Thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng có thể xảy ra ở nhiều vị trí trong đó 90-95% ở L4-L5 và L5-S1 [2]. Mặc dù hội chứng thắt lưng hông ít gây nguy hiểm đến tính mạng, tuy nhiên tình trạng này là một vấn đề y học rất thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến năng suất lao động sản xuất, đến chất lượng cuộc sống, và chi phí điều trị khá tốn kém [3]. Hiện nay với có rất nhiều phương pháp điều trị: điều trị nội khoa, điều trị phẫu thuật, điều trị đông y và điều trị vật lý trị liệu - phục hồi chức năng.. Bài tập duỗi McKenzie này đã được áp dụng điều trị hội chứng thắt lưng và được chứng minh là mang lại hiệu quả cao thông qua các cơ chế tái thiết lập sinh cơ học của cơ cạnh cột sống, tầm vận động của các khớp cột sống và giải phóng chèn ép thần kinh do đó giúp cải thiện chức năng vùng cột sống thắt lưng và phục hồi chức năng dây thần kinh hông to [4][5]. Những năm gần đây tại khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có số lượng bệnh nhân vào điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng các phương pháp vật lý trị liệu và vận động trị liệu ngày càng nhiều, song chưa có một nghiên cứu nào đề cập về vấn đề này, chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ 250 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là hội chứng thắt lưng hông nguyên nhân do thoái hóa và thoát vị đĩa đệm vào điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017. Tiến hành chọn bệnh nhân theo tiêu chí:

**1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thắt lưng hông có thời gian bị bệnh > 1 tuần. Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 20. Có hình ảnh X. Quang của thoái hóa điển hình (hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương cầu xương) hoặc có hình ảnh thoát vị

đĩa đệm L4-L5, L5-S1 có chèn ép rễ thần kinh ngang mức trên phim cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng không do thoái hóa và thoát vị đĩa đệm. Bệnh nhân bị TVĐĐ cần điều trị bằng phẫu thuật hoặc bị thoái hóa, loãng xương mức độ nặng. bệnh nhân bị vẹo cột sống cấu trúc. Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu, không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1. Phương pháp can thiệp:** Nghiên cứu can thiệp trước sau điều trị. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều được điều trị bằng các phương pháp vật lý hỗ trợ như: nhiệt, xoa bóp, điện thấp tần, Kéo giãn cột sống thắt lưng, bài tập duỗi McKenzie

## 2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tình trạng đau vùng thắt lưng và thần kinh hông to.
- Độ giãn cột sống.
- Đánh giá mức độ chèn ép rễ dây thần kinh hông to.
- Tầm vận động của CSTL.
- Các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

**2.3. Thời điểm đánh giá:** Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá tại 2 thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 30 ngày.

## Đánh giá kết quả:

| Mức độ              | Tổng số điểm | Chỉ số OSWESTRY(%) |
|---------------------|--------------|--------------------|
| Tốt (4 điểm)        | 0 – 4        | 0 – 20             |
| Khá (3 điểm)        | 5 – 8        | 21 – 40            |
| Trung bình (2 điểm) | 9 – 12       | 41 – 60            |
| Kém (1 điểm)        | > 12         | > 60               |

2.3.6. Đánh giá hiệu quả điều trị chung: Dựa vào tổng số điểm của 6 chỉ số đánh giá. Mỗi chỉ số có số điểm từ 1 đến 4 điểm, vậy 6 chỉ số có số điểm từ 6 đến 24 điểm. Cách phân loại: •Tốt: 22 – 24 điểm •Khá: 17 – 21 điểm •Trung bình: 12 – 16 điểm •Kém: 6 – 11 điểm.

**2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích theo chương trình SPSS 16.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

|      | Biến    | Số lượng | Tỉ lệ % |
|------|---------|----------|---------|
| Tuổi | 20 – 29 | 20       | 0,8     |
|      | 30 – 39 | 33       | 13,2    |
|      | 40 – 49 | 60       | 24      |
|      | 50 – 59 | 67       | 26,8    |
|      | ≥ 60    | 70       | 28      |

|                        |                              |     |      |
|------------------------|------------------------------|-----|------|
| Giới                   | Nam                          | 115 | 46   |
|                        | Nữ                           | 135 | 54   |
| Tình trạng nghề nghiệp | Nông dân                     | 26  | 10,4 |
|                        | Công nhân                    | 56  | 22,4 |
|                        | Trí thức                     | 45  | 18   |
|                        | Hưu trí                      | 108 | 43,2 |
|                        | Khác                         | 15  | 6    |
| Thời gian mắc bệnh     | < 1 th                       | 36  | 14,4 |
|                        | 1 - 3 th                     | 65  | 26   |
|                        | 3 - 6 th                     | 102 | 40,8 |
|                        | ≥ 6 th                       | 47  | 18,8 |
| Hoàn cảnh khởi phát    | Sau chấn thương              | 40  | 16   |
|                        | Lao động quá sức, sai tư thế | 65  | 26   |
|                        | Tự nhiên                     | 145 | 58   |
| Nguyên nhân            | Thoái hóa                    | 145 | 58   |
|                        | TVĐĐ                         | 57  | 22,8 |
|                        | Thoái hóa + TVĐĐ             | 48  | 19,2 |

**Nhận xét:** Trong 250 bệnh nhân nghiên cứu, lứa tuổi thường bị hội chứng thắt lưng hông nhất là lứa tuổi trên 40. Có 135 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 54% cao hơn so với số bệnh nhân nam là 115 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 46%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,17, bệnh nhân hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,2%, tiếp đến là đối tượng công nhân 22,4%, còn lại là các nhóm ngành nghề khác. Số bệnh nhân đến điều trị có thời gian mắc bệnh từ 3 – 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 40,8%. Có 145 đối tượng trong nghiên cứu khởi phát bệnh một cách tự nhiên, chiếm tỷ lệ cao nhất 58%.

### 3.2. Đánh giá hiệu quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông.

#### 3.2.1. Cải thiện về mức độ đau

**Bảng 2. Mức độ đau qua các thời điểm nghiên cứu**

| Mức độ      | Trước điều trị |              | Sau điều trị 30 ngày |              | p       |
|-------------|----------------|--------------|----------------------|--------------|---------|
|             | n              | %            | n                    | %            |         |
| Không đau   | 0              | 0,0          | 72                   | 28,8         | < 0,001 |
| Đau nhẹ     | 54             | 21,6         | 151                  | 60,4         |         |
| Đau vừa     | 168            | 67,2         | 22                   | 8,8          |         |
| Đau nặng    | 28             | 11,2         | 5                    | 2,00         |         |
| <b>Tổng</b> | <b>250</b>     | <b>100,0</b> | <b>250</b>           | <b>100,0</b> |         |

**Nhận xét:** Mức độ đau sau điều trị giảm rất rõ rệt: tỷ lệ đau nhẹ tăng lên 60,4%, không đau 28,8% và đau nặng 2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

#### 3.2.2. Cải thiện độ Lassègue

**Bảng 3. Độ Lassègue qua các thời điểm nghiên cứu**

| Mức độ      | Trước điều trị |              | Sau điều trị 30 ngày |              | p       |
|-------------|----------------|--------------|----------------------|--------------|---------|
|             | n              | %            | n                    | %            |         |
| Rất tốt     | 2              | 0,8          | 65                   | 26           | < 0,001 |
| Tốt         | 10             | 4            | 109                  | 58           |         |
| Trung bình  | 118            | 47,2         | 55                   | 22           |         |
| Kém         | 120            | 48           | 21                   | 8,4          |         |
| <b>Tổng</b> | <b>250</b>     | <b>100,0</b> | <b>250</b>           | <b>100,0</b> |         |

**Nhận xét:** Sau điều trị: độ lassègue ở mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ 26%, tốt là 58%.. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

#### 3.2.3. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)

**Bảng 4. Độ giãn CSTL qua các thời điểm nghiên cứu**

| Mức độ      | Trước điều trị |              | Sau điều trị 30 ngày |              | p       |
|-------------|----------------|--------------|----------------------|--------------|---------|
|             | n              | %            | n                    | %            |         |
| Rất tốt     | 1              | 0,4          | 70                   | 28           | < 0,001 |
| Tốt         | 18             | 7,2          | 135                  | 54           |         |
| Trung bình  | 135            | 54           | 39                   | 15,6         |         |
| Kém         | 96             | 38,4         | 6                    | 2,4          |         |
| <b>Tổng</b> | <b>250</b>     | <b>100,0</b> | <b>250</b>           | <b>100,0</b> |         |

**Nhận xét:** Sau điều trị cải thiện về độ giãn CSTL mức độ rất tốt 28%, mức độ tốt 54% chỉ còn 2,4% ở mức độ kém. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**3.2.4. Cải thiện tầm vận động gập, duỗi cột sống thắt lưng****Bảng 3.2.4.1. Tầm vận động CSTL trước và sau 30 ngày điều trị**

| Động tác | Mức độ                | Trước điều trị |       | Sau điều trị 30 ngày |       | p       |
|----------|-----------------------|----------------|-------|----------------------|-------|---------|
|          |                       | n              | %     | n                    | %     |         |
| Gập      | $\geq 70^\circ$       | 4              | 1,1   | 67                   | 26,80 | < 0,001 |
|          | $60^\circ - 70^\circ$ | 38             | 15,2  | 142                  | 56,80 |         |
|          | $40^\circ - 60^\circ$ | 110            | 44    | 34                   | 13,60 |         |
|          | $< 40^\circ$          | 98             | 39,2  | 7                    | 2,80  |         |
|          | <b>Tổng</b>           | 250            | 100   | 250                  | 100   |         |
| Duỗi     | Rất tốt               | 6              | 2,40  | 79                   | 31,60 | < 0,001 |
|          | Tốt                   | 42             | 16,80 | 135                  | 54,00 |         |
|          | Trung bình            | 114            | 45,60 | 28                   | 11,20 |         |
|          | Kém                   | 88             | 35,20 | 8                    | 3,20  |         |
|          | <b>Tổng</b>           | 250            | 100   | 250                  | 100   |         |

**Nhận xét:** Sau điều trị các tầm vận động của CSTL so với trước điều trị đều cải thiện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**3.2.5. Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày****Bảng 3.3.2. Cải thiện các chức năng SHHN sau 30 ngày điều trị**

| Mức độ      | Trước điều trị |              | Sau điều trị 30 ngày |              | p      |
|-------------|----------------|--------------|----------------------|--------------|--------|
|             | n              | %            | n                    | %            |        |
| Rất tốt     | 8              | 3,2          | 165                  | 66           | < 0,05 |
| Tốt         | 37             | 14,8         | 57                   | 22,8         |        |
| Trung bình  | 130            | 52           | 16                   | 6,4          |        |
| Kém         | 75             | 30           | 12                   | 4,8          |        |
| <b>Tổng</b> | <b>250</b>     | <b>100,0</b> | <b>250</b>           | <b>100,0</b> |        |

**Nhận xét:** Chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện rõ rệt: ở mức độ rất tốt là 66%, mức độ kém chỉ còn 4,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.3. Kết quả điều trị chung****Bảng 3.4.2. Kết quả điều trị chung sau 30 ngày điều trị**

| Mức độ      | Trước điều trị |            | Sau điều trị 30 ngày |            | p      |
|-------------|----------------|------------|----------------------|------------|--------|
|             | n              | %          | n                    | %          |        |
| Rất tốt     | 3              | 1,2        | 90                   | 36         | < 0,05 |
| Tốt         | 33             | 13,2       | 108                  | 43,2       |        |
| Trung bình  | 128            | 51,2       | 32                   | 12,8       |        |
| Kém         | 86             | 34,4       | 10                   | 4          |        |
| <b>Tổng</b> | <b>250</b>     | <b>100</b> | <b>250</b>           | <b>100</b> |        |

**Nhận xét:** Kết quả điều trị mức độ rất tốt có 90 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 36%, 10 bệnh nhân ở mức độ kém chiếm 4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**V. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung:** Nghiên cứu can thiệp trên 250 bệnh nhân chúng tôi thấy bệnh gập phổ biến ở lứa tuổi trên 50, tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam là 1,2; thời gian mắc bệnh trung bình trước nhập viện từ 3 – 6 tháng.

**4.2. Kết quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông.**

**4.2.1. Cải thiện về mức độ đau sau điều trị:** Mức độ đau sau 30 ngày điều trị giảm rất rõ rệt: tỷ lệ đau nhẹ tăng lên 60,4%, không đau là 28,8% và đau nặng chỉ còn 5 bệnh nhân chiếm 2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Kéo giãn cột sống làm tăng chiều cao và thể tích khoang gian đốt sống, làm giảm áp lực nội đĩa đệm, làm giãn cơ thụ động, giảm co cứng

cơ, giảm chèn ép rễ thần kinh do đó làm giảm đau. Bài tập duỗi McKenzie s thực chất là một hình thức kéo giãn chủ động cột sống do đó sẽ làm giảm mức độ đau cho bệnh nhân sau điều trị.

**4.2.2. Cải thiện độ Lassègue sau điều trị:** Dấu hiệu Lassègue là triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép của rễ thần kinh hông to. Nghiệm pháp Lassègue dương tính là góc tạo bởi mặt giường và chân đến khi xuất hiện đau lan theo dây thần kinh hông to một hoặc hai bên. Sau 30 ngày điều trị: độ lassègue ở mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ 26%, tốt là 58%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hà (rất tốt 43,4%, tốt 50%, trung bình 3,3%, không kết quả 3,3%) thì kết quả của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn. Điều

này được giải thích vì phần lớn bệnh nhân của chúng tôi khi vào viện độ Lassage ở mức độ kém chiếm tỉ lệ cao đến 48%.

**4.2.3. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau điều trị:** Sau 30 ngày điều trị cải thiện về độ giãn CSTL là rất rõ rệt: mức độ rất tốt là 28%, mức độ tốt là 54% chỉ còn 6 bệnh nhân chiếm 2,4% ở mức độ kém. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Bài tập duỗi McKenzie s gồm động tác đơn giản, dễ thực hiện, động tác tập nhẹ phù hợp với những bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính và bán cấp. Tác dụng của các động tác gấp thân là mở rộng ổ liên đốt và khớp liên mấu, làm giảm ứn thắt lưng, do đó làm giảm chèn ép vào rễ thần kinh.

**4.2.4. Sự cải thiện về tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị:** Sau 30 ngày điều trị sự cải thiện các tầm vận động của CSTL là rất rõ rệt so với trước điều trị. Các đối tượng trong nghiên cứu đều gia tăng tầm vận động CSTL ở tất cả các tầm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Có được kết quả này là do các động tác của bài tập duỗi McKenzie s làm cho cơ bụng được kéo giãn tốt, cơ bụng khỏe giúp cột sống vững vàng hơn và tăng khả năng vận động của CSTL.

**4.2.5. Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày:** Sau 30 ngày điều trị chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện rõ rệt: ở mức độ rất tốt là 66%, mức độ kém chỉ còn 4,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hà (mức độ rất tốt đạt 70%), như vậy sự cải thiện các chức năng SHHN đạt mức độ rất tốt trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương.

**4.2.6. Kết quả điều trị chung:** Sau 30 ngày kết quả điều trị bệnh nhân đạt được ở mức độ rất tốt và tốt chiếm tỉ lệ cao 79,2%, chỉ còn 10 bệnh nhân ở mức độ kém chiếm 4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Hà Hồng Hà trong nghiên cứu hiệu quả của áo nẹp mềm CSTL trong điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ [6] có kết hợp với phương pháp kéo giãn cột sống và bài tập vận động CSTL kết hợp vật lý trị liệu có kết quả: Rất tốt và tốt 74,0%, trung bình 26,0%.

## V. KẾT LUẬN

### 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi thường gặp trên 50
- Tỷ lệ ở nữ giới cao gấp 1,2 lần nam giới.
- Bệnh xảy ra chủ yếu ở người cao tuổi: Hư trí chiếm 43,2%
- Thời gian mắc bệnh trước khi đến viện từ 3-6 tháng chiếm 40,8%
- Hoàn cảnh khởi phát bệnh tự nhiên chiếm 58%
- Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do thoát hóa 58%

### 2. Hiệu quả điều trị bằng bài tập duỗi McKenzie kết hợp VLTL - PHCN trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông.

- Giảm đau: Sau điều trị đau nhẹ cao nhất 64,4%, không đau 28,8%
- Cải thiện độ Lassage: mức độ rất tốt chiếm 26%, tốt 58%
- Cải thiện độ giãn CSTL: cải thiện ở mức độ rất tốt và tốt chiếm 82%
- Tầm vận động CSTL: gia tăng ở tất cả các tầm của CSTL.
- Cải thiện chức năng SHHN: mức độ rất tốt là 66%
- Kết quả điều trị chung: kết quả điều trị tốt và rất tốt chiếm 74%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (1991)**, Đau vùng thắt lưng hông. *Bệnh thấp khớp, Tái bản lần thứ tư*, 294-311.
2. **Moore RJ (1996)**, The origin and fate of herniated lumbar. *Intervertebral disc tissue. Spine.*, 21, 2149-55.
3. **Cao Thiên Vương (2007)**, Danh pháp và thuật ngữ viết báo cáo chuẩn của thoát vị đĩa đệm. 167-174.
4. **Javid M Fatemi R, Najafabadi EM (2015)**, Effects of William training on lumbosacral muscles function, lumbar curve and pain. *Musculoskelet Rehabil*, 28(3):591-7. doi: 10.3233/BMR-150585.
5. **Chipman ML Pape KE. (2005)**, Electrotherapy in rehabilitation. *Physical medicine & Rehabilitation: Principles and Practice, Lippincott Williams & Wilkins, fourth edition*, 2 chapter 18, 435-446.
6. **Hà Hồng Hà (2009)**, Nghiên cứu hiệu quả của áo nẹp mềm cột sống thắt lưng trong điều trị bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường đại học Y Hà Nội.*, 65 - 69.
7. **Denise L Olsen et al Ronald F Bybee (2009)**, Centralization of symptoms and lumbar range of motion in patients with low back pain. *Physiotherapy Theory and Practice*, Vol.25(No.4), 257-267.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẶC ĐIỂM TINH DỊCH ĐỒ TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Minh Tâm\*, Nguyễn Quảng Bắc\*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố liên quan đặc điểm tình dịch đồ tại trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ tình dịch đồ bất thường ở nhóm uống rượu là 90,8% cao hơn ở nhóm không uống rượu (76,6%). Tỷ lệ tình dịch đồ bất thường ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá là 64,4%, cao hơn nhóm bệnh nhân không hút thuốc (35,6%). Ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá có tỷ lệ hình thái bất thường là 85,5% cao hơn với nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân uống rượu và hút thuốc lá có tỷ lệ tình dịch đồ bất thường cao hơn với nhóm bệnh nhân không uống rượu và hút thuốc lá.

**Từ khóa:** Tình dịch đồ, uống rượu, hút thuốc.

**SUMMARY**

**SEMENAL ANALYSIS AND RELATED FACTORS AT CENTER FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY, NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY**

**Objective:** To describe seminal analysis and factors relating to it at Center for Assisted reproductive technology, National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** This is a prospective study. **Results:** Anormal seminal analysis was 90.8% within drinking group which was higher than non-drinking group (76.6%). In smoking group, abnormal seminal analysis was 85.5% which was higher than non-smoking group. **Conclusion:** Seminal analysis of patients with drinking and smoking was affected significantly.

**Key words:** Seminal analysis, drinking, smoking.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ở Việt Nam, tỷ lệ vô sinh trên toàn quốc khoảng 7,7%, tuy nhiên tỷ lệ này thay đổi theo từng vùng và có xu hướng ngày càng tăng [1]. Vấn đề vô sinh do nam giới đóng một vai trò khá lớn trong nguyên nhân gây vô sinh. Nó chiếm tỷ lệ gần bằng hoặc tương đương với các nguyên nhân gây vô sinh do nữ, cụ thể 40% nguyên nhân do chồng, 40% nguyên nhân do vợ, do cả hai vợ chồng là 20%.

Suy giảm tinh trùng là một trong những nguyên nhân trực tiếp gây ra vô sinh nam. Tại Việt Nam, lĩnh vực vô sinh gần đây đã phát triển và nam học đã được quan tâm tới, những tiêu chuẩn đánh giá và xử lý tình dịch người theo WHO 2010 đã bắt đầu được áp dụng vào giữa

năm 2010 và ngày càng được phổ biến ra các trung tâm trên toàn quốc. Sự ảnh hưởng của môi trường sống, thói quen sinh hoạt, công việc cũng như sử dụng rượu và thuốc lá đến sự suy giảm tinh trùng về mật độ cũng như chất lượng tinh trùng, hình thái tinh trùng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "Mô tả một số yếu tố liên quan đặc điểm tình dịch đồ tại trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương"

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

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:  
+ Những bệnh nhân nam đến xét nghiệm tình dịch đồ tại labo trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

+ Những bệnh nhân này không sinh hoạt tình dục ít nhất 2 ngày và không quá 7 ngày khi đến làm xét nghiệm. Mẫu tinh dịch được lấy bằng phương pháp thủ dâm tại phòng khám hoặc tại nhà (nếu lấy tại nhà cần mang đến viện trong thời gian 30 phút và được giữ ấm).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu  
+ Mẫu tinh dịch không đạt tiêu chuẩn theo các hướng dẫn nêu trên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Là một nghiên cứu mô tả tiến, nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2014.

**III. KẾT QUẢ**

Từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2014 chúng tôi thu thập được 288 bệnh nhân đáp ứng được các yêu cầu của nghiên cứu

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Tâm

Email: bstam279@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2017

Ngày duyệt bài: 4.12.2017

**Bảng 1. Đặc điểm tình dịch đồ phân theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi | TĐĐ bất thường |      | TĐĐ bình thường |      | n   | p     |
|-----------|----------------|------|-----------------|------|-----|-------|
|           | n              | %    | n               | %    |     |       |
| 20-35     | 116            | 82,9 | 24              | 17,1 | 140 | >0,05 |
| 36-40     | 66             | 81,5 | 15              | 18,5 | 81  |       |
| > 40      | 51             | 76,1 | 16              | 23,9 | 67  |       |

**Nhận xét:** Nhóm tuổi trẻ có 82,9% mẫu tình dịch đồ bất thường, ở nhóm tuổi cao hơn có 81,5% mẫu tình dịch đồ bất thường. Nhóm trên 40 tuổi có 76,1% mẫu tình dịch đồ bất thường.

**Bảng 2. Liên quan giữa thói quen uống rượu với chất lượng tình trùng**

| Uống rượu           | TĐĐ bất thường |      | TĐĐ bình thường |      | p     | OR (95%CI)       |
|---------------------|----------------|------|-----------------|------|-------|------------------|
|                     | n              | %    | n               | %    |       |                  |
| Có uống (n= 87)     | 79             | 90,8 | 8               | 9,2  | <0,05 | 3,01 (1,36-6,69) |
| Không uống (n= 201) | 154            | 76,6 | 47              | 23,4 |       |                  |
| <b>Tổng</b>         | <b>233</b>     |      | <b>55</b>       |      |       |                  |

**Nhận xét:** Tỷ lệ tình dịch đồ bất thường ở nhóm uống rượu là 90,8% cao hơn ở mức có ý nghĩa thống kê so với nhóm không uống rượu (76,6%). Nguy cơ mẫu tình dịch đồ bất thường ở nhóm bệnh nhân uống rượu gấp 3 lần nhóm không uống rượu.

**Bảng 3. Liên quan giữa thói quen uống rượu với các chỉ số tình dịch đồ**

| Các chỉ số |         | Có uống |      | Không uống |      | p     | OR (CI 95%)      |
|------------|---------|---------|------|------------|------|-------|------------------|
|            |         | n       | %    | n          | %    |       |                  |
| Mật độ     | Ít      | 21      | 24,1 | 42         | 20,9 | >0,05 |                  |
|            | BT      | 66      | 75,9 | 159        | 79,1 |       |                  |
| Tỷ lệ sống | < 58%   | 24      | 27,6 | 62         | 30,8 | >0,05 |                  |
|            | ≥58%    | 63      | 72,4 | 139        | 69,2 |       |                  |
| Di động    | Yếu     | 11      | 12,6 | 32         | 15,9 | >0,05 |                  |
|            | BT      | 76      | 87,4 | 169        | 84,1 |       |                  |
| Hình thái  | Di dạng | 79      | 90,8 | 150        | 74,6 | <0,01 | 3,36 (1,52-7,42) |
|            | BT      | 8       | 9,2  | 51         | 25,4 |       |                  |

**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân uống rượu tỷ lệ hình thái bất thường có tỷ lệ 90,8%, cao hơn ở mức có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không uống rượu (74,6). Nguy cơ mẫu có hình thái tình trùng dị dạng ở nhóm bệnh nhân uống rượu cao gấp 3,36 lần so với nhóm bệnh nhân không uống rượu.

**Bảng 4. Liên quan giữa thói quen hút thuốc với chất lượng tình trùng**

| Hút thuốc         | TĐĐ bất thường |      | TĐĐ bình thường |      | p     | OR (95%CI)       |
|-------------------|----------------|------|-----------------|------|-------|------------------|
|                   | n              | %    | n               | %    |       |                  |
| Có hút(n= 173)    | 150            | 64,4 | 23              | 41,8 | <0,05 | 2,51 (1,38-4,58) |
| Không hút(n= 115) | 83             | 35,6 | 32              | 58,2 |       |                  |
| <b>Tổng</b>       | <b>233</b>     |      | <b>55</b>       |      |       |                  |

**Nhận xét:** Tỷ lệ tình dịch đồ bất thường ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá là 64,4%, cao hơn ở mức có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc (35,6%). Nguy cơ mẫu tình dịch đồ bất thường ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao gấp 2,51 lần nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá.

**Bảng 5. Liên quan giữa thói quen hút thuốc với chỉ số tình dịch đồ**

| Các chỉ số |         | Có hút |      | Không hút |      | p     | OR (CI 95%)      |
|------------|---------|--------|------|-----------|------|-------|------------------|
|            |         | N      | %    | n         | %    |       |                  |
| Mật độ     | Ít      | 46     | 26,6 | 17        | 14,8 | <0,05 | 2,09 (1,13-3,86) |
|            | BT      | 127    | 73,4 | 32        | 85,2 |       |                  |
| Tỷ lệ sống | < 58%   | 57     | 32,9 | 29        | 25,2 | >0,05 |                  |
|            | ≥58%    | 116    | 67,1 | 86        | 74,8 |       |                  |
| Di động    | Yếu     | 29     | 16,8 | 14        | 12,2 | >0,05 |                  |
|            | BT      | 144    | 83,2 | 101       | 87,7 |       |                  |
| Hình thái  | Di dạng | 148    | 85,5 | 81        | 70,4 | <0,05 | 2,49 (1,39-4,45) |
|            | BT      | 25     | 14,5 | 34        | 29,6 |       |                  |

**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá có mật độ tình trùng ít là 26,6%, cao hơn ở mức có ý nghĩa thống kê so với nhóm không hút thuốc lá (14,8%). Nguy cơ mẫu tình trùng có mật độ ít ở nhóm dùng thuốc lá cao gấp 2,09 lần nhóm không hút thuốc lá.

Ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá có tỷ lệ hình thái bất thường là 85,5% cao hơn ở mức có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá. Nguy cơ mẫu tinh trùng có hình thái bất thường ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao gấp 2,49 lần so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá.

#### IV. BÀN LUẬN

Tại Anh năm 1996, tác giả Hollanders và cộng sự nhận thấy cùng với sự tăng lên của tuổi, chất lượng tinh trùng giảm đi rõ rệt [2]. Tác giả Lê Thị Hương Liên (2008) cũng cho kết quả nghiên cứu tương tự trên 704 bệnh nhân, nhóm bệnh nhân ở lứa tuổi trên 40 có 86,4% tinh trùng bất thường, nhiều hơn so với nhóm trẻ tuổi hơn là 62,3% [2]. Tuy nhiên tại Đức năm 2000, Krrause thực hiện nghiên cứu trên 253 người lại đưa ra kết quả trái ngược: các chỉ số về tinh dịch đồ không thay đổi theo tuổi [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt rõ rệt về chất lượng tinh trùng ở các nhóm tuổi, ở nhóm tuổi trẻ có 82,9% mẫu tinh dịch đồ bất thường, ở nhóm tuổi cao hơn có 81,5% mẫu tinh dịch đồ bất thường, nhóm trên 40 tuổi có 76,1% mẫu tinh dịch đồ bất thường. Cũng có thể lý giải là do cỡ mẫu của chúng tôi không đủ lớn, các bệnh nhân thường đi khám sớm, nhóm tuổi trẻ chiếm tỷ lệ cao, nhóm tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất nên việc so sánh giữa các nhóm chưa đủ chặt chẽ.

Nhiều nghiên cứu và thực nghiệm trên động vật đã được thực hiện [5]. Qua đó người ta nhận ra rằng số lượng, mật độ và độ di động của tinh trùng đều giảm trên những bệnh nhân nghiện rượu, thuốc lá và ma túy. Ảnh hưởng chính của nó là làm giảm tổn thương tới sự chế tiết testosterone, làm tăng quá trình phân hủy hormon này, cũng như biến đổi ngược lại thành estrogen, làm giảm ham muốn tình dục.

Các nghiên cứu trước của tác giả Wai Yee Wong và Lê Thị Hương Liên cho kết quả tương tự nhau, đều thấy có mối liên quan giữa những thói quen uống rượu, hút thuốc lá, uống cà phê đến chất lượng tinh trùng, tuy nhiên sự liên quan này lại không có ý nghĩa thống kê [3],[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng, thói quen uống rượu và hút thuốc lá có ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng tinh trùng với độ tin cậy 95%. Những người có thói quen uống rượu có nguy cơ mẫu tinh dịch đồ bất thường gấp 3,01 lần người không uống rượu với khoảng tin cậy từ 1,36-6,69. Nguy cơ mẫu tinh dịch đồ bất thường ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao gấp 2,51 lần

nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá với khoảng tin cậy từ 1,38-4,58.

Khi phân tích sâu hơn về sự liên quan giữa thói quen uống rượu và các chỉ số tinh dịch đồ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy không có sự liên quan giữa các chỉ số về mật độ, tỷ lệ sống, độ di động với thói quen này. Tuy nhiên có sự liên quan chặt chẽ giữa thói quen uống rượu và hình thái tinh trùng, nguy cơ mẫu có hình thái tinh trùng dị dạng ở nhóm bệnh nhân uống rượu cao gấp 3,36 lần so với nhóm bệnh nhân không uống rượu.

Nghiên cứu sâu hơn về mối liên quan giữa thói quen hút thuốc lá với các chỉ số tinh dịch đồ, chúng tôi nhận thấy việc hút thuốc lá không ảnh hưởng đến các chỉ số về tỷ lệ sống và độ di động. Tuy nhiên thói quen này có ảnh hưởng chặt chẽ đến chỉ số mật độ tinh trùng và hình thái tinh trùng. Nguy cơ mẫu tinh trùng có mật độ ít ở nhóm dùng thuốc lá cao gấp 2,09 lần nhóm không hút thuốc lá. Nguy cơ mẫu tinh trùng có hình thái bất thường ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao gấp 2,49 lần so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá.

#### V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân uống rượu và hút thuốc lá có tỷ lệ tinh dịch đồ bất thường cao hơn với nhóm bệnh nhân không uống rượu và hút thuốc lá.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cung, Thị Thu Thủy, Nông Minh Hoàng, Nguyễn Ngọc Minh (2011)**, *Thực trạng vô sinh tại 4 tỉnh phía Bắc năm 2009*, Báo cáo hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp, 26/04/2011.
2. **Hollanders J.M.G, Carver Ward J.A, Took S.A. (1996)**, Male infertility from A to Z: Aconcise encyclopedia, *The Parthenon publishing group*, London.
3. **Lê Thị Hương Liên (2008)**, *Nghiên cứu chất lượng tinh trùng của nam giới đến khám tại bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II – trường đại học Y Hà Nội.
4. **Krrause W., Haberrman B. (2000)**, No charge with age in semen volume, sperm count and sperm motility individual men consulting an infertility clinic, *Urol-Int*, 64(3), pp: 139-142.
5. **Stefankiewicz J, Kurzawa R, Drozdziak M (2006)**, Enviromental factors disturbing fertility of men, *Ginekol Pol.*;77(2): 163-9.
6. **Wai Yee Wong, Gerharrrd A. Zielhuis, Chris M.G.Thomas. Hans M.W.M.Merkus, Regine P. M. Steegers- Theunissen (2003)**, New evidence of the influence of exogenous and endogenous factor on sperm count in man, *European journal of Obstetrics and Gynaecology, Reproductive Biology* 110, 49-54.
7. **Nguyễn Quốc Hùng (2010)**, *Nghiên cứu tỷ lệ và một số yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện Ba Vì –*



## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CẢI THIẾN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ TRONG THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Trần Phương Đông\*, Trần Lê Minh\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả, tính an toàn của điện châm kết hợp siêu âm điều trị cải thiện chức năng vận động trong thoái hóa khớp gối. Kết quả cho thấy sau 20 ngày điều trị, chỉ số WOMAC chức năng vận động trung bình giảm  $-24,87 \pm 7,11$  (điểm), hiệu suất cải thiện tâm vận động khớp gối trung bình là  $24,17^0 \pm 11,6^0$ , chỉ số gót – mông cải thiện  $-11,6 \pm 4,19$  (cm). Điện châm và siêu âm điều trị có tác dụng cải thiện chức năng vận động tốt trong thoái hóa khớp gối. Chưa phát hiện tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.

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

### SUMMARY

#### EVALUATING THE EFFECTIVENESS IMPROVEMENT OF MOTOR FUNCTION OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH ULTRASOUND THERAPY IN OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE

The study was conducted to evaluate the efficacy and safety of electroacupuncture combined with ultrasound therapy of the improvement of motor function in osteoarthritis of the knee. Results showed that after 20 days of treatment, the WOMAC physical function index decreased by  $24.87 \pm 7.11$  (points). The average improvement in knee arthroplasty was  $24.17 \pm 11.60$ , buut- heel index improved to  $-11.6 \pm 4.19$  (cm). Electroacupuncture combined with ultrasound therapy have good pain relief in the treatment of knee osteoarthritis. No undesirable effects of the intervention have been detected.

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

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là một trong những căn bệnh mạn tính bao gồm tổn thương sụn khớp là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, màng hoạt dịch và các cơ cạnh khớp [1]. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới, chủ yếu do triệu chứng đau và hạn

chế vận động – lý do chính khiến người bệnh đến bệnh viện và phòng khám chuyên khoa để điều trị [2]. Có khoảng 18% nữ và 9,5% nam giới trên toàn cầu mắc bệnh thoái hóa khớp nói chung, trong đó thoái hóa khớp gối chiếm 15% dân số [3]. Khớp gối là khớp lớn chịu sức nặng và hoạt động nhiều, do đó tỷ lệ thoái hóa khớp gối khá cao. Hiện nay điều trị thoái hóa khớp gối, Y học hiện đại có nhiều phương pháp như nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu – phục hồi chức năng [4]. Y học cổ truyền cũng có các phương pháp như châm cứu, xoa bóp, thuốc đắp ngoài, thuốc thang... [5]. Các phương pháp không dùng thuốc với ưu thế ít tác dụng không mong muốn, phù hợp với tính chất bệnh lý thoái hóa khớp mạn tính, hay tái phát của người lớn tuổi đang ngày càng được quan tâm. Điện châm là phương pháp điều trị không dùng thuốc rất phổ biến và được sử dụng rộng rãi của chuyên ngành Y học cổ truyền. Siêu âm điều trị là một phương pháp nhiệt sâu trong vật lý trị liệu thường được sử dụng trong điều trị thoái hóa khớp gối [5], [6]. Nhằm kết hợp và tận dụng các ưu thế của Y học hiện đại và Y học cổ truyền với mục đích nâng cao hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng cải thiện chức năng vận động của điện châm kết hợp siêu âm điều trị trong thoái hóa khớp gối.*

2. *Khảo sát tính an toàn của phương pháp can thiệp.*

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

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

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

**Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi nghiên cứu:** Bệnh nhân thoái hóa khớp gối thứ phát; Thoái hóa khớp gối có tràn dịch khớp gối; Nhiễm khuẩn tại khớp hoặc nhiễm khuẩn toàn

\*Bệnh viện Châm cứu Trung Ương

\*Bệnh viện đa khoa Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: dongmaitom@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 4.12.2017

thân; Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.

## 2. Chất liệu nghiên cứu

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

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, can thiệp theo dõi dọc có nhóm chứng.

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

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

Mỗi bệnh nhân được đánh giá 4 lần: Trước khi tiến hành nghiên cứu ( $D_0$ ); Sau 7 ngày điều

trị ( $D_7$ ); Sau 14 ngày điều trị ( $D_{14}$ ); Sau 20 ngày điều trị ( $D_{20}$ ).

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

## 6. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, chỉ số BMI.

- Các chỉ tiêu lâm sàng theo dõi trước điều trị  $D_0$  và sau điều trị  $D_7$ ,  $D_{14}$ ,  $D_{20}$ : Đánh giá chức năng vận động qua chỉ số WOMAC chức năng vận động, tầm vận động khớp, chỉ số gót móng.

- Tác dụng không mong muốn: vệt châm, chảy máu, mất ngủ, nhiễm trùng, bỏng,...

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

**9. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được nghiên cứu với mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe của bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng y đức của bệnh viện Châm cứu Trương Ương thông qua và phê chuẩn. Bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia chương trình nghiên cứu.

## III. KẾT LUẬN

**1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** Sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo tuổi, chỉ số BMI giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

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

| Tuổi    | Đặc điểm     |      | Nhóm nghiên cứu |      | Nhóm đối chứng |      | Tổng   |   | PNC-ĐC |
|---------|--------------|------|-----------------|------|----------------|------|--------|---|--------|
|         | n            | %    | n               | %    | n              | %    | n      | % |        |
| ≤ 49    | 3            | 10,0 | 2               | 6,7  | 5              | 8,3  | > 0,05 |   | > 0,05 |
| 50 – 59 | 10           | 33,3 | 11              | 36,6 | 21             | 35,0 |        |   |        |
| 60 – 69 | 10           | 33,3 | 10              | 33,3 | 20             | 33,3 |        |   |        |
| ≥ 70    | 7            | 23,4 | 7               | 23,3 | 14             | 23,3 |        |   |        |
| X ± SD  | 61,57 ± 9,95 |      | 63,07 ± 9,44    |      | 62,32 ± 9,66   |      | > 0,05 |   | > 0,05 |

### 2. Kết quả điều trị

**Bảng 2. Kết quả điều trị theo chỉ số WOMAC chức năng vận động trung bình**

| Thời điểm nghiên cứu |           | Điểm WOMAC chức năng vận động trung bình ( $X \pm SD$ ) |                           | pNC-ĐC |
|----------------------|-----------|---------------------------------------------------------|---------------------------|--------|
|                      |           | Nhóm nghiên cứu ( $n=30$ )                              | Nhóm đối chứng ( $n=30$ ) |        |
| D <sub>0</sub>       |           | 34,67 ± 7,45                                            | 33,73 ± 6,37              | > 0,05 |
| D <sub>7</sub>       |           | 24,20 ± 5,25                                            | 26,57 ± 3,36              | > 0,05 |
| D <sub>14</sub>      |           | 16,30 ± 3,89                                            | 20,20 ± 3,17              | < 0,01 |
| D <sub>20</sub>      |           | 9,80 ± 2,78                                             | 16,10 ± 3,20              | < 0,01 |
| p(20-0)              |           | < 0,01                                                  | < 0,01                    |        |
| Hiệu suất giảm       | p(7 - 0)  | -10,47 ± 6,69                                           | -7,17 ± 4,74              | > 0,05 |
|                      | p(14 - 0) | -18,37 ± 6,88                                           | -13,53 ± 5,87             | > 0,05 |
|                      | p(20 - 0) | -24,87 ± 7,11                                           | -17,63 ± 5,79             | < 0,01 |
| p(20 - 0)            |           | < 0,01                                                  | < 0,01                    |        |

- Hiệu suất giảm về chỉ số WOMAC chức năng vận động của nhóm nghiên cứu là -24,87 ± 7,11 (điểm) và nhóm đối chứng là -17,63 ± 5,79 (điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

### Bảng 3. Kết quả điều trị theo tầm vận động khớp gối

| Thời điểm nghiên cứu | Tầm vận động khớp gối ( $^{\circ}$ ) ( $X \pm SD$ ) |                           | PNC-ĐC |
|----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|--------|
|                      | Nhóm nghiên cứu ( $n=30$ )                          | Nhóm đối chứng ( $n=30$ ) |        |
| $D_0$                | 110,17 ± 16,69                                      | 109,50 ± 17,34            | > 0,05 |

|                       |                  |                  |                  |                  |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>D<sub>7</sub></b>  |                  | 119,67 ± 13,89   | 118,50 ± 13,91   | > 0,05           |
| <b>D<sub>14</sub></b> |                  | 127,5 ± 10,65    | 123,50 ± 11,46   | > 0,05           |
| <b>D<sub>20</sub></b> |                  | 134,33 ± 7,85    | 127,33 ± 10,15   | <b>&lt; 0,01</b> |
| p(20 - 0)             |                  | <b>&lt; 0,01</b> | <b>&lt; 0,01</b> |                  |
| <b>Hiệu suất tăng</b> | <b>p(7 - 0)</b>  | 9,50 ± 6,06      | 9,00 ± 7,92      | > 0,05           |
|                       | <b>p(14 - 0)</b> | 17,33 ± 10,23    | 14,00 ± 8,24     | > 0,05           |
|                       | <b>p(20 - 0)</b> | 24,17 ± 11,60    | 17,83 ± 9,97     | <b>&lt; 0,01</b> |
| p(20 - 0)             |                  | <b>&lt; 0,01</b> | <b>&lt; 0,01</b> |                  |

- Tại các thời điểm đánh giá sau điều trị, tầm vận động khớp gối đều có sự cải thiện, trong đó nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng.

- Hiệu suất tăng về tầm vận động khớp gối sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là 24,17<sup>0</sup> ± 11,60 và nhóm đối chứng là 17,83<sup>0</sup> ± 9,97. Khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

**Bảng 4. Kết quả điều trị theo chỉ số gót- mông**

| Thời điểm nghiên cứu |           | Chỉ số gót – mông (cm) ( $\bar{X} \pm SD$ ) |                           | PNC-ĐC |
|----------------------|-----------|---------------------------------------------|---------------------------|--------|
|                      |           | Nhóm nghiên cứu ( $n=30$ )                  | Nhóm đối chứng ( $n=30$ ) |        |
| D <sub>0</sub>       |           | 19,1 ± 6,03                                 | 20,5 ± 6,22               | > 0,05 |
| D <sub>7</sub>       |           | 13,8 ± 4,04                                 | 17,6 ± 4,75               | < 0,01 |
| D <sub>14</sub>      |           | 9,9 ± 3,01                                  | 15,6 ± 4,17               | < 0,01 |
| D <sub>20</sub>      |           | 7,5 ± 2,56                                  | 13,5± 3,56                | < 0,01 |
| p(20 - 0)            |           | < 0,01                                      | < 0,01                    |        |
| Hiệu suất tăng       | p(7 - 0)  | -5,3 ± 2,65                                 | -2,9 ± 3,21               | < 0,01 |
|                      | p(14 - 0) | -9,2 ± 3,65                                 | -4,9 ± 3,50               | < 0,01 |
|                      | p(20 - 0) | -11,6 ± 4,19                                | -6,97 ± 3,55              | < 0,01 |
| p(20 - 0)            |           | < 0,01                                      | < 0,01                    |        |

- Tại các thời điểm đánh giá sau từng tuần điều trị, chỉ số gót – mông của hai nhóm đều có cải thiện, và nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng (p < 0,01).

- Sau 20 ngày điều trị (D<sub>20</sub>), chỉ số gót – mông của nhóm nghiên cứu giảm 11,6 ± 4,19 (điểm) so với của nhóm đối chứng là 6,97 ± 3,55 (điểm). Khác biệt giữa hai nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

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

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,57 ± 9,95 (tuổi), và nhóm đối chứng là 63,07 ± 9,44 (tuổi). Đặc điểm phân bố về tuổi giữa hai nhóm là tương đồng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Tuổi trung bình của hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,32 ± 9,66 (tuổi), trong đó đa số bệnh nhân ở độ tuổi ≥ 50. Thoái hóa khớp gối có nhiều yếu tố nguy cơ tác động, trong đó lão hóa là yếu tố nguy cơ chính. Theo quy luật tự nhiên, tuổi càng cao thì các tế bào sụn càng già đi, khả năng tổng hợp collagen và mucopolysaccharid giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn sẽ kém đi, cùng với sự giảm khả năng đàn hồi và chịu lực [7].

Kết quả trong bảng 1 cho thấy BMI trung bình là của 2 nhóm bệnh nhân của chúng tôi là  $23,03 \pm 1,77$ , kết quả này nằm ở phân loại là thừa cân theo tiêu chuẩn BMI dành riêng cho người châu Á (IDI & WPRO BMI). Ở nhóm nghiên cứu, chỉ số BMI trung bình là  $22,82 \pm 1,98$  với chỉ số BMI thấp nhất là 18,4 và cao nhất là 26,1. Nhóm đối chứng có BMI trung bình là 23,25, chỉ số BMI thấp nhất là 19,7 và cao nhất là 26,4. Béo phì từ lâu đã được xác định là một yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp, những người thừa cân béo phì có nguy cơ mắc thoái hóa khớp gối cao gấp 2,96 lần so với những người có cân nặng bình thường. Chỉ số BMI tăng tỷ lệ thuận với nguy cơ thoái hóa khớp gối, cũng như liên quan đến triệu chứng thoái hóa khớp gối trên lâm sàng và trên X-Quang. Bệnh nhân có thừa cân béo phì càng lâu năm càng có yếu tố liên quan với thoái hóa khớp gối, cho thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát cân nặng trong suốt cuộc đời như là một cách phòng ngừa thoái hóa khớp gối; Và việc điều chỉnh chế độ ăn uống, luyện tập thể dục nhằm giảm cân giúp giảm các triệu chứng và yếu tố nguy cơ của bệnh. Tác động của thừa cân béo phì trên thoái hóa khớp gối có thể thông qua cơ chế cơ giới hay toàn thân (như trao đổi chất hay viêm), thường do ảnh hưởng của sự tăng trọng lượng cơ thể làm tăng áp lực lên hai khớp gối.

Tại thời điểm trước điều trị, chỉ số WOMAC chức năng vận động trung bình của nhóm nghiên cứu là  $34,67 \pm 7,45$  (điểm) và nhóm đối chứng là  $33,73 \pm 6,37$  (điểm) tương đương nhau ( $p > 0,05$ ). Sau khi can thiệp điều trị, chỉ số WOMAC chức năng vận động trung bình giảm dần, trong đó nhóm nghiên cứu giảm nhanh và mạnh hơn so với nhóm đối chứng tại thời điểm D<sub>20</sub> nhóm nghiên cứu còn  $9,8 \pm 2,78$  (điểm) giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng là  $16,10 \pm 3,20$  (điểm) ( $p < 0,01$ ). Hiệu suất giảm của chỉ số WOMAC chức năng vận động sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là  $-24,87 \pm 7,11$  (điểm) cao hơn so với nhóm đối chứng là  $-17,63 \pm 5,79$  (điểm) khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Trước điều trị, tầm vận động khớp trung bình của nhóm nghiên cứu là  $110,67^\circ \pm 16,69^\circ$  và nhóm đối chứng là  $109,5^\circ \pm 17,34^\circ$ , khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sau khi can thiệp, tầm vận động khớp ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện, với tầm vận động trung bình của nhóm nghiên cứu cải thiện nhanh hơn so với nhóm đối chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Tại các thời điểm đánh giá D<sub>7</sub>, D<sub>14</sub>, D<sub>20</sub>, tầm vận động khớp gối của hai nhóm tăng

dần. Hiệu suất tăng của tầm vận động khớp gối sau 20 ngày điều trị, thì nhóm nghiên cứu cải thiện được  $24,17^\circ \pm 11,6^\circ$  so với trước điều trị, và nhóm đối chứng cải thiện  $17,83^\circ \pm 9,97^\circ$  so với trước điều trị, hiệu suất cải thiện tầm vận động khớp có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Chỉ số gót – mông trước điều trị của nhóm nghiên cứu là  $19,1 \pm 6,03$  (cm) và nhóm đối chứng là  $20,5 \pm 6,22$  (cm), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ). Sau can thiệp điều trị, chỉ số gót mông của hai nhóm nghiên cứu giảm dần, trong đó nhóm nghiên cứu có sự cải thiện nhanh hơn so với nhóm đối chứng, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Hiệu suất giảm chỉ số gót – mông ở nhóm nghiên cứu là  $-11,6 \pm 4,19$  (cm) và nhóm đối chứng là  $-6,97 \pm 3,55$  (cm).

Hiệu quả của siêu âm điều trị bắt nguồn từ các tương tác của sóng siêu âm phát với các tổ chức cơ thể, bắt nguồn từ tác dụng năng lượng cơ học chuyển sang năng lượng nhiệt và cuối cùng là các hiệu ứng sinh học. Từ đó tạo nên tác dụng chính của siêu âm điều trị là tăng tuần hoàn, giãn cơ, giảm viêm, giảm đau, giảm cứng khớp, tăng chuyển hóa và quá trình đào thải, kích thích tái sinh tổ chức... Theo y học cổ truyền, đau là do sự bế tắc khí huyết trong kinh lạc. Điện châm có tác dụng điều khí, tạo ra một kích thích vào huyết vị để tái lập trạng thái cân bằng âm – dương trong cơ thể, phục hồi trạng thái sinh lý. Trong điều trị thoái hóa khớp gối với đau là sự bế tắc khí huyết tại chỗ, thì châm cứu có tác dụng là thông kinh lạc, từ đó giảm đau và cải thiện vận động. Điện châm kết hợp với siêu âm điều trị là sự kết hợp tương tác giữa hai phương pháp điều trị, từ đó mang đến tác dụng cộng hưởng giúp cải thiện chức năng khớp gối qua các chỉ số WOMAC chức năng vận động, tầm vận động khớp gối, chỉ số gót – mông.

## V. KẾT LUẬN

1. Phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị có tác dụng cải thiện chức năng vận động tốt trong điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối:

+ Hiệu suất cải thiện chỉ số WOMAC chức năng vận động trung bình là  $-24,87 \pm 7,11$  (điểm).

+ Hiệu suất cải thiện tầm vận động khớp gối trung bình sau 20 ngày điều trị so với trước điều trị là  $24,17^\circ \pm 11,6^\circ$ .

+ Hiệu suất cải thiện theo chỉ số gót – mông sau 20 ngày điều trị so với trước điều trị là  $-11,6 \pm 4,19$  (cm).

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

**Lời cảm ơn:** Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn tập thể y bác sĩ tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã hết lòng giúp đỡ và tạo điều kiện trong suốt trình tiến hành đề tài này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

## KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ INTERLEUKIN 8 TRONG DỊCH CỔ TỬ CUNG CỦA THAI PHỤ DẠ Ễ NON VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đỗ Tuấn Đạt<sup>1</sup>, Lê Hoàng<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Trung<sup>3</sup>, Nguyễn Duy Bắc<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ Interleukin-8 (IL-8) trong dịch cổ tử cung (CTC) của thai phụ dọa đẻ non và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện phụ sản trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành trên 134 thai phụ có triệu chứng của dọa đẻ non từ 28-34 tuần và có chỉ định nhập viện điều trị. Các thai phụ này được lấy dịch CTC để làm xét nghiệm và theo dõi cho đến khi đẻ. **Kết quả nghiên cứu:** có 52 (38,8%) trường hợp đẻ non và 82 (61,2%) trường hợp đẻ đủ tháng. Tỷ lệ đẻ non ở nhóm có chiều dài CTC ≤ 25mm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có chiều dài CTC > 25mm (p=0,002). Nồng độ IL-8 dịch CTC của các sản phụ trong nghiên cứu là 23,71±11,53pg/ml. Nồng độ IL-8 ở nhóm thai phụ dọa non và đẻ đủ tháng, có nồng độ CRP máu mẹ < 5 và ≥ 5, bị viêm CTC và không bị viêm CTC chênh lệch không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Nồng độ IL-8 ở nhóm đẻ non trong vòng 7 ngày và 14 ngày cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đẻ non sau 7 ngày và 14 ngày. **Kết luận:** Nồng độ IL-8 dịch CTC của các sản phụ của thai phụ dọa đẻ non là 23,71±11,53pg/ml. Nồng độ IL-8 tại dịch CTC là một thăm dò không xâm lấn, có thể giúp tiên lượng thời gian chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 hoặc 14 ngày. Nồng độ IL-8 không bị ảnh hưởng bởi tuổi mẹ, tình trạng viêm CTC, nồng độ CRP huyết thanh của mẹ và tiền sử thai nghén của mẹ.

#### SUMMARY

#### INVESTIGATE THE CONCENTRATION OF INTERLEUKIN-8 IN THE CERVICAL MUCUS OF PREGNANT WOMEN WITH THREATENED PRETERM LABOR AND SOME RELATED FACTORS IN THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

**Objective:** To investigate the concentration of interleukin-8 (IL-8) in the cervical mucus of pregnant women with threatened preterm labor and some related factors in the National hospital of obstetrics and gynaecology. **Method:** The study was conducted in 134 pregnant women with symptoms of threatened preterm labor from 28 to 34 weeks of gestation. We collected the cervical mucus and followed up women until delivery. **Results:** There were 52 (38.8%) of premature births and 82 (61.2%) of term pregnancies. The preterm birth rate in women with cervical length ≤ 25mm was higher than that in group with cervical length > 25mm (p=0.002). Concentration of IL-8 in cervical mucus of pregnant women in the study were 23.71±11.53pg/ml. The difference of concentration of IL-8 in the cervical mucus between the group with preterm delivery and term delivery, maternal CRP levels < 5 and ≥ 5, cervicitis and no cervicitis were not statistically significant. IL-8 levels in the women with preterm labour in 7 days and 14 days were significantly higher than those in the group labour after 7 days and 14 days. **Conclusion:** IL-8 concentration in cervical mucus in the study was 23.71±11.53pg/ml. IL-8 concentration in cervical mucus were non-invasive investigation, which could help predict preterm labor in 7 or 14 days. IL-8 levels were not affected by maternal age, cervicitismation, maternal serum CRP levels and history of obstetrics.

<sup>1</sup>Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh,

<sup>3</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodat@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 8.12.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới, đẻ non là trường hợp chuyển dạ đẻ xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng [1]. Theo nghiên cứu của WHO, mỗi năm có khoảng 15 triệu trẻ đẻ non ra đời. Tỷ lệ đẻ non trên thế giới ước tính khoảng 11%. Ở những nước châu Âu, tỷ lệ đẻ non thấp hơn các vùng khác trên thế giới, khoảng 5% trong khi những nước châu Phi có tỷ lệ đẻ non cao nhất, khoảng 18% [2]. Theo thống kê của Việt Nam, năm 2002 có khoảng 180 nghìn sơ sinh non tháng trên tổng số gần 1.6 triệu sơ sinh chào đời, 1/5 số các trẻ sơ sinh non tháng này tử vong. Tỷ lệ tử vong của nhóm sơ sinh non tháng cao gấp 20 lần nhóm đủ tháng. Chăm sóc và điều trị trẻ đẻ non tốn kém hơn rất nhiều về kinh tế và thời gian so với trẻ đủ tháng. Để có thể hạn chế tỷ lệ đẻ non cần có các phương pháp chẩn đoán sớm tình trạng dọa đẻ non để có thể can thiệp kịp thời. Chẩn đoán dọa đẻ non được đưa ra dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng là xuất hiện cơn co tử cung gây đau bụng và làm biến đổi cổ tử cung (xóa hoặc mở). Tuy nhiên, trong giai đoạn đầu, chẩn đoán dọa đẻ non là rất khó khăn vì các triệu chứng nghèo nàn nên chẩn đoán dọa đẻ non chỉ chính xác khi chuyển dạ vào giai đoạn muộn [3]. Hiện nay, có rất nhiều các nghiên cứu khoa học đưa ra các phương pháp thăm dò cận lâm sàng nhằm chẩn đoán chính xác hơn và sớm hơn tình trạng dọa đẻ non. Trong cơ chế đẻ non, CTC sẽ bị biến đổi để làm xóa và mở cổ tử cung. Quá trình xóa mở cổ tử cung đòi hỏi phải biến đổi cấu trúc cổ tử cung từ khối mô liên kết vững chắc thành mô mềm dẻo có thể mở rộng 10cm giúp cho thai nhi thoát ra ngoài khi chuyển dạ. Trong quá trình biến đổi này, rất nhiều tế bào miễn dịch và chất miễn dịch được huy động đến cổ tử cung để ly giải các mô liên kết ở đây. Một trong các chất miễn dịch quan trọng là interleukin-8 (IL-8). Do đó, nếu có thể phát hiện sự tăng lên sớm của IL-8 tại CTC thì chúng ta có thể chẩn đoán sớm dọa đẻ non

để có thể can thiệp kịp thời, mang lại kết quả điều trị tốt hơn cho thai phụ và trẻ sơ sinh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** gồm 134 sản phụ có dấu hiệu dọa đẻ non được nhập viện điều trị tại khoa Sản bệnh lý Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2014- tháng 12/2014. Các sản phụ có tuổi thai từ 28-34 tuần đồng ý tham gia nghiên cứu và không có các tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nghiên cứu.

**Các tiêu chuẩn loại trừ là:** sản phụ mắc các bệnh lý nội khoa cấp và mạn tính, có sẹo mổ cũ vào tử cung; tử cung dị dạng, u xơ tử cung, u buồng trứng,...; có tiền sử can thiệp vào cổ tử cung như cắt cụt, khoét chóp cổ tử cung,...; sản phụ được khâu vòng cổ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, đa ối, thiếu ối, sản phụ đang bị rỉ ối, vỡ ối, ra máu âm đạo; các bệnh nhân chủ động đình chỉ thai nghén; thai nhi có các dị tật bẩm sinh.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu; 134 sản phụ khi khám thai định kỳ xác định có cơn co tử cung được nhập viện điều trị dọa đẻ non và tiến hành lấy mẫu dịch CTC. Sau đó 134 sản phụ này được dùng các thuốc giảm cơn co tử cung và theo dõi đến khi chuyển dạ đẻ.

Các mẫu dịch CTC được làm xét nghiệm định lượng nồng độ IL-8. Theo dõi các thai phụ cho đến khi hoàn thành cuộc chuyển dạ đẻ, hoặc đến khi can thiệp thủ thuật hoặc mổ lấy thai, cuối cùng tổng hợp thông tin từ cuộc chuyển dạ, kèm theo các kết quả xét nghiệm về IL-8, từ đó xác định nồng độ IL-8 và một số yếu tố liên quan.

**Xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 16.0

**Đạo đức nghiên cứu:** đề tài được thông qua hội đồng y đức của trường đại học Y Hà Nội và hội đồng y đức của bệnh viện Phụ sản trung ương.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố sản phụ theo tuổi mẹ**

| Tuổi | ≤ 19 | 20-29 | 30-39 | ≥40  | Tổng |
|------|------|-------|-------|------|------|
| n    | 13   | 91    | 28    | 2    | 134  |
| %    | 9,7% | 67,9% | 20,9% | 1,5% | 100% |

134 sản phụ trong nghiên cứu có tuổi trung bình 25,6±5,0. Sản phụ có tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, sản phụ có tuổi lớn nhất là 42 tuổi.

**Bảng 3.2. Phân bố sản phụ theo tuổi thai khi vào viện và khi đẻ**

| Tuổi thai (tuần)       | 28-32       | 33-34       | 35 - 37     | >37         | Tổng        |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tuổi thai khi vào viện | 77<br>57,5% | 57<br>42,5% |             |             | 134<br>100% |
| Tuổi thai khi đẻ       | 14<br>10,4% | 9<br>6,7%   | 29<br>21,6% | 82<br>61,3% | 134<br>100% |

**Bảng 3.3. Phân bố sản phụ theo tỷ lệ đẻ non**

| Tình trạng khi đẻ | Đẻ non | Đẻ đủ tháng | Tổng |
|-------------------|--------|-------------|------|
| n                 | 52     | 82          | 134  |
| %                 | 38,8%  | 61,2%       | 100% |

Trong nghiên cứu có 57,5% sản phụ có tuổi thai từ 28-32 tuần và 42,5% sản phụ từ 33-34 tuần được lấy vào nghiên cứu. Tất cả sản phụ được theo dõi cho tới khi chuyển dạ đẻ, 10,4% đẻ từ 28-32 tuần, 6,7% đẻ từ 33-34 tuần, 21,6% đẻ từ 35-37 tuần và 61,3% đẻ đủ tháng. Số sản phụ đẻ non chiếm 38,8% và đẻ đủ tháng chiếm 61,2%.

**3.2. Nồng độ IL-8 dịch CTC và một số yếu tố liên quan****- Môi liên quan giữa nồng độ IL-8 dịch CTC với tình trạng viêm CTC****Bảng 3.4. Môi liên quan giữa nồng độ IL-8 dịch CTC với tình trạng viêm CTC**

| Tình trạng CTC | n          | %     | Nồng độ IL-8 (pg/ml) | p    |
|----------------|------------|-------|----------------------|------|
| Có viêm        | 34         | 25,4% | 25,67±9,83           | 0,08 |
| Không viêm     | 84         | 62,7% | 21,89±11,05          |      |
| <b>Tổng</b>    | <b>134</b> |       | <b>23,71±11,53</b>   |      |

Nồng độ IL-8 dịch CTC khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm sản phụ có viêm CTC với không viêm CTC.

**- Môi liên quan giữa nồng độ IL-8 dịch CTC với tiền sử thai nghén****Bảng 3.5. Môi liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với tiền sử đẻ non**

| Tiền sử đẻ non | n          | %           | Nồng độ IL-8       | p     |
|----------------|------------|-------------|--------------------|-------|
| Có             | 17         | 12,7%       | 28,7±7,55          | 0,056 |
| Không          | 117        | 87,3%       | 22,97±11,85        |       |
| <b>Tổng</b>    | <b>134</b> | <b>100%</b> | <b>23,71±11,53</b> |       |

**Bảng 3.6. Môi liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với số lần mang thai**

| Số lần mang thai | n          | %           | Nồng độ IL-8       | p    |
|------------------|------------|-------------|--------------------|------|
| Con so           | 77         | 57,5%       | 23,0±11,2          | 0,42 |
| Con rạ           | 57         | 42,5%       | 24,7±12,1          |      |
| <b>Tổng</b>      | <b>134</b> | <b>100%</b> | <b>23,71±11,53</b> |      |

Nồng độ IL-8 không liên quan đến tiền sử thai nghén của sản phụ.

**- Môi liên quan giữa nồng độ IL-8 dịch CTC với nồng độ CRP huyết thanh mẹ****Bảng 3.7. Môi liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với nồng độ CRP huyết thanh mẹ**

| Nồng độ CRP huyết thanh mẹ | n          | %           | Nồng độ IL-8       | p   |
|----------------------------|------------|-------------|--------------------|-----|
| <5                         | 80         | 59,7%       | 24,45±13,49        | 0,5 |
| ≥5                         | 45         | 33,6%       | 23,34±0,47         |     |
| <b>Tổng</b>                | <b>134</b> | <b>100%</b> | <b>23,71±11,53</b> |     |

Nồng độ IL-8 không liên quan đến nồng độ CRP huyết thanh mẹ

**- Môi liên quan giữa nồng độ IL-8 dịch CTC với chiều dài CTC****Bảng 3.8. Môi liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với chiều dài CTC**

| Chiều dài CTC | ≤25mm             | >25mm           | p     |
|---------------|-------------------|-----------------|-------|
| Đẻ non        | 33 (24,6%)        | 19 (14,2%)      | 0,002 |
| Đẻ đủ tháng   | 30 (22,4%)        | 52 (38,8%)      |       |
| <b>Tổng</b>   | <b>63 (47,0%)</b> | <b>81 (53%)</b> |       |

Nồng độ IL-8 dịch CTC liên quan chặt chẽ với chiều dài CTC với p<0,05.

**- Môi liên quan giữa nồng độ IL-8 dịch CTC với đẻ non****Bảng 3.9. Môi liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với đẻ non 37 tuần**

|                  | n          | %           | Nồng độ IL-8       | p    |
|------------------|------------|-------------|--------------------|------|
| Nhóm đẻ non      | 52         | 38,8%       | 25,87±11,36        | 0,08 |
| Nhóm đẻ đủ tháng | 82         | 61,2%       | 22,31±11,5         |      |
| <b>Tổng</b>      | <b>134</b> | <b>100%</b> | <b>23,71±11,53</b> |      |

**Bảng 3.10. Môi liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với đẻ non trong vòng 7 ngày**

|                             | n          | %           | Nồng độ IL-8                      | p    |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------------------------------|------|
| Nhóm giữ thai $\leq 7$ ngày | 13         | 9,7%        | 30,61 $\pm$ 16,22                 | 0,02 |
| Nhóm giữ thai $> 7$ ngày    | 121        | 90,3%       | 22,96 $\pm$ 10,73                 |      |
| <b>Tổng</b>                 | <b>134</b> | <b>100%</b> | <b>23,71<math>\pm</math>11,53</b> |      |

**Bảng 3.11: mối liên quan nồng độ IL-8 dịch CTC với đẻ non trong vòng 14 ngày**

|                              | n          | %           | Nồng độ IL-8                      | p     |
|------------------------------|------------|-------------|-----------------------------------|-------|
| Nhóm giữ thai $\leq 14$ ngày | 25         | 18,7%       | 29,19 $\pm$ 13,08                 | 0,008 |
| Nhóm giữ thai $> 14$ ngày    | 109        | 81,3%       | 22,44 $\pm$ 10,82                 |       |
| <b>Tổng</b>                  | <b>134</b> | <b>100%</b> | <b>23,71<math>\pm</math>11,53</b> |       |

Nồng độ IL-8 dịch CTC liên quan chặt chẽ với chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 ngày và 14 ngày nhưng không có mối liên quan với đẻ non trước 37 tuần với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn thai phụ nằm trong lứa tuổi từ 20-29 tuổi chiếm 67,9%. Lứa tuổi dưới 19 và trên 40 chiếm tỷ lệ nhỏ. Điều này tương tự với các nghiên cứu khác về đẻ non vì 20-35 tuổi là lứa tuổi mà cơ thể người phụ nữ dễ thụ thai nhất so với các lứa tuổi khác. Trong số 134 thai phụ thì 77 thai phụ là mang thai lần đầu chiếm 57,5% và 57 thai phụ mang thai từ lần thứ 2 chiếm 42,5%. Trong quá trình theo dõi, số thai phụ đẻ non chiếm 38,8% và đẻ đủ tháng chiếm 61,2%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đẻ non cao hơn tỷ lệ đẻ non trong quần thể người Việt Nam vào khoảng 10% vì nghiên cứu chủ động lựa chọn những thai phụ có triệu chứng của dọa đẻ non phải nhập viện điều trị.

Tuổi thai trung bình của thai phụ khi nhập viện là 30,7 $\pm$ 2,2 tuần và tuổi thai trung bình khi đẻ là 36,8 $\pm$ 4,1 tuần. Thời gian giữ thai trung bình là 41 $\pm$ 25 ngày. Nhóm chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 ngày sau khi nhập viện điều trị là 13 thai phụ chiếm 9,7%, nhóm giữ được thai trên 7 ngày chiếm 90,3%. Nhóm chuyển dạ đẻ trong vòng 14 ngày là 25 thai phụ chiếm 18,7%. Nhóm chuyển dạ đẻ sau 14 ngày chiếm 81,3%.

Hiện nay các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy có nhiều phương pháp có thể hạn chế tỷ lệ đẻ non ở những thai phụ có tiền sử đẻ non như dùng thuốc nội tiết bổ xung progesterone hoặc khâu vòng CTC. Các thai phụ tại bệnh viện Phụ sản trung ương được theo dõi thai tại đây và được dự phòng đẻ non ngay từ đầu nên đã hạn chế được tỷ lệ đẻ non ở nhóm có nguy cơ cao này.

Bảng 3.8 cho thấy đẻ non và chiều dài CTC có mối liên quan chặt chẽ với nhau với  $p=0,002$ . Trong nhóm thai phụ có chiều dài CTC $\leq 25$ mm, tỷ lệ đẻ non là 52,4% trong khi tỷ lệ này chỉ là 26,8% trong nhóm thai phụ có chiều dài CTC $> 25$ mm. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy chiều dài CTC là một trong những yếu

tố quan trọng nhất để tiên đoán đẻ non. Nghiên cứu của Iam trên 2915 thai phụ cho thấy chiều dài CTC càng ngắn thì nguy cơ đẻ non càng cao. Nếu chiều dài CTC  $< 35$ mm thì nguy cơ đẻ non tăng 2,35 lần, chiều dài CTC  $< 22$ mm thì nguy cơ đẻ non tăng 9,5 lần [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ trung bình của IL-8 trong nhóm nghiên cứu là 23,71 $\pm$ 11,53pg/ml. Bảng 3.10 cho thấy nồng độ IL-8 trong nhóm sẽ đẻ non trong vòng 7 ngày là 30,61 $\pm$ 16,22pg/ml và nồng độ IL-8 trong nhóm sẽ chuyển dạ đẻ sau 7 ngày là 22,96 $\pm$ 10,73pg/ml. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Với nhóm chuyển dạ đẻ trong vòng 14 ngày, nồng độ trung bình của IL-8 là 29,19 $\pm$ 13,08pg/ml. Với nhóm chuyển dạ đẻ sau 14 ngày, nồng độ trung bình của IL-8 là 22,44 $\pm$ 10,82pg/ml. Sự khác biệt về nồng độ IL-8 giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Nghiên cứu của tác giả M.Holst và cộng sự tại Sweden cũng cho kết quả tương tự. Nồng độ trung bình của IL-8 trong nhóm chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 ngày là 8,8ng/ml, khác biệt có ý nghĩa khi so sánh với nồng độ IL-8 của nhóm chuyển dạ đẻ sau 7 ngày 0,15 ( $p < 0,0001$ ) [6]. Như vậy, nồng độ IL-8 liên quan chặt chẽ với thời gian giữ thai và nếu nồng độ IL-8 càng cao thì thời gian giữ thai sẽ càng ngắn.

Nồng độ trung bình của IL-8 trong nhóm đẻ non là 25,87 $\pm$ 11,36pg/ml và nồng độ trung bình của IL-8 trong nhóm đẻ đủ tháng là 22,31 $\pm$ 11,5pg/ml. Sự chênh lệch nồng độ IL-8 giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,08$ . Như vậy, IL-8 có vẻ như không phải là một xét nghiệm có giá trị chẩn đoán đẻ non hay không sau một thời gian dài trên 14 ngày.

Từ 3 bảng 3.19, 3.10, 3.11, chúng tôi có nhận xét là nồng độ IL-8 có thể được sử dụng để tiên đoán chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 hoặc 14 ngày chứ không có tác dụng tiên đoán chuyển dạ đẻ non trong thời gian dài. Trên thực tế lâm sàng, khi thai phụ có dấu hiệu chuyển dạ đẻ non thì một trong những câu hỏi đặt ra là có cần



tiêm corticoid để giúp trưởng thành phổi cho thai nhi, giúp tăng cơ hội sống cho em bé khi sinh ra hay không. Tuy nhiên, thuốc chỉ có tác dụng trong vòng 7 ngày và không nên dùng quá 3 lần trong một thai kì nên sử dụng xét nghiệm IL-8 để tiên đoán chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 ngày sẽ rất hữu ích cho thầy thuốc trong việc quyết định có tiêm thuốc cho thai phụ hay không. Nếu IL-8 thấp thì sẽ không cần phải tiêm thuốc và thậm chí không cần cho thai phụ nhập viện điều trị, tránh phải sử dụng những thuốc không cần thiết. Ngược lại, nếu nồng độ IL-8 cao thì sẽ phải nhập viện và điều trị tích cực để giữ thai, tránh những biến chứng khi cho những thai phụ có nguy cơ đẻ non cao về nhà, không được theo dõi tích cực.

Về mặt lý thuyết, IL-8 được sinh ra trong quá trình viêm và quá trình giáng hóa collagen ở mô liên kết CTC. Như vậy, các phản ứng viêm ở CTC đều làm tăng IL-8. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại thấy rằng nồng độ IL-8 ở nhóm thai phụ có tình trạng viêm CTC tăng lên không có ý nghĩa thống kê so với nhóm thai phụ không có tình trạng viêm CTC mà chỉ tăng lên trong những thai phụ có chuyển dạ đẻ non trong vòng 7 ngày và 14 ngày. Có thể IL-8 chỉ sinh ra tại CTC trong quá trình thu hút các tế bào viêm đến CTC để làm giáng hóa mô liên kết tại đây chứ không bị ảnh hưởng bởi phản ứng viêm do viêm nhiễm tại âm đạo và CTC. Bảng 3.7 cũng chỉ ra rằng nồng độ IL-8 trong 2 nhóm thai phụ có nồng độ CRP huyết thanh nhỏ hơn 5mg/l và lớn hơn 5mg/l khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . CRP là protein viêm phản ứng, tăng lên khi có nhiễm khuẩn ở bất kì nơi nào trong cơ thể. Dữ liệu này chỉ ra rằng nồng độ IL-8 không bị ảnh hưởng bởi phản ứng nhiễm khuẩn ở những nơi khác trong cơ thể cũng như nhiễm khuẩn tại âm đạo và CTC. Như vậy nồng độ IL-8 dịch CTC chỉ tăng lên khi có sự giáng hóa mô tại CTC chứ không bị ảnh hưởng bởi các phản ứng viêm tại CTC hay các cơ quan khác trong cơ thể.

## V. KẾT LUẬN

Nồng độ IL-8 dịch CTC trong nhóm thai phụ dọa đẻ non là  $23,71 \pm 11,53$  pg/ml. Nồng độ IL-8 dịch CTC không phụ thuộc vào tuổi mẹ, tuổi thai, không phụ thuộc vào tình trạng viêm CTC và nồng độ CRP huyết thanh mẹ. Nồng độ IL-8 dịch CTC liên quan chặt chẽ tới chiều dài CTC, thời gian giữ thai 7 ngày và 14 ngày. Nồng độ IL-8 dịch CTC không phụ thuộc vào thời gian giữ thai sau 14 ngày. Định lượng nồng độ IL-8 là một thăm dò không xâm lấn, liên quan chặt chẽ đến thời gian giữ thai và có thể được sử dụng để tiên lượng khả năng đẻ non.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WorldHealthOrganization**, Preterm birth Fact sheet No 363. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>, 2015.
2. **Blencowe, H., et al.,** Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013;10(Suppl 1):S2. doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S2.
3. **Chao, T.T., et al.,** The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol*, 2011. 118(6): p. 1301-8.
4. **Ferrero, D.M., et al.,** Cross-Country Individual Participant Analysis of 4.1 Million Singleton Births in 5 Countries with Very High Human Development Index Confirms Known Associations but Provides No Biologic Explanation for 2/3 of All Preterm Births. *PLoS One*, 2016. 11(9): p. e0162506.
5. **Iams, J.D., et al.,** The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med*, 1996. 334(9): p. 567-72.
6. **Holst, R.M., et al.,** Interleukin-6 and interleukin-8 in cervical fluid in a population of Swedish women in preterm labor: relationship to microbial invasion of the amniotic fluid, intra-amniotic inflammation, and preterm delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2005. 84(6): p. 551-7.
7. **Jung, E.Y., et al.,** Prediction of impending preterm delivery based on sonographic cervical length and different cytokine levels in cervicovaginal fluid in preterm labor. *J Obstet Gynaecol Res*, 2016. 42(2): p. 158-65.

# MỐI TƯƠNG QUAN CỦA CHỈ SỐ MẠCH ĐẬP TRÊN SIÊU ÂM DOPPLER XUYÊN SỌ VÀ ÁP LỰC NỘI SỌ Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Lưu Quang Thùy\*, Nguyễn Quốc Kính\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối tương quan của chỉ số mạch đập trên siêu âm Doppler xuyên sọ với áp lực nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng là mục tiêu của nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 93 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng (Glasgow  $\leq 8$  điểm), được đặt catheter đo áp lực nội sọ đồng thời được làm siêu âm Doppler xuyên sọ. **Kết quả:** Áp lực nội sọ trung bình ở ngày thứ nhất  $24,7 \pm 11,01$  mmHg, chỉ số mạch đập tương ứng  $1,53 \pm 1,01$  ( $r=0,78$ ); ngày thứ 5, tương ứng  $16,86 \pm 4,08$  mmHg;  $0,85 \pm 0,64$ , ( $r=0,77$ ); ngày thứ 10, tương ứng  $12,9 \pm 3,74$  mmHg;  $0,70 \pm 0,32$  ( $r=0,35$ ); ở nhóm có áp lực nội sọ  $> 20$  mmHg tương quan cao ( $r=0,77$ ), ở nhóm áp lực nội sọ  $< 20$  mmHg tương quan thấp ( $r=0,22$ ). Có sự tương quan cao chỉ số mạch đập trên siêu âm Doppler xuyên sọ với áp lực nội sọ ở ngày thứ nhất đến ngày thứ năm, và khi áp lực nội sọ  $> 20$  mmHg.

**Từ khóa:** chấn thương sọ não nặng, áp lực nội sọ, chỉ số mạch đập, siêu âm Doppler xuyên sọ

## SUMMARY

### CORRELATION BETWEEN PULSATILITY INDEX ON TRANSCRANIAL DOPPLER ULTRASOUND AND INTRACRANIAL PRESSURE IN SEVERE BRAIN INJURY

**Objective:** The study was aimed to evaluate the correlation between the pulsatility index on transcranial Doppler ultrasonography and intracranial pressure in patients with severe traumatic brain injury. **Method:** a cross-sectional descriptive study was conducted on 93 patients with severe traumatic brain injury (by Glasgow scale  $\leq 8$  points), were inserted the catheters for intracranial pressure measurement, at the same time when the transcranial Doppler ultrasound were made. **Results:** ICP averaged  $24.7 \pm 11.01$  mmHg at the first day, pulsatility index of  $1.53 \pm 1.01$ , ( $r=0.78$ ); at the 5<sup>th</sup> day,  $16.86 \pm 4.08$  mmHg and  $0.85 \pm 0.64$  respectively ( $r=0.77$ ); at the 10<sup>th</sup> day,  $12.9 \pm 3.74$  mmHg and  $0.70 \pm 0.32$ , respectively ( $r=0.35$ ); in those with ICP  $> 20$  mmHg were highly correlated ( $r=0.77$ ), in contrast of the another group of intracranial pressure  $< 20$  mmHg the correlation was low ( $r=0.22$ ). There was a high correlation between the pulsatility index on transcranial Doppler ultrasonography and the intracranial pressure at

the first day to the fifth day, and at the intracranial pressure were over 20mmHg group.

**Keywords:** severe head injury, intracranial pressure, pulsatility index, transcranial Doppler ultrasound

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là bệnh rất hay gặp trong thực hành lâm sàng. Số lượng bệnh nhân rất lớn, điều trị tốn kém, di chứng và tử vong cao. Trong hơn 2 thập kỷ qua, cùng với những nghiên cứu mới về sinh lý bệnh CTSN và tiến bộ trong công nghệ, người ta đã áp dụng nhiều phương pháp mới trong chẩn đoán và điều trị chấn thương sọ não và đã giảm bớt tỷ lệ di chứng cũng như tỉ lệ tử vong sau chấn thương sọ não [2], [3].

Theo dõi áp lực nội sọ được cân nhắc ở tất cả các bệnh nhân CTSN nặng (Glasgow  $\leq 8$ đ), đặc biệt khi có bất thường ban đầu trên phim CT-Scan sọ não. Đặt ICP xâm lấn cho kết quả chính xác nhất về áp lực nội sọ, là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán tăng áp lực nội sọ. Tuy nhiên, phương pháp này có một số chống chỉ định như: bệnh nhân bị rối loạn đông máu, vỡ lún sọ rộng hoặc nhiễm trùng vùng đặt catheter..., biến chứng chảy máu thường gặp nhất với tỉ lệ là 1% với phương pháp đặt trong nhu mô não và 5% khi đặt vào não thất, hơn nữa catheter không lưu được lâu do nguy cơ viêm màng não [4]. Thực tế cho thấy có một số trường hợp sau khi đặt catheter áp lực nội sọ luôn thấp trong suốt quá trình điều trị, điều này làm tăng nguy cơ và tổn kém cho người bệnh. Hiện nay vẫn chưa có phương pháp theo dõi áp lực nội sọ không xâm lấn nào đáng tin cậy. Theo một số tác giả trên thế giới, chỉ số mạch đập của siêu âm Doppler xuyên sọ có mối tương quan với áp lực nội sọ [5]. Do đó ở một số trung tâm hồi sức thần kinh trên thế giới đã sử dụng chỉ số mạch đập trên của máy siêu âm như một công cụ để sàng lọc bệnh nhân có áp lực nội sọ cao và gián tiếp đánh giá áp lực nội sọ, đặc biệt trong những trường hợp có chống chỉ định đặt áp lực nội sọ xâm lấn. Thực tế ở các đơn vị hồi sức tích cực tại Việt Nam còn chưa có phương tiện không xâm lấn theo dõi và đánh giá khách quan những thay đổi áp lực và dòng máu trong não của bệnh nhân CTSN nặng để có phác đồ điều trị phù hợp cho

\*Trung tâm GMHS-Bệnh viện HN Việt Đức  
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy  
Email: drluoquangthuy@gmail.com  
Ngày nhận bài: 12.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017  
Ngày duyệt bài: 8.12.2017

từng thời điểm. Do đó đề tài này được tiến hành với mục tiêu: "Đánh giá mối tương quan của chỉ số mạch đập của siêu âm Doppler xuyên sọ với áp lực nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân từ 16 tuổi trở nên bị chấn thương sọ não nặng (Glasgow  $\leq 8$  điểm sau khi đã hồi sức), có CT-Scan bất thường hoặc CT-Scan bình thường nhưng có  $\geq$  một tiêu chuẩn: lớn hơn 40 tuổi, đuối cứng chi. Được đặt ICP và làm TCD. Được đặt nội khí quản, thở máy thông khí hợp lý.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Bệnh nhân đa chấn thương nặng với thang điểm ISS  $\geq 25$  điểm; phụ nữ có thai; Bệnh nhân CTSN nhưng chưa làm đủ ba lần siêu âm Doppler xuyên sọ; Bệnh nhân CTSN có kèm theo rối loạn đông máu, thiếu máu (hemoglobin dưới 80g/l), bệnh van tim, giang mai, HIV, u não... Bệnh nhân có dấu hiệu chết não: đồng tử hai bên giãn cực đại mất phản xạ ánh sáng, mất phản xạ ho. Tình trạng huyết động không ổn định (nếu có phải điều chỉnh trước đó), huyết áp tối đa  $< 90$  mmHg, đang dùng các thuốc vận mạch liều cao; Các bệnh lý nội khoa có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu (bệnh tim phổi mạn tính, tim bẩm sinh); Bệnh nhân bị rối loạn đông máu hoặc không đặt được catheter đo áp lực nội sọ; Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

#### 2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Khoa Gây mê hồi sức bệnh viện Việt Đức từ tháng 05 năm 2012 đến tháng 02 năm 2015.

#### 2.2.3. Cách chọn mẫu nghiên cứu:

chọn mẫu thuận tiện

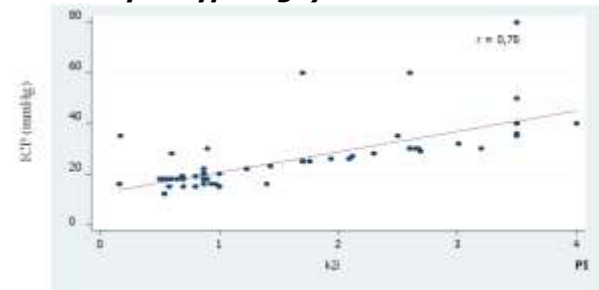
**2.2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm STATA 10. Các giá trị định tính được biểu hiện bằng tỷ lệ %, so sánh sự khác biệt bằng khi bình phương. Các giá trị định lượng được biểu hiện bằng giá trị trung bình và lệch chuẩn, so sánh sự khác biệt giữa 2 giá trị ở hai nhóm bằng test t-Student, ở cùng một nhóm bằng paired t-test. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Tương quan tuyến tính được biểu hiện bằng hệ số tương quan  $r$  với ý nghĩa mức độ tương quan theo qui ước: 0,01 đến  $\pm 0,1$  (Mối tương quan quá thấp, không đáng kể); 0,2 đến 0,3 (Mối tương quan thấp); 0,4 đến 0,5 (Mối tương quan trung bình); 0,6 đến 0,7 (Mối tương quan cao);  $> 0,8$  (Mối tương quan rất cao).

## III. KẾT QUẢ

**3.1. Đặc điểm chung:** Số bệnh nhân nam 76/93 bệnh nhân (81,72%), bệnh nhân là nữ 17/93 (18,28%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện sau 3 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất 75/93 (80,65%), rất ít bệnh nhân đến trước 1 giờ (2,15%). Vị trí tổn thương sọ não trên Cắt lớp vi trình sọ não bao gồm máu tụ ngoài màng cứng 14/93 (15,1%), máu tụ dưới màng cứng 38/93 (40,9%), máu tụ trong não 52/93 (55,9%), chảy máu dưới nhện 83/93 (89,3%), chảy máu não thất 33/93 (35,5%), đè đẩy đường giữa 17/93 (18,3%), xoá bể đáy 17/93 (18,3%).

### 3.2. Tương quan giữa áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập theo thời gian

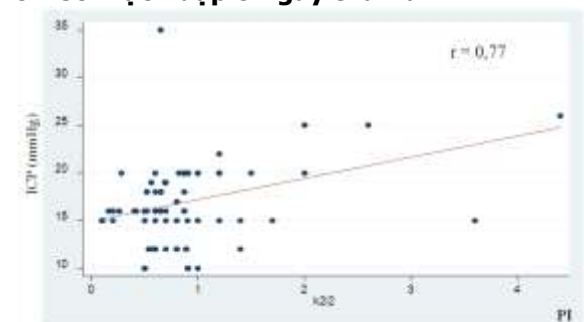
#### 3.2.1. Tương quan giữa áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập ở ngày thứ nhất



**Biểu đồ 3.1. Áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập ngày thứ nhất**

Áp lực nội sọ trung bình ở ngày thứ nhất là  $24,7 \pm 11,01$  mmHg, chỉ số mạch đập trên siêu Doppler xuyên sọ là  $1,53 \pm 1,01$ . Có sự tương quan cao giữa 2 thông số ( $r=0,78$ ).

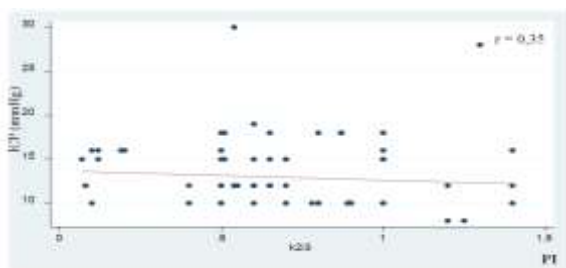
#### 3.2.2. Tương quan giữa áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập ở ngày thứ năm



**Biểu đồ 3.2. Áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập ở ngày thứ 5**

Ở ngày thứ 5, áp lực nội sọ trung bình ( $16,86 \pm 4,08$  mmHg) tương quan cao với chỉ số mạch đập trung bình ( $0,85 \pm 0,64$ ),  $r = 0,77$ .

#### 3.2.3. Tương quan giữa áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập ở ngày thứ mười



**Biểu đồ 3.3. Áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập ở ngày thứ mười**

Ở ngày thứ mười, áp lực nội sọ trung bình là  $12,9 \pm 3,74$  mmHg, tương quan thấp với chỉ số mạch đập trung bình trên siêu âm Doppler xuyên sọ ( $0,70 \pm 0,32$ ),  $r = 0,35$ .

### 3.3. Môi trường quan của chỉ số mạch đập theo mức độ áp lực nội sọ

**Bảng 3.1. Tương quan giữa áp lực nội sọ với chỉ số mạch đập theo mức độ áp lực nội sọ**

| Áp lực nội sọ  | r    | Chỉ số mạch đập trên siêu âm Doppler xuyên sọ |                  |            |
|----------------|------|-----------------------------------------------|------------------|------------|
|                |      | n                                             | $\bar{X} \pm SD$ | Min-Max    |
| $\leq 20$ mmHg | 0,22 | 39                                            | $0,72 \pm 0,24$  | 0,16 – 1,4 |
| $> 20$ mmHg    | 0,77 | 54                                            | $2,10 \pm 0,94$  | 0,17 – 4,0 |

Mối tương quan giữa chỉ số mạch đập với áp lực nội sọ ở nhóm có áp lực nội sọ  $> 20$  mmHg cao ( $r = 0,77$ ), trong khi mối tương quan này ở nhóm áp lực nội sọ  $< 20$  mmHg thấp ( $r = 0,22$ ).

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nam nhiều hơn nữ (81,72% với 18,28%). Trong hầu hết các nghiên cứu thấy rằng tỉ lệ nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ, điều này có thể do đặc thù công việc đảm nhận trong xã hội, tham gia giao thông nhiều, lối sống không lành mạnh (uống rượu, bia...) phóng xe tốc độ cao nên tỉ lệ nam giới chấn thương sọ não cao hơn nữ giới.

Thời gian đến viện sau 3 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất (80,65%), đến trước 1 giờ chiếm tỉ lệ thấp (2,15%). Điều này cho thấy công tác cấp cứu ban đầu chưa chuyên nghiệp, bệnh nhân chấn thương sọ não nặng tập trung ở vùng nông thôn xa bệnh viện, phải mất thời gian cấp cứu ban đầu và chuyển tuyến cao hơn. Hai bệnh nhân nhập viện trước 1 giờ do tai nạn xảy ra ngay cạnh bệnh viện được người đi đường đưa ngay vào phòng cấp cứu. Thời gian cấp cứu sau chấn thương chiếm vị trí rất quan trọng (gọi là thời gian vàng), nó ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình điều trị và tiên lượng của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khẳng định thời gian là một yếu tố quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh, cần thiết phải xây dựng một

phác đồ chuẩn thống nhất từ trung ương đến địa phương nhằm chuyên nghiệp hóa công tác cấp cứu ban đầu và thời gian vận chuyển bệnh nhân.

Về tổn thương trên CT-Scan sọ não, bệnh nhân chảy máu dưới nhện chiếm tỉ lệ cao nhất 89,3%, tiếp đến là nhóm máu tụ trong não chiếm 55,9%. Bệnh nhân CTSN nặng thường đi kèm theo nhiều tổn thương phối hợp, đặc biệt những bệnh nhân có kèm theo chảy máu não thất, xóa bể đáy thì tiên lượng rất nặng, điều trị khó khăn và thường để lại di chứng. Nhóm bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần được coi là có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và xử trí kịp thời, tỉ lệ của nhóm này trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,05%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Tiến Triển (28,4%) và của Phạm Xuân Hiền (22,6%).

Áp lực nội sọ giảm dần theo thời gian ngày thứ nhất đến ngày thứ 10 (từ  $24,69 \pm 16,86$  xuống  $12,93 \pm 3,74$ ) tương ứng với mức giảm của chỉ số mạch đập (từ  $1,53 \pm 1,01$  xuống  $0,70 \pm 0,32$ ). Ngày thứ nhất giá trị của áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập tương quan rất chặt chẽ với  $r = 0,78$ , ngày thứ 5 hệ số  $r = 0,77$ , tuy nhiên đến ngày thứ 10 hệ số  $r = 0,35$ . Cùng những ngày sau tương quan giữa áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập càng giảm có thể do tính chính xác của áp lực nội sọ những ngày sau không cao, đầu cảm ứng của catheter áp lực nội sọ không được chuẩn như lúc đầu, những ngày sau áp lực nội sọ giảm dần do được điều trị theo đích chấn thương sọ não nặng nên áp lực nội sọ ở mức cho phép.

Nghiên cứu của Melek Gura và cộng sự trên 152 bệnh nhân chấn thương sọ não có Glasgow  $< 8$  điểm thực hiện tại trung tâm hồi sức thần kinh Istanbul, Thổ Nhĩ Kỳ cho rằng vận tốc dòng chảy của động mạch não giữa và chỉ số mạch này có thể giúp đánh giá quá trình diễn biến của tổn thương, có mối liên hệ chặt với áp lực nội sọ và đưa ra hướng điều trị nếu trong đơn vị hồi sức không có sẵn phương tiện đo áp lực nội sọ xâm lấn. Tất cả bệnh nhân được đặt áp lực nội sọ xâm lấn và siêu âm Doppler xuyên sọ trong 5 ngày, các chỉ số được thu thập trong các thời điểm ngày thứ nhất, ngày thứ ba và ngày thứ năm. Kết quả cho thấy tương quan giữa áp lực nội sọ và chỉ số mạch đập tương đối chặt ( $p < 0,0001$ ) với các hệ số tương quan là 0,78; 0,56 và 0,53 tương ứng với ba thời điểm. Các thông số về siêu âm Doppler xuyên sọ như tốc độ trung bình, chỉ số mạch đập tương quan với áp lực nội sọ trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các giả trên. Ở mức độ áp lực nội sọ  $> 20$  mmHg tương quan giữa chỉ số mạch đập và

áp lực nội sọ chặt chẽ hơn ở mức áp lực nội sọ  $\leq 20\text{mmHg}$  ( $r=0,77$  so với  $r=0,22$ ). Trong nghiên cứu của Bellner và cộng sự tiến hành theo dõi áp lực nội sọ trên 81 bệnh nhân chảy máu não thất do chấn thương bằng cách đặt catheter vào não thất và đồng thời làm siêu âm Doppler xuyên sọ kết luận rằng: sử dụng chỉ số mạch đập có thể ước lượng được áp lực nội sọ  $> 20\text{ mmHg}$  với độ nhạy 0,89 và độ đặc hiệu 0,92. Điều này cho

thấy chỉ số mạch đập tương quan rất chặt chẽ với áp lực nội sọ ở nhóm bệnh nhân có áp lực nội sọ cao, đặc điểm này cho phép chúng ta ứng dụng phương pháp siêu âm Doppler xuyên sọ không xâm lấn có thể lượng giá gián tiếp giá trị áp lực nội sọ, vừa là biện pháp ít xâm lấn vừa giảm biến chứng do đặt trực tiếp catheter đo áp lực nội sọ và tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân.



**Hình 4.1. Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não, đo áp lực nội sọ và siêu âm Doppler xuyên sọ của bệnh nhân chấn thương sọ não**

## V. KẾT LUẬN

Có sự tương quan tuyến tính cao giữa chỉ số mạch đập trên Siêu âm Doppler xuyên sọ và áp lực nội sọ đo được qua catheter ở ngày thứ nhất và ngày thứ 5 sau chấn thương. Sự tương quan này giảm theo đến ngày thứ 10 thì tương quan thấp. Ở mức áp lực nội sọ cao trên  $20\text{ mmHg}$  có sự tương quan chặt chẽ giữa chỉ số mạch đập và áp lực nội sọ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samir, H. (2012), "Critical care management of severe traumatic brain injury in adults", *Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (20):1-15.
2. Nguyễn Thị Vân Bình, Đông văn Hệ (2009), "Đánh giá kết quả xa sau điều trị chấn thương sọ não nặng", *Y học thực hành*, (7):37 - 41.
3. Rutland-Brown, J Langlois (2006), "Incidence of traumatic brain injury in the United States", *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, (21):544-548.
4. Perter, Le Roux. (2013), "Physiological Monitoring of the Severe Traumatic Brain Injury Patient in the Intensive Care Unit", *Curr Neurol Neurosci Rep*, (331):1-16.
5. José. Roberto & Stéphane. Blanot (2011), "Transcranial Doppler can predict intracranial hypertension in children with severe traumatic brain injuries", *Child Neuropsychol Syst*, (27):979-984.
6. Nguyễn Hữu Hoàng (2011), "Đánh giá tác dụng làm giảm áp lực nội sọ của mannitol 20% ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng", *Luận án thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
7. Nguyễn Tiên Triển (2006), "Đánh giá ảnh hưởng của tụt huyết áp và thiếu oxy trong chấn thương sọ não nặng", *Luận án thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội*.

## KIẾN THỨC, THỰC HÀNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ NHIỄM HIV/AIDS ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2017

Vũ Bích Hạnh<sup>1</sup>, Lê Thị Bình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá mức độ tuân thủ điều trị (ĐT) ở 341 bệnh nhân (BN) HIV/AIDS điều trị tại phòng khám ngoại trú, khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2016

\*Trường ĐH Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Bình

Email: lethibinh1818@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017

Ngày duyệt bài: 8.12.2017

đến tháng 10/2017. Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành tuân thủ ĐT thuốc ARV của người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Bạch Mai năm 2017; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành và tuân thủ ĐT thuốc ARV của người nhiễm HIV/AIDS tại địa bàn nghiên cứu. Số liệu thu thập được là bảng phỏng vấn thực trạng kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị thuốc ARV và sự hỗ trợ của người thân, đồng đẳng viên. Kết quả cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân đạt được kiến thức (KT) cơ bản về tuân thủ điều trị là 80,3%, chưa đạt 19,7%, tỷ lệ tuân thủ thực hành điều trị thuốc ARV chiếm 68,9%, không tuân thủ 31,1%. Có hỗ trợ của người thân trong việc



tuân thủ 80,65%, không có người hỗ trợ 19,35%. Đặc biệt không có sự hỗ trợ của đồng đẳng viên (100%), không có sự hỗ trợ của cộng tác viên: 99,7% và người nhiễm HIV không tham gia câu lạc bộ: 100%. Có sự khác biệt giữa các nhóm nghề nghiệp của BN với tuân thủ điều trị thuốc ARV ( $p < 0,05$ ), kiến thức về hậu quả không tuân thủ với sự tuân thủ điều trị ARV ( $p < 0,01$ ), giữa uống gấp tác dụng phụ với tuân thủ điều trị ( $p < 0,01$ ).

**Từ khóa:** HIV; ARV; tuân thủ điều trị, kiến thức, thực hành, bệnh nhân

## SUMMARY

### KNOWLEDGE, PRACTICE AND COMPLICATIONS OF TREATMENT OF OUTPATIENTS HIV/AIDS AT THE BACH MAI HOSPITAL IN 2017

**Objectives:** A cross-sectional descriptive study Evaluating treatment adherence in 341 HIV/AIDS patients were treated in outpatient clinic, Infectious Diseases Department, Bach Mai Hospital from December 2016 to October 2017. The objectives are: (1) To describe the current state of knowledge and practice of patient to ARV treatment in Bach Mai Hospital in 2017. (2) Identify some factors related to knowledge and practice of adherence to ARV. The data collected were the questionnaire on the status of knowledge, adherence to ARV treatment and support from relatives and peer educators. Results showed that the proportion of patients achieved basic knowledge about adherence was 80.3%, patients did not achieve basic knowledge about adherence was 19.7%, patients followed by follow-up practice of 68.9%, non-compliance 31.1%. There is support from relatives in the 80.65% compliance, no supporters 19.35%. Especially without the support of peer educators (100%), without the support of collaborators: 99.7% and HIV infected people not participating in the club: 100%. There was a difference in patient's antiretroviral therapy ( $p < 0.05$ ), knowledge about the consequences of noncompliance with ARV treatment ( $p < 0.01$ ), between Adverse effects were observed with adherence ( $p < 0.05$ ).

**Key words:** HIV; ARV; adhere to treatment, knowledge, practice, patient

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS được xem là mối hiểm họa của các quốc gia, các dân tộc trên toàn cầu. Từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên ở Việt Nam được phát hiện năm 1990, tính đến cuối năm 2015 cả nước hiện có 227.154 trường hợp nhiễm HIV còn sống và ước tính hiện có 254.000 người nhiễm HIV trong cộng đồng. Riêng trong năm 2015, đã phát hiện 10.195 trường hợp nhiễm mới HIV số bệnh nhân chuyển sang AIDS là 6.130, tử vong do AIDS 2.130 trường hợp [1].

Liệu pháp điều trị ARV giúp bệnh nhân nâng cao sức khỏe, kéo dài tuổi thọ, giảm mắc các bệnh cơ hội và giảm nguy cơ lây truyền. Tuy nhiên, ARV là liệu pháp điều trị suốt đời. Tuân thủ DT là yếu tố sống còn quyết định hiệu quả

của liệu pháp này. Trong những năm gần đây hiện tượng HIV kháng thuốc điều trị ARV đang tăng lên trên toàn cầu. Tại Khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Bạch Mai có xuất hiện các trường hợp kháng thuốc với phác đồ điều trị ARV bậc 1. Để nâng cao hiệu quả của việc điều trị, cần liên tục cập nhật mức độ tuân thủ và các yếu tố liên quan trong điều trị ARV để có sở sở đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời, hiệu quả. Đó là lý do đề tài "*Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân ngoại trú nhiễm HIV/ AIDS được quản lý tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2017*" được tiến hành nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

**2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu:** Tại phòng khám ngoại trú Khoa Truyền Nhiễm, BV Bạch Mai. Thời gian từ 2/2017 đến 10/2017.

**3. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân HIV/AIDS khám, điều trị được quản lý tại Phòng khám ngoại trú - Khoa Truyền Nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi;  
- Đã và đang được điều trị ARV;  
- Không có vấn đề về tâm thần, đủ khả năng trả lời các câu hỏi nghiên cứu;  
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

**\*Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

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

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

z: hệ số tin cậy, ứng với khoảng tin cậy 95% của tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV  $z(1-\alpha)/2 = 1,96$

p = là ước tính tỷ lệ % tuân thủ điều trị ARV là 67% (dựa theo kết quả nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức và Lê Vinh năm 2009 tại Quận 10 - TPHCM) [3]. Chọn d = 5%.

q = 1-p; d: là sai số tuyệt đối.

Sau khi làm sạch số liệu còn 341 mẫu.

### 5. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu;  
- Kiến thức tuân thủ điều trị (kiến thức về thuốc ARV, số lần uống thuốc/ngày, tác dụng phụ,...)  
- Thực hành tuân thủ điều trị (quên uống thuốc, lý do không uống hoặc uống chậm...).

**6. Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập, xử lý bằng EpiData 3.0 và phần mềm SPSS 20.0 để mô tả các chỉ số nghiên cứu và tìm mối liên quan.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Thông tin chung                                          |                      | Số lượng (n=341) | Tỷ lệ (%)   |
|----------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-------------|
| <b>Giới tính:</b>                                        | Nam                  | 216              | <b>63,3</b> |
|                                                          | Nữ                   | 125              | 36,7        |
| <b>Nhóm tuổi:</b>                                        | 18 - 29 tuổi         | 21               | 6,2         |
|                                                          | 30 - 39 tuổi         | 143              | 41,9        |
|                                                          | ≥ 40 tuổi            | 177              | <b>51,9</b> |
| <b>Trình độ học vấn:</b>                                 | THCS (6-9)           | 35               | 10,3        |
|                                                          | THPT (10-12)         | 192              | <b>56,3</b> |
|                                                          | Trung cấp, cao đẳng  | 74               | 21,7        |
|                                                          | Đại học, sau Đại học | 40               | 11,7        |
| <b>Tình trạng hôn nhân:</b>                              | Độc thân             | 71               | 20,8        |
|                                                          | Có vợ/chồng          | 231              | 67,7        |
|                                                          | Ly hôn               | 28               | 8,2         |
|                                                          | Góa vợ/chồng         | 11               | 3,2         |
| <b>Nghề nghiệp:</b>                                      | Nông dân             | 26               | 7,6         |
|                                                          | Công Nhân            | 109              | 32          |
| Bộ đội/ công an, Công chức viên chức, Kinh doanh, Lái xe |                      | 133              | 39          |
| Sinh viên                                                |                      | 2                | 0,6         |
| Thất nghiệp                                              |                      | 71               | 20,8        |

Bảng 1 cho thấy, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (63,3% so với 36,7%). Nhóm tuổi ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), nhóm tuổi từ 30 - 39 tuổi chiếm 41,9%, tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi từ 18-29 tuổi (6,2%). Về trình độ học vấn, đối tượng học trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%), tiếp sau là đối tượng trung cấp, cao đẳng (21,7%), đối tượng đại học, sau

đại học chiếm 11,7% và tỷ lệ thấp nhất là đối tượng trung học cơ sở chiếm 10,3%. Về tình trạng hôn nhân, đã có vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%), độc thân (20,8%), đã ly hôn chiếm 8,2%, đã góa vợ/chồng (3,2%). BN nhiễm HIV chủ yếu thuộc nhóm có nghề nghiệp là nông dân hoặc công nhân (39,6%). Tỷ lệ thất nghiệp chiếm tỷ lệ khá cao (20,8%).

**2. Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV****Bảng 2. Kiến thức tuân thủ điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu**

| Các nội dung kiến thức                              | Số lượng(n=341) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------|
| Có kiến thức hiểu biết chung về thuốc ARV           | 321             | 94,1      |
| Có kiến thức về ARV phải điều trị suốt đời          | 336             | 98,5      |
| <b>Kiến thức về tác dụng phụ của ARV</b>            |                 |           |
| Không có kiến thức về tác dụng phụ của ARV          | 31              | 7,9       |
| Có kiến thức biết về tác dụng phụ của thuốc ARV:    | 310             | 92,1      |
| <b>Kiến thức về hậu quả không tuân thủ điều trị</b> |                 |           |
| Không ngăn chặn được sự tăng lên của virus HIV      | 157             | 46,0      |
| Chống đỡ bệnh tật kém                               | 182             | 53,4      |
| Bị kháng thuốc                                      | 16              | 4,7       |
| Tăng chi phí cho điều trị                           | 5               | 1,5       |
| <b>Kiến thức chung về tuân thủ điều trị ARV</b>     |                 |           |
| Có KT về tuân thủ điều trị ARV                      | 308             | 80,3      |
| Không có KT về tuân thủ điều trị ARV                | 33              | 19,7      |

Bảng 2 cho thấy, BN có kiến thức về thuốc ARV chiếm tỷ lệ 94,1%, có kiến thức về thời gian điều trị ARV là 98,5%. BN có kiến thức biết về tác dụng phụ của thuốc ARV chiếm 92,1%. Có kiến thức về hậu quả của không tuân thủ điều trị: không ngăn chặn được sự tăng lên của virus HIV chiếm 46%, chống đỡ bệnh tật kém (53,4%), Bị kháng thuốc (4,7%), chi phí cho điều trị tăng cao (1,5%). Tỷ lệ có KT chung về tuân thủ điều trị ARV (80,3 %), không có KT chung về tuân thủ điều trị ARV chiếm 19,7%.

**3. Thực hành điều trị ARV****Bảng 3: Về thực hành điều trị ARV của người bệnh**

| Nội dung                                                 | Số lượng (n=341) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| <b>Phác đồ điều trị:</b> Phác đồ bậc 1 (Uống 1 lần/ngày) | 301              | 88,3      |

|                                                                         |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Phác đồ bậc 2 (Uống 2 lần/ngày)                                         | 40  | 11,7 |
| <b>Thực hiện các biện pháp nhắc nhở uống thuốc:</b>                     |     |      |
| Đặt chuông báo thức                                                     | 233 | 68,3 |
| Nhờ người hỗ trợ                                                        | 42  | 12,3 |
| Lên lịch uống thuốc                                                     | 5   | 1,5  |
| Không làm gì                                                            | 86  | 25,2 |
| <b>Tuân thủ điều trị: 1. Không tuân thủ (Có quên thuốc trong tháng)</b> | 106 | 31,1 |
| Số lần quên thuốc: 1 - 2 lần                                            | 103 | 97,2 |
| Số lần quên thuốc: 3 - 8 lần                                            | 3   | 2,8  |
| <b>2. Có tuân thủ (Không quên thuốc trong tháng)</b>                    | 235 | 68,9 |
| <b>Xử lý khi bị quên thuốc</b>                                          |     |      |
| Uống bù ngay liều vừa quên và tính thời gian uống liều kế tiếp          | 92  | 86,8 |
| Bỏ luôn liều vừa quên và uống như thường lệ                             | 14  | 13,2 |
| <b>Các tác dụng phụ gặp phải trong tháng</b>                            |     |      |
| Khi uống không bị tác dụng phụ của ARV                                  | 245 | 71,8 |
| Khi uống bị tác dụng phụ của ARV                                        | 96  | 28,2 |
| <b>Biện pháp xử lý khi gặp tác dụng phụ:</b>                            |     |      |
| Thông báo cho nhân viên y tế                                            | 75  | 78,1 |
| Tự điều trị tại nhà                                                     | 3   | 3,1  |
| Dừng thuốc điều trị ARV                                                 | 3   | 3,1  |
| Không làm gì                                                            | 15  | 15,7 |

**Nhận xét:** Bảng 3 cho thấy, Hầu hết BN uống theo phác đồ bậc 1 (88,3%), phác đồ bậc 2 chiếm 11,7%. Về các biện pháp hỗ trợ, biện pháp phổ biến nhất là đặt chuông báo thức chiếm 68,3%, nhờ người hỗ trợ chiếm 12,3%, lên lịch uống thuốc chiếm 1,5%, BN không làm gì 25,2%. Tỷ lệ có tuân thủ về thực hành thuốc ARV khá cao chiếm 68,9%. Tỷ lệ không tuân thủ về thực hành thuốc ARV chiếm 31,1%, (trong đó quên thuốc: 1 - 2 lần chiếm 97,2%, quên thuốc:

3-8 lần chiếm 2,8%). Xử lý khi bị quên thuốc bằng cách uống bù ngay liều vừa quên và tính thời gian uống liều kế tiếp chiếm 86,8%, số BN bỏ luôn liều vừa quên và uống như thường lệ chiếm 13,2%. Tỷ lệ BN không gặp tác dụng phụ là khá cao (71,8%), gặp tác dụng phụ khi uống 28,2%. Việc xử lý khi gặp tác dụng phụ của thuốc ARV: Thông báo cho nhân viên y tế y tế (78,1%), tự điều trị tại nhà (3,1%), dừng thuốc điều trị ARV(3,1%), BN không làm gì (15,7%).

#### 4. Yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

| Biến số                                                                              |           | Không tuân thủ | Tuân thủ   | OR (95%CI)     | $\chi^2$           | p     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|------------|----------------|--------------------|-------|
| Liên quan giữa giới với tuân thủ điều trị ARV                                        |           |                |            |                |                    |       |
| Giới:                                                                                | Nam       | 70(32,4%)      | 146(67,6%) | 1,185          | 2,022 <sup>a</sup> | >0,05 |
|                                                                                      | Nữ        | 36(28,8%)      | 89(71,2%)  | (0,7 -1,9)     |                    |       |
| Liên quan giữa tuổi với tuân thủ điều trị ARV                                        |           |                |            |                |                    |       |
| Tuổi:                                                                                | ≤ 40 tuổi | 62(33,9%)      | 121(66,1%) | 1,328          | 1,440 <sup>a</sup> | >0,05 |
|                                                                                      | >40 tuổi  | 44(27,8%)      | 114(72,2%) | (0,85-2,11)    |                    |       |
| Liên quan giữa trình độ học vấn với tuân thủ điều trị                                |           |                |            |                |                    |       |
| Trung cấp, Cao đẳng trở xuống                                                        |           | 102(33,9%)     | 199(66,1%) | 4,613(1,59 –   | 9,404 <sup>a</sup> | <0,05 |
| ĐH, sau đại học                                                                      |           | 4(10%)         | 36(90%)    | 13,318)        |                    |       |
| Liên quan giữa tình trạng hôn nhân với tuân thủ điều trị                             |           |                |            |                |                    |       |
| Độc thân/ly dị/góa                                                                   |           | 35(31,8%)      | 75(68,2%)  | 1,05(0,6-1,7)  | 0,041 <sup>a</sup> | >0,05 |
| Sống cùng vợ/chồng                                                                   |           | 71(30,7%)      | 160(69,3%) |                |                    |       |
| Liên quan giữa nghề nghiệp với tuân thủ điều trị                                     |           |                |            |                |                    |       |
| Nông dân                                                                             |           | 13(50%)        | 13(50%)    | 2,387          | 4,701 <sup>a</sup> | <0,05 |
| Nghề nghiệp khác hoặc thất nghiệp                                                    |           | 93(29,5%)      | 222(70,5%) | (1,06– 5,34)   |                    |       |
| Liên quan giữa vị trí địa lý với tuân thủ điều trị                                   |           |                |            |                |                    |       |
| Hà Nội                                                                               |           | 32(29,7%)      | 66(71,3%)  | 1,552          | 3,176 <sup>a</sup> | >0,05 |
| Các tỉnh thành phố khác                                                              |           | 74(30,4%)      | 169(69,6%) | (0,95– 2,52)   |                    |       |
| Mối liên quan giữa kiến thức về hậu quả của không tuân thủ với tuân thủ điều trị ARV |           |                |            |                |                    |       |
| Không biết hậu quả                                                                   |           | 12(85,7%)      | 2(14,3%)   | 14,84          | 20,269             | <     |
| Biết hậu quả                                                                         |           | 94(28,7%)      | 233(71,3%) | (3,258-67,589) | a                  | 0,01  |



| Mối liên quan giữa thực hành với tuân thủ điều ARV                    |           |            |               |                    |       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------------|---------------|--------------------|-------|
| Phác đồ bậc 1 (Uống 1 lần/ngày)                                       | 93(30,9%) | 208(69,1%) | 0,92          | 0,042 <sup>a</sup> | >0,05 |
| Phác đồ bậc 2 (Uống 2 lần/ngày)                                       | 13(32,5%) | 27(67,5%)  | (0,45 – 1,88) |                    |       |
| Mối liên quan giữa tác dụng phụ của thuốc với tuân thủ điều ARV       |           |            |               |                    |       |
| Có gặp tác dụng phụ                                                   | 44(45,8%) | 52(54,2%)  | 2,49          | 13,567             | <0,01 |
| Không gặp tác dụng phụ                                                | 62(25,3%) | 183(74,7%) | (1,5- 4,0)    |                    |       |
| Mối liên quan giữa thời gian điều trị thuốc ARV với tuân thủ điều ARV |           |            |               |                    |       |
| ≤ 1 năm                                                               | 8(27,6%)  | 21(72,4%)  | 0,83          | 0,181 <sup>a</sup> | >0,05 |
| > 1 năm                                                               | 98(31,4%) | 214(68,6%) | (0,35- 1,94)  |                    |       |

**Nhận xét:** Bảng 4 cho thấy, chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, giữa các nhóm tuổi; tình trạng hôn nhân và nơi sinh sống với tuân thủ thực hiện thuốc ARV cứu ( $p > 0,05$ ). Liên quan giữa nghề nghiệp BN là nông dân với tuân thủ điều trị (với  $p < 0,05$ ). Có sự liên quan giữa có kiến thức và không có kiến thức nhận biết hậu quả của không tuân thủ với tuân thủ điều trị ARV (với  $p < 0,01$ ). Có sự liên quan giữa việc gặp tác dụng phụ với tuân thủ điều trị ARV ( $p < 0,01$ ). Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa phác đồ điều trị, thời gian điều trị ARV ≤ 1 năm và > 1 năm với tuân thủ điều trị ARV ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**Về giới:** Đối tượng nghiên cứu, nam giới cao hơn nữ (63,3% so với 36,7%), kết quả nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu năm 2011 của Bộ Y tế về "Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030" [2]. Điều này cho thấy nữ giới được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc, điều trị ngày càng nhiều hơn và tốt hơn.

**Về nhóm tuổi:** Nhóm tuổi ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 30 - 39 tuổi chiếm 41,9%. Qua đó thấy được tình hình dịch tiếp tục có xu hướng già hóa, bắt đầu chuyển dịch sang nhóm từ trên 40 tuổi. Ở một khía cạnh khác, có thể lý giải độ tuổi 30 - 49 là độ tuổi hoàn chỉnh về cả sinh lý cũng như thể chất, có tần số quan hệ tình dục cao, dễ lây nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục. Bên cạnh đó, độ tuổi này có vai trò quan trọng trong gia đình cũng như xã hội, vì vậy BN cần được nhắc nhở, động viên thường xuyên để tích cực tuân thủ điều trị ARV để kéo cuộc sống, có sức khỏe để duy trì các hoạt động sinh hoạt, lao động, để đảm bảo cuộc sống cho bản thân cũng như cho các thành viên trong gia đình.

**Tình trạng hôn nhân:** đối tượng đã có vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Hoàng Huy Phương [7]. Những BN đã lập gia đình, trong đó đang có vợ/chồng: 62,9%. Đa phần

các bệnh nhân nữ bị lây nhiễm từ chồng, vì vậy nhóm BN có gia đình chiếm tỷ lệ cao cũng là điều dễ hiểu.

**Nghề nghiệp:** Trong nghiên cứu này tỷ lệ BN nhiễm HIV chủ yếu thuộc nhóm có nghề nghiệp là nông dân hoặc công nhân (39,6%). Đây là những nghề nghiệp lao động chân tay vất vả, thu nhập thấp, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính tại 8 tỉnh trong cả nước. Có thể nhận thấy rằng BN HIV trong quá trình điều trị thường không ổn định về địa chỉ cư trú và việc làm, khó khăn về tài chính [5].

**Kiến thức tuân thủ điều trị thuốc ARV:** Tỷ lệ BN được đánh giá là đạt kiến thức cơ bản về tuân thủ điều trị là cao 80,3%. Có thể do nghiên cứu của tác giả này tiến hành trên nhóm BN mới điều trị được từ 6 tháng đến 1 năm, còn nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên toàn bộ BN tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Bạch Mai, mà đa số đã điều trị được trên 1 năm nên BN được tư vấn nhiều hơn trong các lần tái khám, do vậy có lẽ nhiều người có kiến thức tốt hơn.

**Về phác đồ điều trị ARV:** Bảng 3 cho thấy, người bệnh đang thực hiện uống theo phác đồ bậc 1 tuân thủ (86,8%), tiếp đến đang thực hiện uống phác đồ bậc 2 chỉ chiếm 10,9%.

**Các biện pháp nhắc nhở tuân thủ điều trị:** Trong nghiên cứu này, 90,9% BN đã có các biện pháp để nhắc nhở mình uống thuốc đúng giờ (tự xây dựng kế hoạch (76%), Phối hợp với người hỗ trợ chiếm 30,8%, Thông báo cho CBYT chiếm 2,3%), qua đó thấy rằng đa số BN đã tự ý thức được phải có kế hoạch tuân thủ giờ uống thuốc. Tỷ lệ này thấp hơn NC của Nguyễn Thị Thu Trang năm 2010 (9,5%). Các biện pháp nhắc nhở phổ biến nhất là đặt chuông báo thức chiếm 68,3%, tiếp đến nhờ người hỗ trợ chiếm 12,3%, Lên lịch uống thuốc chiếm 1,5%, số người bệnh không làm gì chiếm khá cao tới 25,2%. Tỷ lệ số người bệnh không làm gì chiếm tỷ lệ cao hơn rất nhiều so với trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang năm 2010 (9,5%).

**Tỷ lệ tuân thủ:** Trong nghiên cứu này tỷ lệ tuân thủ chiếm tỷ lệ 68,9%. Đây là một tỷ lệ khá cao cho thấy càng ngày các biện pháp tăng cường điều trị càng được chú trọng từ đó góp phần giảm sự không tuân thủ, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN nhiễm HIV. Đây là kết quả từ sự nỗ lực của cả bản thân các BN cũng như những người thân trong gia đình và CBYT.

Tuy nhiên tỷ lệ này vẫn thấp hơn so với những nghiên cứu khác dùng phương pháp phỏng vấn trực tiếp hoặc đo lường trong khoảng thời gian khác như nghiên cứu của Võ Thị Năm tại Cần Thơ (77%) [6], Những nghiên cứu đo lường sự tuân thủ trong vòng 1 tháng thường đưa ra tiêu chí cho phép BN có thể quên uống thuốc  $\leq 3$  lần/tháng (tuân thủ 95% trong tháng), do vậy tỷ lệ tuân thủ cao hơn.

**Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị ARV:**

Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi và tình trạng hôn nhân và nơi sinh sống với tuân thủ thực hiện thuốc ARV của BN bị HIV ( $p > 0,05$ ).

Liên quan giữa nghề nghiệp là nông dân với tuân thủ điều trị (với  $p < 0,05$ ), kết quả nghiên cứu hoàn toàn hợp logic và cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác. Kiến thức tuân thủ điều trị của ĐTNC lại xuất phát từ trình độ học vấn, cũng như kết quả nghiên cứu của Võ Thị Năm tại Cần Thơ tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn với ý thức tuân thủ điều trị ARV ở BN, những BN có trình độ học vấn thấp ( $\leq$  cấp 2) thì tuân thủ kém hơn những người có trình độ học vấn cao hơn (từ cấp 3 trở lên) [6].

Có sự liên quan giữa có kiến thức và không có kiến thức nhận biết hậu quả của không tuân thủ với tuân thủ điều trị ARV (với  $p < 0,05$ ), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hạnh trên 163 BN tại 8 quận của TP Hà Nội năm 2007 đưa ra bằng chứng có ý nghĩa về mối liên quan giữa có kiến thức về điều trị với tuân thủ điều trị ARV ( $p < 0,01$ ) [4].

Có sự khác biệt rõ rệt giữa có gặp phải tác dụng phụ, không gặp tác dụng phụ khi điều trị ARV với tuân thủ và không tuân thủ điều trị ARV ( $p < 0,01$ ). Những BN gặp tác dụng phụ có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn 2,49 lần những BN không gặp tác dụng phụ. Kết quả này cũng hợp logic và dễ lý giải, bởi lẽ nếu gặp tác dụng phụ sẽ khiến cho người bệnh mệt mỏi, kiệt sức, không còn chú tâm đến việc uống thuốc đúng giờ. Bên cạnh đó những BN gặp tác dụng phụ thường là các BN mới uống thuốc ARV, chưa tạo thành thói quen,

nên sự tuân thủ dùng thuốc sẽ thấp hơn so với những BN đã dùng thuốc lâu và ít gặp tác dụng phụ cũng là đương nhiên. Kết quả nghiên cứu trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Huy Phương cùng cộng sự trên 375 BN ngoại trú [7].

Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa uống theo Phác đồ điều trị 1 lần/ngày và 2 lần/ngày, giữa thời gian điều trị ARV  $\leq 1$  năm và  $> 1$  năm với tuân thủ điều trị ARV ( $p > 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

### Kiến thức, tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS

– Đạt kiến thức cơ bản về tuân thủ điều trị chiếm 80,3%, không đạt chỉ chiếm 19,7%.

– Tỷ lệ tuân thủ thực hành điều trị ARV chiếm 68,9%, không tuân thủ 31,1%.

### Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của người bệnh

– Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa các trình độ của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị thuốc ARV ( $p < 0,05$ ).

– Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghề nghiệp là nông dân với tuân thủ điều trị thuốc ARV  $p < 0,05$ .

– Có sự liên quan giữa có kiến thức và không có kiến thức nhận biết hậu quả của không tuân thủ với tuân thủ điều trị ARV (với  $p < 0,01$ ).

– Có sự liên quan giữa thực hành uống thuốc ARV với tuân thủ điều trị ( $p < 0,01$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế-Cục phòng chống HIV/AIDS, (2016) Báo cáo số liệu phòng chống HIV/AIDS năm 2015.
2. Bộ y tế (2011), Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, Hà Nội.
3. Hà Thị Minh Đức và Lê Vinh (2010), "Kiến thức thực hành về tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2009", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 14(1-2010), tr. 163-167.
4. Nguyễn Minh Hạnh (2007), Sự tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan tại các phòng khám và điều trị ngoại trú 8 quận/huyện Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Kính và các cộng sự (2010), Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc kháng virus HIV (ARV) tại một số địa phương, Hội nghị Khoa học quốc gia về HIV/AIDS lần thứ IV, Bộ Y tế, Hà Nội.
6. Võ Thị Năm (2010), Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại TP Cần Thơ năm 2009, Hội nghị khoa học quốc gia về HIV/AIDS lần thứ IV năm 2010, Bộ Y tế, Hà Nội.
7. Hoàng Huy Phương, Tạ Thị Lan Hương, Ngô Thị Ngọc Lan và Cs (2012), Đánh giá sự tuân

thủ điều trị và một số kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú tỉnh

Ninh Bình năm 2012, Trung tâm PC HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình.

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG BA NGÀY ĐẦU NHẬP VIỆN Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ

Nguyễn Huy Ngọc\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố dự báo tiên lượng nặng và tử vong trong ba ngày đầu nhập viện ở người cao tuổi đột quy thiếu máu não cục bộ cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 308 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, bị nhồi máu não cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ theo phương pháp mô tả, theo dõi dọc. **Kết quả:** điểm NIHSS, điểm Glasgow <13 điểm, mức độ liệt là dự báo có ý nghĩa làm tăng nặng hoặc tử vong trong những ngày nằm viện ( $p < 0,05$ ). Sau 6 tháng, các yếu tố: Điểm NIHSS > 15 điểm, liệt độ (0-2), thở máy, đặt ống thông dạ dày là có liên quan có ý nghĩa với phục hồi chức năng kém và tử vong ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** Người cao tuổi, yếu tố dự báo, thiếu máu não cục bộ cấp, bệnh tim mạch

## SUMMARY

### TO STUDY OF SOME RISKS FOR FIRST THREE DAY IN THE HOSPITAL OF ACUTE ISCHEMIC STROKE OF ELDERLY PERSON

**Objective:** To investigate some predictive factors to make heavy of stroke on the outcome and death for first three day in the hospital of acute ischemic stroke of elderly person. **Subject and method:** Descriptive and longitudinal study. The study on 308 acute ischemic stroke patients from  $\geq 60$  year old was treated at the Phu Tho hospital. **Results:** The clinical symptoms of the patients was inscribed: NIHSS score, Glasgow <13 score, the level of hemiplegia were predictive factors to make heavy of stroke on the outcome and death for three day in the hospital of acute ischemic stroke ( $p < 0,05$ ). Some factors: NIHSS > 15 score, hemiplegia (0-2), mechanical ventilation, stomach catheter were bad predictive factors for the rehabilitation and death after six month ( $p < 0,05$ ).

**Keywords:** Elderly person, predictive factor, acute ischemic stroke, angiocardiparthy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy thiếu máu não cục bộ (ischemic stroke) chiếm khoảng 80 - 85% của đột quy não. Tỷ lệ các BN cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) bị đột quy thiếu máu não cục bộ thường nặng nề hơn và hậu quả sẽ tồi tệ hơn với cả hai tử vong và tàn tật.

Để tìm hiểu những nguy cơ trong ba ngày đầu nhập viện ở những người  $\geq 60$  tuổi có làm nặng bệnh lên và góp phần vào hậu quả nghèo

nàn của đột quy thiếu máu cục bộ não khi ra viện và sau 6 tháng không? chúng tôi tiến hành đề tài: *Nghiên cứu một số nguy cơ trong ba ngày đầu nhập viện ở người cao tuổi đột quy thiếu máu cục bộ não cấp* nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố trong ba ngày đầu nhập viện làm nặng bệnh lên và góp phần vào hậu quả nghèo nàn ở bệnh nhân cao tuổi đột quy thiếu máu não cục bộ cấp.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Gồm 308 bệnh nhân (BN) từ 60 tuổi trở lên, bị nhồi máu não (NMN) cấp được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ (2014 đến 2017).

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các BN nghiên cứu được chẩn đoán đột quy thiếu máu não cục bộ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (1989)

- Lâm sàng, bệnh xảy ra đột ngột với tổn thương thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ.

- Phim CTscan hoặc cộng hưởng từ sọ não (MRI) có hình ảnh giảm tỷ trọng mới tương ứng với lâm sàng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN có cơn thiếu máu não thoáng qua (TIAs), chảy máu não, u não, chấn thương sọ não, viêm não.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp

- **Thiết kế nghiên cứu:** Theo phương pháp mô tả, theo dõi dọc

- **Kỹ thuật thu nhập thông tin:** BN được khám, đánh giá theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- **Xét nghiệm cận lâm sàng:** Trong 24 giờ sau tiếp nhận, tất cả BN được chụp CTscan hoặc MRI sọ não để loại trừ chảy máu não và xác định tính chất, mức độ của NMN; làm các xét nghiệm máu thường quy và sinh hóa, điện tim; siêu âm mạch cảnh; siêu âm tim qua ngực; theo dõi điện tim 24 giờ trên holter nếu nghi ngờ nguyên nhân tắc mạch tim.

- **Điều trị:** Tất cả BN đều được điều trị theo một quy trình thống nhất.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Theo phương pháp thống kê y học, phần mềm SPSS 16.0; tỷ lệ phần trăm, kiểm định bằng các test  $\chi^2$ ; t-Student, độ tin cậy 95%, xác suất có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài:** Tất cả BN hoặc thân nhân được giải thích, trao đổi cần kě, tự nguyện tham gia nghiên cứu, được Hội đồng đạo đức của bệnh viện thông qua.

\*Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: Huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2017

Ngày duyệt bài: 7.12.2017

### III. KẾT QUẢ

#### 3.1. Một số đặc điểm chung

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

| Tuổi         |            |           | Giới          |               |               |
|--------------|------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| Tuổi         | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) | Nam (%)       | Nữ            | Cộng (%)      |
| 60 - 69 tuổi | 103        | 33,4      | 178<br>(57,8) | 130<br>(42,2) | 308<br>(100%) |
| 70 - 79 tuổi | 108        | 35,1      |               |               |               |
| 80 - 89 tuổi | 79         | 25,7      |               |               |               |
| ≥ 90 tuổi    | 18         | 5,8       |               |               |               |
| Tổng số      | 308        | 100       |               |               |               |
| Mean ± SD    | 74,6 ± 9,5 |           |               |               |               |
| Min - Max    | 60 – 99    |           |               |               |               |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình 74,6 ± 9,5 tuổi, từ 70-79 (35,1%); từ 60-69 (33,4%); có 25,7% từ 80-89 tuổi và chỉ có 5,8% đối tượng ≥ 90 tuổi; nam: 57,8%, nữ: 42,2%.

**Bảng 2. Lý do vào viện, thời gian điều trị tại viện**

| Lý do vào viện      |                   | Thời gian điều trị tại viện |                   |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| Lý do               | Số lượng (%)      | Ngày điều trị               | Số lượng (%)      |
| Yếu, liệt nửa người | 194 (63,0)        | Dưới 10 ngày                | 136 (44,2)        |
| Đau đầu             | 24 (7,8)          | Từ 10 đến < 20 ngày         | 118 (38,3)        |
| Chóng mặt           | 8 (2,6)           | Từ 20 đến < 30 ngày         | 40 (13,0)         |
| Nói khó             | 27 (8,8)          | Từ 30 đến < 40 ngày         | 11 (3,4)          |
| Lơ mơ               | 43 (14,0)         | ≥ 40 ngày                   | 3 (1,0)           |
| Hôn mê              | 20 (6,5)          | <b>Mean ± SD</b>            | <b>12,4 ± 8,5</b> |
| <b>Cộng (%)</b>     | <b>308 (100%)</b> | <b>Min - Max</b>            | <b>1 - 51</b>     |

**Nhận xét:** Lý do nhập viện chủ yếu là liệt nửa người (63,0%); lơ mơ (14,0%); hôn mê (6,5%); nói khó (8,8%); đau đầu (7,8%); thời gian điều trị trung bình 12,4 ± 8,5 ngày (< 10 ngày 44,2%).

#### 3.2. Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện

**Bảng 3. Yếu tố dự báo từ khi nhập viện đến 72 giờ**

| Yếu tố dự báo                             |         | Tổng số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------|---------|-------------|-----------|
| Thời gian nhập viện từ khi khởi phát bệnh | < 6h    | 94          | 30,5      |
|                                           | > 6h    | 214         | 69,5      |
| Điểm NIHSS                                | 0 - 6   | 182         | 59,1      |
|                                           | 7 - 15  | 61          | 19,8      |
|                                           | > 15    | 65          | 21,1      |
| Điểm Glasgow                              | 3 - 7   | 16          | 5,2       |
|                                           | 8 - 12  | 80          | 26,0      |
|                                           | 13 - 15 | 212         | 68,8      |
| Độ liệt (n=287)                           | Độ 0    | 37          | 12,9      |
|                                           | Độ 1    | 60          | 20,9      |
|                                           | Độ 2    | 42          | 14,6      |
|                                           | Độ 3    | 76          | 26,5      |
|                                           | Độ 4    | 58          | 20,2      |
|                                           | Độ 5    | 14          | 4,9       |
| Thở oxy                                   |         | 213         | 69,2      |
| Thở máy                                   |         | 47          | 15,3      |
| Đặt ống thông dạ dày                      |         | 56          | 18,2      |
| Đặt ống thông tiểu                        |         | 33          | 10,7      |
| Sốt                                       |         | 56          | 18,2      |
| Bạch cầu tăng                             |         | 89          | 28,9      |
| <b>Biến chứng nội khoa:</b> - Viêm phổi   |         | 78          | 25,3      |
| - Viêm tiết niệu                          |         | 2           | 0,7       |
| - Suy tim cấp                             |         | 3           | 1,0       |
| - Suy thận cấp                            |         | 4           | 1,3       |

**Nhận xét:** Một số yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện: thời gian từ khi nhập viện đến khi biểu hiện triệu chứng > 6 giờ (69,5%); điểm NIHSS > 15 điểm (21,1%); điểm Glasgow ≤ 12 điểm (31,2%); thở oxy (69,2%); thở máy (15,3%); đặt ống thông dạ dày hoặc thông tiểu (28,9%); sốt (18,2%); viêm phổi (28,9%).

**Bảng 4. Tần suất các yếu tố dự báo từ khi nhập viện đến 72 giờ (308 BN)**

| Yếu tố dự báo | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) | Yếu tố dự báo | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------|------------|-----------|---------------|------------|-----------|
| 0             | 6          | 2,0       | 6             | 18         | 5,8       |
| 1             | 37         | 12,0      | 7             | 16         | 5,2       |
| 2             | 87         | 28,3      | 8             | 13         | 4,2       |
| 3             | 55         | 17,9      | 9             | 9          | 2,9       |
| 4             | 42         | 13,6      | 10            | 6          | 2,0       |
| 5             | 19         | 6,2       |               |            |           |

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN có 2 yếu tố dự báo chiếm 28,3% và có 3 yếu tố là 17,9% trong 72 giờ đầu nhập viện.

### 3.3. Kết quả điều trị

**Bảng 5. Tình trạng BN khi ra khỏi đơn vị đột quỵ và ra viện sau 6 tháng**

| Tình trạng khi ra khỏi đơn vị đột quỵ | Số lượng   | Tỷ lệ (%)  | Tình trạng sau 6 tháng ra viện | Số lượng   | %          |
|---------------------------------------|------------|------------|--------------------------------|------------|------------|
| Khỏi hoàn toàn                        | 0          | 0          | Ra viện về nhà ổn định         | 179        | 71,9       |
| Thuyên giảm (về nhà)                  | 217        | 70,5       | Tái phát ĐQ phải nhập viện     | 43         | 17,3       |
| Thuyên giảm (chuyển khoa)             | 36         | 11,7       | Tử vong                        | 27         | 10,8       |
| Nặng lên, xin về, tử vong             | 55         | 17,9       |                                |            |            |
| <b>Tổng số</b>                        | <b>308</b> | <b>100</b> | <b>Cộng</b>                    | <b>249</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Tình trạng thuyên giảm của BN khi ra khỏi đơn vị đột quỵ chủ yếu là về thẳng nhà (70,5%); có 11,7% thuyên giảm chuyển về các khoa khác tiếp tục phục hồi chức năng và 17,9% nặng lên (xin về, tử vong). Trong 249 BN sống ra viện, có 179 ổn định sau 6 tháng (71,9%); 17,3% tái phát đột quỵ phải nhập viện và 10,8% tử vong.

**Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ**

| Yếu tố dự báo       |               | Tình trạng          |                          | OR (95% CI)           | p      |
|---------------------|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
|                     |               | Thuyên giảm (n=253) | Nặng lên, tử vong (n=55) |                       |        |
| Thời gian nhập viện | < 6h          | 77                  | 17                       | 1                     | -      |
|                     | > 6h          | 176                 | 38                       | 0,98 (0,52-1,84)      | 0,945  |
| NIHSS               | 0 - 6 điểm    | 167                 | 15                       | 1                     | -      |
|                     | 7 - 15 điểm   | 50                  | 11                       | 2,45 (1,05-5,73)      | 0,033  |
|                     | > 15 điểm     | 36                  | 29                       | 8,97 (4,05-19,85)     | <0,001 |
| Glasgow             | 13 - 15 điểm  | 194                 | 18                       | 1                     | -      |
|                     | 8 - 12 điểm   | 56                  | 24                       | 4,62 (2,28-9,37)      | <0,001 |
|                     | 3 - 7 điểm    | 3                   | 13                       | 46,7 (9,39-32,34)     | <0,001 |
| Độ liệt (n=287)     | Độ III, IV, V | 144                 | 4                        | 1                     | -      |
|                     | Độ 0, I, II   | 96                  | 43                       | 16,1 (5,13-50,67)     | <0,001 |
| Thở oxy             | Không         | 92                  | 3                        | 1                     | -      |
|                     | Có            | 161                 | 52                       | 9,90 (2,88-34,05)     | <0,001 |
| Thở máy             | Không         | 247                 | 14                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 6                   | 41                       | 120,56 (24,72-587,99) | <0,001 |
| Thông dạ dày        | Không         | 239                 | 13                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 14                  | 42                       | 55,15 (17,29-175,89)  | <0,001 |
| Thông tiểu          | Không         | 247                 | 28                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 6                   | 27                       | 39,70 (12,11-130,17)  | <0,001 |
| Sốt                 | Không         | 226                 | 27                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 26                  | 29                       | 9,34 (4,50-19,39)     | <0,001 |
| Bạch cầu tăng       | Không         | 204                 | 15                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 49                  | 40                       | 11,10 (5,23-23,56)    | <0,001 |
| Viêm phổi           | Không         | 217                 | 13                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 36                  | 42                       | 19,47 (8,28-45,83)    | <0,001 |
| Viêm tiết niệu      | Không         | 252                 | 1                        | 1                     | -      |
|                     | Có            | 54                  | 1                        | 4,67 (0,28-76,6)      | 0,235  |
| Suy tim cấp         | Không         | 253                 | 52                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 0                   | 3                        | -                     | <0,001 |
| Suy thận cấp        | Không         | 252                 | 52                       | 1                     | -      |
|                     | Có            | 1                   | 3                        | 14,54 (1,43-148,05)   | 0,003  |

**Nhận xét:** Trong ba ngày đầu tại đơn vị đột quỵ, những BN có (điểm NIHSS cao, điểm Glasgow < 12 điểm, mức độ liệt nửa người từ độ (0 - 2), phải thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông tiểu hoặc thông dạ dày, sốt-bạch cầu tăng, viêm phổi, suy tim cấp, suy thận cấp) sẽ làm tăng mức độ nặng hoặc nguy cơ tử vong. Đặc biệt những BN phải thở máy nguy cơ tăng nặng gấp 120,56 lần; đặt ống thông dạ dày 55,15 lần; đặt thông tiểu 39,70 lần; viêm phổi 19,47 lần và liệt nặng nửa người từ độ (0-2) là 16,1 lần; suy thận cấp 14,54 lần so với những BN không có các biểu hiện trên ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 7. Mối liên quan giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nhập viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ**

| Yếu tố dự báo | Tình trạng          |                          | Yếu tố dự báo | Tình trạng          |                          |
|---------------|---------------------|--------------------------|---------------|---------------------|--------------------------|
|               | Thuyên giảm (n=253) | Nặng lên/ tử vong (n=55) |               | Thuyên giảm (n=253) | Nặng lên/ tử vong (n=55) |
| 0             | 6                   | 0                        | 6             | 12                  | 6                        |
| 1             | 35                  | 0                        | 7             | 5                   | 11                       |
| 2             | 89                  | 0                        | 8             | 2                   | 11                       |
| 3             | 53                  | 2                        | 9             | 0                   | 9                        |
| 4             | 37                  | 5                        | 10            | 1                   | 5                        |
| 5             | 13                  | 6                        |               |                     |                          |

**OR: 2,72 (2,14- 3,45);  $p < 0,001$**

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nhập viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ: nếu BN tăng lên 1 yếu tố dự báo thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ là 2,72 lần.

**Bảng 8. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nhập viện với tình trạng sau ra viện 6 tháng**

| Yếu tố dự báo       |            | Tình trạng       |                | OR (95% CI)         | p      |
|---------------------|------------|------------------|----------------|---------------------|--------|
|                     |            | Còn sống (n=222) | Tử vong (n=27) |                     |        |
| Thời gian nhập viện | < 6h       | 65               | 12             | 1                   | -      |
|                     | > 6h       | 157              | 15             | 0,52 (0,23-1,17)    | 0,108  |
| NIHSS (điểm)        | 0 - 15     | 197              | 17             | 1                   | -      |
|                     | > 15       | 25               | 10             | 4,64 (1,86-11,53)   | <0,001 |
| Glasgow             | 13 - 15    | 175              | 17             | 1                   | -      |
|                     | 3 - 13     | 47               | 10             | 2,19 (0,93-5,14)    | 0,064  |
| Độ liệt             | Độ 0, 1, 2 | 78               | 15             | 1                   | -      |
|                     | Độ 3, 4, 5 | 132              | 11             | 0,43 (0,19-0,99)    | 0,044  |
| Thở oxy             | Không      | 84               | 7              | 1                   | -      |
|                     | Có         | 138              | 20             | 1,74 (0,70-4,31)    | 0,226  |
| Thở máy             | Không      | 221              | 23             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 1                | 4              | 38,43 (3,63-407,19) | <0,001 |
| Ống thông dạ dày    | Không      | 214              | 22             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 8                | 5              | 6,08 (1,78-20,80)   | 0,001  |
| Ống thông tiểu      | Không      | 218              | 26             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 4                | 1              | 2,10 (0,22-19,60)   | 0,507  |
| Sốt                 | Không      | 203              | 22             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 19               | 5              | 2,43 (0,82-7,20)    | 0,098  |
| Bạch cầu tăng       | Không      | 181              | 22             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 41               | 5              | 1,00 (0,36-2,81)    | 0,995  |
| Viêm phổi           | Không      | 193              | 22             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 29               | 5              | 1,51 (0,53-4,32)    | 0,437  |
| Viêm tiết niệu      | Không      | 221              | 27             | 1                   | -      |
|                     | Có         | 1                | 0              | -                   | 0,727  |

**Nhận xét:** Trong ba ngày đầu nằm viện, một số yếu tố như (điểm NIHSS, độ liệt, thở máy, ống thông dạ dày) có liên quan đến tăng nặng bệnh hoặc tử vong với tình trạng sau ra viện 6 tháng ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện:** Một số yếu tố dự báo tăng nặng bệnh và tử vong trong ba ngày đầu nhập viện theo thống kê thấy: phải thở oxy hỗ trợ 69,2%, điểm Glasgow (<13 điểm 31,2%, <8 điểm 5,2%,

8-12 điểm 26,0%), tỷ lệ BN có các yếu tố nguy cơ là (2 yếu tố 28,3%, 3 yếu tố 17,9%). Bonnaud nhận thấy BN có 2 yếu tố liên quan rõ đến tử vong là tình trạng hôn mê khi vào viện và tuổi cao; Viitanen M và cộng sự đã nghiên cứu mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ chính

và tử vong ở những BN sau đột quỵ 5 năm đã chỉ ra rằng những BN sau đột quỵ nếu có 2 yếu tố nguy cơ là tăng HA và bệnh tim mạch thì cơ hội sống sót sau 5 năm chỉ là 25%, nếu họ chỉ có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ này thì cơ hội sống sót sau 5 năm là 50% và nếu không có cả 2 yếu tố nguy cơ này thì tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 75%. Chúng tôi nhận thấy, những yếu tố trên là những yếu tố cần phải đặc biệt chú ý trong đánh giá BN và thiết lập chế độ điều trị tích cực cho BN để giảm tử vong và tàn tật.

**4.2. Kết quả điều trị:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng của BN lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ chủ yếu là thuyên giảm về thăng nhà (70,5%); có 11,7% BN thuyên giảm chuyển về khoa PHCN và 17,9% nặng lên, xin về, tử vong. Trong 249 BN ra viện còn sống, có 179 (71,9%) ổn định sau 6 tháng ra viện; 17,3% tái phát và 10,8% tử vong. So với một số nghiên cứu trước đây, kết quả này cũng không khác biệt. Mức độ tàn tật theo chúng tôi phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, mức độ chăm sóc y tế, thời gian từ lúc khởi phát đến khi được điều trị, vị trí, kích thước ổ tổn thương, khả năng cấp cứu ban đầu...

**4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị:** Kết quả thống kê cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) giữa tuổi của BN và tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ. Những BN từ 60-69 tuổi có nguy cơ nặng lên/ tử vong thấp hơn 2,54 lần tuổi từ 70-79, 4,03 lần tuổi từ 80-89 và thấp hơn 9,50 lần tuổi từ 90 trở lên; tỷ lệ tử vong ở những BN từ 60-69 tuổi thấp hơn 12,72 lần những BN 80-89 tuổi, thấp hơn 13,14 lần những BN từ 90 tuổi trở lên. Có thể thấy rằng, ở người cao tuổi, quá trình phục hồi bệnh sẽ trở nên khó khăn hơn do sự lão hóa theo tuổi các cơ quan của cơ thể nên BN tuổi càng cao tỷ lệ phục hồi và thuyên giảm bệnh càng thấp, tỷ lệ tử vong càng cao.

- Khi BN có đồng thời nhiều yếu tố nguy cơ thì tình trạng khi ra viện tỷ lệ nặng lên hay tử vong sẽ cao hơn. Khi đối tượng nghiên cứu tăng lên 1 yếu tố thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ tăng lên 1,50 lần. Tuy nhiên sau 6 tháng ra viện, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trước đột quỵ với tình trạng lúc sau ra viện 6 tháng. Mối liên quan có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) giữa một số yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện gồm: điểm NIHSS, điểm Glasgow, độ liệt, thở oxy, thở máy, đặt ống thông dạ dày, ống thông tiểu, sốt, bạch cầu tăng, viêm phổi, suy tim cấp, suy thận cấp với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ. Những BN có điểm NIHSS từ 0-6 điểm có nguy cơ nặng

lên/tử vong thấp hơn 2,45 lần những BN có NIHSS từ 7-15 điểm và thấp hơn 8,97 lần những bệnh nhân có NIHSS  $> 15$  điểm. Những BN sau khi ra viện 6 tháng có điểm NIHSS từ 0-15 điểm có nguy cơ tử vong thấp hơn 4,64 lần BN có NIHSS  $> 15$  điểm.

- Thang điểm hôn mê Glasgow là một thang điểm lượng hóa để đánh giá tình trạng ý thức của BN. Giá trị dự báo của thang điểm Glasgow cũng được thể hiện khi khảo sát tỷ suất chênh dựa trên ba mức: từ 3-7 điểm, từ 8-12 điểm và từ 13-15 điểm. Có thể nói thang điểm Glasgow là một thang điểm giúp tiên lượng mức độ nặng của BN đột quỵ khi phải đặt ống nội khí quản để thở máy. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của Miah MT và cộng sự khi đánh giá ở nhóm BN đột quỵ có điểm Glasgow từ 3-8 điểm có tỷ lệ tử vong là 12,07%, còn nhóm có điểm Glasgow từ 13-15 điểm không có BN nào tử vong. Chúng tôi thấy, thang điểm Glasgow vừa đơn giản vừa có giá trị dự báo cao và nên trở thành công cụ thường qui khi đánh giá BN MNM trên lâm sàng.

- Về mức độ liệt: những BN liệt độ (0, 1, 2) có nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ cao hơn 16,13 lần những BN liệt độ (3, 4, 5). Còn sau 6 tháng thì những BN liệt độ (3, 4, 5) có nguy cơ tử vong thấp hơn 0,43 lần những BN liệt độ (0, 1, 2).

- Những BN phải thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, đặt ống thông tiểu có nguy cơ nặng lên/tử vong cao hơn những BN không thở oxy, không thở máy, không đặt ống thông dạ dày và ống thông tiểu. Những BN sốt, tăng bạch cầu, viêm phổi cũng có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không có biểu hiện trên ( $p < 0,05$ ).

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ và sau 6 tháng ra viện nếu BN tăng lên một yếu tố dự báo thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ cũng tăng lên.

Như vậy, thông qua kết quả nghiên cứu, một số yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện góp phần làm tăng nặng bệnh và tử vong khi ra viện như: điểm NIHSS, điểm Glasgow, độ liệt, thở oxy, thở máy, phải đặt thông dạ dày, thông tiểu, sốt, bạch cầu tăng, viêm phổi, suy tim cấp, suy thận cấp. Tuy nhiên theo dõi sau 6 tháng, khi phân tích hồi quy logistic chỉ các yếu tố như: điểm NIHSS  $> 15$  điểm, liệt nặng độ (0, 1, 2), thở máy, phải đặt ống thông dạ dày và tần suất



các yếu tố nguy cơ của BN là có liên quan có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) làm bệnh nặng lên và tử vong.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình:  $74,6 \pm 9,5$  tuổi, 63,0% nhập viện là liệt nửa người, 100% có từ một yếu tố nguy cơ trở lên, thời gian điều trị trung bình là  $12,4 \pm 8,5$  ngày.

- 82,1% bệnh nhân còn sống, nặng xin về và tử vong 17,9%, bệnh thuyên giảm về thẳng nhà 70,5%; chuyển khoa điều trị phục hồi 11,7%. Theo dõi sau 6 tháng (249 bệnh nhân) có 71,9% ổn định, 17,3% tái phát và 10,8% tử vong.

- Những yếu tố làm tăng nặng bệnh và tử vong trong ba ngày đầu nhập viện gồm: điểm Glasgow  $< 13$  điểm, điểm NIHSS  $> 15$  điểm, liệt nửa người (độ 0-2), phải thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày và thông tiểu, sốt-bạch cầu tăng, viêm phổi, suy tim, suy thận cấp. Trong đó các yếu tố: điểm NIHSS, điểm Glasgow, mức độ liệt là liên quan có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

- Theo dõi sau 6 tháng ở 249 bệnh nhân ra viện, chỉ có các yếu tố: điểm NIHSS  $> 15$  điểm, liệt độ (0, 1, 2), thở máy, đặt ống thông dạ dày và có từ hai yếu tố nguy cơ trở lên trong ba ngày

đầu nằm viện là các yếu tố có liên quan với tăng nặng bệnh và tử vong, ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Anh (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu Y-Dược Lâm sàng 108
2. **Lê Thị Hòa Bình (2010)**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y-Dược TP. Hồ Chí Minh
3. **Lê Quang Cường (2008)**, Một số yếu tố nguy cơ của đột quỵ não, Đột quỵ não, cấp cứu, điều trị dự phòng, NXB Y học
4. **Nguyễn Huy Ngọc (2012)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y
5. **Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhị (2006)**, Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa: khảo sát tiến cứu 149 trường hợp, kỹ yếu công trình khoa học Hội Thần kinh học Việt Nam, NXB TP> Hồ Chí Minh 2007, tr. 71-83
6. **Lê Tự Phương Thảo (2006)**, Nghiên cứu tương quan lâm sàng, hình thái học, tiên lượng của nhồi máu não tuần hoàn sau, Liaanj án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP.HCM
7. **Nguyễn Văn Thông (2017)**, Một số xét nghiệm cận lâm sàng trong thần kinh học, Giáo trình thần kinh, NXB Y học, Tr 583-594.

# NHU CẦU ĐÀO TẠO, TẬP HUẤN VỀ DINH DƯỠNG VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM CHO CÁN BỘ TẠI CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Thị Tĩnh<sup>1</sup>, Phạm Thị Dung<sup>1</sup>, Phan Anh Tiến<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nhu cầu đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng và an toàn thực phẩm cho cán bộ tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** 50% số bệnh viện huyện đã có cán bộ được đào tạo, tập huấn kiến thức về chuyên ngành dinh dưỡng. Thời gian đào tạo chủ yếu là 3 tháng và tập huấn ngắn ngày ( $< 10$  ngày). 5/12 bệnh viện có nhu cầu tập huấn, đào tạo về dinh dưỡng với khoảng thời gian tập huấn dưới 10 ngày dành cho các bác sĩ, điều dưỡng khối lâm sàng. Nhu cầu đào tạo các nội dung dinh dưỡng gồm: có 4/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo về kiến thức dinh dưỡng cơ sở, 7/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân, 6/12 bệnh viện có

nhu cầu đào tạo quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân. Nhóm đối tượng làm công tác chế biến thực phẩm mong muốn được đào tạo thêm các kiến thức cơ bản về an toàn thực phẩm, kỹ năng quản lý an toàn thực phẩm với thời lượng tập huấn dưới 10 ngày. **Kết luận:** 5/12 bệnh viện có nhu cầu tập huấn, đào tạo về dinh dưỡng với khoảng thời gian tập huấn dưới 10 ngày dành cho các bác sĩ, điều dưỡng khối lâm sàng. Có 4/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo về kiến thức dinh dưỡng cơ sở, 7/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân, 6/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân tại bệnh viện.

**Từ khóa:** Đào tạo, tập huấn dinh dưỡng.

## SUMMARY

### TRAINING NEEDS, TRAINING ON NUTRITION AND FOOD SAFETY FOR EMPLOYEES IN DISTRICT HOSPITALS THAI BINH PROVINCE

**Objectives:** To identify training needs, nutrition and food safety training for staff at district hospitals in Thai Binh province. **Methods:** Descriptive epidemiological study through a cross-sectional survey. **Results:** 50% of district hospitals have staff trained in nutrition education. Training time is 3

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa huyện Hưng Hà, Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh

Email: phamtinh\_ytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2017

Ngày duyệt bài: 7.12.2017

months and short training (<10 days). Five out of 12 hospitals need training and nutrition training with a duration of less than 10 days for clinicians and nurses. Training needs of nutritional content include: 4/12 hospitals have training needs on basic nutrition knowledge, 7/12 hospitals have training needs assessment of nutritional status of patients, 6/12 hospitals need to train the nursing care process for patients. The group of food processors want to be trained more basic knowledge about food safety, food safety management skills with training duration of less than 10 days. **Conclusion:** 5 out of 12 hospitals need training and nutrition education with a duration of less than 10 days for clinicians and nurses. There are 4/12 hospitals in need of training in basic nutrition knowledge, 7/12 hospitals have training needs assessment of patients nutrition status, 6/12 hospitals have training needs of the process caring for patients at the hospital.

**Key words:** Nutrition training.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc can thiệp dinh dưỡng trong điều trị lâm sàng đã bắt đầu được chú trọng. Người bệnh không chỉ điều trị bằng thuốc mà còn điều trị bằng chế độ dinh dưỡng hợp lý. Tại hội thảo dinh dưỡng lâm sàng nâng cao được tổ chức tại Việt Nam năm 2011, các chuyên gia về dinh dưỡng lâm sàng của Việt Nam và Châu Á Thái Bình Dương đã khuyến cáo, tỉ lệ bệnh nhân đang nằm điều trị tại bệnh viện bị suy dinh dưỡng đang gia tăng [5], [6]. Để tăng cường công tác chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh, Bộ Y tế đã ban hành thông tư 08/2011/TT-BYT yêu cầu các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên từng bước phải thành lập khoa dinh dưỡng - tiết chế. Tuy nhiên, do khó khăn về nhân lực, cơ sở vật chất, nên sau hơn 4 năm thông tư được ban hành, việc thực hiện quy định này cho đến nay vẫn là một thách thức. Tại tuyến huyện mới chỉ có một số bệnh viện thực hiện nhưng chưa thực sự đáp ứng được yêu cầu như còn thiếu về cơ sở vật chất và nguồn nhân lực Bác sỹ chuyên khoa dinh dưỡng. Hiện nay, vẫn chưa có một lớp đào tạo dài hạn chuyên sâu về dinh dưỡng, tiết chế và cũng chưa có chính sách nào thu hút nhân lực về công tác trong lĩnh

vực dinh dưỡng - tiết chế[1]... Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: "*Xác định nhu cầu đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng và an toàn thực phẩm cho cán bộ tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:** Đối tượng để xác định nhu cầu đào tạo, tập huấn cho cán bộ hoạt động Dinh dưỡng bao gồm: Người phụ trách các bếp ăn tập thể, cán bộ làm việc tại bộ phận dinh dưỡng điều trị và ban giám đốc 12 bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình.

**Thời gian nghiên cứu:** từ 1/2016 đến tháng 6/2016

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu khảo sát nhu cầu đào tạo tập huấn cán bộ chuyên ngành của các bệnh viện: là toàn bộ 12 bệnh viện được chọn vào nghiên cứu.

### Các biến số, chỉ số sử dụng trong nghiên cứu

- Đặc điểm về đào tạo tập huấn, đào tạo kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng tại các bệnh viện tuyến huyện.

- Cơ cấu cán bộ được đào tạo tập huấn, đào tạo kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng phân bố tại các khoa, phòng.

- Cơ cấu cán bộ được đào tạo tập huấn kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng phân bố tại các khoa điều trị.

- Tổng số cán bộ của các khoa có nhu cầu đào tạo tập huấn kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng tại các bệnh viện tuyến huyện.

- Nhu cầu về thời gian, nội dung đào tạo, tập huấn cho đội ngũ làm về công tác chế biến, cung cấp thực phẩm.

- Nhu cầu về nội dung đào tạo, tập huấn cho đội ngũ làm về công tác chế biến, cung cấp thực phẩm.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng chương trình EPI DATA để nhập số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Đặc điểm về đào tạo tập huấn, đào tạo kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng tại các bệnh viện tuyến huyện (n=12)**

| Thời gian chương trình đào tạo | Số BV có cán bộ được đào tạo | Tổng số cán bộ được đào tạo |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tập huấn < 10 ngày             | 2/12                         | 32                          |
| Tập huấn 1 tháng               | 0                            | 0                           |
| Đào tạo 3 tháng                | 6/12                         | 29                          |
| Cử nhân dinh dưỡng             | 0/12                         | 0                           |

|                                   |             |           |
|-----------------------------------|-------------|-----------|
| Chuyên khoa I, thạc sỹ dinh dưỡng | 0/12        | 0         |
| <b>Tổng cộng</b>                  | <b>6/12</b> | <b>61</b> |

Có 50% bệnh viện (6/12) có cán bộ được đào tạo, tập huấn kiến thức về chuyên ngành dinh dưỡng. Thời gian chương trình đào tạo này chủ yếu là đào tạo 3 tháng và tập huấn với thời lượng dưới 10 ngày. Tổng số cán bộ được đào tạo là 61 người.

**Bảng 3.2. Cơ cấu cán bộ được đào tạo tập huấn, đào tạo kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng phân bố tại các khoa, phòng**

| Thời gian chương trình đào tạo                 | Tổng số | Hệ ngoại | Hệ nội | Khoa/tổ dinh dưỡng | Lãnh đạo, quản lý |
|------------------------------------------------|---------|----------|--------|--------------------|-------------------|
| Tập huấn < 10 ngày                             | 32      | 11       | 16     | 2                  | 3                 |
| Đào tạo 3 tháng                                | 29      | 5        | 9      | 12                 | 3                 |
| Có chứng chỉ hành nghề khám, tư vấn dinh dưỡng | 8       | 0        | 3      | 5                  | 0                 |

Kết quả bảng trên cho thấy trong số 32 cán bộ được tập huấn với thời lượng dưới 10 ngày thì số cán bộ của các khoa khám và điều trị. Số cán bộ được đào tạo 3 tháng lại thuộc khoa/tổ dinh dưỡng nhiều hơn (12/29 cán bộ). Số có chứng chỉ hành nghề khám tư vấn dinh dưỡng cũng chủ yếu thuộc khoa/tổ dinh dưỡng.

**Bảng 3.2. Tổng số cán bộ của các khoa có nhu cầu đào tạo tập huấn kiến thức chuyên ngành về dinh dưỡng tại các bệnh viện**

| Thời gian chương trình đào tạo | Tổng số cán bộ có nhu cầu | Nhu cầu cho các khoa khám, điều trị | Nhu cầu cho các khoa/tổ dinh dưỡng |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Tập huấn < 10 ngày             | 129                       | 126                                 | 3                                  |
| Đào tạo 3 tháng                | 45                        | 38                                  | 7                                  |
| Cử nhân dinh dưỡng             | 1                         | 0                                   | 1                                  |
| CKI dinh dưỡng                 | 1                         | 0                                   | 1                                  |
| Thạc sỹ dinh dưỡng             | 2                         | 0                                   | 2                                  |
| <b>Tổng cộng nhu cầu</b>       | <b>178</b>                | <b>164</b>                          | <b>14</b>                          |

Nhu cầu đào tạo tập huấn ngắn ngày chiếm một số lượng khá lớn (129/178 trường hợp có nhu cầu được đào tạo, tập huấn). Nhu cầu này dành cho các khoa khám và điều trị bệnh. Nhu cầu đào tạo 3 tháng cũng dành phần nhiều cho các khoa điều trị.

**Bảng 3.4. Nhu cầu các nội dung đào tạo về dinh dưỡng**

| Các nội dung đào tạo                 | Số BV có nhu cầu | Nhu cầu cho các khoa khám, điều trị | Nhu cầu cho các khoa/tổ dinh dưỡng |
|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Một số kiến thức về dinh dưỡng cơ sở | 4/12             | 4/12                                | 0/12                               |
| Đánh giá tình trạng DD bệnh nhân     | 7/12             | 7/12                                | 3/12                               |
| Chỉ định các xét nghiệm dinh dưỡng   | 3/12             | 3/12                                | 0/12                               |
| Chẩn đoán dinh dưỡng tại bệnh viện   | 7/12             | 5/12                                | 4/12                               |
| Quy trình chăm sóc DD cho từng bệnh  | 6/12             | 6/12                                | 2/12                               |
| Thực hiện chăm sóc dinh dưỡng        | 6/12             | 6/12                                | 3/12                               |
| Tư vấn dinh dưỡng                    | 7/12             | 6/12                                | 2/12                               |
| Điều tra khẩu phần                   | 5/12             | 4/12                                | 1/12                               |
| Xây dựng thực đơn                    | 5/12             | 4/12                                | 1/12                               |
| Tiết chế dinh dưỡng                  | 5/12             | 4/12                                | 1/12                               |
| Tổ chức quản lý khoa dinh dưỡng      | 6/12             | 4/12                                | 2/12                               |
| Quản lý ATTP trong bệnh viện         | 2/12             | 1/12                                | 1/12                               |

Các nội dung đào tạo lại về đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân, quy trình chăm sóc, chẩn đoán, tư vấn dinh dưỡng, tổ chức khoa dinh dưỡng được trên 1 nửa các bệnh viện lựa chọn. Trong đó nội dung về đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân, quy trình chăm sóc, chẩn đoán được ưu tiên hơn cho nhóm cán bộ thuộc các khoa điều trị trực tiếp cho bệnh nhân.

**Bảng 3.5. Hình thức đào tạo mong muốn theo các nội dung đào tạo tại các bệnh viện (n=12)**

| Các nội dung đào tạo                 | Khoa khám, điều trị |           | Khoa, tổ dinh dưỡng |           |
|--------------------------------------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|
|                                      | Tại chỗ             | Tập trung | Tại chỗ             | Tập trung |
| Một số kiến thức về dinh dưỡng cơ sở | 4/12                | 0/12      | -                   | -         |
| Đánh giá tình trạng DD bệnh nhân     | 7/12                | 0/12      | 2/12                | 1/12      |
| Chỉ định các xét nghiệm dinh dưỡng   | 2/12                | 1/12      | -                   | -         |

|                                     |      |      |      |      |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
| Chẩn đoán dinh dưỡng tại bệnh viện  | 3/12 | 2/12 | 0/12 | 4/12 |
| Quy trình chăm sóc DD cho từng bệnh | 4/12 | 2/12 | 2012 | 2/12 |
| Thực hiện chăm sóc DD cho bệnh nhân | 4/12 | 2/12 | 1/12 | 2/12 |
| Tư vấn dinh dưỡng                   | 4/12 | 2/12 | 0/12 | 2/12 |
| Điều tra khẩu phần                  | 2/12 | 2/12 | 0/12 | 1/12 |
| Xây dựng thực đơn                   | 3/12 | 2/12 | 0/12 | 1/12 |
| Tiết chế dinh dưỡng                 | 2/12 | 2/12 | 0/12 | 1/12 |
| Tổ chức quản lý khoa dinh dưỡng     | 3/12 | 1/12 | 0/12 | 2/12 |
| Quản lý ATTP trong bệnh viện        | 1/12 | 0/12 | 0/12 | 1/12 |

Về hình thức đào tạo mong muốn, kết quả bảng trên cho thấy, đối với nhóm cán bộ thuộc khu vực điều trị, nhu cầu đào tạo tại chỗ chiếm đa số còn nhóm cán bộ thuộc khoa/ tổ dinh dưỡng thì nhu cầu đào tạo tập trung lại là chủ yếu.

**Bảng 3.6. Nhu cầu về thời gian đào tạo, tập huấn cho đội ngũ làm về công tác chế biến, cung cấp thực phẩm**

| Thời gian chương trình đào tạo | Số BV có nhu cầu | Số lượng nhân viên có nhu cầu |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|
| Tập huấn < 10 ngày             | 12/12            | 45/52                         |
| Tập huấn 1 tháng               | 3/12             | 10/52                         |
| Đào tạo 3 tháng                | 0                | 0                             |
| Trung cấp nấu ăn               | 0                | 0                             |

Qua bảng trên cho thấy 100% các bệnh viện có nhu cầu tập huấn, đào tạo cho đội ngũ làm công tác chế biến thực phẩm với nội dung tập huấn không quá 10 ngày.

**Bảng 3.7. Nhu cầu đào tạo, tập huấn kỹ năng cho đội ngũ làm về công tác chế biến, cung cấp thực phẩm**

| Các nội dung đào tạo      | Số BV có nhu cầu | Số lượng cán bộ có nhu cầu |
|---------------------------|------------------|----------------------------|
| Kiến thức cơ bản về ATTP  | 12/12            | 45/52                      |
| Kỹ thuật nấu ăn           | 3/12             | 10/52                      |
| Kỹ năng xây dựng thực đơn | 3/12             | 10/52                      |
| Kỹ năng quản lý ATTP      | 7/12             | 12/52                      |

Qua bảng trên cho thấy 2 nội dung mong muốn được đào tạo thêm cho các đối tượng làm về công tác chế biến, cung cấp thực phẩm là cung cấp các kiến thức cơ bản về ATTP, kỹ năng quản lý ATTP.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2011, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 08/2011/TT-BYT Hướng dẫn công tác chuyên môn về dinh dưỡng tiết chế và Thông tư 07/2011/TT-BYT Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện đã nhấn mạnh về chế độ dinh dưỡng tiết chế cho người bệnh. Với yêu cầu điều trị ngày càng cao, Bộ Y tế đã ban hành yêu cầu các bệnh viện phải xây dựng một chế độ dinh dưỡng hợp lý cho bệnh nhân; đồng thời phải xây dựng một đội ngũ bác sỹ dinh dưỡng có chuyên môn cao, thành lập khoa dinh dưỡng cho tất cả các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên.

Tuy vậy, nhiều bệnh viện chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc can thiệp dinh dưỡng trong điều trị và tạo điều kiện để thành lập khoa dinh dưỡng. Nhiều bệnh viện hiện vẫn còn chậm trễ, chưa chú đầu tư trong việc thành lập các khoa dinh dưỡng, tổ dinh dưỡng - tiết chế. Việc nâng cao hiệu quả chữa bệnh bằng dinh dưỡng hiện nay vẫn bị nhiều bệnh viện "bỏ ngỏ", bởi nhiều nơi chưa có khoa dinh dưỡng cũng như bác sỹ dinh dưỡng. Hoặc một số bệnh

viện tuy có khoa dinh dưỡng nhưng hoạt động chưa hiệu quả do thiếu cơ sở vật chất, các bác sỹ hoạt động kiêm nhiệm, thiếu bác sỹ chuyên khoa về dinh dưỡng. Hoạt động dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện vẫn chưa thực sự được quan tâm và đầu tư đúng mức nên vấn đề suy dinh dưỡng bệnh nhân trong bệnh viện vẫn còn là một vấn đề gian nan...[3],[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ thực trạng đào tạo cho cán bộ qua bảng 3.20 cho thấy hiện nay mới có 50% số bệnh viện (6/12) có cán bộ được đào tạo, tập huấn kiến thức về chuyên ngành dinh dưỡng. Thời gian chương trình đào tạo này chủ yếu là đào tạo 3 tháng và tập huấn với thời lượng dưới 10 ngày. Tổng số cán bộ được đào tạo là 61 người. Trong đó có 32 cán bộ được tập huấn với thời lượng dưới 10 ngày. Số cán bộ tập huấn dưới 10 ngày chủ yếu là cán bộ của các khoa khám và điều trị (thuộc hệ nội và hệ ngoại). Số cán bộ được đào tạo 3 tháng lại thuộc khoa/tổ dinh dưỡng nhiều hơn (12/29 cán bộ). Số có chứng chỉ hành nghề khám tư vấn dinh dưỡng cũng chủ yếu thuộc khoa/tổ dinh dưỡng và một số thuộc khoa nội. So

với số người đã đi đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng thì số người được cấp chứng chỉ hành nghề khám, tư vấn dinh dưỡng chiếm một tỷ lệ rất nhỏ (8/61 người được đào tạo về dinh dưỡng).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhu cầu đào tạo tập huấn ngắn ngày chiếm một số lượng khá lớn (129/178 trường hợp có nhu cầu được đào tạo, tập huấn). Nhu cầu này hầu hết dành cho các khoa khám và điều trị bệnh. Nhu cầu đào tạo 3 tháng cũng dành phần nhiều cho các khoa điều trị. Mô tả về cơ cấu cán bộ phân bố theo nhu cầu đào tạo, kết quả cho thấy, đối với cán bộ khoa khám bệnh và điều trị thì nhu cầu dành cho điều dưỡng chiếm tỷ trọng khá lớn, kể cả chương trình tập huấn dưới 10 ngày (67/126 đối tượng có nhu cầu) và chương trình 3 tháng (22/38 cán bộ).

Đối tượng có nhu cầu đào tạo về dinh dưỡng khá đa dạng và nội dung đào tạo về dinh dưỡng cũng rất phong phú. Mỗi đối tượng khác nhau có nhu cầu đào tạo khác nhau. Các nội dung đào tạo lại về đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân, quy trình chăm sóc, chẩn đoán, tư vấn dinh dưỡng, tổ chức khoa dinh dưỡng được trên 1 nửa các bệnh viện lựa chọn. Trong đó nội dung về đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân, quy trình chăm sóc, chẩn đoán được ưu tiên hơn cho nhóm cán bộ thuộc các khoa điều trị trực tiếp cho bệnh nhân. Nhu cầu các nội dung đào tạo về kiến thức dinh dưỡng cơ sở, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân tại bệnh viện được nhiều cán bộ lựa chọn nhất. Các nội dung như tư vấn dinh dưỡng, điều tra khẩu phần, công tác tổ chức, quản lý có số người lựa chọn ít hơn.

Về hình thức đào tạo mong muốn, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đối với nhóm cán bộ thuộc khu vực điều trị, nhu cầu đào tạo tại chỗ chiếm đa số còn nhóm cán bộ thuộc khoa/tổ dinh dưỡng thì nhu cầu đào tạo tập trung lại là chủ yếu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy một thực trạng là đội ngũ điều dưỡng có nhu cầu rất lớn về các nội dung đào tạo về dinh dưỡng cơ sở, đánh giá TTDD, quy trình chăm sóc và thực hiện chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Đánh giá về nhu cầu đào tạo, tập huấn cho đội ngũ nhân viên chế biến thực phẩm, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 100% các bệnh viện có nhu cầu tập huấn, đào tạo cho đội ngũ làm công tác chế biến thực phẩm thực hiện với nội dung tập huấn không quá 10 ngày. Hai nội dung mong muốn được đào tạo thêm cho các đối tượng làm về công tác chế biến, cung cấp thực phẩm là cung cấp các kiến thức cơ bản về ATTP,

kỹ năng quản lý ATTP. Điều này cũng khá phù hợp vì hiện nay theo quy định về an toàn thực phẩm, các nhân viên trực tiếp làm công tác chế biến thực phẩm phải có qua kiểm tra và đạt điểm kiến thức về an toàn thực phẩm theo quy định mới được cấp xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm và đủ điều kiện tham gia làm việc tại các bếp ăn tập thể [1]. Đặc biệt, với bếp ăn bệnh viện thì ngoài việc đảm bảo yêu cầu về an toàn thực phẩm thì người chế biến cũng phải có những kiến thức cơ bản về ăn bệnh lý, từ đó mới chế biến được các xuất ăn điều trị cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu xác định nhu cầu đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng và an toàn thực phẩm cho cán bộ tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình cho thấy: 50% số bệnh viện huyện đã có cán bộ được đào tạo, tập huấn kiến thức về chuyên ngành dinh dưỡng. Thời gian đào tạo chủ yếu là 3 tháng và tập huấn ngắn ngày (<10 ngày). 5/12 bệnh viện có nhu cầu tập huấn, đào tạo về dinh dưỡng với khoảng thời gian tập huấn dưới 10 ngày dành cho các bác sỹ, điều dưỡng khối lâm sàng. Nhu cầu đào tạo các nội dung dinh dưỡng gồm: có 4/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo về kiến thức dinh dưỡng cơ sở, 7/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân, 6/12 bệnh viện có nhu cầu đào tạo quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân. Người làm công tác chế biến thực phẩm mong muốn được đào tạo các kiến thức cơ bản về an toàn thực phẩm, kỹ năng quản lý an toàn thực phẩm với thời lượng tập huấn dưới 10 ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Yên Bình, Ngô Văn Toàn (2009)**, "Phân bố và nhu cầu đào tạo lại cho cán bộ y tế dự phòng tại các trung tâm y tế dự phòng 13 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long năm 2007", *Y Học Thực Hành*, 656(4), tr. 38-41.
2. **Đặng Văn Chính, Hồ Hữu Tính (2014)**, "Đánh giá sau đào tạo cho các cán bộ Y tế cấp tỉnh chịu trách nhiệm về điều tra các vụ ngộ độc thực phẩm", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 18(6), tr. 147-153.
3. **Đỗ Thị Ngọc Diệp, Trần Quốc Cường, Vũ Quỳnh Hoa (2015)**, "Suy dinh dưỡng bệnh nhân nằm viện: tần suất, nguyên nhân và công cụ chẩn đoán", *Tạp chí Dinh Dưỡng & Thực Phẩm*, 11(3), tr. 40-46.
4. **Gallegos Danielle, Đỗ Thị Ngọc Diệp, Trần Quốc Cường (2015)**, "Suy dinh dưỡng bệnh nhân nội trú tại 2 bệnh viện tại TPHCM: so sánh một số phương pháp đánh giá", *Tạp chí Dinh Dưỡng & Thực Phẩm*, 11(3), tr. 14-22.
5. **Correia M. I., Perman M. I. and Waitzberg D. L. (2016)**, "Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review", *Clin Nutr.*

6. **Moreno Villares J. M., Varea Calderon V. and Bousono Garcia C. (2016)**, "Malnutrition in children admitted to hospital. Results of a national survey", *An Pediatr (Barc)*.

# ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ CEA Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRỰC TRÀNG TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Ngọc Hà\*, Ngô Thị Tính\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ CEA của các bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ CEA trước phẫu thuật với nồng độ CEA sau phẫu thuật, trước hóa trị và sau hóa trị ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mẫu nghiên cứu thu thập từ 54 bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng từ 6/2016 đến 10/2017. Các mẫu huyết thanh của bệnh nhân trước và sau điều trị được thu thập để định lượng nồng độ CEA. **Kết quả:** 38,9% các trường hợp có nồng độ CEA trước phẫu thuật cao hơn bình thường. Nồng độ trung bình của CEA trước phẫu thuật là  $28,4 \pm 64,3$  ng/ml. Nồng độ CEA sau phẫu thuật  $8,3 \pm 9,4$  ng/ml giảm so với nồng độ CEA trước phẫu thuật ( $p < 0,05$ ). Nồng độ CEA tỷ lệ thuận với giai đoạn bệnh và tình trạng di căn xa ( $p < 0,05$ ). Theo dõi quá trình điều trị cho thấy những bệnh nhân kém hoặc không đáp ứng điều trị thì nồng độ CEA tăng ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Có mối liên quan ý nghĩa giữa nồng độ CEA trước và sau phẫu thuật ( $p < 0,05$ ). Nồng độ CEA tăng cao hơn ở những bệnh nhân có di căn xa và những bệnh nhân giai đoạn muộn của bệnh ( $p < 0,05$ ). Những bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị nồng độ CEA giảm ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** CEA, ung thư đại trực tràng

## SUMMARY

### EVALUATION OF CHANGES IN CEA LEVELS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER BEFORE AND AFTER TREATMENT

**Objectives:** We examined carcinoembryonic antigen (CEA) levels of the colorectal carcinoma patients at Thai Nguyen Central Hospital before and after treatment. **Materials and methods:** From July, 2016 to November, 2017, samples were collected from 54 colorectal carcinoma patients. Serum samples of patients before and after treatment were collected to test CEA. **Results:** 38.9% of cases had higher preoperative CEA levels than normal. The mean preoperative CEA score was  $28.4 \pm 64.3$  ng / ml. Postoperative CEA levels were  $8.3 \pm 9.4$  ng / ml lower than preoperative CEA levels ( $p < 0.05$ ). CEA levels are proportional to disease stage and distant metastasis ( $p < 0.05$ ). Follow-up of treatment showed that patients with poor or non-responsive treatment had elevated CEA levels ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** There was a significant association between preoperative CEA levels with postoperative CEA levels ( $p < 0.05$ ), with distant metastasis and disease stage ( $p < 0.05$ ) and

decreased CEA levels in patients responding well to treatment ( $p < 0.05$ ).

**Key words:** CEA, colorectal carcinoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến trên thế giới và gặp nhiều hơn ở các nước phát triển. Theo thống kê năm 2012 của Globocan, ung thư đại trực tràng đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc (10%) và thứ 4 về tỷ lệ tử vong (8,5%) do ung thư. Ở Việt Nam, ung thư đại trực tràng nằm trong số 5 bệnh ung thư thường gặp, có xu hướng gia tăng, theo ghi nhận ung thư Hà Nội tỷ lệ mắc thuận theo tuổi là 7,5/100.000. Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, con người đã đạt được nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị UTĐTT. Tuy vậy, UTĐTT là bệnh lý thường tiến triển chậm và các triệu chứng ít rõ ràng nên khiến bệnh nhân vào viện muộn, hay được chẩn đoán muộn, ảnh hưởng rất lớn đến công tác điều trị, theo dõi cũng như tiên lượng của bệnh nhân.

Nồng độ CEA có thể được đo trong huyết thanh và có thể hữu ích như một dấu hiệu chỉ điểm ung thư. Bởi vì nồng độ của CEA thấp trong giai đoạn sớm của ung thư biểu mô đại trực tràng nên đo nồng độ CEA là một phương thức không phù hợp với việc sàng lọc ung thư. Nồng độ CEA trước phẫu thuật cao là một dấu hiệu tiên lượng xấu và tương quan với sự giảm thời gian sống còn sau phẫu thuật cắt bỏ ung thư đại trực tràng. Nồng độ CEA sau phẫu thuật không trở về bình thường có ý nghĩa trong phẫu thuật không giải quyết triệt căn những bệnh hệ thống còn tiềm ẩn. Thường xuyên theo dõi nồng độ CEA sau phẫu thuật có thể cho phép xác định liệu bệnh nhân còn di căn không sau phẫu thuật cắt bỏ, hoặc sau điều trị. Việc theo dõi nồng độ CEA không những phản ánh tốt đáp ứng điều trị mà còn có thể xác định bệnh đã thực sự ổn định hay chưa sau hóa xạ trị kết hợp, góp phần quan trọng trong tiên lượng bệnh [1],[3],[4].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá sự thay đổi nồng độ CEA ở bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng trước và sau điều trị" nhằm mục tiêu: Phân tích sự thay đổi nồng độ CEA huyết thanh ở bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng trước và sau điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

\*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

\*\*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hà

Email: hanguyenngoc75@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 8.12.2017

- **Đối tượng nghiên cứu:** 54 bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng (UTBMĐTT), tuổi từ 27 đến 76 tuổi, được điều trị tại Trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ năm 2016-2017.

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

\**Tiêu chuẩn lâm sàng:* 54 bệnh nhân UTBMĐTT được xác chẩn bởi kết quả giải phẫu bệnh, được xếp loại TNM và giai đoạn lâm sàng theo AJCC, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, được điều trị phẫu thuật kết hợp hóa trị.

\**Tiêu chuẩn loại trừ:* bệnh nhân bỏ dở điều trị, không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\**Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

\**Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang

\**Phương pháp thu thập số liệu:*

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án trên theo phiếu thu thập thông tin.

- Thu thập mẫu huyết thanh từ các bệnh nhân nghiên cứu tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 4-6 tuần, trước hóa trị đợt 1 và sau hóa trị đợt 6. Tiến hành làm xét nghiệm định lượng CEA huyết thanh. Xét nghiệm được tiến hành trên hệ thống máy xét nghiệm miễn dịch tự động IMMULITE 2000XPI. Hóa chất sử dụng là bộ KIT CEA của hãng Siemens.

\**Các biến số nghiên cứu:* Tuổi, giới, giai đoạn TNM, nồng độ CEA, tình trạng di căn xa.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** chương trình SPSS 16.0.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi | <40 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | >70  | Tổng |
|-----------|-----|-------|-------|-------|------|------|
| Số lượng  |     |       |       |       |      |      |
| n         | 2   | 5     | 14    | 19    | 14   | 54   |
| %         | 3,7 | 9,3   | 25,9  | 35,2  | 25,9 |      |

**Nhận xét:** Tuổi gặp ung thư đại trực tràng

**Bảng 2.5. Nồng độ CEA trước và sau hóa trị**

| Đáp ứng điều trị                  | Trước hóa trị | Sau hóa trị | Tổng số bệnh nhân       | p      |
|-----------------------------------|---------------|-------------|-------------------------|--------|
| Đáp ứng hoàn toàn                 | 9,3 ± 18,4    | 2,7 ± 1,9   | 33 (61,1%)              | P<0,05 |
| Đáp ứng một phần hoặc đáp ứng kém | 13,4 ± 7,8    | 20,5 ± 48,4 | 21 (38,9%)<br>54 (100%) | P<0,05 |

**Nhận xét:** Nồng độ CEA trước hóa trị và sau hóa trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm độ tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTĐTT thường gặp ở lứa tuổi trên 50 tuổi đặc biệt nhóm tuổi từ 60-70 tuổi chiếm 35,25. Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 27,

thường gặp là trên 50 tuổi, gặp nhiều nhất ở độ tuổi 60 đến 69 tuổi, trung bình 60,4 ± 12,1 tuổi.

### 3.2. Nồng độ CEA trong ung thư đại trực tràng

**Bảng 2.1. Nồng độ CEA trước phẫu thuật và sau phẫu thuật**

| Xét nghiệm | Trước phẫu thuật | Sau phẫu thuật |
|------------|------------------|----------------|
| CEA        | 28,3 ± 64,3      | 8,3 ± 9,4      |
| p<0,05     |                  |                |

**Nhận xét:** Nồng độ CEA trước phẫu thuật: Trong 54 bệnh nhân được xét nghiệm CEA trước phẫu thuật thì 38,9% có nồng độ CEA cao hơn giá trị bình thường. Nồng độ trung bình: 28,3 ± 64,3. Cao nhất là 152,5ng/l.

- Nồng độ CEA sau phẫu thuật: Trong số bệnh nhân được xét nghiệm CEA sau phẫu thuật thì 31,5% có CEA cao hơn giá trị bình thường. Trong đó nồng độ trung bình: 15,3 ± 18,4. Cao nhất là 56,9ng/l.

- Đối chiếu nồng độ CEA trung bình trước và sau phẫu thuật (n=54): Nồng độ CEA trung bình trước phẫu thuật: 28,3 ± 64,3ng/l, sau phẫu thuật là 8,3 ± 9,4 ng/l. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**Bảng 2.3. Nồng độ CEA trước phẫu thuật với di căn xa**

| Tình trạng di căn | N (54)   | CEA         |
|-------------------|----------|-------------|
| Di căn xa         | 20 (37%) | 22,6 ± 30,2 |
| Chưa có di căn xa | 34 (63%) | 17,8 ± 26,7 |
| (p<0,05)          |          |             |

**Nhận xét:** có sự khác biệt về nồng độ CEA ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng có di căn xa và không di căn xa.

**Bảng 2.4. Đối chiếu nồng độ CEA trước phẫu thuật với giai đoạn lâm sàng**

| Giai đoạn TNM | n (54) | CEA         |
|---------------|--------|-------------|
| Giai đoạn II  | 4      | 7,8 ± 6,7   |
| Giai đoạn III | 34     | 14,4 ± 19,8 |
| Giai đoạn IV  | 16     | 29,6 ± 33,5 |
| (p<0,05)      |        |             |

**Nhận xét:** Nồng độ CEA tăng cao ở giai đoạn muộn của bệnh nhân UTBMĐTT.

bệnh nhân có tuổi cao nhất là 76.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 60,4 ± 12,1. Độ tuổi trung bình cao có thể được lý giải là các hệ thống đáp ứng miễn dịch chống ung thư đã bị suy giảm, người lớn tuổi có



thời gian phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ nhiều hơn nên tỷ lệ ung thư cao hơn.

**4.2. Nồng độ CEA trong ung thư đại trực tràng:** CEA (Carcinoembryonic Antigen) là một glycoprotein phức tạp, bình thường được sản xuất bởi tế bào niêm mạc dạ dày, ruột của thai nhi. Sau khi sinh, CEA biến mất và không còn phát hiện trong huyết thanh nữa. Tuy nhiên, CEA có thể tăng trong nhiều bệnh lý như các bệnh ác tính, đặc biệt được sản xuất 90% từ ung thư biểu mô đại trực tràng và là yếu tố góp phần vào các đặc điểm của một khối u ác tính. CEA hiện đang là một chất chỉ điểm ung thư được dùng rộng rãi ở nước ta và đã cho thấy nhiều hữu ích trong quản lý bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Tuy chúng ít có giá trị để chẩn đoán ung thư vì độ nhạy và độ đặc hiệu thấp nhưng lại chứng tỏ được vai trò trong đánh giá hiệu quả điều trị và theo dõi tình trạng tái phát hay di căn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Trong 54 bệnh nhân được xét nghiệm CEA trước phẫu thuật thì 38,9% có nồng độ CEA cao hơn giá trị bình thường. Nồng độ trung bình:  $28,3 \pm 64,3$ . Cao nhất là 152,5ng/l. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Võ Văn Hiền (46,9%) cũng như của Louhimo và cộng sự (44%). Như vậy, không phải tất cả các bệnh nhân ung thư đại trực tràng sẽ có một CEA tăng cao ngay cả khi ung thư của họ đã lan rộng. Một số bệnh ung thư đại trực tràng không sản xuất ra nó. Ngoài ra, một số bệnh nhân không bị ung thư có thể có một xét nghiệm máu CEA tăng cao. Khoảng 15% người hút thuốc lá có CEA tăng nhưng không có ung thư đại trực tràng. Điều này cho thấy nồng độ CEA không phải là xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, tăng nồng độ CEA trước phẫu thuật là một yếu tố dự đoán độc lập cho một tiên lượng xấu đối với bệnh nhân

Định lượng nồng độ CEA được khuyến cáo chỉ định trước và 3 tháng/lần trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật cắt bỏ ung thư đại trực tràng. Tình trạng CEA giảm trở về giá trị bình thường sau phẫu thuật ở một bệnh nhân có tăng nồng độ CEA trước phẫu thuật mang ý nghĩa là khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn, trái lại nồng độ CEA vẫn tiếp tục tăng cao sau phẫu thuật là một dấu hiệu chỉ điểm vẫn còn ung thư tồn dư. Trong số bệnh nhân được xét nghiệm CEA sau phẫu thuật thì 31,5% trường hợp có CEA cao hơn giá trị bình thường. Trong đó, nồng độ trung bình CEA là  $15,3 \pm 18,4$ , cao nhất là 56,9ng/l. Đây có thể là một dấu hiệu dự báo tình trạng tái phát và di căn sau này của bệnh nhân [1], [4].

So sánh nồng độ CEA trung bình trước và sau phẫu thuật (n=54) cho thấy: Nồng độ CEA trung bình trước phẫu thuật:  $28,3 \pm 64,3$ ng/l, sau phẫu thuật là  $8,3 \pm 9,4$ ng/l. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Võ Văn Hiền ( $r = 0,534$ ;  $p < 0,05$ ) và Đặng Công Thuận [7], Forones NM<sup>1</sup>, Tanaka M [4]. Như vậy có thể xem nồng độ CEA là một trong những yếu tố đánh giá hiệu quả của điều trị phẫu thuật.

Đồng thời, khi đánh giá nồng độ CEA trên các bệnh nhân có di căn xa và không có di căn xa bảng 2.3 cho thấy: nồng độ CEA ở những bệnh nhân có di căn xa là  $22,6 \pm 30,2$  ng/ml cao hơn nồng độ CEA ở những bệnh nhân không có di căn xa là  $17,8 \pm 26,7$ ng/ml, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Berkovich L, et al [1]; Cetin B, et al [2], Phạm Đức Lộc, Nguyễn Danh Thanh, Bệnh viện 103 [6]. Theo Thomas L. và cs 1998, đối với mỗi bệnh nhân, một mức độ CEA huyết tương ban đầu được xác định làm nền cho sự theo dõi sự diễn biến của bệnh. Khi mức độ CEA tăng dai dẳng ít nhất trên 2 tháng, có khả năng ung thư bị tái phát. Dựa vào mức độ tăng của CEA, giá trị chẩn đoán (+) tính tái phát sau mổ là 65-84%, giá trị chẩn đoán (-) tính là 85-95%.

Đánh giá nồng độ CEA ở các giai đoạn bệnh bảng 2.4 cho thấy: Nồng độ CEA ở giai đoạn II là  $7,8 \pm 6,7$ ng/ml là thấp nhất và nồng độ tăng cao ở các giai đoạn II và IV tương ứng là  $14,4 \pm 19,8$ ng/ml và  $29,6 \pm 33,5$ ng/ml, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy nồng độ CEA là một trong những dấu hiệu có giá trị trong tiên đoán khả năng di căn xa ung thư biểu mô đại trực tràng.

CEA là một trong những yếu tố giá trị trong theo dõi đáp ứng điều trị. Với một bệnh lý có tăng CEA, sau điều trị nồng độ CEA giảm thấp nghĩa là các tế bào bài tiết CEA đã được loại bỏ và khi nồng độ CEA tăng trở lại nghĩa là bệnh có khả năng tái phát. Chúng tôi đã theo dõi nồng độ CEA trong quá trình điều trị cho thấy: nhóm bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn có nồng độ CEA giảm hẳn so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ), ngược lại nhóm đáp ứng kém, không đáp ứng và có tái phát và di căn thì nồng độ CEA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). Điều này cho thấy, theo dõi nồng độ CEA là một việc rất quan trọng trong đánh giá đáp ứng điều trị, đồng thời phát hiện sớm tình trạng tái phát hay di căn của UTĐTT [7].

## V. KẾT LUẬN

- 38,9% các trường hợp UTĐTT có nồng độ CEA trước phẫu thuật cao hơn bình thường.
- Nồng độ trung bình của CEA trước phẫu thuật là  $28,4 \pm 64,3$  ng/ml cao hơn nồng độ CEA sau phẫu thuật  $8,3 \pm 9,4$  ng/ml ( $p < 0,05$ ).
- Nồng độ CEA ở bệnh nhân giai đoạn muộn và di căn xa cao hơn có ý nghĩa ở bệnh nhân giai đoạn sớm và không có di căn ( $p < 0,05$ ).
- Theo dõi quá trình điều trị cho thấy những bệnh nhân kém hoặc không đáp ứng điều trị thì nồng độ CEA tăng ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berkovich L, Shpitz B, Ghinea R, et al (2014). Evaluation of peritoneal CEA levels following colorectal cancer surgery. *J Surg Oncol* 2014 Sep; **110**(4): 458-462.
2. Cetin B, Atalay C, Aslan S, et al (2005). Peritoneal carcinoembryonic antigen level for

- predicting locoregional and distant spread of gastric cancer. *Surg Today* 2005; **35**(11): 919-924.
3. Duffy MJ (2001). Carcinoembryonic antigen as a marker for colorectal cancer: is it clinically useful? *Clin Chem* 2001 Apr; **47**(4): 624-630. (3)
  4. Forones NM<sup>1</sup>, Tanaka M (1999), CEA and CA 19-9 as prognostic indexes in colorectal cancer. *Hepatogastroenterology*. ;46(26):905-8
  5. Levy M, Visokai V, Lipska L, et al (2008) Tumor markers in staging and prognosis of colorectal carcinoma. *Neoplasma* 2008; **55**(2): 138-142. (10)
  6. Phạm Đức Lộc, Nguyễn Danh Thanh, Bệnh viện 103 (2011), Nghiên cứu biến đổi nồng độ CEA ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng sau phẫu thuật và hoá xạ trị bổ trợ, *Tạp chí Y dược học Quân sự* - Vol. 5,
  7. Marwan G. Fakih, MD and Aruna Padmanabhan, MD, (2006), CEA Monitoring in Colorectal Cancer, home of oncology Journal, volume 20 issue 6

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC- THẮT LƯNG BẰNG BẮT NẸP VÍT QUA CUỐNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Chiên<sup>1</sup>, Ma Nguyễn Trịnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị chấn thương cột sống vùng ngực - thắt lưng bằng phẫu thuật nẹp vít qua cuống sống. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả 52 bệnh nhân bị chấn thương cột sống ngực - thắt lưng đã được phẫu thuật nẹp vít qua cuống sống tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2016 đến tháng 10/2017. **Kết quả:** Chấn thương cột sống vùng ngực thắt lưng gặp chủ yếu ở độ tuổi lao động, độ tuổi trung bình là  $44,79 \pm 11,37$ . Tỷ lệ Nam/nữ là 1,47:1. Tỷ lệ có tổn thương thần kinh 46,2%, có 7,7% Frankel mức A và B. Sau mổ tỷ lệ Frankel E trước mổ từ 53,8% tăng lên 84,6% sau mổ. Kết quả chung sau phẫu thuật 3 tháng có 46 bệnh nhân kết quả tốt chiếm 88,5%, 3 bệnh nhân kết quả khá chiếm 5,8%. Tổn thương 2 đốt sống có kết quả kém hơn tổn thương 1 đốt, sự khác biệt có ý nghĩa với ( $P < 0,05$ ). Phân loại gãy theo Denis, tổn thương gãy lún có kết quả tốt cao hơn so với các loại gãy khác ( $P < 0,05$ ). Số đốt sống bị tổn thương từ 2 đốt trở lên tiên lượng kết quả sau điều trị kém hơn tổn thương 1 đốt sống.

**Từ khóa:** chấn thương cột sống, ngực -thắt lưng, nẹp vít qua cuống

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR TRAUMA VERTEBRAL THORACIC-LUMBAR BY PEDICLE SCREW PLACEMENT AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** result of surgical treatment for trauma vertebral thoracic-lumbar by pedicle screw placement in Thai Nguyen central hospital. Analysis of several factors affecting the outcome of treatment. **Method:** Cross-sectional descriptive study. There were 52 patients who underwent surgical pedicle screw placement at Thai Nguyen central Hospital from 01/2016 to 09/2017. **Results:** Trauma vertebral thoracic and lumbar were found at working age, with an average age of  $44.79 \pm 11.37$ . The rate of male to female is 1.47: 1. The spinal cord injury was 46.2%, with 7.7% for Frankel A and B. Frakel E increasing from 53.8% to 84.6% after surgery. the final result is based on a Dennis work scale: good 45/52 patients (88.5%), pretty 3/52 patients (5.8%). Fracture 2 or more vertebrae, prognosis less than one vertebrae fracture ( $P < 0,05$ ). Compression fracture better than other fractures ( $P < 0,05$ ). **Conclusion:** fracture 2 or more vertebrae, prognosis less than one vertebrae fracture. compression fracture better than other fractures.

**Keyword:** spinal injury, thoraco-lumbar, pedicle screw placement.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

<sup>1</sup>Bộ môn Ngoại, trường ĐHY Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Khoa Ngoại Thần Kinh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Chiên

Email: bac\_hvqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 4.12.2017

Chấn thương cột sống (CTCS) là tình trạng cột sống hoặc tủy sống bị thương tổn do chấn thương gây ra. Chấn thương cột sống nói chung chiếm khoảng 4-6% so với tất cả các chấn thương. Chấn thương cột sống là loại thương tổn nặng trong cấp cứu ngoại khoa. CTCS có khoảng 10 – 20% bệnh nhân có tổn thương thần kinh biểu hiện bằng tình trạng liệt hoàn toàn, không hoàn toàn hoặc rối loạn cơ tròn. CTCS có thể để lại nhiều di chứng nặng nề, và gánh nặng cho gia đình, xã hội. Xấp xỉ 450.000 người ở Hoa Kỳ bị tổn thương tủy sống do chấn thương, với hơn 10.000 trường hợp có tổn thương tủy mỗi năm[7]. Trong đó chấn thương cột sống, đoạn ngực thắt lưng (T11 - L2) chiếm khoảng 52% các trường hợp chấn thương cột sống. Ở nước ta hiện nay, với sự phát triển của nền kinh tế công nghiệp, nhịp độ xây dựng đô thị hoá, sự phát triển các phương tiện giao thông ngày càng gia tăng. Vì vậy những năm gần đây tai nạn lao động, tai nạn giao thông ngày càng tăng, do đó chấn thương cột sống cũng gia tăng hơn [3],[4].

Điều trị tổn thương tủy sống bắt đầu với việc ổn định cột sống và kiểm soát viêm để ngăn ngừa thêm tổn thương. Các can thiệp khác cần thiết có thể khác nhau tùy thuộc vào vị trí và mức độ thương tích, từ chỗ nghỉ ngơi đến phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật có nhiều ưu thế hơn hẳn các phương pháp điều trị bảo tồn. Để đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống vùng ngực- thắt lưng bằng vít qua cuống cung*". mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống vùng ngực - thắt lưng bằng nẹp vít qua cuống sống.
- Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm tất cả các bệnh nhân bị chấn thương cột sống ngực - thắt lưng đã được điều trị phẫu thuật nẹp vít qua cuống sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2016 đến tháng 10/2017.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

| Tuổi    | Giới     |         |          |         | Tổng     |         |
|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
|         | Nam      |         | Nữ       |         |          |         |
|         | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| 20 → 40 | 13       | 25      | 7        | 13,5    | 20       | 38,5    |

**2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Gồm tất cả các bệnh nhân có tuổi trên 18, cả nam và nữ. Có triệu chứng liệt và không liệt.

Bệnh án của bệnh nhân có đủ chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng (X quang quy ước, cắt lớp vi tính (CLTV)).

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy cột sống ngực - thắt lưng từ đốt sống D11 – L2 có chỉ định phẫu thuật theo Dennis[5].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trường hợp gãy đốt sống do bệnh lý: Loãng xương, lao xương, u xương và những trường hợp chấn thương cột sống phẫu thuật ở nơi khác chuyển đến. Những bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

## 3. Phương pháp nghiên cứu

**3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

## 3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.

Cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân đã phẫu thuật cột sống thắt lưng theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn. Chọn mẫu có chủ đích, gồm 52 bệnh nhân.

**4. Chỉ tiêu nghiên cứu:** Tuổi, giới. Khám tổn thương thần kinh theo phân loại Frankel[6]:

| Độ | Đặc điểm tổn thương                          |
|----|----------------------------------------------|
| A  | Mất hoàn toàn vận động + cảm giác            |
| B  | Mất hoàn toàn vận động + còn cảm giác        |
| C  | Sức cơ 1/5 – 2/5 + còn cảm giác              |
| D  | D1 Sức cơ 3/5 và hoặc liệt cơ tròn           |
|    | D2 Sức cơ 3/5 – 4/5 và hoặc rối loạn cơ tròn |
|    | D3 Sức cơ 4/5 và hoặc cơ tròn bình thường    |
| E  | Vận động và cảm giác bình thường             |

- Trên XQuang quy ước: chụp Xq tư thế thẳng nghiêng cột sống thắt lưng từ D10-L5 có thể xác định các chỉ số: Vị trí đốt sống tổn thương. Số đốt sống tổn thương. Kiểu gãy đốt sống theo Dennis[5]. Góc gù vùng chấn thương, góc gù thân đốt (đo theo phương pháp Cobb).

- Trên cắt lớp vi tính có thể đánh giá tổn thương thân đốt sống: Phân loại gãy theo Dennis. Đánh giá tổn thương vỡ thân đốt sống theo McCormack. Mức độ chèn ép ống sống.

- Trên Xquang sau mổ: Góc gù vùng chấn thương, góc gù thân đốt, chiều cao thân đốt.

**5. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu.** Kết quả nghiên cứu được xử lý phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0

|             |           |             |           |             |           |            |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| 41 → 60     | 16        | 30,8        | 13        | 25          | 29        | 55,8       |
| > 60        | 2         | 3,8         | 1         | 1,9         | 3         | 5,8        |
| <b>Tổng</b> | <b>31</b> | <b>59,6</b> | <b>21</b> | <b>40,4</b> | <b>52</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** trong số 52 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,47/1; độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $44,79 \pm 11,37$ . Tuổi thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 67 tuổi. Độ tuổi gặp chấn thương nhiều nhất là 41 đến 60 tuổi chiếm 55,8%.

**Bảng 2. Vị trí đốt sống tổn thương**

| Vị trí đốt sống tổn thương | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|----------|-----------|
| T11                        | 5        | 9,6       |
| T12                        | 15       | 28,8      |
| L1                         | 29       | 55,8      |
| L2                         | 6        | 11,5      |

**Nhận xét:** Vị trí đốt sống bị tổn thương hay gặp nhất là L1 chiếm 29 bệnh nhân (55,8%), T12 có 15 bệnh nhân (28,8%), T11 có 5 bệnh nhân (9,6%), L2 có 6 bệnh nhân (11,5%).

**Bảng 3. Số đốt sống tổn thương**

| Số đốt sống tổn thương | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|----------|-----------|
|------------------------|----------|-----------|

|             |           |            |
|-------------|-----------|------------|
| 1 đốt       | 43        | 82,7       |
| 2 đốt       | 9         | 17,3       |
| Trên 2 đốt  | 0         | 0          |
| <b>Tổng</b> | <b>52</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Bệnh nhân tổn thương một đốt sống là chủ yếu, có 43 bệnh nhân tổn thương một đốt sống (82,7%), 9 bệnh nhân tổn thương hai đốt sống (17,3%).

**Bảng 4. Kiểu gãy theo Dennis**

| Phân loại Dennis         | Số lượng  | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------------|-----------|------------|
| Gãy lún                  | 26        | 50,0       |
| Gãy vỡ                   | 21        | 40,4       |
| Gãy kiểu dây đai an toàn | 1         | 1,9        |
| Gãy trật                 | 4         | 7,7        |
| <b>Tổng</b>              | <b>52</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Kiểu gãy gặp nhiều nhất là gãy lún chiếm 50,0%, thứ hai là gãy vỡ chiếm 40,4%, gãy trật có 7,7% và gãy kiểu dây đai an toàn chỉ có 1,9%.

**Bảng 5. Mức độ phục hồi liệt sau phẫu thuật**

| Mức độ liệt |   | Trước mổ |   |   |    |    | Tổng |
|-------------|---|----------|---|---|----|----|------|
|             |   | A        | B | C | D  | E  |      |
| Sau mổ      | A | 1        | 0 | 0 | 0  | 0  | 1    |
|             | B | 0        | 1 | 0 | 0  | 0  | 1    |
|             | C | 1        | 1 | 0 | 0  | 0  | 2    |
|             | D | 0        | 0 | 3 | 1  | 0  | 4    |
|             | E | 0        | 0 | 1 | 15 | 28 | 44   |
|             |   | 2        | 2 | 4 | 16 | 28 | 52   |

**Nhận xét:** Tổn thương thần kinh trước mổ 24/52 (46,2%), trước mổ số bệnh nhân Frankel A và Frankel B là 4 (7,7%), Frankel E 28/52 (53,8%). Sau mổ bệnh nhân Frankel A và Frankel B là 2 (3,8%), bệnh nhân Frankel E là 44/52 (84,6%).

**Bảng 6. Kết quả nắn chỉnh cột sống**

| Giá trị            |                  | Trước mổ                     | Sau mổ                        | p        |
|--------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|----------|
| Góc gù thân đốt    | Nhỏ nhất         | 10°                          | 2°                            |          |
|                    | Lớn nhất         | 42,5°                        | 30°                           |          |
|                    | $\bar{X} \pm sd$ | $22,29^\circ \pm 7,76^\circ$ | $10,45^\circ \pm 4,51^\circ$  | p < 0,05 |
| Góc gù chấn thương | Nhỏ nhất         | 6°                           | 0°                            |          |
|                    | Lớn nhất         | 40°                          | 19°                           |          |
|                    | $\bar{X} \pm sd$ | $22,26^\circ \pm 8,14^\circ$ | $8,2404^\circ \pm 4,34^\circ$ | p < 0,05 |

**Nhận xét:** Góc gù thân đốt trước mổ lớn nhất là 42,5 độ, nhỏ nhất là 10 độ, trung bình là  $22,29 \pm 7,76$  độ, góc gù thân đốt sau mổ lớn nhất là 30 độ, nhỏ nhất là 2 độ, trung bình là  $10,45 \pm 4,51$  độ

**Bảng 7. Kết quả chung**

| Kết quả điều trị | Số lượng  | Tỷ lệ (%)  |
|------------------|-----------|------------|
| Tốt              | 46        | 88,5       |
| Khá              | 3         | 5,8        |
| Trung bình       | 1         | 1,9        |
| Xấu              | 2         | 3,8        |
| <b>Tổng</b>      | <b>52</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** số lượng bệnh nhân có kết quả tốt là 46 bệnh nhân chiếm 88,5%, khá có 3 bệnh nhân chiếm 5,8%, trung bình một bệnh nhân chiếm 1,9% và xấu là 2 bệnh nhân chiếm 3,8%.

**Bảng 8. Mối liên quan giữa số đốt sống bị tổn thương và kết quả điều trị**

| Số đốt sống bị tổn thương | Kết quả điều trị |           |            |           |             | P = 0,00<br>< 0,05 |
|---------------------------|------------------|-----------|------------|-----------|-------------|--------------------|
|                           | Tốt              | Khá       | Trung bình | Xấu       | Tổng        |                    |
| <b>1 đốt</b>              | 39<br>75,0%      | 1<br>1,9% | 1<br>1,9%  | 2<br>3,8% | 43<br>82,7% |                    |
| <b>2 đốt</b>              | 7(13,5%)         | 2(3,8%)   | 0(0%)      | 0(0%)     | 9(17,3%)    |                    |
| <b>Tổng</b>               | 46(88,5%)        | 3(5,8%)   | 1(1,9%)    | 2(3,8%)   | 52          |                    |

**Nhận xét:** có mối liên quan giữa số đốt sống bị tổn thương và kết quả điều trị với  $p < 0,05$ .

**Bảng 9. Liên quan giữa kiểu gãy theo Denis và kết quả điều trị**

| Kiểu gãy        | Kết quả điều trị |         |            |         |           | p = 0,00<br>< 0,05 |
|-----------------|------------------|---------|------------|---------|-----------|--------------------|
|                 | Tốt              | Khá     | Trung bình | Xấu     | Tổng      |                    |
| <b>Gãy lún</b>  | 26(50,0%)        | 0(0%)   | 0(0%)      | 0(0%)   | 26(50,0%) |                    |
| <b>Gãy vỡ</b>   | 18(34,7%)        | 1(1,9%) | 1(1,9%)    | 1(1,9%) | 21(40,4%) |                    |
| <b>Dây đai</b>  | 1(1,9%)          | 0(0%)   | 0(0%)      | 0(0%)   | 1(1,9%)   |                    |
| <b>Gãy trật</b> | 1(1,9%)          | 2(3,8%) | 0(0%)      | 1(1,9%) | 4(7,7%)   |                    |
| <b>Tổng</b>     | 46(88,5%)        | 3(5,8%) | 1(1,9%)    | 2(3,8%) | 52(100%)  |                    |

**Nhận xét:** Kiểu gãy lún theo Denis có kết quả điều trị tốt hơn các kiểu gãy khác với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ chấn thương cột sống ngực – thắt lưng gặp ở nam chiếm 59,6 %, ở nữ chiếm 40,4 %. Tỷ lệ nam/nữ là 1,47/1. Về tuổi của bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy độ tuổi hay gặp là 41 đến 60 tuổi chiếm 55,8%, trong độ tuổi này nam giới chiếm 30,8% và nữ giới chiếm 25%; tuổi thấp nhất là 20 tuổi, tuổi cao nhất là 67 tuổi, tuổi trung bình là  $44,79 \pm 11,37$ . Kết quả này hoàn toàn hợp lý vì CTCS ngực – thắt lưng thường gặp trong độ tuổi lao động và nam giới thường phải gánh vác những công việc nặng nhọc hơn nữa giới, do đó tỉ lệ chấn thương ở nam giới cao hơn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Nghĩa [2], là nam/nữ là 3/1 và tuổi trung bình là 32,5 còn Nguyễn Chí Đức [1], là  $40,47 \pm 11,60$  như vậy so với các nghiên cứu khác thì số liệu không có sự khác biệt đáng kể.

Tỷ lệ có tổn thương thần kinh, tại bảng 3.5 cho thấy trước mổ 46,2% bệnh nhân có tổn thương thần kinh, trong đó 4/52 (7,7%) bệnh nhân bị tổn thương thần kinh theo Frankel ở mức A và B. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Chí Đức (2013)[1]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Robert Meves [7] và cộng sự nghiên cứu 198 trường hợp trong đó có 6 trường hợp Franken A (3%), 7 trường hợp Franken B (3,5%), 13 trường hợp Franken C (6,6%), 20 trường hợp Franken D (20,%) và 152 trường hợp Franken E (76,8%)

Về vị trí tổn thương đốt sống, trong nghiên cứu ta thấy vị trí tổn thương hay gặp nhất là L1 chiếm 55,8% và T12 chiếm 28,8%. Điều này có thể lý giải là do đặc điểm giải phẫu của T12 và

L1, thường được gọi là vùng bản lề, nơi chuyển hướng cong của cột sống và cũng là chỗ giáp ranh giữa vùng cột sống cổ định và cột sống di động, cho nên hay bị chấn thương ở vùng này. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của một số nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Trần Văn Thiết và Lê Minh Biển (2014)[3], tổn thương ở vị trí L1 chiếm 174/324 bệnh nhân chiếm 53,7%. Theo Đặng Ngọc Huy (2011), vị trí tổn thương thường gặp lần lượt là L1 (58,62%), D12 (20,69%), L2 (17,24%). Lê Văn Công, Đặng Văn Thích (2015), đốt sống bị tổn thương hay gặp nhất là L1 (55,56%).

Loại gãy theo Dennis chia ra 4 loại gãy. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là gãy lún 50,0%, gãy vỡ nhiều mảnh chiếm 40,4%, có 1 ca (1,9%) gãy kiểu đeo đai an toàn. Kết quả này khác với nghiên cứu của Hà Kim Trung[4] (63,6% gãy vỡ nhiều mảnh), Nguyễn Trọng Tín (59,4% gãy vỡ nhiều mảnh), sự khác nhau là có ý nghĩa thống kê. Sở dĩ có sự khác nhau này là do các bệnh nhân đến với chúng tôi bị tai nạn giao thông, cơ chế chấn thương là dồn ép.

Theo bảng 5, nhận thấy sau phẫu thuật không có bệnh nhân liệt nặng lên, trước mổ có 2 bệnh nhân Frankel A, 2 bệnh nhân Frankel B, 4 bệnh nhân Frankel C, 16 bệnh nhân Frankel D, 28 bệnh nhân Frankel E. Sau mổ có 1 bệnh nhân Frankel A, 1 bệnh nhân Frankel B, 2 bệnh nhân Frankel C, 4 bệnh nhân Frankel D và 44 bệnh nhân Frankel E. Có 19 bệnh nhân tăng được 1 độ Frankel và 2 bệnh nhân tăng được 2 độ Frankel.

Sau mổ nhóm bệnh nhân Frankel A và B phục hồi hạn chế, chỉ có 1 bệnh nhân từ Frankel A tiến triển lên Frankel B và một bệnh nhân Frankel B tiến triển lên Frankel C. Nhóm bệnh nhân Frankel D và E phục hồi khá tốt, sau mổ có 12 bệnh nhân tiến triển từ Frankel D lên Franken

E, tỷ lệ bệnh nhân Frankel E sau mổ chiếm 84,6%. Điều này chứng tỏ phương pháp cố định cột sống qua cuống mang lại kết quả phục hồi thần kinh tốt. Đây là điều đáng mừng vì đối với những bệnh nhân liệt hoàn toàn thì phục hồi được một phần chức năng dù rất nhỏ nhưng rất có ích. Theo Nguyễn Chí Đức, sau phẫu thuật không có bệnh nhân liệt nặng lên, trước phẫu thuật có 11,1% bệnh nhân Frankel A sau phẫu thuật còn 8,3% bệnh nhân Frankel A trước phẫu thuật có 55,6% bệnh nhân Frankel E sau phẫu thuật có 72,2% bệnh nhân Frankel E [1].

Theo bảng 6, thấy góc gù thân đốt trước mổ lớn nhất là 42,5 độ, nhỏ nhất là 10 độ, trung bình là  $22,29 \pm 7,76$  độ, góc gù thân đốt sau mổ lớn nhất là 30 độ, nhỏ nhất là 2 độ, trung bình là  $10,45 \pm 4,51$  độ. Góc gù vùng chấn thương trước mổ lớn nhất là 40 độ, nhỏ nhất là 6 độ, trung bình là  $22,26 \pm 8,14$  độ, góc gù vùng chấn thương sau mổ lớn nhất là 19 độ, nhỏ nhất là 0 độ, trung bình là  $8,2404 \pm 4,34$  độ. Góc gù trước và sau phẫu thuật có sự khác biệt rõ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy có sự tiến triển tốt của góc gù thân đốt và góc gù vùng chấn thương sau phẫu thuật. Điều này chứng tỏ phương pháp điều trị chấn thương cột sống ngực – thắt lưng bằng vít qua cuống thực sự có hiệu quả nắn chỉnh tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Nguyễn Hoàng Long, góc gù thân đốt, góc gù vùng chấn thương sau mổ và kết quả xa không có sự khác biệt.

Qua nghiên cứu 52 trường hợp được phẫu thuật cố định cột sống ngực – thắt lưng bằng vít qua cuống chúng tôi nhận thấy có 46 bệnh nhân kết quả tốt chiếm 88,5%, 3 bệnh nhân kết quả khá chiếm 5,8%, 1 bệnh nhân kết quả trung bình chiếm 1,9% và kết quả xấu là 2 bệnh nhân chiếm 3,8%, đó là hai trường hợp bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng tiết niệu. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao chứng tỏ phương pháp cố định cột sống ngực – thắt lưng bằng vít qua cuống đã khôi phục lại độ vững của cột sống và giúp phục hồi lại các thương tổn thần kinh, mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu khác.

Về số đốt sống tổn thương, bệnh nhân tổn thương một đốt sống có kết quả điều trị tốt hơn so với các bệnh nhân tổn thương hai đốt sống. mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kiểu gãy có mỗi liên quan với kết quả điều trị, phân loại gãy theo Dennis càng nặng nề, kết quả điều trị càng không tốt. Gãy lún đốt sống có kết quả điều trị tốt hơn so với các loại gãy khác, mỗi

liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Có 26 bệnh nhân gãy lún và cả 26 bệnh nhân gãy lún đều có kết quả điều trị tốt. Các bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình và xấu tập trung ở nhóm bệnh nhân có phân loại gãy kiểu dây đeo an toàn và gãy trật. Phân loại gãy càng nặng đồng nghĩa với tổn thương liệt càng nặng nề, bệnh nhân liệt càng nặng và sự phục hồi về thần kinh càng chậm, do đó kết quả điều trị sẽ kém hơn.

## V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống vùng ngực thắt lưng gặp chủ yếu ở độ tuổi lao động, độ tuổi trung bình là  $44,79 \pm 11,37$ . Tỷ lệ Nam/nữ là 1,47:1.

Tỷ lệ có tổn thương thần kinh trước mổ 46,2% trong đó có 4/52 (7,7%) bệnh nhân bị tổn thương thần kinh theo Frankel mức A và B. Sau mổ có 19 bệnh nhân tăng được 1 độ Frankel và 2 bệnh nhân tăng được 2 độ Frankel. Frankel E trước mổ từ 53,8% tăng lên 84,6% sau mổ.

Kết quả chung sau phẫu thuật cố định cột sống ngực – thắt lưng bằng vít qua cuống 3 tháng có 46 bệnh nhân kết quả tốt chiếm 88,5%, 3 bệnh nhân kết quả khá chiếm 5,8%.

Phẫu thuật nẹp vít làm cho góc gù được cải thiện rõ giữa trước và sau phẫu thuật, sự khác biệt rõ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tổn thương 2 đốt sống có kết quả kém hơn tổn thương 1 đốt, sự khác biệt có ý nghĩa với ( $p < 0,05$ ).

Phân loại gãy theo Dennis, tổn thương gãy lún có kết quả tốt cao hơn so với các loại gãy khác ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chí Đức (2013), "Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực lưng do chấn thương bằng nẹp vít đường sau tại Bệnh viện C Thái Nguyên" luận văn cao học, Học viện quân y.
2. Nguyễn Đức Nghĩa (2004). Nghiên cứu điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực-thắt lưng không vững có liệt tủy bằng khung Hartshill tại bệnh viện Xanh pôn Hà Nội, Luận án tiến sỹ y học, trường đại học y Hà Nội.
3. Trần Văn Thiết (2014), "đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật 324 bệnh nhân chấn thương cột sống vùng ngực thắt lưng tại bệnh viện đa khoa Thanh Hóa" Y học TPHCM tập 18, phụ bản số 6 pp 37-40.
4. Hà Kim Trung (2005). Chấn thương cột sống lưng –thắt lưng có tổn thương thần kinh cấp cứu ngoại khoa thần kinh. Nhà xuất bản y học
5. Dennis F (1983), The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries, Spine 8(8), pp 817-831
6. Frankel H, Hancock D.O, Hyslo G (1969), The value of postural reduction in the initial management of close injuries of spine with paraplegia and tetraplegia, 7, pp 179-192.

7. **George Sapkas, Konstantinos Kateros, Stamatios A. Papadakis et al (2010),** "Treatment of Unstable Thoracolumbar Burst Fractures by Indirect Reduction and Posterior

Stabilization: Short-Segment Versus Long-Segment Stabilization" *The open Orthopaedics Journal*, 4, pp 7-13.

# CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO SAU ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG-BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2017

Nguyễn Phương Sinh\*, Vũ Thị Tâm\*

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 60 bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não cho thấy: bệnh thường gặp ở người > 45 tuổi chiếm 80%, giới nam chiếm 66,7%, nghề nghiệp chủ yếu là hưu trí chiếm 71,7%. Đa số bệnh nhân tới khám có mức chất lượng cuộc sống trung bình 61,7%, mức chất lượng cuộc sống kém 38,3%, không có bệnh nhân ở mức chất lượng cuộc sống tốt. Kết quả điều trị 3 tháng: mức chất lượng cuộc sống kém chỉ chiếm 13,3%, mức chất lượng cuộc sống tốt chiếm 20%, phần lớn đạt mức chất lượng cuộc sống trung bình 66,7%. Yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện chất lượng cuộc sống là tuổi, khả năng đi lại, mức độ liệt và mức độ trầm cảm.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống; thang điểm SS QOL, tai biến mạch máu não, tập vận động

## SUMMARY

### THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH STROKE AFTER TREATMENT AND SOME RELATED FACTORS AT REHABILITATION DEPARTMENT OF THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2017

A Cross-sectional study was conducted on 60 patients with hemiplegia due to cerebrovascular accident. The disease is more common in the age over 45, standing at 80%, in which the men accounted for 66.7%; The rate of retired people was 71.7%. The majority of patients had an average quality of life, making up 61.7%, a poor quality of life was 38.3%, and there are no patient at good quality of life. The outcomes of treatment after 3 month: A good quality of life accounted for 20%, an average quality of life was the highest, accounting for 66.7% and the amount of patients at poor quality of life was the lowest, making up 13.3%. Some factors related to quality of life of the patients during treatment, including: age, mobility, degree of paralysis and depression level.

**Key words:** The quality of life; SS QOL Scale, stroke, motor training

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một khái niệm được sử dụng rộng rãi trong khoa học và xã hội liên quan đến các khía cạnh khác nhau của cuộc sống, nó được các nhà lâm sàng, nhà

ngiên cứu, nhà kinh tế, và những nhà quản lý chấp nhận một cách nhiệt tình. CLCS sau tai biến mạch máu não bao gồm 4 tiêu chí lớn: Sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng, yếu tố tâm lý, vai trò gia đình và xã hội. Nghiên cứu về CLCS sẽ giúp chúng ta hiểu được bức tranh toàn diện về sự phục hồi của người bệnh. Biết được các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh sẽ giúp cho chúng ta đưa ra được các chiến lược để nâng cao CLCS cho người bệnh TBMMN. Để cung cấp thông tin về thực trạng CLCS của người bệnh TBMMN cũng như kết quả công tác chăm sóc điều trị, yếu tố cá nhân, gia đình và xã hội ảnh hưởng như thế nào đến CLCS của bệnh nhân khi điều trị tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên, làm cơ sở đưa ra các khuyến nghị, nhằm nâng cao chất lượng điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. Mục tiêu đề tài

1. *Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN sau điều trị tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện trung ương Thái Nguyên năm 2017.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh sau điều trị.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân bị liệt nửa người do TBMMN đã điều trị tại khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2017.

**2.2. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN lần thứ nhất, thời gian mắc bệnh trong vòng ba tháng. Đồng ý tham gia vào nghiên cứu và tuân thủ qui trình tập luyện.

**3.3. Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân liệt nửa người sau chấn thương sọ não, sau động kinh cục bộ hoặc động kinh cơn lớn kèm tiền sử động kinh; những bệnh nhân hôn mê, không hợp tác được trong luyện tập, điều trị dưới 02 tuần.

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn chủ đích 60 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn

- Cách đánh giá

\*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Sinh

Email: sinhn.p.y@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017



\*Lượng giá lần đầu (ngay khi vào viện): Xác định tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, bên tổn thương, loại tổn thương.

- Lượng giá CLCS của bệnh nhân TBMMN bằng thang điểm SS - QOL: Có 4 nội dung đánh giá với tổng cộng 245 điểm chia làm 3 mức độ: CLCS kém 49 – 98 điểm. CLCS trung bình 99 – 195 điểm. CLCS tốt 196 – 245 điểm.

Sau khi lượng giá, chỉ định chương trình PHCN với các bài tập: Đặt vị thế đúng, các bài tập vận động cho tay, chân liệt ở các tư thế nằm, ngồi, đứng.. Tập phòng co rút khớp vai, xoay ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và nghiêng quay, tập dồn trọng lượng lên tay liệt khi ngồi,

tập chức năng bàn tay liệt, tập chức năng sinh hoạt hàng ngày, tập dáng đi đúng, tập lên xuống cầu thang.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: CLCS bệnh nhân bằng thang điểm SS – QOL (Stroke Specific Quality of Life Scale)

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý bằng phương pháp toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 21.0

**2.6. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự đồng ý của Khoa nghiên cứu và Bệnh viện. Tất cả bệnh nhân tự nguyện tham gia và có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trước vào viện

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân trước vào viện**

| Biến                   |                         | Số lượng | Tỉ lệ % |
|------------------------|-------------------------|----------|---------|
| Tuổi                   | Dưới 45 tuổi            | 12       | 20      |
|                        | Trên 45 tuổi            | 48       | 80      |
| Giới                   | Nam                     | 40       | 66,7    |
|                        | Nữ                      | 20       | 33,3    |
| Tình trạng nghề nghiệp | Nghỉ hưu, già           | 43       | 71,7    |
|                        | Đang làm việc, lao động | 17       | 28,3    |
| Bên tổn thương         | Phải                    | 32       | 53,3    |
|                        | Trái                    | 28       | 46,7    |
| Loại tổn thương        | NMN                     | 51       | 85      |
|                        | XHN                     | 9        | 15      |
| Thang điểm SS - QOL    | CLCS kém                | 23       | 38,3    |
|                        | CLCS trung bình         | 37       | 61,7    |
|                        | CLCS tốt                | 0        | 0       |

**Nhận xét:** Trong 60 bệnh nhân có 40 nam (66,7%), 20 nữ (33,3%). Nhóm tuổi dưới 45 tuổi có 12 bệnh nhân (20%), nhóm tuổi trên 45 tuổi (80%). Nghề nghiệp chủ yếu là nghỉ hưu 71,7%, bên tổn thương gây TBMMN bên phải 53,3%, bên trái 46,7%, loại tổn thương do nhồi máu não chiếm 85%, do xuất huyết chiếm 15%, CLCS trung bình chiếm tỷ lệ cao 61,7%, không có bệnh nhân có CLCS tốt.

#### 3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

**Bảng 3.2. CLCS của bệnh nhân sau điều trị bằng thang điểm SS QOL**

|                 | Sau 1 tháng |            | Sau 3 tháng |            |
|-----------------|-------------|------------|-------------|------------|
|                 | N           | %          | n           | %          |
| CLCS kém        | 19          | 31,7       | 8           | 13,3       |
| CLCS trung bình | 38          | 60         | 40          | 66,7       |
| CLCS tốt        | 5           | 8,3        | 12          | 20         |
| <b>Tổng</b>     | <b>60</b>   | <b>100</b> | <b>60</b>   | <b>100</b> |
| P               | p > 0,05    |            | p < 0,05    |            |

**Nhận xét:** Sau 1 tháng bệnh nhân CLCS tốt chiếm 8,3%, chủ yếu bệnh nhân đạt CLCS trung bình chiếm 60%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sau 3 tháng bệnh nhân có CLCS tốt 20%, chủ yếu bệnh nhân đạt CLCS mức độ trung bình 66,7%, mức độ CLCS kém chỉ 13,3 %. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

**Bảng 3.3. Mức độ ảnh hưởng của đi lại đến chất lượng cuộc sống**

|                                   | Lúc vào   |                 |          | Sau 3 tháng |                 |          | p      |
|-----------------------------------|-----------|-----------------|----------|-------------|-----------------|----------|--------|
|                                   | CLCS kém  | CLCS trung bình | CLCS tốt | CLCS kém    | CLCS trung bình | CLCS tốt |        |
| Không đi lại được, nằm tại giường | 14(23,3%) | 12(20%)         | 0(0%)    | 6(10%)      | 1(1,7%)         | 0(0%)    | < 0,05 |
| Đi lại được có sự trợ giúp        | 9(15%)    | 20(33,4%)       | 0(0%)    | 2(3,3%)     | 21(35%)         | 4(6,7%)  |        |

|                    |           |           |       |          |           |          |  |
|--------------------|-----------|-----------|-------|----------|-----------|----------|--|
| Đi lại bình thường | 0(0%)     | 5(8,3%)   | 0(0%) | 0(0%)    | 18(30%)   | 8(13,3%) |  |
| Tổng               | 23(38,3%) | 37(61,7%) | 0(0%) | 8(13,3%) | 40(66,7%) | 12(20%)  |  |

**Nhận xét:** Khi vào viện bệnh nhân không đi được phải nằm giường 26 bệnh nhân. Sau 3 tháng giảm xuống là 7 bệnh nhân. Số bệnh nhân đi lại bình thường lúc vào là 5 bệnh nhân chiếm 8,3%, sau 3 tháng là 24 bệnh nhân chiếm 43,3%.

**Bảng 3.4. Mức độ ảnh hưởng của lo lắng trầm cảm đến chất lượng cuộc sống**

|                       | Lúc vào   |                 |          | Sau 3 tháng |                 |             | p      |
|-----------------------|-----------|-----------------|----------|-------------|-----------------|-------------|--------|
|                       | CLCS kém  | CLCS trung bình | CLCS tốt | CLCS kém    | CLCS trung bình | CLCS tốt    |        |
| Tinh thần bình thường | 5<br>8,3% | 17<br>28,3%     | 0<br>0%  | 0<br>0%     | 32<br>53,3%     | 11<br>18,3% | < 0,05 |
| Lo lắng               | 7(11,7%)  | 12(20%)         | 0(0%)    | 4(6,65%)    | 8(13,4%)        | 1(1,7%)     |        |
| Rất lo lắng           | 11(18,3%) | 8(13,3%)        | 0(0%)    | 4(6,65%)    | 0(0%)           | 0(0%)       |        |
| Tổng                  | 23(38,3%) | 37(61,7%)       | 0(0%)    | 8(13,3%)    | 40(66,7%)       | 12(20%)     |        |

**Nhận xét:** Trong số 60 bệnh nhân tại thời điểm vào viện có 19 bệnh nhân rất lo lắng về bệnh tật, sau 3 tháng điều trị giảm xuống còn 4 bệnh nhân. Trạng thái tinh thần bình thường lúc vào có 22 bệnh nhân, sau 3 tháng có 43 bệnh nhân trạng thái tinh thần bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5. Mức độ ảnh hưởng của tuổi đến chất lượng cuộc sống**

| Tuổi         | CLCS kém | CLCS trung bình | CLCS tốt | Tổng     | p      |
|--------------|----------|-----------------|----------|----------|--------|
| Dưới 45 tuổi | 2(3,3%)  | 3(5%)           | 7(11,7%) | 12(20%)  | < 0,05 |
| Trên 45 tuổi | 6(10%)   | 37(61,7%)       | 5(8,3%)  | 48(80%)  |        |
| Tổng         | 8(13,3%) | 40(66,7%)       | 12(20%)  | 60(100%) |        |

**Nhận xét:** CLCS tốt gặp ở bệnh nhân dưới 45 chiếm 11,7%, nhóm tuổi trên 45 có tỉ lệ 8,3%. Có mối tương quan giữa lứa tuổi với CLCS ở bệnh nhân  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.6. Mức độ ảnh hưởng của giới đến chất lượng cuộc sống**

| Giới | CLCS kém | CLCS trung bình | CLCS tốt | Tổng      | P      |
|------|----------|-----------------|----------|-----------|--------|
| Nam  | 5(8,3%)  | 29(48,4%)       | 6(10%)   | 40(66,7%) | > 0,05 |
| Nữ   | 3(5%)    | 11(18,3%)       | 6(10%)   | 20(33,3%) |        |
| Tổng | 8(13,3%) | 40(66,7%)       | 12(20%)  | 60(100%)  |        |

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa sự cải thiện CLCS với giới  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.7. Mức độ ảnh hưởng của bên liệt đến chất lượng cuộc sống**

| Bên liệt | CLCS kém | CLCS trung bình | CLCS tốt | Tổng      | p      |
|----------|----------|-----------------|----------|-----------|--------|
| Trái     | 2(3,3%)  | 22(36,7%)       | 8(13,3%) | 32(53,3%) | < 0,05 |
| Phải     | 6(10%)   | 18(30%)         | 4(6,7%)  | 28(46,7%) |        |
| Tổng     | 8(13,3%) | 40(66,7%)       | 12(20%)  | 60(100%)  |        |

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa bên liệt với sự cải thiện CLCS  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.8. Mức độ ảnh hưởng của loại tổn thương đến chất lượng cuộc sống**

| Loại tổn thương | CLCS kém | CLCS trung bình | CLCS tốt | Tổng     | p      |
|-----------------|----------|-----------------|----------|----------|--------|
| Nhồi máu não    | 6(10%)   | 37(61,7%)       | 8(13,3%) | 51(85%)  | > 0,05 |
| Xuất huyết não  | 2(3,3%)  | 3(5%)           | 4(6,7%)  | 9(15%)   |        |
| Tổng            | 8(13,3%) | 40(66,7%)       | 12(20%)  | 60(100%) |        |

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa loại tổn thương với CLCS sau can thiệp, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

**\*Độ tuổi và giới tính:** Tai biến mạch máu não trong nghiên cứu chủ yếu gặp ở nam trên 45 tuổi. Trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu có 48 nam (80%) và 12 nữ (20%). Tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Độ tuổi hay gặp nhất là trên 45 tuổi chiếm 80%. Theo Nguyễn Văn Triệu tuổi trung bình của bệnh nhân TBMMN 64,5 [2], Nguyễn Tấn Dũng là 77,7% ở những người bệnh trên 60 tuổi. Hiệp

hội tim mạch Mỹ đều nhận xét tỷ lệ người bệnh TBMMN tăng theo tuổi [3]. TBMMN tăng theo tuổi do khi tuổi càng tăng thì càng có các nguy cơ béo phì, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường cũng tăng theo do đó hệ mạch của toàn bộ cơ thể nói chung và mạch não nói riêng dễ bị tổn thương mà hậu quả gây nên là tai biến mạch máu não. Nam giới thường có thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, chế độ ăn uống

không hợp lý nên nguy cơ mắc bệnh cũng cao hơn nữ giới.

**\*Nghề nghiệp:** Nghiên cứu cho thấy chủ yếu là là bệnh nhân nghỉ hưu chiếm tỉ lệ 71,7%, nhóm bệnh nhân công nhân, viên chức hoặc các lao động khác chiếm 28,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Dũng cán bộ hưu chiếm 53,5% [4]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Hà (2014) hưu trí chiếm 40,3% [5].

**4.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tbmmn:** Khi vào viện, CLCS trung bình chiếm tỷ lệ cao 61,7%, không có bệnh nhân có CLCS tốt. Số bệnh nhân có CLCS kém chiếm tỉ lệ khá cao 38,3%. Sau điều trị 3 tháng thì có sự cải thiện rõ rệt, số bệnh nhân có CLCS tốt chiếm 20%, chủ yếu bệnh nhân đạt CLCS mức độ trung bình chiếm 66,7%, mức độ CLCS kém chỉ chiếm 13,3%. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sở dĩ có được kết quả cải thiện CLCS của bệnh nhân sau 3 tháng điều trị là do: tai biến mạch máu não là một bệnh càng ngày càng phổ biến nên sự hiểu biết của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về tình trạng bệnh tật của họ ngày càng tốt hơn, nên họ tin tưởng vào điều trị từ đó họ có thái độ lạc quan hơn.

#### 4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến clcs bệnh nhân tai biến mạch máu não

**4.2.1. Ảnh hưởng của vấn đề đi lại:** Khi vào viện, số bệnh nhân không đi được phải nằm giường là 26 bệnh nhân chiếm 43,3%. Sau 3 tháng số bệnh nhân giảm xuống là 7 bệnh nhân chiếm 11,7%. Số bệnh nhân đi lại bình thường lúc vào là 5 bệnh nhân chiếm 8,3%, sau 3 tháng là 24 bệnh nhân chiếm 43,3%. Như vậy, sau 3 tháng đi lại của bệnh nhân tiến triển tốt hơn so với lúc vào viện. Đi lại là một hoạt động thiết yếu, vô cùng quan trọng của con người. Khi đi lại được cải thiện thì CLCS được nâng cao rõ rệt. Bourdeau nghiên cứu thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa sự giảm vận động liên quan đến CLCS ( $r=0,27$  đến  $r=0,43$ ,  $p=0,029$  đến  $p<0,001$ )

**4.2.2. Ảnh hưởng của lo lắng trầm cảm đến chất lượng cuộc sống:** Trong số 60 bệnh nhân khi vào viện có 19 bệnh nhân rất lo lắng về bệnh tật, sau 3 tháng điều trị giảm xuống còn 4 bệnh nhân. Trạng thái tinh thần bình thường có 22 bệnh nhân, sau 3 tháng có 43 bệnh nhân tinh thần bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Như vậy, sau 3 tháng điều trị thì mức độ ảnh hưởng của lo lắng, trầm cảm có giảm do đó CLCS cũng được cải thiện. Theo nghiên cứu của Nease và cộng sự nhấn mạnh, can thiệp

sớm trầm cảm, các thiếu hụt thể chất, mệt mỏi góp phần cải thiện CLCS sau TBMMN [6].

#### 4.2.3. Ảnh hưởng của yếu tố khác đến chất lượng cuộc sống

- Tuổi: CLCS tốt gặp ở bệnh nhân dưới 45 tuổi chiếm 11,7%, nhóm tuổi trên 45 có tỉ lệ 8,3%. Có mối tương quan giữa lứa tuổi với CLCS ở bệnh nhân  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu này của tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Dũng tuổi của bệnh nhân tai biến càng cao thì khả năng phục hồi và CLCS càng kém, cụ thể OR = 5,1; 95%CI 1,4 – 18,76 [4]

- Bên tổn thương: Từ kết quả nghiên cứu thấy giữa bên liệt với CLCS có mối tương quan  $p<0,05$ . Sau 3 tháng điều trị những bệnh nhân bị liệt bên trái có sự cải thiện về CLCS tốt hơn những bệnh nhân bị liệt bên phải. Điều này được giải thích vì phần lớn bệnh nhân đều thuận bên phải khi bệnh nhân bị liệt bên phải sẽ ảnh hưởng nhiều chức năng sinh hoạt hàng ngày và khả năng đi lại của bệnh nhân vì thế sẽ ảnh hưởng đến sự cải thiện CLCS sau điều trị.

### V. KẾT LUẬN

1. Kết quả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tai biến mạch máu não đều bị ảnh hưởng nhưng sau 3 tháng điều trị thì chất lượng cuộc sống đều được cải thiện

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống: Yếu tố tuổi, bên liệt, khả năng đi lại và mức độ trầm cảm có liên quan chặt chẽ đến sự cải thiện chất lượng cuộc sống.

Không có mối tương quan tuyến tính của chất lượng cuộc sống với một số yếu tố như: giới, bên liệt, loại tổn thương (nhồi máu não hoặc chảy máu não).

### KIẾN NGHỊ

Cần phải tuyên truyền sâu rộng trong quần chúng nhân dân để mọi người hiểu rõ bản chất của bệnh TBMMN, từ đây họ có những hiểu biết về bệnh để tránh những phản ứng tâm lý lo lắng trầm cảm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Cần phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân, để cải thiện chức năng vận động từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống. Bên cạnh những điều trên cần có biện pháp giảm đau, lựa chọn các phương pháp phục hồi chức năng phù hợp cho bệnh nhân để cải thiện tốt chất lượng cuộc sống.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương (2002)**, "Tai biến mạch máu não", Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

2. Nguyễn Văn Triệu (2005), "Nghiên cứu thực trạng bệnh nhân sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng số yếu tố liên quan đến khả năng phục hồi, tái hội nhập cộng đồng". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. American Heart Association (2004), "Heart Disease and Stroke Statistics Update. Dallas. Tex: American Heart Association".
4. Nguyễn Tấn Dũng (2012), "Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và hiệu quả phục hồi chức năng cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại Đà Nẵng". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Thị Thu Hà (2014), "Chất lượng cuộc sống của người bệnh tai biến mạch máu não sau điều trị và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Khánh Hòa năm 2014". Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
6. Naess H (2006), "Health Related Quality of Life Among Young Adults With Ischemic Stroke on Long-Term Follow", Up. Stroke, (37), pp: 12-32.
7. Whyte J (1993), "Neurologic disorders of attention and arousal :assessment and treatment". Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol 73, pp: 1094-1103.

## THỰC TRẠNG SỨC KHỎE QUANH RĂNG CỦA NGƯỜI ĐẾN KHÁM RĂNG MIỆNG ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016

Lê Long Nghĩa\*, Đặng Triệu Hùng\*

**Keywords:** calculus, gingivitis, periodontal pocket

### TÓM TẮT

Khám răng miệng định kỳ là cần thiết để phát hiện và điều trị sớm các bệnh răng miệng. Việc khảo sát tình trạng bệnh tật giúp lên kế hoạch vật tư và nhân lực phục vụ bệnh nhân. **Đối tượng:** người đến khám sức khỏe tại khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Đại học Y Hà nội. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân cần lấy cao răng là 82,76%. Tỷ lệ bệnh nhân cần điều trị viêm lợi là 64,14%. Tỷ lệ bệnh nhân cần điều trị túi quanh răng là 32,41% trong đó ở nhóm tuổi từ 35 trở lên là 50,00%, nhóm tuổi dưới 35 13,11%. **Kết luận:** Tỷ lệ người cần được chăm sóc răng miệng chiếm tỉ lệ cao.

**Từ khóa:** cao răng, viêm lợi, túi quanh răng

### SUMMARY

#### PERIODONTAL HEALTH STATUS OF PEOPLE WHO HAD PERIODIC ORAL EXAMINATION AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL 2016

Periodic dental examinations are necessary to detect and treat early dental diseases. Surveys of illness help to plan materials and human resources for patient treatments. **Subjects:** Those who had been examined at the Odonto-stomatology department, Ha noi Medical University hospital. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate of patients who need to scale is 82.76%. The proportion of patients requiring gingivitis treatment is 64.14%. The rate of patients who need periodontal pocket treatment is 32.41%, in which age group 35 and older is 50.00%, the age group under 35 is 13.11%. **Conclusion:** The percentage of people needing dental care is high.

\*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội  
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa  
 Email: nghia.lelong@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 5.10.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017  
 Ngày duyệt bài: 12.12.2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu khoa học đã chỉ ra rằng bệnh vùng quanh răng là bệnh có thể mắc từ rất sớm và có tỷ lệ mắc khá cao; các túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng là các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng trong khoang miệng, có thể là nguyên nhân của các bệnh toàn thân như viêm cầu thận, viêm nội tâm mạc, viêm khớp và các bệnh đường tiêu hóa [1]. Theo số liệu điều tra ở Việt Nam thì tỷ lệ mắc bệnh này rất cao và có xu hướng gia tăng. Có tới trên 90% người trưởng thành có viêm lợi hoặc viêm quanh răng, trong đó cộng đồng từ tuổi trung niên trở lên có tới 30% người có tổn thương vùng quanh răng với các dấu hiệu bệnh lý như tiêu xương ổ răng, mất bám dính quanh răng và có túi quanh răng [2]. Thời gian qua đã có nhiều đề tài nghiên cứu khảo sát tình trạng bệnh vùng quanh răng mà phần lớn tập trung vào các lứa tuổi học đường và người cao tuổi, việc khảo sát tình trạng bệnh vùng quanh răng cho cộng đồng nhỏ lẻ chưa nhiều. Nhằm đánh giá được thực trạng bệnh lý vùng quanh răng của những người đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và hiểu rõ thêm về sự ảnh hưởng của các yếu tố liên quan đến thực trạng này, góp phần vào chiến lược hoạt động của khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng sức khỏe quanh răng của người đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016" với mục tiêu: Nhận xét tình trạng bệnh quanh răng ở đối tượng đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016.

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

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2016 tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:** là nam, nữ đến khám sức khỏe tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng:** Đối tượng đang có bệnh toàn thân cấp tính. Đối tượng không còn các răng đại diện cho vùng lục phân.

**Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang. Tất cả đối tượng nghiên cứu

được thăm khám lâm sàng và ghi số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Kỹ thuật chọn mẫu có chủ đích theo tiêu chuẩn nêu trên. Cỡ mẫu là 145 người.

**Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như các vấn đề về kinh tế của đối tượng. Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng được quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Tình trạng vùng quanh răng của mẫu nghiên cứu nói chung**

|                              | Toàn bộ | Giới tính       |                |      | Tuổi                  |                       |      |
|------------------------------|---------|-----------------|----------------|------|-----------------------|-----------------------|------|
|                              |         | Nam<br>(n = 75) | Nữ<br>(n = 70) | p    | < 35 tuổi<br>(n = 61) | ≥ 35 tuổi<br>(n = 84) | p    |
| Tỷ lệ có cao răng (%)        | 82,76   | 89,33           | 70,71          | 0,00 | 72,13                 | 90,48                 | 0,00 |
| Số vùng lục phân có cao răng | 3,52    | 4,17            | 2,81           | 0,00 | 3,02                  | 3,88                  | 0,00 |
| Tỷ lệ có viêm lợi (%)        | 64,14   | 65,33           | 62,86          | 0,76 | 68,85                 | 60,71                 | 0,32 |
| GI trung bình                | 0,66    | 0,72            | 0,59           | 0,14 | 0,66                  | 0,66                  | 0,97 |
| Tỷ lệ có túi quanh răng (%)  | 32,41   | 40,00           | 28,57          | 0,15 | 13,11                 | 50,00                 | 0,00 |

- Tỷ lệ có cao răng và số trung bình vùng lục phân có cao răng của nam giới lớn hơn của nữ giới, của người dưới 35 tuổi thấp hơn so với người từ 35 tuổi trở lên. Sự khác biệt theo giới tính và nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

- Tỷ lệ có viêm lợi và chỉ số GI trung bình của nam giới lớn hơn của nữ giới. Người dưới 35 tuổi có tỷ lệ viêm lợi lớn hơn người từ 35 tuổi trở lên, dù chỉ số GI trung bình là bằng nhau. Khác biệt theo giới tính và nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

- Tỷ lệ có túi lợi quanh răng ở nam giới cao hơn ở nữ giới, ở người dưới 35 tuổi thấp hơn ở người từ 35 tuổi trở lên. Song chỉ có sự khác biệt theo nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

**Bảng 2. Tỷ lệ người đến khám có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh theo chỉ số CPI**

|           |      | Số người khám | ĐTNC có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh |       | ĐTNC có ít hơn 3 vùng lục phân lành mạnh |       | p    |
|-----------|------|---------------|-------------------------------------------|-------|------------------------------------------|-------|------|
|           |      |               | n                                         | %     | n                                        | %     |      |
| Giới      | Nam  | 75            | 11                                        | 14,67 | 64                                       | 85,33 | 0,01 |
|           | Nữ   | 70            | 24                                        | 34,29 | 46                                       | 65,71 |      |
| Nhóm tuổi | < 35 | 61            | 17                                        | 27,87 | 44                                       | 72,13 | 0,37 |
|           | ≥ 35 | 84            | 18                                        | 21,43 | 66                                       | 78,57 |      |
| Toàn bộ   |      | 145           | 35                                        | 24,14 | 110                                      | 75,86 | -    |

Có 24,14% đối tượng nghiên cứu có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh. Tỷ lệ người có sức khỏe vùng quanh răng ở mức chấp nhận được ở nam thấp hơn ở nữ, ở người dưới 35 tuổi cao hơn người từ 35 tuổi trở lên. Nhưng chỉ có sự khác biệt về giới tính có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

**Bảng 3. Tỷ lệ % người có chỉ số CPI nặng nhất**

| CPI nặng nhất |                    | n   | CPI 0 (%) | CPI 1 (%) | CPI 2 (%) | CPI 3 (%) | CPI 4 (%) | p    |
|---------------|--------------------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| Giới          | Nam                | 75  | 9,33      | 1,33      | 49,33     | 38,67     | 1,33      | 0,07 |
|               | Nữ                 | 70  | 27,14     | 1,43      | 44,29     | 25,71     | 1,43      |      |
| Nhóm tuổi     | Dưới 35 tuổi       | 61  | 24,59     | 1,64      | 62,29     | 9,84      | 1,64      | 0,00 |
|               | Từ 35 tuổi trở lên | 84  | 13,10     | 2,38      | 34,52     | 48,81     | 1,19      |      |
| Toàn bộ       |                    | 145 | 17,93     | 2,07      | 46,21     | 32,41     | 1,38      | -    |

Tỷ lệ người có CPI cao nhất hay gặp là nhóm CPI 2 (chiếm 46,90%), tiếp theo là nhóm CPI 3 (chiếm 32,41%), ít gặp nhất là nhóm CPI 4 (chiếm 1,38%). Phần trăm người có tổ chức quanh răng lành mạnh theo đánh giá CPI là 32,76%. Chỉ có sự khác biệt theo tuổi có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

**Bảng 4. Số trung bình vùng lực phân theo CPI**

| CPI trung bình |                    | N   | CPI=0 | CPI=1 | CPI=2 | CPI=3 | CPI=4 | p    |
|----------------|--------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Giới           | Nam                | 75  | 1,36  | 1,05  | 3,01  | 0,56  | 0,01  | 0,00 |
|                | Nữ                 | 70  | 2,61  | 0,37  | 2,71  | 0,29  | 0,01  |      |
| Nhóm tuổi      | Dưới 35 tuổi       | 61  | 2,30  | 0,84  | 2,72  | 0,13  | 0,02  | 0,00 |
|                | Từ 35 tuổi trở lên | 84  | 1,73  | 0,64  | 2,98  | 0,64  | 0,01  |      |
| Toàn bộ        |                    | 145 | 1,97  | 0,72  | 2,87  | 0,43  | 0,01  | -    |

Số trung bình vùng lực phân lành mạnh của mẫu nghiên cứu là 1,97. Số trung bình vùng lực phân có CPI = 2 là 2,88, lớn nhất. Số trung bình vùng lực phân của nhóm CPI = 4 là 0,01, nhỏ nhất. Sự khác biệt theo giới tính và tuổi có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

#### IV. BÀN LUẬN

**Tỷ lệ người có từ 3 vùng lực phân lành mạnh trở lên:** Có từ 3 vùng lực phân lành mạnh trở lên là tiêu chuẩn sức khỏe nha chu tối

thiểu do WHO khuyến cáo [3]. Bảng 3.3 cho biết tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có sức khỏe lợi ở mức chấp nhận được là 24,14%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt theo giới tính có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ nữ giới có từ 3 vùng lực phân lành mạnh trở lên (34,29%) nhiều hơn nam giới (14,67%). Khi so sánh giữa hai nhóm tuổi tỷ lệ này giảm đi khi tuổi tăng lên, điều này phù hợp với quy luật phát triển của con người, tuy nhiên khác biệt này không mang ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. So sánh tỷ lệ người có ít nhất 3 vùng lực phân lành mạnh với một số nghiên cứu trước**

| Tác giả           | Địa điểm, Thời gian            | Tỷ lệ người có từ 3 vùng lực phân lành mạnh trở lên (%) |         |      |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|---------|------|
|                   |                                | 18 – 34                                                 | 35 – 44 | ≥ 45 |
| Trần Văn Trường   | Vùng đồng bằng sông Hồng, 2001 | 5,4                                                     | 1,5     | 10,1 |
| Lê Thị Thanh Thủy | Phú Thọ, 2009                  | 9,6                                                     | 8,1     | 6,9  |
| Phạm Anh Dũng     | Quảng Ninh, 2010               | 34,1                                                    | 14,2    | 5,3  |
| Lê Long Nghĩa     | Hà Nội, 2016                   | 27,9                                                    | 21,4    |      |

So sánh với kết quả điều tra vùng đồng bằng sông Hồng năm 2001 của tác giả Trần Văn Trường [2], tỷ lệ người có ít nhất 3 vùng lực phân lành mạnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Điều này cho thấy tình trạng chăm sóc răng miệng của người dân đã cải thiện đáng kể. Tỷ lệ này ở nhóm tuổi 18 – 34 tuổi cao hơn so với nhóm công nhân nhà máy sản xuất vật liệu Phú Thọ trong nghiên cứu của Lê Thị Thanh Thủy [4] và thấp hơn của nhóm công nhân khai thác than hầm lò công ty than Thống Nhất trong nghiên cứu của Phạm Anh Dũng [5] tại Quảng Ninh.

**Bảng 6. So sánh tỷ lệ % người có chỉ số CPI nặng nhất với một số nghiên cứu trước**

| Tác giả       | Đối tượng  | Địa điểm, Thời gian | CPI 0 (%) | CPI 1 (%) | CPI 2 (%) | CPI 3 (%) | CPI 4 (%) | X (%) |
|---------------|------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| NOHSA 2010    | ≥ 15 tuổi  | Malaysia, 2010      | 9,8       | 4,2       | 56,9      | 20,8      | 5,5       | 2,8   |
| Li và cs      | 35–75 tuổi | Bắc Kinh, 2012      | 0,3       | 0,2       | 46,3      | 31,9      | 21,3      | 2,3   |
| Lê Long Nghĩa | 18–55 tuổi | Hà Nội, 2016        | 17,9      | 2,1       | 46,2      | 32,4      | 1,4       | 0,0   |

Theo bảng so sánh trên, nhận xét tình trạng bệnh quanh răng của chúng tôi có điểm tương đồng với các công trình nghiên cứu của Li và cs [6] tại Bắc Kinh, Trung Quốc và điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở người trưởng thành (NOHSA) của Malaysia [7]: chỉ số CPI nặng nhất là CPI 2 có tỷ lệ lớn nhất, mức độ tổn thương dừng ở chảy máu lợi khi thăm khám có tỷ lệ thấp.

**Bảng 7. So sánh số trung bình vùng lực phân theo chỉ số CPI với một số nghiên cứu trước**

| Tác giả         | Đối tượng  | Địa điểm, Thời gian            | CPI 0 | CPI 1 | CPI 2 | CPI 3 | CPI 4 | X   |
|-----------------|------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Trần Văn Trường | ≥ 45 tuổi  | Vùng đồng bằng sông Hồng, 2001 | 0,4   | 0,1   | 2,9   | 0,8   | 0,2   | 1,6 |
| Li và cs        | 35–75 tuổi | Bắc Kinh, 2012                 | 0,3   | 0,2   | 3,6   | 1,0   | 0,4   | 0,5 |
| Nagarajappa     | 21–60 tuổi | Ấn Độ, 2013                    | 0,4   | 1,6   | 3,0   | 0,9   | 0,1   | 0,0 |

| Tác giả       | Đối tượng  | Địa điểm, Thời gian | CPI 0 | CPI 1 | CPI 2 | CPI 3 | CPI 4 | X   |
|---------------|------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Lê Long Nghĩa | 18–55 tuổi | Hà Nội, 2016        | 1,9   | 0,7   | 2,9   | 0,4   | 0,1   | 0,0 |

So sánh với nghiên cứu trong nước của tác giả Trần Văn Trường [2] thì số trung bình vùng lục phân được ghi nhận CPI 0 của chúng tôi cao hơn; CPI 2 là tương đương, trong khi số trung bình vùng lục phân có túi quanh răng đều dưới 1. Như vậy với khoảng cách hơn 15 năm, khác biệt này cho thấy người dân đã được chăm sóc và nâng cao hiểu biết về sức khỏe răng miệng.

So sánh với nghiên cứu của Li và cs [6], của Nagarajappa khác biệt có thể nhận thấy là số trung bình vùng lục phân khỏe mạnh của họ nhỏ hơn 1, thấp hơn của chúng tôi; số trung bình vùng lục phân được ghi nhận CPI 2 đều lớn hơn hoặc bằng 3, cao hơn kết quả của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng là 82,07%; ở nam giới tỷ lệ này cao hơn nữ giới. Tỷ lệ có cao răng là 82,76%. Tỷ lệ có viêm lợi là 64,14%. Tỷ lệ có túi lợi quanh răng là 32,41%. Số trung bình vùng lục phân khỏe mạnh (CPI 0) là 1,97.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Q.D. and Trương U.T. (1996). Quan điểm sinh bệnh học và chẩn đoán viêm quanh răng hiện nay. *Tạp Chí Học Thực Hành Số 7*, 4–6.
2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân và Trịnh Đình Hải (2002). Điều tra sức khỏe Răng miệng toàn quốc. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học, 23–70.
3. World Health Organization (1997). *Oral health surveys: basic methods*. 1–5.
4. Lê Thị Thanh Thủy (2009), *Tình hình điều tra sâu răng, bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị của công nhân nhà máy sản xuất vật liệu xây dựng tỉnh Phú Thọ*, Luận văn thạc sĩ y học, chuyên ngành Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội. 40–50
5. Phạm Anh Dũng (2010), *Đánh giá thực trạng bệnh răng miệng của công nhân khai thác hầm lò tại công ty than thống nhất tỉnh Quảng Ninh*, Luận văn thạc sĩ y học, chuyên ngành Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội. 45–48
6. Li Z., Zhu L., Zhang B., et al. (2012). Periodontal health status assessed by community periodontal index and related factors in adult population of Beijing urban community. *Beijing Da Xue Xue Bao*, 44(1), 130–134
7. Oral Health Division Ministry of Health Malaysia (2012). National Oral Health Survey of Adults 2010 (NOHSA) Initial Findings (Unweighted data).

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG TUYẾN BARTHOLIN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng các hình thái tổn thương tuyến Bartholin tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** mô tả tiến cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân bị tổn thương tuyến Bartholin. **Kết quả:** Có 49 (47,1%) trường hợp viêm tuyến Bartholin mạn tính, viêm cấp tính có 55 (52,9%). Trong viêm tuyến Bartholin 60% số trường hợp có sốt, trong áp-xe tuyến Bartholin 8,9% có sốt. Viêm tuyến Bartholin 100% có triệu chứng đau, áp-xe tuyến Bartholin 97,8% số trường hợp có triệu chứng đau, nang tuyến chỉ có 10,2% có triệu chứng đau. Viêm tuyến Bartholin 90% có triệu chứng viêm đỏ, áp-xe tuyến Bartholin 97,8% có triệu chứng viêm đỏ, nang tuyến chỉ có 2,1% có viêm đỏ. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng bao gồm các dấu hiệu nhiễm trùng như đau 56,7%, viêm đỏ 51,9% và sốt 9,6%.

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc  
Email: drbacbpstw@yahoo.com.vn  
Ngày nhận bài: 23.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017  
Ngày duyệt bài: 12.12.2017

**Từ khóa:** Viêm tuyến Bartholin, áp xe tuyến Bartholin, nang tuyến Bartholin.

## SUMMARY

### EVALUATING LESIONS OF BARTHOLIN GLAND AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

**Objective:** To describe the clinical characteristics of patients with lesions of Bartholin gland at National Hospital of Obstetrics and Gynaecology. **Methods:** This is cross-sectional study among patients with lesions of Bartholin gland at National Hospital of Obstetrics and Gynaecology. **Results:** Chronic Bartholinitis found in 49 patients (47,1%), acute Bartholinitis was 52,9%. 60% of patients had fever in Bartholinitis, 8.9% of patients had fever in Bartholin abscess. 100% patients felt pain, 97,8% in Bartholin abscess, 10,2% in Bartholin cyst. 90% with swelling in Bartholinitis, 97,8% with swelling in Bartholin abscess, 2,1% in Bartholin cyst. **Conclusion:** Clinical symptoms of Bartholinitis was obviously seen namely pain, swelling, fever.

**Key words:** Bartholinitis, Bartholin abscess, Bartholin cyst.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến Bartholin là tuyến lớn của tiền đình, giống như tuyến hành niệu đạo (tuyến Copper) ở nam giới. Ở người khỏe mạnh bình thường không nhìn thấy được tuyến Bartholin. Các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin bao gồm: viêm tuyến Bartholin, áp-xe tuyến Bartholin, nang tuyến Bartholin và ung thư tuyến Bartholin. Nghiên cứu của Jin-Sung Yuk (2013) [1] ở Hàn Quốc thấy tỷ lệ mắc áp-xe tuyến Bartholin ở phụ nữ là 0,095%; tỷ lệ nang tuyến Bartholin là 0,055%. Mặc dù các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin không gây ra hậu quả nghiêm trọng nhưng nó là nguyên nhân gây ra nhiều rối loạn ảnh hưởng đến sức khỏe, đời sống và hoạt động sinh dục của người phụ nữ. Tại thời điểm này ở Việt Nam chưa thấy có nghiên cứu nào về lâm sàng các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng các hình thái tổn thương tuyến Bartholin tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tuyến Bartholin; nang tuyến Bartholin; áp-xe tuyến

Bartholin được điều trị tại khoa Phụ ngoại và khoa Sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản TW. Có đầy đủ các xét nghiệm cần thiết trong nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:** Đang có thai.

- Đang hành kinh, đang rong kinh rong huyết.  
- Đang mắc các bệnh mạn tính (suy gan, đái tháo đường, ung thư....)  
- Những người mắc bệnh về thần kinh (động kinh, tâm thần, thiếu năng trí tuệ), câm, điếc.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

### 2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

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

Trong đó: n: cỡ mẫu.

-  $p=0,85$ : là tỷ lệ số trường hợp không tái phát trong tổn thương tuyến Bartholin [2].

-  $\Delta$ : độ sai lệch có thể chấp nhận được trong nghiên cứu là 7% ( $\Delta=0,07$ ).

-  $\alpha$ : Là mức ý nghĩa thống kê, chúng tôi chọn  $\alpha = 0,05$ .

- Giá trị Z thu được tương ứng với giá trị  $\alpha$  được chọn.  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = (1,96)^2$

Sau khi tính toán chúng tôi được  $n = 100$ , thực tế trong thời gian nghiên cứu có 104 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nên chúng tôi lấy  $n = 104$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tỷ lệ các hình thái lâm sàng tuyến Bartholin.**

| Các hình thái lâm sàng |                       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|------------------------|-----------------------|--------------|------------|
| Viêm cấp tính          | Viêm tuyến Bartholin  | 10           | 9,6        |
|                        | Áp-xe tuyến Bartholin | 45           | 43,3       |
| Viêm mạn tính          | Nang tuyến Bartholin  | 49           | 47,1       |
| <b>Tổng số</b>         |                       | <b>104</b>   | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Có 49 (47,1%) trường hợp viêm tuyến Bartholin mạn tính; Viêm cấp tính có 55 (52,9%) trường hợp bao gồm viêm tuyến Bartholin 9,6% và áp-xe tuyến Bartholin 43,3%.

**Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng của tổn thương tuyến Bartholin.**

| Triệu chứng lâm sàng            | Số lượng (n=104)      | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|-----------------------|-----------|
| Sốt                             | Không sốt             | 94        |
|                                 | <b>Có sốt</b>         | <b>10</b> |
| Đau âm hộ                       | Không đau             | 45        |
|                                 | <b>Có đau</b>         | <b>59</b> |
| Viêm đỏ âm hộ                   | Không viêm đỏ         | 50        |
|                                 | <b>Có viêm đỏ</b>     | <b>54</b> |
| Sờ thấy khối                    | Không thấy khối       | 7         |
|                                 | <b>Có khối</b>        | <b>97</b> |
| Nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới | Không nhiễm khuẩn     | 72        |
|                                 | <b>Có nhiễm khuẩn</b> | <b>32</b> |

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng bao gồm các dấu hiệu nhiễm trùng như đau 56,7%, viêm đỏ 51,9% và sốt 9,6%. Có thể sờ thấy khối áp-xe hoặc nang tuyến với tỷ lệ 93,3%. Ngoài ra có 30,8% có kèm theo nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới.

**Bảng 3. Tỷ lệ triệu chứng sốt theo từng hình thái bệnh.**



| Triệu chứng sốt<br>Hình Thái lâm sàng | Có sốt   |           | Không sốt |           | Tổng số lượng |
|---------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
|                                       | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng  | Tỷ lệ (%) |               |
| Viêm Bartholin                        | 6        | 60,0      | 4         | 40,0      | 10            |
| Áp-xe Bartholin                       | 4        | 8,9       | 41        | 91,1      | 45            |
| Nang Bartholin                        | 0        | 0         | 49        | 100       | 49            |

**Nhận xét:** Trong viêm tuyến Bartholin 60% số trường hợp có sốt, áp-xe tuyến Bartholin 8,9% có sốt, nang tuyến thì không có trường hợp nào sốt.

**Bảng 4. Tỷ lệ triệu chứng đau theo từng hình thái bệnh.**

| Triệu chứng đau<br>Hình thái lâm sàng | Có đau       |           | Không đau    |           | Tổng số lượng |
|---------------------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
|                                       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |               |
| Viêm tuyến Bartholin                  | 10           | 100,0     | 0            | 0,0       | 10            |
| Áp-xe tuyến Bartholin                 | 44           | 97,8      | 1            | 2,2       | 45            |
| Nang tuyến Bartholin                  | 5            | 10,2      | 44           | 89,8      | 49            |

**Nhận xét:** Viêm tuyến Bartholin 100% có triệu chứng đau, áp-xe tuyến Bartholin 97,8% số trường hợp có triệu chứng đau, nang tuyến chỉ có 10,2% có triệu chứng đau.

**Bảng 5. Tỷ lệ triệu chứng viêm đỏ theo từng hình thái bệnh.**

| Triệu chứng viêm đỏ<br>Hình thái lâm sàng | Có viêm đỏ   |           | Không viêm đỏ |           | Tổng số lượng |
|-------------------------------------------|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|                                           | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | Số lượng (n)  | Tỷ lệ (%) |               |
| Viêm tuyến Bartholin                      | 9            | 90,0      | 1             | 10,0      | 10            |
| Áp-xe tuyến Bartholin                     | 44           | 97,8      | 1             | 2,2       | 45            |
| Nang tuyến Bartholin                      | 1            | 2,1       | 48            | 97,9      | 49            |

**Nhận xét:** Viêm tuyến Bartholin 90% có triệu chứng viêm đỏ, áp-xe tuyến Bartholin 97,8% có triệu chứng viêm đỏ, nang tuyến chỉ có 2,1% có viêm đỏ.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 104 đối tượng nghiên cứu viêm tuyến Bartholin chiếm 9,6%; áp-xe tuyến Bartholin 43,3%; nang tuyến Bartholin 47,1%. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Jin-Sung Yuk (2013) [1] với áp-xe tuyến Bartholin là 56,5% và nang tuyến Bartholin là 43,5%; nghiên cứu của A.Bhide (2010) [3] áp-xe tuyến Bartholin là 79,5% và nang tuyến Bartholin là 20,5%. Khi viêm tuyến Bartholin hoặc chấn thương có thể dẫn đến gây bít tắc ống thoát dịch của tuyến và tạo thành nang tuyến Bartholin hoặc tạo thành ổ áp-xe tuyến Bartholin. Đối với các trường hợp nang tuyến Bartholin khi nhiễm trùng nang thì sẽ chuyển thành áp-xe tuyến Bartholin. Các trường hợp viêm tuyến Bartholin cấp tính khi đến khám thường được điều trị nội khoa nên tỷ lệ viêm tuyến Bartholin thấp.

Trong tổn thương tuyến Bartholin các triệu chứng lâm sàng đó là các dấu hiệu của hội chứng nhiễm trùng toàn thân và tại vị trí tổn thương. Triệu chứng sốt chiếm 9,6% trong tổng số các đối tượng nghiên cứu, nó gần bằng với nghiên cứu của H. Krissi, A. Shmueli (2015) [4] với tỷ lệ trường hợp có sốt là 12,7%. Sở dĩ tỷ lệ sốt thấp như vậy là do ổ nhiễm khuẩn chỉ khu trú ở khu vực, có rất ít các trường hợp ảnh

hưởng đến toàn thân, với một số trường hợp bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện và các trường hợp nang tuyến Bartholin thì không có triệu chứng sốt, mà ta thấy tỷ lệ nang tuyến Bartholin trong nghiên cứu rất cao. Triệu chứng đau gặp ở trong 46,7% các đối tượng nghiên cứu trong đó đau khi giao hợp chiếm 16,3%, các tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của A.C.N.Figuciredo (2012) [5] với tỷ lệ tương ứng là 93,5% và 29,0%.

Triệu chứng đau là triệu chứng xuất hiện sớm trong các trường hợp viêm cấp tính của tuyến Bartholin, bệnh nhân thường đau rất nhiều, đau tăng lên khi giao hợp và vận động và cũng là lý do buộc bệnh nhân phải đi khám và điều trị. Triệu chứng viêm đỏ tại vùng âm hộ dưới gặp trong 51,9% số trường hợp nghiên cứu, phù hợp với nghiên cứu của H. Krissi, A. Shmueli (2015) [4] với tỷ lệ trường hợp có sốt là 56,9%. Đây là triệu chứng xuất hiện tại vùng da tương ứng với tuyến Bartholin khi có viêm nhiễm cấp tính, trong các trường hợp nang tuyến Bartholin không có hiện tượng nhiễm khuẩn thì không có triệu chứng này. Triệu chứng khối sưng bao gồm cả các trường hợp sưng nề và nang tuyến chiếm 93,3%. Trong các tổn thương tại tuyến Bartholin chúng ta chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán bởi vì triệu chứng lâm sàng

của nó rất rõ ràng, xét nghiệm quan trọng nhất là cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để dùng kháng sinh phù hợp trong điều trị. Trong nghiên cứu thấy triệu chứng sờ thấy khối ở vị trí tuyến Bartholin xuất hiện nhiều nhất với 93% số trường hợp nghiên cứu bao gồm khối áp-xe tuyến Bartholin và nang tuyến Bartholin. Triệu chứng đau xuất hiện trong 57% số trường hợp. Ngoài các dấu hiệu tại tuyến thì có 30,8% các trường hợp có kèm theo nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới, điều này là do liên quan giải phẫu của tuyến Bartholin thuộc vùng âm hộ nên trong nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới sẽ ảnh hưởng đến tuyến Bartholin cũng như khi có viêm nhiễm tại tuyến Bartholin thì sẽ ảnh hưởng lại tới đường sinh dục dưới.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng bao gồm các dấu hiệu nhiễm trùng như đau 56,7%, viêm đỏ 51,9% và sốt 9,6%.

# ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU, CẢI THIÊN ĐỘ GIÃN CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA SIÊU ÂM TRỊ LIỆU KẾT HỢP ĐIỆN TRƯỜNG CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

Trần Phương Đông\*, Nguyễn Tiên Dũng\*

## TÓM TẮT

Đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm là một bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, bệnh biểu hiện bằng triệu chứng đau và kéo theo đó hạn chế vận động vùng cột sống thắt lưng ảnh hưởng đến độ giãn cột sống thắt lưng. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt. Bằng thiết kế nghiên cứu tiền cứu, so sánh trước sau và có nhóm chứng đã đưa ra kết quả: thang điểm VAS giảm rõ rệt, độ giãn cột sống thắt lưng cải thiện tốt. Kết quả chung: Tốt: 83,3%, khá 16,7%. Phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong điều trị đau thắt lưng và tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với phương pháp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt.

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, siêu âm trị liệu, điện trường châm.

## SUMMARY

\*Bệnh viện Châm cứu Trung ương  
Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông  
Email: dongmaitom@yahoo.com  
Ngày nhận bài: 25.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 28.11.2017  
Ngày duyệt bài: 11.12.2017

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jin-Sung Yuk (2013), "Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 122(2013), pp. 62-64.
2. David R. Cheetham (1985), "Bartholin's cyst: Marsupialization or aspiration?", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 152, pp. 569-570.
3. A.Bhide (2010), "Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: Review of empirical antibiotic therapy against microbial culture", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, oct 2010, 30, pp.701-703.
4. H. Krissi, A. Shmueli (2015), "Acute Bartholin's abscess: microbial spectrum, patient characteristics, clinical manifestation, and surgical outcomes", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 35, pp. 443-446.
5. A.C.N.Figuciredo (2012), "Cistos da glândula de Bartholin: Tratamento com Vaporização laser com CO<sub>2</sub>", *Rev Bras Ginecol Obstet*, 34, pp. 551-553.

## EVALUATING THE EFFECTIVENESS RELIEVING PAIN AND IMPROVING EXTENSION OF LUMBAR VERTEBRAE OF ULTRASOUND THERAPY COMBINED WITH LONG NEEDLE ELECTRO-ACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE IN PATIENTS WITH LUMBAR PAIN DUE TO HERNIATED DISC

Lumbar pain due to herniated disc is a common disease around the world as well as in Vietnam. It is presented with pain and limited mobility in the lumbar area, especially decreased extension of lumbar vertebrae. This prospective research was done to evaluate pain relief and improvement of extension of lumbar vertebrae by using therapeutic ultrasound combined with long needle electro-acupuncture and acupressure. By comparing pre- and post-treatment between treatment and control groups, it was shown that VAS pain score decreased significantly and extension of lumbar vertebrae was greatly improved in the treatment group. Overall result: Good 83,3%, Moderate 16,7%. Therapeutic ultrasound combined with long needle electro-acupuncture and acupressure is effective in treating lumbar pain, and it is statistically better than long needle electro-acupuncture combined with acupressure.

**Keywords:** Lumbar herniated disc, therapeutic ultrasound, long needle electro-acupuncture.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng (ĐTL) là hội chứng đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông, bao gồm da, tổ chức dưới da, cơ, xương và các bộ phận ở sâu. ĐTL rất thường gặp, có khoảng 65-85% những người trưởng thành có gặp tình trạng này, cấp tính hoặc từng đợt một vài lần trong cuộc đời. ĐTL do nhiều nguyên nhân gây ra, một trong những nguyên nhân thường gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) [1]. Xu hướng điều trị ĐTL do TVĐĐ hiện nay là điều trị bằng nội khoa, vật lý trị liệu là chủ yếu. Trong chuyên ngành phục hồi chức năng phương pháp siêu âm trị liệu đang ngày càng được sử dụng nhiều và cho kết quả khả quan.

Y học cổ truyền (YHCT) đã có hàng nghìn năm kinh nghiệm, ĐTL được nhắc đến với bệnh danh "Yêu thống" thuộc phạm vi "Chứng tý" và được điều trị bằng phương pháp dùng thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt (XBBH) trong đó phương pháp điện trường châm, XBBH đã chứng minh được hiệu quả của mình [2],[3].

Để tận dụng những ưu điểm, hạn chế những nhược điểm của YHCT và Y học hiện đại cùng mong muốn mang đến một phương pháp điều trị mới nhằm tăng hiệu quả điều trị ĐTL, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện độ giãn thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Chất liệu nghiên cứu

• **Công thức huyệt:** Điện trường châm các huyệt. Xuyên huyệt Giáp tích L2-5. Đại trường du xuyên Thận du. Trật biên xuyên Hoàn khiêu. Thứ liêu xuyên Yêu dương quan. Ủy trung. Tam âm giao. Thái khê.

• **Phương pháp siêu âm trị liệu:** Tiếp xúc với da qua gel Vaseline

• **Xoa bóp bấm huyệt:** Thực hiện 5 thủ thuật là Xoa. Xát. Lăn. Bóp. Ấn.

### • Phương tiện nghiên cứu:

- Kim châm cứu, máy điện châm M8 (Bệnh viện châm cứu Trung ương sản xuất), ống nghe, huyết áp kế, thước dây, bông cotton vô trùng, kẹp không chấu, khay quả đậu, gel Vaseline

- Thước đo độ đau VAS của hãng Astra - Zeneca.

- Máy siêu âm điều trị ST-10A do hãng Statrex/ Hàn Quốc sản xuất

### 2. Đối tượng nghiên cứu

60 bệnh nhân (BN) có độ tuổi từ 25 đến 80 có chẩn đoán đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm, được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu TW.

❖ *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân*

- Đau vùng thắt lưng ở giai đoạn cấp, bán cấp.

- Có dấu hiệu của hội chứng cột sống:

• Biến dạng cột sống, các tư thế chống đau: trước – sau, thẳng – nghiêng.

• Dấu hiệu Schober tư thế đứng <14/10.

• Điểm đau cột sống, điểm đau cạnh cột sống

- Hình ảnh thoát vị, phình-lồi đĩa đệm trên phim MRI

❖ *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân đau thắt lưng không do thoát vị đĩa đệm

- Bệnh nhân chống chỉ định với siêu âm trị liệu.

- Bệnh nhân có kèm theo các bệnh khác như: suy tim, bệnh tâm thần, rối loạn đông máu, đái tháo đường, bệnh da liễu, viêm cột sống, lao cột sống,...

### 3. Phương pháp nghiên cứu

\***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, so sánh trước sau và có đối chứng.

\***Cỡ mẫu nghiên cứu:** theo cỡ mẫu tối thiểu  $n = 60$ . BN được phân nhóm theo phương pháp ghép cặp, phân bổ vào hai nhóm sao cho có sự tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau.

• Nhóm I (Nhóm nghiên cứu): 30 bệnh nhân điều trị bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH.

• Nhóm II (Nhóm chứng): 30 bệnh nhân điều trị bằng điện trường châm, XBBH.

\***Quy trình nghiên cứu:** Sử dụng trong 20 ngày nghiên cứu

**Điện trường châm:** Sử dụng cho cả hai nhóm

\***Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian mắc, mức độ thoát vị.

- Các chỉ tiêu đánh giá kết quả:

- Đánh giá tại 3 thời điểm, lúc vào viện (D0), ngày điều trị thứ 10 (D10), và ngày điều trị thứ 20 (D20).

- Tiêu chuẩn đánh giá: Dựa vào thang điểm VAS, độ giãn cột sống thắt lưng.

**4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017

**5. Xử lý số liệu:** Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

**6. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe của bệnh nhân. Người bệnh được giải thích rõ ràng về mục đích, tham gia tự nguyện và có thể rút ra khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do nào.

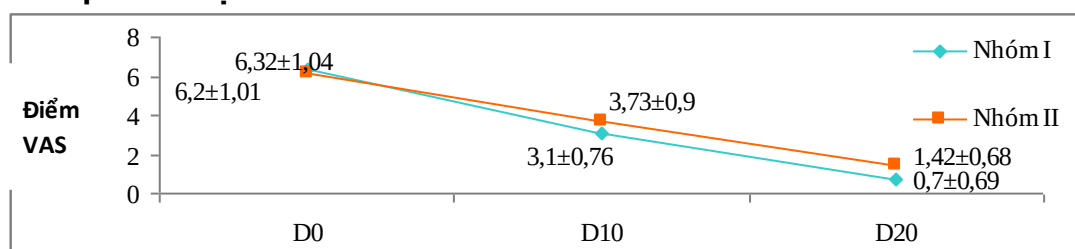
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu**

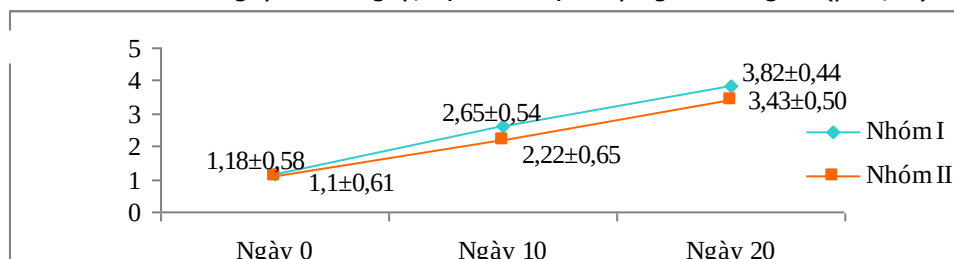
- **Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** Tuổi trung bình là  $51,22 \pm 14,5$ , gặp nhiều ở độ tuổi 50-59, chiếm 35%. Về giới, nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ nam: nữ là 1:1,4.

- **Đặc điểm thời gian mắc bệnh:** Bệnh nhân bị bệnh dưới 3 tháng là chủ yếu, chiếm 58,3% bệnh nhân.

- **Mức độ thoát vị đĩa đệm:** Bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm thực sự (mức độ nặng) chiếm 75% cao gấp 3 lần BN bị phình, lõm đĩa đệm chiếm 25% (mức độ nhẹ).

**2. Kết quả điều trị****Biểu đồ 1. Hiệu quả giảm đau qua thang điểm VAS**

**Nhận xét:** Sau điều trị điểm VAS của hai nhóm đều giảm ( $p < 0,01$ ). Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn tại hai thời điểm 10 ngày và 20 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Biểu đồ 2. Hiệu quả tăng độ giãn thả lưng (nghiệm pháp Schober)**

**Nhận xét:** Sau điều trị cả hai nhóm đều cải thiện độ giãn thả lưng ( $p < 0,01$ ). Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng ở ngày thứ 20 ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 1. Kết quả điều trị chung**

| Kết quả                     | Nhóm I                 |                        | Nhóm II                |                        |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                             | Ngày 10 (1)<br>Tỉ lệ % | Ngày 20 (2)<br>Tỉ lệ % | Ngày 10 (3)<br>Tỉ lệ % | Ngày 20 (4)<br>Tỷ lệ % |
| Tốt                         | 26,7                   | 83,3                   | 6,7                    | 53,3                   |
| Khá                         | 46,7                   | 16,7                   | 40,0                   | 40                     |
| Trung bình                  | 16,7                   | 0                      | 36,7                   | 6,7                    |
| Kém                         | 10                     | 0                      | 16,7                   | 0                      |
| <b>P(ngày 10 - ngày 20)</b> | <b>&lt;0,01</b>        |                        | <b>&lt;0,01</b>        |                        |
| <b>P(2-4)</b>               | <b>&lt;0,05</b>        |                        |                        |                        |

**Nhận xét:** Sau 20 ngày cả hai nhóm có kết quả điều trị khá và tốt lần lượt là 100% ở nhóm I và 93,3% ở nhóm II, trong đó nhóm I tỉ lệ kết quả tốt chiếm 83,3% so với 53,3% kết quả tốt ở nhóm II. Có sự cải thiện về kết quả điều trị giữa ngày thứ 10 và ngày thứ 20 ở từng nhóm, có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Nhóm I có kết quả tốt hơn rõ rệt so với nhóm II ( $p < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung bệnh nhân trước khi điều trị:** Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân nữ bị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm đến điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương chiếm 58,3% cao hơn nam. Lứa tuổi bị bệnh hay gặp nhất là từ 50-59, chiếm 35%, điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của TVĐĐ là

bắt đầu từ quá trình thoái hóa đĩa đệm, thoái hóa dây chằng cột sống kèm theo sự chịu đựng trọng tải thường xuyên của đĩa đệm, đặc biệt ở người lao động. Mặt khác bước vào tuổi 50 can huyết bắt đầu suy, thận âm bắt đầu nhược, cho nên hay bắt gặp các bệnh nhân yếu thống thể huyết ứ trên nền can thận hư ở lứa tuổi này. Mức độ thoát vị đĩa đệm thực sự bắt gặp thường xuyên hơn, gấp 3 lần số bệnh nhân phình lõm đĩa

đệm. Hai nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau với  $p > 0,05$ .

## 2. Hiệu quả của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH.

**\*Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS:** Đau là một cơ chế bảo vệ, là triệu chứng đầu tiên khiến bệnh nhân phải đi khám và điều trị. Do đó giảm đau cho bệnh nhân là mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị đau thắt lưng.

Cơ chế giảm đau của điện trường châm theo cơ chế thần kinh và thể dịch. Điện trường châm tạo cung phản xạ mới cạnh tranh, cắt đứt cung phản xạ đau song song với việc gây ra những biến đổi về thể dịch, làm tăng nồng độ endorphin trong máu làm giảm đau [4]. Siêu âm trị liệu tác động trực tiếp lên các cảm thụ thần kinh, đồng thời làm tăng cường vận mạch do tạo hiệu ứng nhiệt có tác dụng giảm đau [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu giảm được điểm VAS từ  $6,32 \pm 1,04$  ở ngày vào viện xuống  $3,10 \pm 0,76$  ngày thứ 10 và  $0,70 \pm 0,69$  ở ngày thứ 20, thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Tương tự, ở nhóm II điểm VAS giảm từ  $6,20 \pm 1,01$  xuống  $3,73 \pm 0,9$  và  $1,42 \pm 0,68$  ở ngày kết thúc điều trị, khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). So sánh giữa hai nhóm, trước khi điều trị hai nhóm tương đồng về mức độ đau, sau 10 ngày chưa có sự khác biệt giữa hai nhóm, nhưng ở ngày thứ 20 khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**\*Thay đổi về độ giãn cột sống thắt lưng:** Theo biểu đồ 2 độ giãn cột sống thắt lưng có sự cải thiện ở cả hai nhóm bệnh nhân ( $p < 0,01$ ). Ở nhóm nghiên cứu tại thời điểm ngày thứ 20, sự cải thiện là tốt hơn rõ rệt so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Điều này là do có thêm phương pháp siêu âm điều trị ở nhóm nghiên cứu có tác dụng giảm đau, giãn cơ giúp cải thiện tầm vận động cột sống của tốt hơn hẳn so với nhóm chứng.

**\*Kết quả nghiên cứu chung:** Việc đánh giá kết quả điều trị của một phương pháp không chỉ dựa vào một chỉ số, do vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là sự tổng hợp từ thang điểm VAS, độ giãn thắt lưng.

Sau điều trị bệnh nhân có kết quả điều trị tốt và khá ở nhóm nghiên cứu là 100%, trong đó tốt chiếm 83,3%. Ở nhóm chứng tốt và khá là 93,3% trong đó tốt chiếm 53,3%. Như vậy cả hai nhóm đều có hiệu quả điều trị ĐTL do thoát vị đĩa đệm cột sống nhưng nhóm nghiên cứu có tác dụng điều trị cao hơn rõ rệt ( $p < 0,05$ ).

Kết quả này của chúng tôi ở nhóm nghiên cứu cao hơn tác giả Bùi Việt Hùng (2014) nghiên cứu điện trường châm điều trị hội chứng thắt lưng hông do TVĐĐ cho kết quả điều trị tốt 60%, khá 30%, trung bình 10% [6], ở nhóm chứng thì cho kết quả tương đương.

## V. KẾT LUẬN

Cả hai nhóm đều có hiệu quả điều trị ĐTL do TVĐĐ với điểm VAS giảm rõ rệt sau 20 ngày điều trị. Độ giãn cột sống được cải thiện.

Nhóm nghiên cứu được áp dụng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, XBBH cho hiệu quả điều trị cao hơn nhóm chứng áp dụng phương pháp điện trường châm, XBBH.

**Lời cảm ơn:** Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn tập thể y bác sĩ tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã hết lòng giúp đỡ và tạo điều kiện trong suốt trình tiến hành đề tài này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 198 - 205.
2. **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản thời đại, 594-600.
3. **Nguyễn Tài Thu** (2012), *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa, 9-23.
4. **Nghiêm Hữu Thành** (2011). Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ tiêu sinh lý, sinh hóa trên bệnh nhân bệnh lý cột sống thắt lưng được điều trị đau bằng điện châm. *Tạp chí Y học thực hành*. **Tháng 7- số 1/2011**, 22-25.
5. **Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh** (2010), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 188-195.
6. **Bùi Việt Hùng** (2014), *Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm*. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

## ĐÁNH GIÁ THOÁI HÓA KHỚP GỐI DỰA TRÊN CHỤP X-QUANG VÀ SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Lê Văn Thêm\*, Nguyễn Tuấn Anh\*, Trần Văn Việt\*

### TÓM TẮT

\*Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

**Mục tiêu:** Mô tả thoái hóa khớp gối dựa trên phim chụp Xquang và siêu âm tại bệnh viện trường Đại học Kỹ Thuật Y tế Hải Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 80 bệnh nhân thoái hóa khớp gối được chụp xquang và siêu âm. **Kết quả:** Tỷ lệ gai xương trên XQ là 36,25% tại các vị trí khe đùi chày trong 32,5%, khe đùi chày ngoài và 67,5%. Tỷ lệ phát hiện hẹp khe khớp là 37,5% tại các vị trí khe đùi chày trong 28,75% tại vị trí khe đùi chày ngoài và 63,75%. Dấu hiệu đặc xương dưới sụn trên XQ là 35% tại vị trí khe đùi chày trong 31,25%. Dấu hiệu hiện gai xương trên siêu âm là 42,5%. Tràn dịch khớp trên siêu âm là 76,25%. Tăng sinh màng hoạt dịch là 28,75%.

**Từ khóa:** Thoái hoá khớp gối trên Xquang và siêu âm

## SUMMARY

### EVALUATION OF KNEE OSTEOARTHRITIS BASED ON X-RAY AND ULTRASOUND AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Purposes:** To describe the imaging characteristic of knee osteoarthritis based on plain X-ray and ultrasound at Hai Duong medical technical university hospital. **Methods:** Descriptive cross sectional study on 80 patients with knee osteoarthritis who underwent knee X-ray examination and knee joint ultrasound. **Results:** Bone spurs accounted for 36.25% on plain X-ray at the location of medial femur-tibia space with 32.5% and lateral femur-tibia space with 67.5%. The rates of decreased joint space width were 37.5% at medial femur-tibia space, 28.75% at lateral femur-tibia space and 63.75% at femur-sesamoid. Erosion of cartilage sign on plain X-ray accounted for 35% at lateral femur-tibia space. Bone spurs sign on Ultrasound accounted for 42.5%. Fluid effusion sign on ultrasound accounted for 76.25%. Enhanced synovial accounted for 28.75%.

**Keyword:** knee Osteoarthritis on x-ray and ultrasound

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là một bệnh khớp thường gặp trong nhóm bệnh lý cơ xương khớp. Bệnh được đặc trưng bởi các rối loạn về cấu trúc và chức năng của một hoặc nhiều khớp. Bệnh diễn tiến mạn tính, gây đau và biến dạng khớp. Trước kia, thoái hóa khớp được coi là bệnh lý của sụn khớp, nhưng ngày nay, bệnh được định nghĩa là tổn thương của toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp, và màng hoạt dịch. Thoái hóa khớp là bệnh lành tính tiến triển chậm. Tuy nhiên có nhiều trường hợp khớp tổn thương gây đau đớn, ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt hàng ngày. Trong thoái hóa khớp, thoái hóa khớp gối là bệnh hay gặp, tỷ lệ bệnh

gặp ở người lớn là 6% và lên tới 40% ở người trên 70 tuổi. Thoái hóa khớp gối ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của khớp, đặc biệt thoái hóa khớp gối nặng là nguyên nhân gây tàn phế của nhiều bệnh nhân, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, kéo theo sự chi phí tốn kém của gia đình và xã hội. Vì vậy thoái hóa khớp ngày càng được quan tâm trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở các nước có nền kinh tế phát triển và có tuổi thọ cao. Hiện nay có nhiều phương pháp để đánh giá các tổn thương khớp như X quang, cộng hưởng từ, siêu âm. Mỗi phương pháp có ưu điểm và nhược điểm riêng. Cộng hưởng từ có thể đánh giá chính xác được các tổn thương của xương và các tổ chức phần mềm. Tuy nhiên cộng hưởng từ có giá thành khá cao. Siêu âm có ưu điểm là kỹ thuật chẩn đoán nhanh có thể thực hiện ở tuyến cơ sở, giá thành không cao, không xâm lấn, và có hiệu quả trong đánh giá tổn thương phần mềm quanh khớp, sụn khớp, bào mòn xương. Kết hợp với X quang là phương pháp thường qui, rẻ tiền, dễ thực hiện và phát hiện được những tổn thương của khớp gối. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về vai trò của siêu âm và X quang trong chẩn đoán bệnh lý khớp. Tuy nhiên hiện nay các nghiên cứu về siêu âm và X quang trong bệnh lý thoái hóa khớp còn ít và chưa đầy đủ vì vậy chúng em nghiên cứu đề tài: "Đánh giá thoái hóa khớp gối dựa trên chụp Xquang và siêu âm tại bệnh viện trường Đại học Kỹ Thuật Y tế Hải Dương" với mục tiêu: *Đánh giá thoái hóa khớp gối dựa trên chụp Xquang và siêu âm tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ Thuật Y tế Hải Dương*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán THK gối có chỉ định chụp Xquang và siêu âm khớp gối. Thời gian nghiên cứu từ ngày 01/11/2014 đến 30/11/2014

**2.2 Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.3 Xử lý và phân tích số liệu:** Theo phương pháp thống kê trong y sinh học

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

#### 3.1 Phân bố giới bệnh nhân nghiên cứu

| Giới | Bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------|-----------|---------|
| Nam  | 17        | 21,25   |
| Nữ   | 63        | 78,75   |
| Tổng | 80        | 100%    |

**Nhận xét:** Trong 80 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ gặp ở nữ là chủ yếu, chiếm 78,75%.

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2017

Ngày duyệt bài: 8.12.2017

**Bảng 3.2 Phân bố tuổi bệnh nhân nghiên cứu**

| Phân loại nhóm tuổi | Bệnh nhân | Tỷ lệ %     |
|---------------------|-----------|-------------|
| Tuổi <40            | 12        | 15          |
| Tuổi 40-49          | 14        | 17,5        |
| Tuổi 50-59          | 28        | 35          |
| Tuổi >60            | 26        | 32,5        |
| <b>Tổng số</b>      | <b>80</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** BN thăm khám khớp gối nhiều hơn tỷ lệ thuận theo độ tuổi. Hai nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là từ 50-59 và >60 còn dưới 50 tuổi tỷ lệ gặp ít hơn và ít nhất là <40 tuổi.

**Bảng 3.3 Phân bố bệnh nhân theo khu vực**

| Khu vực           | Bệnh nhân | %           |
|-------------------|-----------|-------------|
| Khu vực TPHD      | 27        | 33,75       |
| Khu vực các huyện | 53        | 66,25       |
| <b>Tổng</b>       | <b>80</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Thoái hóa khớp gối khu vực các huyện có tỷ lệ cao hơn (66,25%) khu vực TPHD (33,75%).

### 3.2 Đặc điểm X quang

**Bảng 3.4 Đặc điểm XQ của nhóm nghiên cứu phân giai đoạn theo Kellgren và Lawrence**

| Giai đoạn tổn thương | Bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|----------------------|-----------|---------|
| Giai đoạn I          | 18        | 22,5    |
| Giai đoạn II         | 34        | 42,5    |
| Giai đoạn III        | 13        | 16,25   |
| Giai đoạn IV         | 11        | 13,75   |

**Nhận xét:** Giai đoạn II trên X quang theo phân loại của Kellgren và Lawrence gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 42,5.

**Bảng 3.5 Phân bố vị trí tổn thương trên XQ**

| Tổn thương | Vị trí             | Số lần gặp | Tỷ lệ % |
|------------|--------------------|------------|---------|
| Gai xương  | Khe đùi chày trong | 29         | 36,25   |
|            | Khe đùi chày ngoài | 26         | 32,5    |
|            | Bánh chè           | 54         | 67,5    |
| Hẹp khe    | Khe đùi chày trong | 30         | 37,5    |
|            | Khe đùi chày ngoài | 23         | 28,75   |
|            | Khe đùi chày       | 51         | 63,75   |
| Đặc xương  | Khe đùi chày trong | 28         | 35      |
|            | Khe đùi chày ngoài | 25         | 31,25   |

**Nhận xét:** Tổn thương gặp nhiều nhất trên X quang là gai xương 67,5%. Gai xương khe đùi chày trong gặp 29/80 trường hợp (36,25%). Gai xương khe đùi chày ngoài gặp ít hơn 16/80 trường hợp (32,5%). Gai xương bánh chè gặp 67,5%. Tỷ lệ gai xương tính trung bình: 45,42%. Đặc xương dưới sụn gặp 53/80 (66,25%). Hẹp khe đùi chày chiếm tỷ lệ cao nhất so với hẹp khe đùi chày trong và đùi chày ngoài chiếm 51/80 (63,75%).

### 3.3 Đặc điểm siêu âm

**Bảng 3.6 Đặc điểm chung trên SA**

| Tổn thương     | Số lần gặp | Tỷ lệ % |
|----------------|------------|---------|
| Tràn dịch khớp | 61         | 76,25   |

|                          |    |       |
|--------------------------|----|-------|
| Tăng sinh màng hoạt dịch | 23 | 28,75 |
| Kén Baker                | 16 | 20    |
| Gai xương                | 34 | 42,5  |

**Nhận xét:** Tổn thương gặp nhiều nhất trên siêu âm là tràn dịch khớp 61/80 trường hợp (76,25%). Tăng sinh màng hoạt dịch gặp 23/80 trường hợp (28,75%). Kén Baker gặp 16/80 trường hợp (20%). Tổn thương gai xương phát hiện được ít hơn so với tràn dịch (42,5%).

**Bảng 3.7 Phân bố vị trí gai xương trên SA**

| Vị trí gai         | Bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------|-----------|---------|
| Khe đùi chày trong | 24        | 30      |
| Khe đùi chày ngoài | 24        | 30      |

**Nhận xét:** Tổn thương gai xương theo vị trí trên siêu âm khe đùi chày trong và khe đùi chày ngoài theo nghiên cứu có tỷ lệ bằng nhau gặp 24/80 trường hợp (30%).

### 3.4 Đối chiếu giữa X quang, siêu âm

**Bảng 3.8 So sánh tỷ lệ gai xương trên XQ & SA**

| PP chẩn đoán | X quang   |             | Siêu âm   |             |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|              | Bệnh nhân | Tỷ lệ %     | Bệnh nhân | Tỷ lệ %     |
| Có gai xương | 61        | 76,25       | 34        | 42,5        |
| Không có gai | 19        | 23,75       | 46        | 57,5        |
| <b>Tổng</b>  | <b>80</b> | <b>100%</b> | <b>80</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Tỷ lệ phát hiện gai xương trên X quang tốt hơn so với siêu âm (76,25%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**4.1.1 Tuổi.** Bệnh thoái hóa khớp gối thường gặp ở đối tượng sau tuổi 38. Trong nghiên cứu của chúng em có 80 bệnh nhân, tuổi dao động từ 38 – 85, tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,5. Theo nghiên cứu của Lê Thị Liễu năm 2009 thì độ tuổi trung bình của bệnh nhân thoái hóa khớp là  $60 \pm 8$  [2]. Còn trong nghiên cứu của E. de Miguel Mendieta, tuổi trung bình của BN là  $66,75 \pm 8,67$  [5]. Như vậy nhóm bệnh nhân chúng em nghiên cứu cũng có tuổi trung bình tương tự như các nghiên cứu trên.

**4.1.2 Giới.** Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nghiên cứu của chúng em là 78,75% (Bảng 3.2). Theo nghiên cứu của EULAR năm 2005 thì nữ chiếm 72,5%. Nghiên cứu của E. de Miguel Mendieta năm 2006 tỷ lệ nữ chiếm 94/101 (91,09%) [5]. Nghiên cứu của Mermerci BB năm 2011 nữ giới chiếm 116/143 (81,12%). Tỷ lệ này có thể dao động tùy từng nghiên cứu. Tuy nhiên qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ giới thường gặp cao hơn nam giới.

**4.1.3 Khu vực.** Tổn thương THKG có yếu tố nguy cơ cao theo chế độ sinh hoạt, lao động. Ở các vùng địa phương chế độ sinh hoạt và lao động nặng nhọc so với khu vực thành thị do vậy có nguy cơ cao hơn cho THKG. Do vậy lượng BN THKG ở những khu vực này thường cao. Tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo khu vực trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,75% ở khu vực TPHD và 66,25% ở khu vực các huyện.

## **4.2. Đặc điểm của XQ**

**4.2.1. Giai đoạn trên XQ.** Phân loại giai đoạn trên XQ trong thoái hóa khớp hiện nay dựa theo phân loại của Kellgren và Lawrence và nghiên cứu của chúng em cũng dựa theo phân loại này. Trong nghiên cứu của chúng em, tỷ lệ gặp BN ở giai đoạn 1 và 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương ứng là 22,5% và 42,5% (Bảng 3.4). Nghiên cứu của E. de Miguel Mendieta 2006 tỷ lệ này tương ứng là 34,56% và 56,79 [5]. Kết quả của chúng em cũng tương tự kết quả các nghiên cứu trên.

**4.2.2 Giai xương trên XQ:** Tổn thương gai xương thường gặp trong thoái hóa khớp. Chúng em đánh giá gai xương tại 3 vị trí là khe đùi chày trong, khe đùi chày ngoài và xương bánh chè. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gai xương gặp ở 3 vị trí tương ứng là 36,25%, 32,5%, 67,5% (tỷ lệ chung là 45,42%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái năm 2006 có tỷ lệ gai xương là 82,7% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng em cũng tương tự nghiên cứu ở trong nước nhưng cao hơn so với các kết quả nghiên cứu của nước ngoài. Có thể là sự lựa chọn BN ở các giai đoạn khác nhau.

**4.3 Đặc điểm siêu âm:** Theo cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp gối không phải là một bệnh lý viêm. Tuy nhiên trong thực tế thoái hóa khớp gối cũng có diễn tiến từng đợt gây viêm màng hoạt dịch dẫn đến xuất tiết dịch vào khớp gối và trong khoang màng hoạt dịch. Tràn dịch khớp gối và viêm màng hoạt dịch là những biểu hiện của thoái hóa khớp gối có phản ứng viêm. Tràn dịch khớp gối có thể gây thoát vị ra phía sau khớp gối tạo thành kén Baker. Xác định tràn dịch khớp trên siêu âm được đánh giá tại vị trí túi cùng dưới cơ tứ đầu đùi và kén Baker được đánh giá tại hố khoeo chân.

**Tràn dịch khớp gối:** Khớp gối được đánh giá là tràn dịch khi dịch khớp gối có bề dày lớn hơn 3cm. Trong nghiên cứu của chúng em tỷ lệ tràn dịch khớp gối là 61/80 gối (76,25%) (Bảng 3.6). Trong nghiên cứu của Lê Thị Liễu năm 2009 tỷ lệ tràn dịch khớp là 57,7% (do đã tính cộng dồn cả tràn dịch và viêm màng hoạt dịch

[2]. Nghiên cứu của EULAR 2005, tỷ lệ tràn dịch khớp là 43,7. Mermerci BB năm 2011 tỷ lệ tràn dịch (đã cộng dồn với viêm MHD) được tính chung cho 2 nhóm nghiên cứu là 48,57%. Như vậy tỷ lệ tràn dịch của các nghiên cứu là khác nhau. Điều này có thể lý giải do cách chọn bệnh nhân và cỡ mẫu có thể chưa đủ lớn.

**Viêm màng hoạt dịch:** Màng hoạt dịch khớp gối được đánh giá là viêm khi màng hoạt dịch tăng sinh và có bề dày >3mm. Trong nghiên cứu của chúng em, tỷ lệ phát hiện có dày màng hoạt dịch 23/80 (28,75%) (Bảng 3.6). Nghiên cứu của Lê Thị Liễu năm 2009 tỷ lệ này là 7,7% [2]. Nghiên cứu của Iagnocco A năm 2010, tỷ lệ này là 22,1% [7]. Kết quả của chúng em cũng tương tự các nghiên cứu trên.

**Kén Baker:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện có kén Baker là 16/80 (20%) (Bảng 3.6). Trong nghiên cứu của Lê Thị Liễu năm 2009 tỷ lệ có kén Baker là 17,7% [2]. Nghiên cứu của E. de Miguel Mendieta 2006 tỷ lệ này là 32,6% và nghiên cứu của Iagnocco A năm 2010, tỷ lệ này là 6,6% [7].

**4.4. Mối liên quan giữa siêu âm, XQ:** Gai xương là một dấu hiệu điển hình của bệnh lý thoái hóa khớp, đồng thời nó cũng là một trong yếu tố của tiêu chuẩn chẩn đoán ACR 1991. Trong tổn thương của thoái hóa khớp, gai xương thường có ở các giai đoạn. Giai đoạn sớm gai xương nhỏ và thường ở 1 vị trí, giai đoạn sau gai xương rõ và có thể ở nhiều vị trí. Trong nghiên cứu này, chúng em sử dụng siêu âm và X quang đánh giá gai xương tại 2 vị trí là khe đùi chày trong và khe đùi chày ngoài. Sự xuất hiện của gai xương có mặt ở tất cả các giai đoạn của thoái hóa khớp. Trong nghiên cứu của Cicuttini FM và cộng sự năm 1996 cho thấy sự hiện diện của gai xương cũng đã được cho thấy có liên quan chặt chẽ tới triệu chứng đau trên lâm sàng, gai xương đồng thời cũng được chứng minh là nguy cơ gây đau trong thoái hóa khớp với tỷ suất chênh OR = 7,56 [4]. Như vậy việc phát hiện gai xương có giá trị lớn trong chẩn đoán thoái hóa khớp. Trong nghiên cứu của chúng em tỷ lệ phát hiện gai xương ở 2 vị trí khe đùi chày trong và đùi chày ngoài trên SA đều là 30% so với XQ là 36,25% và 32,25%. Đối chiếu giữa 2 phương pháp này thì tỷ lệ phát hiện gai xương giữa 2 phương pháp (ở 2 vị trí khe đùi chày) XQ phát hiện gai xương tốt hơn so với SA. Trong nghiên cứu của Lê Thị Liễu năm 2009, nếu cũng đánh giá tại 2 vị trí trên thì tỷ lệ phát hiện gai xương của siêu âm là 76,2% và 31,5% so với XQ là 77% và 46%; tỷ lệ phát hiện gai xương ở 2 vị trí



này trên XQ lớn hơn siêu âm [2]. Điều này cho thấy giá trị của X quang trong việc phát hiện gai xương là tốt hơn so với trên siêu âm.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phát hiện gai xương trên XQ là 36,25% tại các vị trí khe đùi chày trong, 32,5% tại vị trí khe đùi chày ngoài và 67,5% tại vị trí xương bánh chè.

- Tỷ lệ phát hiện hẹp khe khớp trên XQ là 37,5% tại các vị trí khe đùi chày trong, 28,75% tại vị trí khe đùi chày ngoài và 63,75% tại vị trí đùi chày.

- Tỷ lệ phát hiện đặc xương dưới sụn trên XQ là 35% tại vị trí khe đùi chày trong và 31,25% tại vị trí khe đùi chày ngoài.

- Tỷ lệ phát hiện gai xương trên siêu âm là 42,5%, tràn dịch khớp trên siêu âm là 76,25%, tăng sinh màng hoạt dịch là 28,75%, kén Baker: 20%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ái.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp gối. Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y khoa Trường Đại học Y Hà Nội 2006, trang: 68 – 70.

2. **Lê Thị Liễu, Nguyễn Mai Hồng,** Nghiên cứu vai trò của siêu âm khớp trong chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp gối, Tạp chí y học nội khoa 2009.
3. **Abraham AM, Goff I, Pearce MS, Francis RM, Birrell F.** Reliability and validity of ultrasound imaging of features of knee osteoarthritis in the community. BMC Musculoskelet Disord. 2011 Apr 6;12:70.
4. **Cicuttini FM, Baker J, Hart DJ, Spector TD.** Association of pain with radiological changes in different compartments and views of the knee joint. Osteoarthritis Cartilage. 1996;4:143–147.
5. **De Miguel Mendieta E, Cobo Ibáñez T, Usón Jaeger J,** Bonilla Hernán G, Martín Mola E. "Clinical and ultrasonographic findings related to knee pain in osteoarthritis". Osteoarthritis Cartilage. 2006 Jun; 14(6): 540–4.
6. **Hinman RS, Crossley KM.** Patellofemoral joint osteoarthritis: an important subgroup of knee osteoarthritis. Rheumatology (Oxford). 2007 Jul; 46(7): 1057–62.
7. **Iagnocco A, Meenagh G, Riente L, Filippucci E, Delle Sedie A,** Scire CA, Ceccarelli F, Montecucco C, Grassi W, Bombardieri S. et al. Ultrasound imaging for the rheumatologist XXIX. Sonographic assessment of the knee in patients with osteoarthritis. Clin Exp Rheumatol. 2010; 28: 643–646.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI THÀNH PHỐ VINH TỈNH NGHỆ AN

Cao Trường Sinh\*

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** 1560 người tuổi từ 40 trở lên đã được đo mật độ xương tại vị trí xương gót bằng máy Osteosys 3000-EXA và đã được chẩn đoán giảm mật độ xương và loãng xương; gồm 743 người giảm mật độ xương và 817 người loãng xương. Tất cả được tuyên truyền nâng cao nhận thức thay đổi hành vi ăn uống, tập thể dục và thể thao, đi bộ, không hút thuốc lá, giảm rượu bia, phòng tránh gãy xương. Uống 2 cốc sữa có canxi/ngày và tư vấn dùng viên canxi bổ sung trong 9 tháng. **Kết quả:** Sau 9 tháng can thiệp. Ở nhóm giảm mật độ xương có 20% số người trở về bình thường và có 3,1% số người chuyển thành loãng xương. Ở nhóm loãng xương có 2,54% số người trở về bình thường và

23,4% chuyển thành giảm mật độ xương. Ở nhóm giảm mật độ xương T-score tăng lên có ý nghĩa từ -1,71 ± 0,42 lên -1,41 ± 0,39 và mật độ xương tăng có ý nghĩa từ 77,06 ± 8,4 % lên 88,6 ± 5,7%. Ở nhóm loãng xương T-score tăng có ý nghĩa từ -3,4 ± 0,7 lên -2,6 ± 0,6 và mật độ xương tăng lên có ý nghĩa từ 58,9 ± 23,5% lên 70,5 ± 10,7%. **Kết luận:** Các giải pháp tuyên truyền nâng cao nhận thức, tập thể dục thể thao, ăn uống thực phẩm giàu canxi, uống sữa giàu canxi và uống bổ sung canxi có hiệu quả làm giảm tình trạng loãng xương và tăng mật độ xương.

## SUMMARY

### TO EVALUATE EFFECTS OF SOME SOLUTIONS IN ORDER PREVENTIVE INTERVENTION OF OSTEOPOROSIS IN 40 YEARS AND OLDER IN VINH CITY NGHE AN PROVINCE

**Aim:** To evaluate the effects of some solutions to prevent the osteoporosis in people aged 40 and over in Vinh City. **Objects and methods:** 1560 people aged 40 and older had been measured the bone density at the calcaneal site by the Osteosys 3000-EXA machine and were diagnosed with reduced bone density and osteoporosis; 743 people had the reduction of bone density and 817 osteoporosis. All

\*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

were educated to increase awareness of changing eating behavior, exercise and sports, walking, not smoking, reducing alcohol, preventing fractures. Drink 2 cups of calcium rich in milk per day and advise to take calcium supplements for 9 months. **Results:** After 9 months of intervention. In the group with reduced the bone density, 20% returned to normal and 3.1% changed to osteoporosis. In the osteoporosis group, 2.54% returned to normal and 23.4% passed to reduce bone density. In the group with decreased bone density, T-score increased significantly from  $-1.71 \pm 0.42$  to  $-1.41 \pm 0.39$  ( $p < 0.05$ ) and significant increase in bone density from  $77, 06 \pm 8.4\%$  to  $88.6 \pm 5.7\%$  ( $p < 0.05$ ). T-score increased significantly from  $-3.4 \pm 0.7$  to  $-2.6 \pm 0.6$  ( $p < 0.05$ ) and bone density increased significantly from  $58.9 \pm 23.5\%$  to  $70.5 \pm 10.7\%$  ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Awareness-raising, exercise, calcium rich foods, calcium rich in milk and calcium supplements are effective in reducing osteoporosis and increasing the bone density.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh khá phổ biến hiện nay, để lại hậu quả gãy xương, giảm khả năng lao động của người bệnh và ảnh hưởng đến kinh tế gia đình. Trên thế giới, có khoảng 200 triệu người bị loãng xương, cứ 3 phụ nữ thì có 1 người bị loãng xương, tỷ lệ loãng xương nam giới là 1/5. Tại Châu Âu cứ 30 giây lại có một người bị gãy xương do loãng xương và tại Hoa Kỳ có khoảng 1,3 triệu người gãy cổ xương đùi do loãng xương. Tại Việt Nam, bệnh loãng xương ảnh hưởng tới 1/3 phụ nữ và 1/8 đàn ông trên 50 tuổi. Ước tính tại Việt Nam số người gãy cổ xương đùi do loãng xương đến năm 2010 là 26.000 và đến năm 2030 sẽ là 41.000 người [1], [2], [3].

Hiện nay, vấn đề giáo dục người dân dự phòng loãng xương cũng chưa được quan tâm đúng mức, số người dân biết về dự phòng và điều trị loãng xương trong cộng đồng chưa nhiều, vì vậy còn dẫn đến biến chứng gãy xương. Bởi vậy cần có những giải pháp tuyên truyền và hướng dẫn người dân biết cách phòng tránh loãng xương. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục đích: Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Hiệu quả can thiệp của 2 nhóm

**Bảng 3.1. Hiệu quả can thiệp của 2 nhóm**

| Biến số | n        |        | Kết quả sau can thiệp |          |    |
|---------|----------|--------|-----------------------|----------|----|
|         | Trước CT | Sau CT | Bình thường           | Giảm MDX | LX |

**2.1. Đối tượng:** 1560 người tuổi từ 40 trở lên đã được đo mật độ xương tại vị trí xương gót bằng máy Osteosys 3000- EXA (X quang năng lượng kép) và đã được chẩn đoán giảm mật độ xương và loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO 1994 [3]; gồm 743 người giảm mật độ xương và 817 người loãng xương.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp cộng đồng, đánh giá bằng so sánh kết quả trước sau.

Các giải pháp can thiệp được tiến hành trên 2 nhóm như sau:

#### Nhóm 1: Nhóm người giảm mật độ xương (743 người)

Áp dụng giải pháp chỉ tuyên truyền nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi nâng cao chất lượng sinh hoạt bằng tài liệu. Cụ thể:

+ Tuyên truyền bằng tài liệu nâng cao nhận thức về hậu quả của bệnh loãng xương, thay đổi hành vi như ăn uống thực phẩm giàu canxi, vận động thể lực, tập thể dục và thể thao, đi bộ, không hút thuốc lá, giảm rượu bia, thận trọng khi dùng corticoid.

+ Tư vấn bổ sung canxi bằng cách uống 2 cốc sữa có canxi/ngày và tư vấn dùng viên canxi bổ sung trong 9 tháng.

#### Nhóm 2: Nhóm người bị loãng xương gồm 817 người

Áp dụng giải pháp tuyên truyền bằng tài liệu + tập huấn, hướng dẫn thực hiện. Cụ thể:

+ Tuyên truyền bằng tài liệu nâng cao nhận thức về hậu quả của bệnh loãng xương, thay đổi hành vi như ăn uống thực phẩm giàu canxi, vận động thể lực, tập thể dục và thể thao phù hợp, đi bộ, không hút thuốc lá, giảm rượu bia, thận trọng khi dùng corticoid.

+ Bổ sung canxi bằng cách uống 2 cốc sữa có canxi/ngày và kê đơn dùng viên canxi bổ sung trong 9 tháng.

+ Tập huấn, hướng dẫn thực hiện chế độ đi bộ theo từng nhóm dựa vào chỉ số BMI và để phòng ngừa gãy xương.

+ Tập huấn, hướng dẫn chế độ ăn đối với bệnh nhân loãng xương.

Đánh giá hiệu quả sau 9 tháng can thiệp, bằng đo mật độ xương tại vị trí xương gót với máy Osteosys 3000-EXA của Hàn Quốc

|                      |   |      |       |       |       |      |
|----------------------|---|------|-------|-------|-------|------|
| <b>Nhóm giảm MĐX</b> | n | 743  | 645   | 130   | 495   | 20   |
|                      | % | 100% | 86,8% | 20%   | 76,7% | 3,1% |
| <b>Nhóm LX</b>       | n | 817  | 788   | 20    | 184   | 584  |
|                      | % | 100% | 96,4% | 2,54% | 23,4% | 74%  |
| <b>Tổng</b>          | n | 1560 | 1433  | 150   | 679   | 604  |

Sau can thiệp: 150 người có mật độ xương bình thường, 23,4% bệnh nhân ở nhóm loãng xương chuyển thành giảm mật độ xương và tỷ lệ mắc mới LX từ nhóm giảm MĐX là 3,1%.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ thực hiện luyện tập thể dục thể thao**

| <b>Nhóm</b>   | <b>n<sub>nt</sub></b> | <b>Trước CT</b> |             | <b>Sau CT</b> |             | <b>p(t-s)</b>   |
|---------------|-----------------------|-----------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|
|               |                       | <b>n</b>        | <b>%</b>    | <b>n</b>      | <b>%</b>    |                 |
| Loãng xương   | 817                   | 242             | 29,6        | 642           | 74,9        | <b>&lt;0,05</b> |
| Giảm MĐ xương | 743                   | 328             | 44,1        | 631           | 89,0        | <b>&lt;0,05</b> |
| <b>Tổng</b>   | <b>1560</b>           | <b>570</b>      | <b>36,5</b> | <b>1273</b>   | <b>81,6</b> | <b>&lt;0,05</b> |

**n<sub>nt</sub>**: Số lượng của nhóm trước can thiệp.

Tỷ lệ người tập luyện thể dục thể thao sau can thiệp cao hơn trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3. Tỷ lệ thực hiện chế độ ăn uống có bổ sung canxi**

| <b>Nhóm</b>   | <b>n<sub>nt</sub></b> | <b>Trước CT</b> |             | <b>Sau CT</b> |             | <b>p (t-s)</b>  |
|---------------|-----------------------|-----------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|
|               |                       | <b>n</b>        | <b>%</b>    | <b>n</b>      | <b>%</b>    |                 |
| Loãng xương   | <b>817</b>            | 387             | 47,4        | 753           | 92,2        | <b>&lt;0,05</b> |
| Giảm MĐ xương | <b>743</b>            | 425             | 57,2        | 602           | 81,0        | <b>&lt;0,05</b> |
| <b>Tổng</b>   | <b>1560</b>           | <b>812</b>      | <b>52,0</b> | <b>1355</b>   | <b>81,6</b> | <b>&lt;0,05</b> |

**n<sub>nt</sub>**: Số lượng của nhóm trước CT.

Sau can thiệp tỷ lệ thực hiện chế độ ăn bổ sung canxi cao hơn so với trước can thiệp, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4. Tỷ lệ thực hiện bổ sung 2 cốc sữa giàu canxi/ngày**

| <b>Nhóm</b>   | <b>n<sub>nt</sub></b> | <b>Trước CT</b>      |             | <b>Sau CT</b>        |             | <b>p</b>        |
|---------------|-----------------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|-----------------|
|               |                       | <b>n<sub>t</sub></b> | <b>%</b>    | <b>n<sub>t</sub></b> | <b>%</b>    |                 |
| Loãng xương   | <b>817</b>            | 152                  | 18,6        | 285                  | 34,9        | <b>&lt;0,05</b> |
| Giảm MĐ xương | <b>743</b>            | 120                  | 16,2        | 269                  | 36,2        | <b>&lt;0,05</b> |
| <b>Tổng</b>   | <b>1560</b>           | <b>272</b>           | <b>17,3</b> | <b>554</b>           | <b>35,5</b> | <b>&lt;0,05</b> |

**n<sub>nt</sub>**: Số lượng của nhóm trước CT. **n<sub>t</sub>**: số người thực hiện

Hơn 1/3 số đối tượng có giảm mật độ xương và loãng xương uống bổ sung 2 cốc sữa giàu canxi/ngày. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng cao rõ rệt.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ thực hiện uống 1g chế phẩm canxi/ngày theo đơn của bác sỹ**

| <b>Nhóm</b>       | <b>n<sub>n</sub></b> | <b>n<sub>t</sub></b> | <b>%</b>    | <b>p</b>        |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------------|
| Loãng xương       | <b>817</b>           | 387                  | 47,4        |                 |
| Giảm mật độ xương | <b>743</b>           | 241                  | 32,4        | <b>&lt;0,05</b> |
| <b>Tổng</b>       | <b>1560</b>          | <b>628</b>           | <b>40,3</b> |                 |

Nhóm đối tượng bị loãng xương thực hiện uống chế phẩm canxi cao hơn ở nhóm giảm mật độ xương.

### 3.2. Hiệu quả can thiệp trên điểm số T-score và % mật độ xương ở nhóm người giảm mật độ xương

**Bảng 3.6: Hiệu quả can thiệp ở nhóm giảm MĐ xương**

| <b>Biến số</b> | <b>Nhóm giảm mật độ xương</b> |               |                    |
|----------------|-------------------------------|---------------|--------------------|
|                | <b>Trước CT</b>               | <b>Sau CT</b> | <b>p (t-s)</b>     |
| <b>T-score</b> | -1,71 ± 0,42                  | -1,41 ± 0,39  | <b>p &lt; 0,05</b> |
| <b>% MĐX</b>   | 77,06 ± 8,4                   | 88,6 ± 5,7    | <b>p &lt; 0,05</b> |

Sau can thiệp chỉ số T-score và % mật độ xương đều tăng rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.3. Hiệu quả can thiệp trên điểm số T-score và % mật độ xương ở nhóm loãng xương

**Bảng 3.8: Hiệu quả can thiệp ở nhóm loãng xương**

| <b>Biến số</b> | <b>Nhóm loãng xương</b> |               |                    |
|----------------|-------------------------|---------------|--------------------|
|                | <b>Trước CT</b>         | <b>Sau CT</b> | <b>p (t-s)</b>     |
| <b>T-score</b> | -3,4 ± 0,7              | -2,6 ± 0,6    | <b>p &lt; 0,05</b> |
| <b>% MĐX</b>   | 58,9 ± 23,5             | 70,5 ± 10,7   | <b>p &lt; 0,05</b> |

Sau can thiệp chỉ số T-score và % mật độ xương đều tăng rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi phân nhóm can thiệp ở các mức độ khác nhau, các biện pháp can thiệp

- Nhóm 1: Áp dụng đối với những người giảm mật độ xương, sử dụng biện pháp tuyên truyền nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi, nâng cao chất lượng bằng tài liệu

- Nhóm 2: Áp dụng đối với những bệnh nhân loãng xương nhưng không sử dụng thuốc điều trị chỉ áp dụng biện pháp tuyên truyền nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi, nâng cao chất lượng bằng tài liệu kết hợp với tập huấn và hướng dẫn thực hiện.

##### 4.1. Hiệu quả can thiệp của 2 nhóm

- Ở nhóm giảm mật độ xương: trong tổng số 645 đối tượng giảm mật độ xương có 20% người giảm mật độ xương trở về bình thường, 76,7% người vẫn trong tình trạng giảm mật độ xương và có 3,1% bệnh nhân bị mắc loãng xương mới trong nhóm người bị giảm mật độ xương

- Ở nhóm loãng xương: trong tổng số 788 bệnh nhân bị bệnh LX có 2,54% bệnh nhân loãng xương trở về bình thường, 23,4% người LX chuyển sang giảm mật độ xương và có 74% bệnh nhân vẫn bị bệnh loãng xương.

Về vấn đề này, nghiên cứu của Ninh Thị Nhung (2008), tiến hành can thiệp trên 139 phụ nữ độ tuổi từ 40-65 tại Thái Bình cho thấy hiệu quả phục hồi mật độ xương nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng đối với xương quay là 10,2%, xương chày là 42,8%. Tỷ lệ mắc mới giảm mật độ xương ở nhóm can thiệp thấp hơn nhóm đối chứng đối với xương quay là 21,4% và xương chày là 25,7% [4].

Tỷ lệ luyện tập TDTT phòng chống bệnh LX trước can thiệp: 36,5%, sau can thiệp: 81,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Trung Hòa cho thấy: tỷ lệ người dân thực hành tập luyện thể dục từ 37,9% trước can thiệp tăng lên 57,9% sau can thiệp, hiệu quả can thiệp về tập thể dục là 49,1%. Tỷ lệ người dân tập thể thao từ 7,1% trước can thiệp tăng lên 11,3% sau can thiệp, hiệu quả can thiệp về tập thể thao là 117% [5]. Kết quả này cũng phù hợp với tỷ lệ kiến thức tăng sau can thiệp và tại các địa phương can thiệp đã hình thành câu lạc bộ. Loãng xương - Dưỡng sinh và kết quả cũng cho thấy tỷ lệ người dân tham gia tăng sau can thiệp (7,8% so với trước can thiệp là 3,7%) và sự khác biệt này có

ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đều cho kết quả luyện tập thể lực sẽ cải thiện tình trạng mật độ xương. Như vậy sau nghiên cứu tỷ lệ người dân nhận thức và thực hiện luyện tập TDTT để phòng tránh loãng xương cao hơn so với trước can thiệp.

Thực hiện chế độ ăn uống bổ sung các loại thức ăn có chứa nhiều canxi thực sự đã được cải thiện sau can thiệp, hầu hết người dân khi biết mình bị giảm mật độ xương hoặc LX đều có ý thức sử dụng các loại thức ăn có chứa nhiều canxi. Về kết quả can thiệp các biện pháp bổ sung canxi trong khẩu phần ăn và uống viên canxi, nghiên cứu của Nguyễn Trung Hòa [5], tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương can thiệp trên 422 người cho thấy: tỷ lệ người có thói quen uống sữa tăng rất ít sau can thiệp (27,6% so với trước can thiệp 27%), tỷ lệ người có uống viên thuốc canxi tăng nhẹ từ 7,1% lên 10,3%, tuy nhiên tỷ lệ người thực hiện ăn uống tăng cường dinh dưỡng bổ sung canxi tăng khá cao (15,9% trước can thiệp tăng lên 64,2% sau can thiệp).

Trước can thiệp tỷ lệ người dân thực hiện bổ sung canxi bằng uống sữa thấp nhưng sau can thiệp kết quả thực hiện bổ sung canxi bằng sữa giàu canxi: hơn 1/3 số đối tượng có giảm mật độ xương và loãng xương uống bổ sung 2 cốc sữa giàu canxi/ngày (35 - 36%) (bảng 3.4). Một nghiên cứu trên 200 phụ nữ Trung Quốc 57 tuổi và được bổ sung 2 ly sữa giàu calci mỗi ngày, thấy nhóm uống sữa có tốc độ mất xương chậm hơn rõ rệt so với nhóm không uống sữa [6]. Hiệu quả can thiệp trên uống sữa là 20,7%, uống viên canxi 80,7% và ăn uống thức ăn có hàm lượng canxi cao là 179%. Kết quả này cũng phù hợp với sự gia tăng tỷ lệ hiểu biết của người dân, 19,8% người dân hiểu biết nên các yếu tố nguy cơ trước can thiệp tăng lên 59,6% sau can thiệp, 26,7% người dân hiểu biết về kiến thức phòng bệnh trước can thiệp tăng lên 69,8% sau can thiệp.

##### 4.2. Hiệu quả can thiệp trên điểm số T-score và % mật độ xương ở nhóm giảm mật độ xương (nhóm 1):

Sau 9 tháng can thiệp ở nhóm giảm mật độ xương đã có cải thiện về điểm số T-score và % mật độ xương. Trước can thiệp ở nhóm này T-score:  $-1,7 \pm 0,42$ , sau can thiệp T-score tăng lên rõ rệt:  $-1,41 \pm 0,39$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trước can thiệp ở nhóm này % mật độ xương:  $77,06 \pm 8,4$ , sau can thiệp % mật độ xương tăng lên rõ rệt:  $88,6 \pm 5,7$ , sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với  $p < 0,05$ .

**4.3. Hiệu quả can thiệp trên điểm số T-score và % mật độ xương ở nhóm loãng xương (nhóm 2):** Sau 9 tháng can thiệp ở nhóm loãng xương đã có cải thiện về điểm số T-score và % mật độ xương. Trước can thiệp ở nhóm này T-score:  $-3,4 \pm 0,42$ , sau can thiệp T-score tăng lên rõ rệt:  $-2,6 \pm 0,6$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trước can thiệp ở nhóm này % mật độ xương:  $58,9 \pm 23,5$ , sau can thiệp % mật độ xương tăng lên rõ rệt:  $70,5 \pm 10,7$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Các giải pháp nâng cao nhận thức về bệnh, làm thay đổi hành vi ăn uống các thực phẩm giàu canxi, luyện tập thể dục thể thao, đề phòng gãy xương, uống sữa giàu canxi và uống viên canxi bổ sung có hiệu quả làm tăng mật độ xương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Như Hoa (2010), "Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn tức thời của liệu pháp truyền Aclasta trong điều trị loãng xương tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, số 58 tháng 12 năm 2010. p. 22-26.
2. WHO (1994), "Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis". Report of a WHO Study Group. World Health Organization technical report series; 843: 1-129.
3. Nguyen ND., Ahlborg HG., Center JR., Eisman JA, Nguyen TV (2007), "Residual lifetime risk of fractures in elderly women and men". J Bone Miner Res. 2007 Jun; 22 (6), p. 781-8.
4. Ninh Thị Nhung (2013) "Nghiên cứu tình trạng loãng xương và áp dụng một số biện pháp dự phòng cho phụ nữ từ 40-65 tuổi tại Thái Bình" năm 2008.
5. Nguyễn Trung Hòa (2016) "Đánh giá hiệu quả một số biện pháp sau can thiệp công đồng phòng chống loãng xương ở người từ 45 tuổi trở lên tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013-2015".
6. China Orthopedic Society, Guideline of the Diagnosis and Management of Osteoporotic Fracture. Chin J Orthop, 2008; 28 (10): 875-878

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ TỪ 36 ĐẾN DƯỚI 60 THÁNG TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ HUYỆN VŨ THƯ TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Văn Thúy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Chính<sup>2</sup>,  
Ninh Thị Nhung<sup>3</sup>, Lê Danh Tuyên<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại một số xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ SDD phối hợp nhiều thể chiếm 14,5%. 28,5% trẻ bị ít nhất một thể thiếu dinh dưỡng, trong đó 12,3% trẻ SDD nhẹ cân với tỷ lệ ở nam là 14,3% cao hơn ở nữ là 11,3% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ ; 26,2% trẻ SDD thấp còi với tỷ lệ ở nam là 29,4% cao hơn ở nữ là 22,9% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ ; và 4,2% trẻ SDD gầy còm với tỷ lệ ở nam là 5,3% cao hơn ở nữ là 3,0% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân, thấp còi, gầy còm ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Có 3,0% trẻ thừa cân, béo phì. **Kết luận:** 28,5% trẻ bị ít nhất một thể thiếu dinh dưỡng. 12,3% trẻ SDD nhẹ cân; 26,2%

trẻ SDD thấp còi; 4,2% trẻ SDD gầy còm với tỷ lệ ở trẻ nam đều cao hơn trẻ nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . 14,5% trẻ SDD phối hợp.

**Từ khóa:** Suy dinh dưỡng

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN FROM 36 TO 60 MONTHS IN SOME COMMUNES OF VU THU DISTRICT THAI BINH PROVINCE

**Objectives:** To determine the rate of malnutrition among children from 36 to under 60 months old in some communes of Vu Thu district, Thai Binh province. **Methods:** A descriptive epidemiological study was conducted through cross-sectional investigation. **Results:** The combined rate of malnutrition is 14.5%. 28.5% of children have at least one type of malnutrition. Among them: 12.3% of children have underweight and -boys have 14.3%, higher 11.3% in girls with  $p < 0.05$ . 26.2% of children have stunting and 29.4% in boys, higher 22.9% in girls with  $p < 0.05$ . 4.2% of children have wasting; with males 5.3% higher than females 3.0% significant at  $p < 0.05$ . The percentage of children with underweight, stunting, wasting in both age groups (36-47 months and 48-60 months) was higher in boys as compare with girls, but not statistically significant with  $p > 0.05$ . 3.0% of children have overweight and obese. **Conclusion:** 28.5% of children have at least one type of undernutrition. 12.3% have underweight; 26.2%

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình,

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>4</sup>Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thúy

Email: vanthuy63@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

have stunting and 4.2% have wasting. The percentage in boys was statistically significantly higher than in girls with  $p < 0.05$ . 14.5% of children have all kind of malnutrition.

**Key words:** malnutrition

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng ở những năm tháng đầu đời đặc biệt quan trọng vì nó ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, trí tuệ và bệnh tật sau này của trẻ. Tại Việt Nam, suy dinh dưỡng đang là vấn đề có nghĩa sức khỏe cộng đồng, trong đó nhóm đối tượng có nguy cơ cao là phụ nữ và trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi.

Đặc biệt, tình trạng dinh dưỡng thấp còi ảnh hưởng đến chiều cao, tầm vóc của người Việt Nam, tỉ lệ này vẫn còn ở mức cao và phân bố không đều giữa các vùng, miền trong cả nước. Hiện còn 39 tỉnh có tỉ lệ SDD thấp còi cao hơn trung bình cả nước năm 2015 (24,6%) trong đó có 11 tỉnh có tỉ lệ SDD thể thấp còi cao trên 30%, các tỉnh này tập trung chủ yếu ở 3 vùng: Tây Nguyên, Bắc trung bộ và duyên hải miền Trung, khu vực trung du và miền núi phía Bắc [3]. Thái Bình là một tỉnh nông nghiệp, trên 80% dân số sống bằng nghề nông, được sự quan tâm của cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương và sự nỗ lực của ngành Y tế, chương trình phòng chống SDD đã có những hoạt động đáng ghi nhận tại cộng đồng. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ mắc thể SDD vẫn còn cao. Để hiểu rõ hơn vấn đề này chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại một số xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:** trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi thuộc 4 xã: Minh Khai, Song Lãng, Nguyên Xá và Song An của huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2015

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

### Phương pháp chọn mẫu

- Chọn địa bàn nghiên cứu: chủ động chọn huyện Vũ Thư.

- Chọn xã: Lập danh sách toàn bộ các xã trên địa bàn Vũ Thư. Bốc thăm ngẫu nhiên lấy 4 xã để nghiên cứu.

- Chọn đối tượng điều tra: Chọn toàn bộ các cháu từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi của các xã chọn vào nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu cho đủ cỡ mẫu đã tính để xác định các chỉ số nhân trắc.

### Cỡ mẫu nghiên cứu:

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

$n = 461$  trẻ vì chọn mẫu chùm nên cỡ mẫu nhân gấp đôi vậy cỡ mẫu là 922 trẻ. Thực tế điều tra 938 trẻ

### Các kỹ thuật và tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu

- Tính nhóm tuổi
- Kỹ thuật nhân trắc
- + Xác định cân nặng của trẻ
- + Xác định chiều cao đứng của trẻ
- Phân loại trẻ em SDD theo WHO 2007

Sử dụng các số đo nhân trắc dinh dưỡng và phân loại trẻ em theo 3 chỉ tiêu: Cân nặng theo tuổi (CN/T) (Weight for Age: W/A), Chiều cao theo tuổi (CC/T) (Height for Age: H/A), cân nặng theo chiều cao (CN/CC) (Weight for Height: W/H).

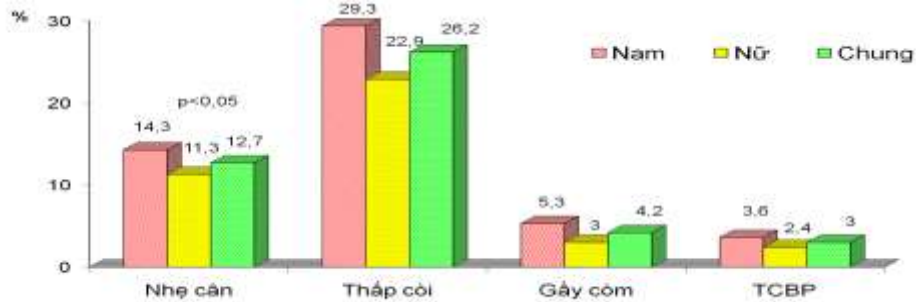
- + Trẻ nhẹ cân: là trẻ có CN/T < - 2 SD
- + Trẻ thấp còi: là trẻ em có CC/T < - 2SD
- + Trẻ gầy còm: là trẻ em có CN/CC < - 2SD
- + Trẻ thừa cân béo phì: là trẻ có CN/CC > + 2SD

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch và nhập máy. Sử dụng phần mềm SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago) để phân tích.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Phân bố tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo giới tính**

| Giới tính \ SDD | Nhẹ cân |      | Thấp còi |      | Gầy còm |     | TCBP  |     |
|-----------------|---------|------|----------|------|---------|-----|-------|-----|
|                 | SL      | %    | SL       | %    | SL      | %   | SL    | %   |
| Nam (n=476)     | 68      | 14,3 | 140      | 29,4 | 25      | 5,3 | 17    | 3,6 |
| Nữ (n=462)      | 51      | 11,3 | 106      | 22,9 | 14      | 3,0 | 11    | 2,4 |
| Chung (n=938)   | 119     | 12,7 | 246      | 26,2 | 39      | 4,2 | 28    | 3,0 |
| p               | <0,05   |      | <0,05    |      | <0,05   |     | >0,05 |     |



**Biểu đồ 1. Phân bố tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo giới tính (n=938)**

Kết quả bảng và biểu đồ trên cho thấy có 12,3% trẻ SDD nhẹ cân với tỷ lệ ở nam là 14,3% cao hơn ở nữ là 11,3% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Có 26,2% trẻ SDD thấp còi với tỷ lệ ở nam là 29,4% cao hơn ở nữ là 22,9% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ ; có 4,2% trẻ SDD gầy còm với tỷ lệ ở nam là 5,3% cao hơn ở nữ là 3,0% có ý nghĩa với  $p < 0,05$  và có 3,0% trẻ thừa cân, béo phì.

**Bảng 2. Tỷ lệ % SDD thể nhẹ cân theo nhóm tuổi và giới tính**

| Tháng tuổi   | Nam        |             | Nữ         |             | p                             |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------------------------|
|              | n          | %           | n          | %           |                               |
| 36 – 47      | 246        | 12,2        | 236        | 9,3         | $> 0,05$                      |
| 48 – 60      | 230        | 16,5        | 226        | 12,8        | $> 0,05$                      |
| <b>Chung</b> | <b>476</b> | <b>14,3</b> | <b>462</b> | <b>11,3</b> | <b><math>&lt; 0,05</math></b> |

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ cân ở nam là 14,3% cao hơn ở nữ là 11,3% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Trong đó tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. Tỷ lệ % SDD thể thấp còi theo nhóm tuổi và giới tính**

| Tháng tuổi   | Nam        |             | Nữ         |             | p                             |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------------------------|
|              | n          | %           | n          | %           |                               |
| 36 – 47      | 246        | 25,2        | 236        | 20,3        | $> 0,05$                      |
| 48 – 60      | 230        | 33,9        | 226        | 25,7        | $> 0,05$                      |
| <b>Chung</b> | <b>476</b> | <b>29,4</b> | <b>462</b> | <b>22,9</b> | <b><math>&lt; 0,05</math></b> |

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở nam là 29,4% cao hơn ở nữ là 22,9% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Trong đó tỷ lệ trẻ SDD thấp còi ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 4. Tỷ lệ SDD thể gầy còm theo nhóm tuổi và giới tính**

| Tháng tuổi   | Nam        |            | Nữ         |            | p                             |
|--------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------------|
|              | n          | %          | n          | %          |                               |
| 36 – 47      | 246        | 4,9        | 236        | 2,1        | $< 0,05$                      |
| 48 – 60      | 230        | 5,6        | 226        | 3,9        | $< 0,05$                      |
| <b>Chung</b> | <b>476</b> | <b>5,3</b> | <b>462</b> | <b>3,0</b> | <b><math>&lt; 0,05</math></b> |

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ SDD gầy còm ở nam là 5,3% cao hơn ở nữ là 3,0% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Trong đó tỷ lệ trẻ SDD thấp còi ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 5. Phân tích tỷ lệ SDD theo 3 chỉ tiêu nhân trắc**

| Các thể SDD       |                       | Tháng tuổi     |                |                |
|-------------------|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
|                   |                       | 36-47 (n= 482) | 48-60 (n= 456) | Chung (n= 938) |
| Tỷ lệ mắc thể SDD | Mắc ít nhất 1 thể SDD | 26,7           | 30,2           | 28,5           |
|                   | Nhẹ cân đơn thuần     | 5,2            | 6,3            | 5,7            |
|                   | Gầy còm đơn thuần     | 1,2            | 2,2            | 1,7            |
|                   | Thấp còi đơn thuần    | 15,7           | 18,4           | 17,1           |
|                   | TCBP đơn thuần        | 2,3            | 2,7            | 2,5            |
|                   | Phối hợp              | 13,3           | 15,8           | 14,5           |

Kết quả bảng trên cho thấy 28,5% trẻ bị ít nhất một thể SDD. Trong số đó mắc SDD thấp còi đơn thuần chiếm 17,1% và ở trẻ nhóm tuổi 48-60 tháng cao hơn nhóm 36-47 tháng với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ trẻ SDD phối hợp nhiều thể chiếm 14,5%. Tỷ lệ trẻ mắc SDD thể phối hợp cao hơn ở trẻ từ 48-60 tháng tuổi.

#### IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân chung ở trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,3% thấp hơn so với trung bình của cả nước năm 2015 (14,1%), của tỉnh Thái Bình là 16%. So với một số nghiên cứu cùng thời điểm thì tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả điều tra tại Lai Châu, Yên Bái. Điều này có thể do hiệu quả công tác phòng chống SDD thể nhẹ cân đã được triển khai ở địa phương nhiều năm và đã có kết quả rõ rệt, cộng với ưu thế của địa bàn là có lượng thực, thực phẩm tại chỗ dồi dào và có chất lượng cao. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trẻ em dưới 5 tuổi ở trẻ trai (14,3%) cao hơn trẻ gái (11,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong đó tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tỷ lệ SDD thể thấp còi trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc mức trung bình (26,2%) cũng tương đương với tỷ lệ chung toàn quốc là 26,7% năm 2012 theo báo cáo của Viện Dinh dưỡng [4],[5]. Tỷ lệ SDD thấp còi ở nam là 29,4% cao hơn ở nữ là 22,9% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Trong đó tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tác giả Lê Danh Tuyên nghiên cứu trên 8 vùng sinh thái trong cả nước năm 2012 cho thấy tỷ lệ SDD không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ ở tất cả các vùng sinh thái. Một số nghiên cứu cho thấy trong thời gian qua cho thấy xu hướng SDD các thể của nam cao hơn so với nữ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả tổng điều tra toàn quốc 2009-2010 cũng cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở nam là 31,5% cao hơn so với ở nữ là 27,1%, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  [1].

SDD thể gầy còm của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,2%; thấp hơn so với tổng điều tra toàn quốc của Viện dinh dưỡng năm 2010 là 7,1%. Tương tự như SDD thể nhẹ cân và thấp còi, tỷ lệ SDD gầy còm ở nam là 5,3% cao hơn ở nữ là 3,0% có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Trong đó tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân ở cả 2 nhóm tuổi từ 36-47 tháng và 48-60 tháng, nam đều cao hơn so với nữ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  [6].

Tỷ lệ thừa cân béo phì của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,0%, thấp hơn so với bình quân chung cả nước năm 2010 là 5,6% và thấp

hơn mức xác định trong chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001 - 2010 (5%). Tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ, tương tự như trong kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Ninh cho thấy bình quân chung tỷ lệ thừa cân béo phì của trẻ từ 7 đến 15 tuổi ở vùng ven biển là 1,7% và nam (2,3%) cao hơn nữ (1,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2].

Trong số 938 trẻ điều tra ban đầu, thì nhóm tuổi từ 48 đến 60 tháng tuổi có tỷ lệ mắc ít nhất một thể SDD cao nhất 30,2% và trẻ từ 36-47 tháng tuổi có tỷ lệ trẻ SDD thấp hơn là 26,7%. Kết quả này phù hợp với kết quả thống kê tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2010 [6]. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy nhóm trẻ SDD thể nhẹ cân đơn thuần là 5,7%; thể thừa cân béo phì đơn thuần chung tương ứng là 2,5%; thể SDD thấp còi đơn thuần là 17,1% và SDD thể phối hợp là 14,5%. Điều này cho thấy việc can thiệp giảm tỷ lệ SDD cần ưu tiên tập trung cho các giải pháp phòng chống SDD thấp còi và các thể phối hợp khác. Đây là tình trạng thiếu SDD kéo dài kèm theo thiếu vi chất dinh dưỡng và nhiễm ký sinh trùng nhiều lần và can thiệp đồng bộ nhiều giải pháp gồm cả tăng khẩu phần ăn về năng lượng, cân đối các chất dinh dưỡng và các vi chất cần thiết cũng như việc phòng chống các bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng cho trẻ.

#### V. KẾT LUẬN

28,5% trẻ bị ít nhất một thể thiếu dinh dưỡng, trong đó 12,3% trẻ SDD nhẹ cân; 26,2% trẻ SDD thấp còi; 4,2% trẻ SDD gầy còm với tỷ lệ ở trẻ nam đều cao hơn trẻ nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . 14,5% trẻ SDD thể phối hợp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Viện Dinh dưỡng (2010), Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Nguyễn Xuân Ninh (2010)**, Tình trạng thiếu máu và các biện pháp phòng chống ở Việt Nam, Bài trình bày tại Hội thảo Quốc gia về Phòng chống thiếu máu dinh dưỡng theo chu kỳ vòng đời, Hà Nội, Việt Nam.
3. **Trần Quang Trung (2014)**, Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và hiệu quả can thiệp cải thiện khẩu phần ăn cho trẻ dưới 5 tuổi vùng ven biển Tiền Hải, Thái Bình, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
4. **Viện Dinh dưỡng, Bộ Y tế (2010)**, Chương trình hành động Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2010 – 2020, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Viện Dinh dưỡng (2012)**, Kế hoạch triển khai chiến lược quốc gia dinh dưỡng 2008, Báo cáo tại Hội nghị Dinh dưỡng toàn quốc năm 2008, Hà Nội.
6. **Viện Dinh dưỡng (2010)**, Báo cáo tăng cường vi chất vào thực phẩm ở Việt Nam, Hội thảo quốc gia về phòng chống thiếu máu theo chu kỳ vòng đời,



## MỨC ĐỘ RỐI LOẠN CƠ XƯƠNG KHỚP TRÊN CÔNG NHÂN THU GOM RÁC THẢI CÔNG TY MÔI TRƯỜNG ĐÔ THỊ HÀ NỘI NĂM 2017

Nguyễn Văn Bằng\*, Nguyễn Thúy Quỳnh\*\*,  
Nguyễn Thanh Xuân\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ rối loạn cơ xương khớp (RLCXX) ở công nhân thu gom rác thải đô thị Hà Nội năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 468 công nhân trực tiếp thu gom rác thải (CNTGRT) làm việc tại 1 chi nhánh công ty môi trường đô thị Hà Nội, đảm bảo tiêu chuẩn chọn; sử dụng bộ câu hỏi Orebro để phỏng vấn công nhân: bộ câu hỏi có 2 phần lớn (đánh giá cơn đau, vị trí đau; đánh giá ảnh hưởng của cơn đau tới sinh hoạt và lao động); điểm tổng cộng cao cho thấy nguy cơ mắc rối loạn cơ xương khớp, tác động của đau cơ xương khớp tới chức năng, sinh hoạt và lao động càng lớn. **Kết quả:** tỷ lệ công nhân có RLCXX (74,4%), vị trí có đau CXK nhiều nhất là thắt lưng (46,8%), cổ (43,4%), đùi (18,4%); 60,7% đối tượng đau từ 2 vị trí trở lên; thời gian RLCXX của CNTGRT chủ yếu là hơn 1 năm (67,2%); 63,5% có mức độ RLCXX là đau nhiều/ thường xuyên; rất đau (11,8%); trong 3 tháng qua có 96,6% CNTGRT đau CXK ở các mức độ khác nhau; sau khi làm mọi cách để giảm đau thì tỷ lệ đối tượng có RLCXX giảm hoàn toàn thấp (7,4%); điểm tổng Orebro của nghiên cứu là 97,5; điểm tổng Orebro có phân phối chuẩn. Điểm thấp nhất là 32,0 điểm và điểm cao nhất là 160 điểm. **Kết luận:** CNTGRT có tỷ lệ mắc RLCXX cao lên tới 74,4%; trong đó vị trí đau nhiều nhất là ở vùng thắt lưng, cổ, đùi. Sau khi làm mọi biện pháp để giảm đau chỉ có 7,4% CNTGRT giảm đau hoàn toàn; 63,4% đối tượng có khả năng phục hồi RLCXX cao; 36,6% đối tượng có khả năng phục hồi thấp.

**Từ khóa:** công nhân; rác thải; bộ câu hỏi orebro.

### SUMMARY

#### ASSESS DISORDERLY MUSCULOSKELETAL LEVEL OF WORKERS OF COLLECTION WASTE GARBAGE HANOI URBAN ENVIRONMENT COMPANY IN 2017

**Objects:** To assess disorderly musculoskeletal level of workers of collection waste garbage Hanoi Urban environment Company in 2017. **Subjects and methods:** 468 workers directed collection waste garbage worked in one branch of Hanoi Urban Environment Company, to make standard choice. Workers answer orebro questionnaire: questionnaire has 2 parts (assess a fit of pain, position of pain; assess the effect of the fit of pain to activity and

working); the higher total score is the more the danger of disorderly musculoskeletal, assess the effect of the fit of pain to function, activity and working.

**Results:** the rate of workers has disorderly musculoskeletal level (74.4%), the position has the most musculoskeletal pain is waist (46.8%), neck (43.4%), thigh (18.4%); 60.7% workers has pain at 2 positions and more; time of disorderly musculoskeletal level of workers of collection waste garbage is more than 1 year (67.2%); 63.5% assess disorderly musculoskeletal level is very pain/ frequent pain, very pain (11.8%); in past three months, 96.6% workers of collection waste garbage has musculoskeletal pain with different pain level; after doing every way to reduce pain, workers are in no pain have low rate (7.4%); total orebro marks of studying is 97.5, total orebro marks has standard distribution, the lowest mark is 32.0, the highest mark is 160. **Conclusion:** the rate of workers has disorderly musculoskeletal level (74.4%), the position has the most musculoskeletal pain is waist, neck, thigh. After doing every way to reduce pain, workers are in no pain have low rate (7.4%); 63.4% has ability high rehabilitate disorderly musculoskeletal level, 36.6% has ability low rehabilitate disorderly musculoskeletal level.

**Key words:** worker, waste garbage, orebro questionnaire.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ xương khớp liên quan đến nghề nghiệp (RLCXKNN) là những chấn thương và các rối loạn gây cảm giác đau đớn tới cơ bắp, gân và dây thần kinh ảnh hưởng đến cử động hoặc hệ thống CXK của cơ thể người lao động [2]. Triệu chứng cơ bản, hay gặp nhất của RLCXKNN là đau. Trong một số trường hợp có thể xuất hiện cứng khớp, căng cơ, tấy đỏ và sưng vùng bị ảnh hưởng. Một số công nhân có thể thấy "bút rút như kiến bò", tê liệt, thay đổi màu da hoặc giảm tiết mồ hôi ở bàn tay [2]. RLCXKNN xuất hiện và phát triển khi các cơ bắp hoạt động nhiều lần hoặc trong một thời gian dài mà không được nghỉ ngơi. Nguy cơ chấn thương sẽ tăng lên nếu lực tác dụng lớn hoặc công nhân phải làm việc trong tư thế bất lợi. Hầu hết RLCXKNN liên quan đến công việc là những rối loạn tích lũy, do phơi nhiễm lặp đi lặp lại với công việc có cường độ cao hoặc thấp trong thời gian dài. Những rối loạn này chủ yếu ảnh hưởng đến gáy, vai và chi trên nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến các chi dưới [1,7].

\*Học viện Quân y

\*\*Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

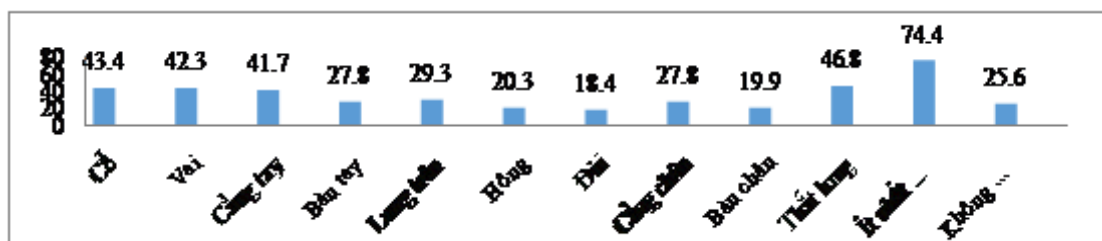
Ngày duyệt bài: 11.12.2017

RLCXKNN tiến triển từ từ, tích lũy theo thời gian. Hầu như tất cả các công việc đều đòi hỏi việc sử dụng cánh tay và bàn tay. Do đó, RLCXKNN ở chi trên và vai là phổ biến. RLCXKNN cũng có thể ảnh hưởng đến chân, hông, mắt cá chân và bàn chân trong trường hợp điều kiện công việc đòi hỏi sử dụng chân và các khớp chân nhiều [1,2]. RLCXKNN tiến triển theo giai đoạn từ nhẹ đến nặng, từ không thoải mái đến đau đớn, từ lúc chỉ xảy ra khi đang làm việc cho đến khi xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi. Kèm theo đó là các triệu chứng có thể biến mất nhanh chóng sau ca làm việc, sau đó xuất hiện ngày càng dai dẳng ngay cả khi không làm việc. Công nhân gom rác thải đô thị có phơi nhiễm với éc gô nô my, lực tác động, tư thế lao động bất lợi, công việc có tính chất lặp đi lặp lại, gánh nặng lao động thể lực, tổ chức lao động, do vậy có thể dẫn đến RLCXKNN. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *đánh giá mức độ rối loạn cơ xương khớp ở công nhân thu gom rác thải đô thị Hà Nội năm 2017*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 468 công nhân làm việc thu gom rác thải làm việc tại chi nhánh Hai Bà Trưng- công ty môi trường đô thị Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Trong 468 đối tượng nghiên cứu có 348 người có RLCXK (74,4%); không có RLCXK (25,6%); vị trí có đau CXK nhiều nhất là thắt lưng (46,8%), tiếp theo là cổ (43,4%), vị trí ít đau CXK nhất là đầu (18,4%).

**Bảng 1: Số lượng vị trí rối loạn cơ xương khớp trên công nhân thu gom rác thải (n=468)**

| Vị trí               | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|--------------|-----------|
| Chỉ đau tại 1 vị trí | 64           | 13,7      |
| Đau tại 2 vị trí     | 51           | 10,9      |
| Đau tại 3 vị trí     | 59           | 12,6      |
| Đau tại 4 vị trí     | 40           | 8,5       |
| Đau tại 5 vị trí     | 32           | 6,8       |
| Đau tại 6 vị trí     | 18           | 3,8       |
| Đau tại 7 vị trí     | 21           | 4,5       |
| Đau tại 8 vị trí     | 8            | 1,7       |
| Đau tại 9 vị trí     | 10           | 2,1       |

**Tiêu chuẩn chọn:** công nhân có hợp đồng lao động, trực tiếp thu gom rác thải, làm việc ít nhất 18 tháng trước thời điểm nghiên cứu.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2017

## 2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích.  
- Sử dụng bộ câu hỏi Orebro để phỏng vấn công nhân: Bộ câu hỏi có 2 phần lớn: đánh giá cơn đau, vị trí đau; đánh giá ảnh hưởng của cơn đau tới sinh hoạt và lao động. Bộ câu hỏi Orebro có 25 câu hỏi, bao gồm câu hỏi về ngày nghỉ làm việc, lo lắng và căng thẳng, trầm cảm, đau, các hoạt động của cuộc sống hàng ngày liên quan đến đau, đối phó, và mong đợi của bệnh nhân để hồi phục... Điểm của bộ câu hỏi được tính 21 câu (từ câu 3-25). Mỗi câu hỏi có số điểm từ 0-10 điểm tương ứng với các phương án lựa chọn. Tổng điểm dao động từ 1-210 điểm. Điểm cắt được khuyến cáo sử dụng nhiều nhất là 105 đã được đề xuất cho những nguy cơ rối loạn cơ xương khớp kéo dài. Điểm tổng dao động từ 90 - 100 cho thấy khả năng phục hồi của RLCXK cao, tuy nhiên điểm tổng từ 105-119 cho thấy khả năng phục hồi thấp. Điểm tổng càng cao cho thấy nguy cơ mắc rối loạn cơ xương khớp, tác động của đau cơ xương khớp tới chức năng, sinh hoạt và lao động càng lớn [3,4,5].

|                           |     |      |
|---------------------------|-----|------|
| Đau tại tất cả các vị trí | 45  | 9,6  |
| Có ít nhất tại 1 vị trí   | 348 | 74,4 |

CNTGRT đau tại 1 vị trí chỉ (13,7%); 60,7% đối tượng đau từ 2 vị trí trở lên.

**Bảng 2: Thời gian nghỉ việc của công nhân thu gom rác thải do rối loạn cơ xương khớp (n=348)**

| Thời gian nghỉ việc      | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--------------|-----------|
| 0 ngày                   | 1            | 0,3       |
| Từ 1 ngày trở lên/ 1 năm | 347          | 99,7      |

CNTGRT có RLCXK phải nghỉ làm từ 1-2 ngày/1 năm (99,7%), chỉ có 1 đối tượng duy nhất không phải nghỉ làm vì đau cơ xương khớp.

**Bảng 3: Thời gian rối loạn cơ xương khớp trên công nhân thu gom rác thải (n=348)**

| Thời gian đau             | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|--------------|-----------|
| < 1 tuần                  | 12           | 3,4       |
| Trên 1 tuần tới < 6 tháng | 67           | 19,3      |
| 6-9 tháng                 | 16           | 4,6       |
| 9-12 tháng                | 19           | 5,5       |
| Hơn 1 năm                 | 234          | 67,2      |

Thời gian RLCXK của CNTGRT chủ yếu là hơn 1 năm (67,2%). Tỷ lệ đau 1 tuần gần đây chỉ chiếm 3,4%.

**Bảng 4: Mức độ đau rối loạn cơ xương khớp trong 1 tuần gần đây trên công nhân thu gom rác thải (n=348)**

| Mức độ đau                 | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|--------------|-----------|
| Không đau                  | 1            | 0,3       |
| Đau ít/thỉnh thoảng        | 85           | 24,4      |
| Đau nhiều/thường xuyên đau | 221          | 63,5      |
| Rất đau                    | 41           | 11,8      |

**Nhận xét:** 63,5% CNTGRT có RLCXK, mức độ RLCXK là đau nhiều/thường xuyên; 41 trường hợp rất đau (11,8%).

**Bảng 5: Mức độ trầm trọng của cơn đau rối loạn cơ xương khớp trong 3 tháng qua trên công nhân thu gom rác thải (n=348)**

| Mức độ đau                 | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|--------------|-----------|
| Không đau                  | 12           | 3,4       |
| Đau ít/thỉnh thoảng đau    | 154          | 44,3      |
| Đau nhiều/thường xuyên đau | 170          | 48,9      |
| Rất đau                    | 12           | 3,4       |

Có 96,6% CNTGRT đau CXK ở các mức độ khác nhau.

**Bảng 6: Mức độ giảm đau khi đã làm mọi cách giảm đau ở công nhân thu gom rác thải (n=348)**

| Mức độ giảm đau     | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------|-----------|
| Không giảm chút nào | 26           | 7,4       |
| Giảm ít             | 128          | 36,8      |
| Giảm đau nhiều      | 168          | 48,3      |
| Giảm đau hoàn toàn  | 26           | 7,4       |

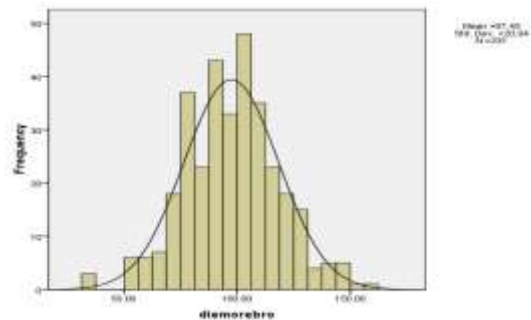
Sau khi làm mọi cách để giảm đau thì tỷ lệ đối tượng có RLCXK giảm hoàn toàn ít (7,4%), và không giảm đau chút nào là 7,4%.

**Bảng 7: Điểm Orebro (n=348)**

| Điểm Orebro | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|--------------|-----------|
| < 105 điểm  | 221          | 63,4      |
| ≥ 105 điểm  | 127          | 36,6      |

**Điểm trung bình Orebro:** Với thang điểm là từ 1 - 210 trung bình điểm tổng Orebro của nghiên cứu là 97,5; điểm tổng Orebro có phân

phối chuẩn. Điểm thấp nhất là 32,0 điểm và điểm cao nhất là 160 điểm.



Điểm trung bình: 97,45  
Độ lệch chuẩn: 20,94

**Biểu đồ 2: Bảng phân phối điểm tổng Orebro**

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ đối tượng mắc RLCXK cao (74,4%), cao hơn so với các nghiên cứu trong nước và thế giới với tỷ lệ CNTGRT mắc RLCXKNN chiếm khoảng 45-70% [6]. Kết quả này có chút khác biệt có thể do sự chưa tương đồng trong đặc điểm cá nhân của đối tượng hoặc có thể bởi điều kiện làm việc của CNTGRT tại các quốc gia có phần khác nhau. Nghiên cứu cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu khác với tỷ lệ đau vùng thắt lưng của CNTGRT có tỷ lệ cao nhất với 46,8% sau đó là đau cổ với 43,4%, đau vai với 42,3%, vị trí có tỷ lệ đau ít nhất là bàn chân (19,9%), đùi (18,4%). Trong khi đó trên thế giới triệu chứng đau vùng lưng và thắt lưng được phản ánh nhiều nhất dao động từ 30-73% [6]. Theo sau đó là đau chi trên 39,6% [6], đau vai 37%, đau chi dưới 27,4% [6], đau hông 1%.

Do tính chất công việc phải thay đổi tư thế liên tục nên CNTGRT thường mắc RLCXK tại nhiều vị trí thay vì 1 vị trí duy nhất. Điều này lý giải tỷ lệ CNTGRT chỉ đau tại 1 vị trí chỉ chiếm 13,7% trong khi 60,7% công nhân mắc RLCXK từ 2 vị trí trở lên. Trong nhóm CNTGRT mắc RLCXK có tới 99,7% công nhân phải nghỉ làm từ 1 ngày trở lên/1 năm, chỉ 0,2% CNTGRT là không phải nghỉ ngày nào do RLCXK.

Tương tự đó kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trong nhóm công nhân mắc RLCXK có mức độ không đau RLCXK trong 1 tuần trở lại đây chỉ chiếm 0,3%; 99,7% là đau ở các mức độ khác nhau. Trong đó tỷ lệ rất đau chiếm tới 11,8%. Và trong 3 tháng trước nghiên cứu, tỷ lệ công nhân mắc RLCXK đánh giá mức độ trầm trọng của RLCXK là không đau cũng chỉ chiếm 3,4%;

còn lại đều đánh giá ở các mức độ đau khác nhau tập trung chủ yếu ở nhóm đau nhiều/ thường xuyên đau chiếm tới 48,9%; tỷ lệ đánh giá rất đau là 3,4%. Và khi đã làm mọi cách để giảm đau thì tỷ lệ giảm đau hoàn toàn chỉ là 7,4% trong đó nhóm công nhân không giảm chút nào cũng là 7,4%.

Tuy chưa có nghiên cứu nào chuyên biệt về đánh giá mức độ trầm trọng của RLCXK ở nhóm CNTGRT nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy rằng công nhân đang phải gánh chịu không ít những ảnh hưởng xấu từ RLCXK không chỉ tới sức khỏe mà cả công việc của họ khi phải nghỉ làm vì RLCXK.

Qua các nghiên cứu chuẩn hóa bộ công cụ Orebro cho thấy: điểm tổng dao động từ 90 - 100 cho thấy khả năng phục hồi của RLCXK cao, tuy nhiên điểm tổng từ 105 cho thấy khả năng phục hồi thấp, nguy cơ RLCXK trở thành mạn tính cao. Điểm tổng càng cao cho thấy nguy cơ mắc RLCXK tác động của đau cơ xương khớp tới chức năng, sinh hoạt và lao động càng lớn [3,4,5]. Tỷ lệ công nhân có điểm tổng Orebro từ 1-100 chiếm 40,6%; nhóm đối tượng có điểm tổng Orebro trên 105 điểm chiếm tới 36,6%. Như vậy gần 40% đối tượng nghiên cứu có khả năng phục hồi thấp và chỉ 40% đối tượng có khả năng phục hồi RLCXK cao. Vậy nên cần có những biện pháp để tình trạng RLCXK được cải thiện từ đó nâng cao khả năng lao động, chất lượng cuộc sống cho CNTGRT.

## V. KẾT LUẬN

CNTGRT có tỷ lệ mắc RLCXK cao lên tới 74,4%. Trong đó vị trí đau nhiều nhất là ở vùng thắt lưng (46,8%); cổ (43,3%); đùi (18,4%).

Trong nhóm công nhân báo cáo có RLCXK, 60,7% mắc RLCXK từ 2 vị trí trở lên. Tỷ lệ CNTGRT phải nghỉ từ 1 ngày trở lên do RLCXK chiếm tỷ lệ cao với 99,8%. 49,6% CNTGRT mức độ đau là vừa phải và chỉ có 2,6% đối tượng không đau. Sau khi làm mọi biện pháp để giảm đau chỉ có 7,4% CNTGRT thấy giảm đau hoàn toàn. 63,4% đối tượng có khả năng phục hồi RLCXK cao; 36,6% đối tượng có khả năng phục hồi thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Tuyết Nhung** (1995), Nghiên cứu điều kiện lao động của nữ công nhân vệ sinh môi trường đô thị. *Khuyến nghị, giải pháp*.
2. **Canadian Centre for Occupational Health and Safety** (2014), Work-related Musculoskeletal Disorders (WMSDs) - Risk Factors - OSH Answers Fact Sheets, accessed 11/03/2016, from <https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/risk.html>.
3. **Jellema P, Windt DA, Horst HE, Stalman WA, Bouter LM** (2007), "Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments", *Br J Gen Pract*.
4. **Linton SJ, Boersma K.** (2003), "Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire", *Clin J Pain*, 19, pp. 80.
5. **Linton SJ, Nicholas M, Macdonald S** (2010), "Development of a short form of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire", *Spine (Phila Pa 1976)*, 10(1097).
6. **Myong JP, et al.** (2008), "Musculo-skeletal Symptoms of Municipal Sanitation Workers and Ergonomic Evaluation on Upperlimb.", *Korean J Occup Environ Med*, 20(2), pp. 93-103.
7. **Parul G and Kiran UV** (2012), "Postural Discomfort among Sanitation Workers", *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(10).

## KHẢO SÁT THỰC TRẠNG CẤP CỨU BAN ĐẦU CÁC BỆNH NHÂN GÂY XƯƠNG Ở CƠ QUAN VẬN ĐỘNG TRONG 5 NĂM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Hữu Chiến\*, Phạm Đăng Ninh\*, Nguyễn Tiến Bình\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gãy xương ở cơ quan vận động (GXCQVD), là một chấn thương hay gặp do nhiều nguyên nhân, vấn đề cấp cứu ban đầu đóng vai trò quan trọng góp phần làm giảm tỷ lệ các biến chứng và tạo thuận lợi cho xử trí cơ bản ở tuyến sau. **Mục tiêu:**

Đánh giá thực trạng công tác cấp cứu ban đầu tại các khu vực, thời gian cấp cứu và các biện pháp cấp cứu gãy xương ở cơ quan vận động. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu số liệu thứ cấp 4918 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bị gãy xương ở cơ quan vận động, cấp cứu và điều trị lần đầu tiên tại BVQY 103, trong thời gian từ 01/1/2010 - 31/12/2014. **Kết quả nghiên cứu** cho thấy: tỷ lệ nạn nhân được cấp cứu tại chỗ ở khu vực nông thôn chiếm 89,6%, khu vực thành thị là 37,3% và khu vực miền núi là 3,1%. Thời gian cấp cứu trong 5 phút đầu chiếm 97,7%. Tỷ lệ nạn nhân được dùng thuốc giảm đau ở tại chỗ bị tai nạn là 28,1%, tại cơ sở y tế 92,1%, phòng khám cấp cứu là 87,9%, tỷ lệ

\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chiến

Email: nhchienkhth@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

giảm đau chung 83,1%. Tỷ lệ nạn nhân được băng bó tại chỗ là 62,3%, tại y tế cơ sở 50,3% và phòng khám cấp cứu là 53,2%. Tỷ lệ nạn nhân được cố định tạm thời tại nơi bị tai nạn 63,3%, y tế cơ sở 92,8%, phòng khám cấp cứu là 65,5%. **Kết luận:** Công tác cấp cứu ban đầu gãy xương ở cơ quan vận động có sự khác biệt giữa các khu vực nông thôn và thành thị, sử dụng một hay nhiều biện pháp cấp cứu và thời điểm cấp cứu.

**Từ khóa:** Cấp cứu ban đầu, gãy xương ở cơ quan vận động.

## SUMMARY

### THE STATUS OF INITIAL EMERGENCY PATIENTS OF BONE FRACTURE OF MOTOR ORGANS IN 5 YEARS AT THE MILITARY HOSPITAL 103

**Introduction:** Bone fracture of the motor organs is a common injury due to many causes. Initial emergency played important role to contribute to reducing the rate of complications and facilitate handling the basic treatment. **Objectives:** To assess the status of initial emergency patients of bone fracture of motor organs by geographic areas, emergency time and emergency methods. **Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional study of secondary data of 4918 medical records of fractured bones patients treated in Military Hospital 103 from Jan 1<sup>st</sup>, 2010 to Dec 31<sup>st</sup>, 2014. **Results:** The study results showed that the rate of victims for emergency shelter in rural areas accounted for 89.6%, in urban areas was 37.3% and the mountainous region of 3.1%. Time emergency in the first 5 minutes accounted 97.7%. The rate of victims analgesic in place was 28.1%, in communal health station was 92.1% and in emergency clinics was 87.9%. The rate of general pain relief was 83.1%. The rate of victims were bandaged in place 62.3%, in communal health station was 50.3% and emergency clinics was 53.2%. The rate of victims are temporary fixed in place 63.3%, communal health station was 92.8% and emergency clinics was 65.5%. **Conclusion:** The rate of patients received emergency care differed in geographic areas, emergency time and emergency methods significantly.

**Key word:** first aid, fractured bone.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương ở cơ quan vận động (GX ở CQVĐ) thường gặp do nhiều nguyên nhân. Ở các nước phát triển, nguyên nhân gãy xương do tai nạn lao động (TNLD), tai nạn sinh hoạt, tai nạn thương tích chiếm tỷ lệ cao, nhưng ở Việt Nam nguyên nhân gãy xương do tai nạn giao thông (TNGT) lại là phổ biến nhất [1],[2],[3].

Trong điều trị GX ở CQVĐ, vấn đề cấp cứu ban đầu đóng vai trò rất quan trọng. Cấp cứu đúng kỹ thuật, đúng phương pháp, băng bó cố định ổ gãy xương vững chắc sẽ giảm tỷ lệ các biến chứng toàn thân và tại chỗ như sốc do đau đớn, mất máu, tránh các tổn thương gãy xương kín chộc thủng qua da thành gãy xương hở và làm tổn thương mạch máu, thần kinh. Mặt khác

cấp cứu sớm còn tạo điều kiện cho tuyến sau xử trí được thuận lợi hơn... [1],[4].

Mặc dù cấp cứu các tai nạn thương tích nói chung, tai nạn GX ở CQVĐ nói riêng là mối quan tâm chung của tất cả các Quốc gia trên thế giới, đã được đưa vào giáo dục trong các nhà trường, cơ quan, công sở, thông tin đại chúng... Nhưng để đạt được hiệu quả như mong muốn còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như cơ sở y tế, điều kiện kinh tế, trình độ dân trí từng vùng, từng địa phương, từng đất nước[5]. Các nghiên cứu khảo sát ban đầu về cấp cứu GX ở CQVĐ góp phần đưa ra những thông tin quan trọng giúp cho việc dự phòng các tai nạn, tập trung nghiên cứu sâu về các biện pháp dự phòng, điều trị với những loại gãy xương hay xảy ra và bổ sung công tác cấp cứu ban đầu cho phù hợp. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Khảo sát thực trạng cấp cứu ban đầu các bệnh nhân gãy xương ở cơ quan vận động tại Bệnh viện quân y 103*" nhằm mục tiêu: *Đánh giá thực trạng công tác cấp cứu tại các khu vực, thời gian cấp cứu và các biện pháp cấp cứu GX ở CQVĐ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân (BN) ở mọi lứa tuổi, bị GX ở CQVĐ, cấp cứu và điều trị lần đầu tiên tại Bệnh viện Quân y 103 (BVQY 103), trong thời gian từ 01/1/2010 - 31/12/2014, lưu trữ tại phòng KHTH - BVQY 103.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu số liệu thứ cấp.

#### 2.2.2. Lựa chọn mẫu nghiên cứu

- **Tiêu chí lựa chọn mẫu:** Các HSBA nghiên cứu được ghi chép rõ ràng, có đủ thông tin, của các BN mọi lứa tuổi bị GX ở CQVĐ đơn thuần hoặc kết hợp với các tổn thương khác, đến cấp cứu và điều trị tại BVQY 103 trong 5 năm (từ 01/1/2010 - 31/12/2014).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** HSBA không cung cấp đầy đủ các thông tin nghiên cứu. BN nhập viện điều trị lại, GX bệnh lý. BN chấn thương sọ não (CTSN), chấn thương cột sống (CTCS) hoặc chỉ gãy xương chậu đơn thuần. BN chấn thương GX đã tử vong trước khi đến bệnh viện (BV).

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập từ HSBA được tổng hợp dưới dạng các bảng số liệu thô. Sau đó được xử lý, phân tích theo mục tiêu nghiên cứu bằng phần mềm SPSS 22.0. Áp dụng các thuật toán thống kê mô tả, tính  $\chi^2$  và p, phân tích tìm hiểu mối liên quan.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 3.1. Thực trạng công tác cấp cứu ban đầu GX ở CQVĐ

**Bảng 1. Công tác cấp cứu ban đầu GX ở CQVĐ theo vùng (n=4918)**

| Khu vực     | Tại chỗ <sup>1</sup> (n=480) |            | Y tế cơ sở <sup>2</sup> (n=1.259) |            | PKCC <sup>3</sup> (n=3.179) |             |
|-------------|------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------|-------------|
|             | n                            | %          | n                                 | %          | n                           | %           |
| Thành Thị   | 179                          | 37,3       | 433                               | 34,4       | 1.186                       | 37,3        |
| Nông thôn   | 286                          | 89,6       | 726                               | 57,7       | 1.906                       | 60,0        |
| Miền Núi    | 15                           | 3,1        | 100                               | 7,9        | 87                          | 2,7         |
| <b>Tổng</b> | <b>480</b>                   | <b>9,8</b> | <b>1.259</b>                      | <b>256</b> | <b>3.179</b>                | <b>64,6</b> |
| $\chi^2;p$  | $\chi^2=63,74; p=0,000^a$    |            |                                   |            |                             |             |

a. Chi-squared test; Phòng khám cấp cứu (PKCC)

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN được cấp cứu tại khu vực nông thôn cao nhất: tại chỗ (89,6%), y tế cơ sở (57,7%) và PKCC (60%). Khu vực thành thị: tại chỗ (37,3%), y tế cơ sở (34,4%), PKCC (37,3%). Khu vực miền núi tại chỗ (3,1%), y tế cơ sở 7,9%, PKCC (2,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .

**Bảng 2. Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được sơ cấp cứu (n=4918)**

| Thời gian được cấp cứu | Tại chỗ <sup>1</sup> (n=480) |      | Y tế cơ sở <sup>2</sup> (n=1.259) |      | PKCC <sup>3</sup> (n=3.179) |      | p-values |
|------------------------|------------------------------|------|-----------------------------------|------|-----------------------------|------|----------|
|                        | n                            | %    | n                                 | %    | n                           | %    |          |
| ≤ 5 phút               | 469                          | 97,7 | 1.248                             | 99,1 | 3.015                       | 94,8 | >0,05    |
| > 5 – 15 phút          | 2                            | 0,4  | 5                                 | 0,4  | 69                          | 2,2  | >0,05    |
| > 15 – 30 phút         | 2                            | 0,4  | 4                                 | 0,3  | 30                          | 0,9  | >0,05    |
| > 30 phút              | 7                            | 1,5  | 2                                 | 0,2  | 65                          | 2,1  |          |

a. Chi-squared test

**Nhận xét:** Ở cả 3 địa điểm sơ cứu, tỷ lệ BN được cấp cứu dưới 5 phút tại chỗ (97,7%); y tế cơ sở (99,1%) và PKCC (94,8%). Tỷ lệ BN được cấp cứu từ > 5 phút đến < 30 phút tại chỗ (0,8%); y tế cơ sở (0,7%) và PKCC (3,1%). Tỷ lệ BN cấp cứu > 30 phút tại chỗ (1,5%); y tế cơ sở (0,2%) và PKCC (2,1%). Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ .

## 3.2. Các phương pháp cấp cứu GX ở CQVĐ

**Bảng 3. Các biện pháp cấp cứu được thực hiện tại các khu vực (n=4918)**

| Phương pháp sơ cấp cứu | Tại chỗ <sup>1</sup> (n=480) |      | Y tế cơ sở <sup>2</sup> (n=1.259) |      | PKCC <sup>3</sup> (n=3.179) |      | Tổng  |      | p-values           |
|------------------------|------------------------------|------|-----------------------------------|------|-----------------------------|------|-------|------|--------------------|
|                        | n                            | %    | n                                 | %    | n                           | %    | n     | %    |                    |
| Giảm đau               | 135                          | 28,1 | 1.159                             | 92,1 | 3.515                       | 87,9 | 4.809 | 83,1 | 0,000 <sup>a</sup> |
| Băng bó                | 299                          | 62,3 | 633                               | 50,3 | 1.692                       | 53,2 | 2.624 | 53,4 | 0,000 <sup>a</sup> |
| Cố định                | 304                          | 63,3 | 1.168                             | 92,8 | 2.081                       | 65,5 | 3.553 | 72,2 | 0,000 <sup>a</sup> |
| KS+SAT                 | 0                            | 0,0  | 260                               | 20,7 | 597                         | 18,8 | 857   | 17,4 | 0,000 <sup>a</sup> |
| 0 sơ cứu               | 0                            | 0,0  | 1                                 | 0,08 | 163                         | 5,13 | 164   | 3,3  | 0,000 <sup>a</sup> |
| 1 P.pháp               | 255                          | 53,1 | 84                                | 6,7  | 338                         | 10,6 | 677   | 13,8 |                    |
| 2 P.pháp               | 192                          | 40,0 | 631                               | 50,1 | 1.645                       | 51,8 | 2.468 | 50,2 |                    |
| 3 P.pháp               | 33                           | 6,9  | 298                               | 23,7 | 595                         | 18,7 | 926   | 18,8 |                    |
| 4 P.pháp               | 0                            | 0,0  | 245                               | 19,5 | 438                         | 13,8 | 683   | 13,9 |                    |

a. Chi-squared test

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN được giảm đau tại nơi xảy ra tai nạn là 28,1%, tại y tế cơ sở 92,1%, tại PKCC 87,9%, tỷ lệ giảm đau chung 83,1%. Tỷ lệ BN được băng bó tại chỗ ngay sau khi tai nạn là 62,3%, tại y tế cơ sở 50,3% và PKCC 53,2% bổ sung băng bó hoặc băng bó lại, tỷ lệ băng bó chung 53,4%. Tỷ lệ BN được cố định tạm thời ngay tại chỗ bị tai nạn là 63,3%, tại y tế cơ sở 92,8%, PKCC 65,5% bổ sung và cố định chắc chắn tỷ lệ cố định chung 72,2%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh (KS) và SAT, tại chỗ tai nạn không sử dụng, y tế cơ sở là 20,7% và PKCC là 18,8%, tỷ

lệ chung là 17,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p<0,01$ .

Đánh giá việc sử dụng đồng thời nhiều phương pháp cấp cứu cùng lúc (Giảm đau, băng bó, cố định, KS + SAT): Tại chỗ tai nạn dùng 1 phương pháp cấp cứu 53,1%; dùng 2 phương pháp 40%, dùng 3 phương pháp 6,9% và không có trường hợp nào dùng cả 4 phương pháp. Tại y tế cơ sở, dùng 1 phương pháp 6,7%; dùng 2 phương pháp 50,1%, dùng 3 phương pháp 23,7% và dùng cả 4 phương pháp 19,5%. Tại PKCC, dùng 1 phương pháp 10,6%; dùng 2 phương pháp 51,7%, dùng 3 phương pháp 18,7% và dùng cả 4 phương pháp 13,8%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thực trạng cấp cứu ban đầu GX ở CQVĐ tại các khu vực:** Việc sơ cấp cứu kịp thời vô cùng quan trọng trong chương trình phòng chống chấn thương và tai nạn thương tích. Các nghiên cứu đều đã chỉ ra rằng nếu các trường hợp tai nạn thương tích được sơ cấp cứu kịp thời và hiệu quả có thể giảm mức độ trầm trọng và tử vong do thương tích. Tỷ lệ BN được cấp cứu tại khu vực nông thôn cao nhất: cấp cứu tại chỗ (89,6%), tại y tế cơ sở (57,7%) và PKCC (60%). Khu vực thành thị: tại chỗ (37,3%), y tế cơ sở (34,4%), PKCC (37,3%). Khu vực miền núi thấp nhất tại chỗ (3,1%), y tế cơ sở 7,9%, PKCC (2,7%) (với  $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Huỳnh Thị Kim Khôi (2015) [7] khảo sát 308 trường hợp TNGT điều trị tại BV Đa khoa Hậu Giang thấy đa số cư trú ở vùng nông thôn (72,7%).

**4.2. Thời gian từ khi bị tai nạn GX ở CQVĐ tới khi được cấp cứu ban đầu:** Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được cấp cứu ban đầu, là khoảng thời gian rất quan trọng, nó góp phần cứu sống tính mạng, giảm thiểu các biến chứng xảy ra. Theo nghiên cứu của chúng tôi: Ở cả 3 địa điểm sơ cứu, tỷ lệ BN được cấp cứu dưới 5 phút tại chỗ (98,5%); y tế cơ sở (99,2%) và PKCC (94,9%). Tỷ lệ BN được cấp cứu < 30 phút tại chỗ (0,9%); y tế cơ sở (0,7%) và PKCC (3,1%). Tỷ lệ BN cấp cứu > 30 phút tại chỗ (0,6%); y tế cơ sở (0,1%) và PKCC (2%) (với  $p > 0,05$ ). Về nguyên tắc xử trí ban đầu cần tiến hành ngay. Nên tỷ lệ cao thời gian sơ cứu cho nạn nhân < 5 phút là tốt. Tác giả cũng thấy 65,52% trường hợp do người dân xung quanh nơi tai nạn sơ cứu (KTC 95%: 42,73- 83,62), phù hợp với điều tra nghiên cứu tại các địa phương của Bộ Y tế (gần 70% nạn nhân được cấp cứu ban đầu bởi người dân cộng đồng); tỷ lệ người đi cùng sơ cứu cho nạn nhân là 17,39%.

**4.3. Các biện pháp sơ cấp cứu ban đầu GX ở CQVĐ:** Giảm đau, băng bó, cố định, tiêm KS+SAT, là các phương pháp cấp cứu cơ bản được áp dụng ngay sau khi GX ở CQVĐ, đặc biệt là gãy hở. Các phương pháp này góp phần cứu sống BN, giảm các biến chứng thứ phát gây ra và thuận lợi cho công tác điều trị thực thụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi:

Tỷ lệ BN được giảm đau tại chỗ 28,1%, tại cơ sở y tế 92,1%, PKCC 87,9%, tỷ lệ giảm đau chung 83,1. Tỷ lệ BN được băng bó tại chỗ 62,3%, y tế cơ sở 50,3% và PKCC 53,2% bổ sung băng bó hoặc băng bó lại, tỷ lệ băng bó chung 53,4%. Tỷ lệ BN được cố định tạm thời tại chỗ 63,3%, y tế cơ sở 92,8%, PKCC 65,5% bổ

sung và cố định chắc chắn tỷ lệ cố định chung 72,2%. Tỷ lệ sử dụng KS và SAT, tại chỗ tai nạn không sử dụng, y tế cơ sở là 20,7% và PKCC là 18,8%, tỷ lệ trung 17,4% (với  $p < 0,01$ ).

Lương Mai Anh (2012) nghiên cứu 2.036 trường hợp thương tích do TNLD thấy tỷ lệ thương tích được xử trí cấp cứu ban đầu là 60,8%. Tỷ lệ các trường hợp chưa xử trí là 35,2%. Tỷ lệ các trường hợp được cán bộ y tế sơ cấp cứu ban đầu là 59,4%, chủ yếu là ở b tuyến tỉnh với 45,1%, tỷ lệ được sơ cứu ở cơ sở y tế (CSYT) tuyến huyện là 32,8%. Số trường hợp được sơ cấp cứu bởi trung tâm cấp cứu 115 chỉ chiếm 1,4% trong số các trường hợp được cán bộ y tế cấp cứu. Trạm y tế phường, BV Việt Đức, Xanhpon,... (30,1%). Nguyễn Thị Trúc Linh (2014) [6] thấy chỉ có 8,7% BN bị TNGT vào viện cho biết là được nhân viên y tế sơ cứu tại hiện trường xảy ra tai nạn.

Đánh giá việc sử dụng đồng thời nhiều phương pháp cấp cứu cùng lúc (Giảm đau, băng bó, cố định, KS + SAT) chúng tôi nhận thấy: Tại chỗ xảy ra tai nạn các phương pháp sử dụng chủ yếu là băng bó và cố định tạm thời, dùng 1 phương pháp cấp cứu 53,1; dùng 2 phương pháp 40%, dùng 3 phương pháp 6,9% và không có trường hợp nào dùng cả 4 phương pháp. Tại y tế cơ sở, với trạng thiết bị y tế và cán bộ ngành y thường trực nên bổ sung băng bó, cố định và sử dụng giảm đau, KS + SAT nên dùng 1 phương pháp 6,7%; dùng 2 phương pháp 50,1%, dùng 3 phương pháp 23,7% và dùng cả 4 phương pháp 19,5%. Tại PKCC, sau khi đã bổ sung cấp cứu ở y tế cơ sở, nên tỷ lệ sử dụng các phương pháp cấp cứu ít hơn, chủ yếu chỉ bổ sung các phương pháp cấp cứu mà tuyến dưới chưa thực hiện nên dùng 1 phương pháp 10,6%; dùng 2 phương pháp 51,7%, dùng 3 phương pháp 18,7% và dùng cả 4 phương pháp 13,8%.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BN được cấp cứu tại khu vực nông thôn: tại chỗ (89,6%), y tế cơ sở (57,7%) và PKCC (60%). Ở khu vực thành thị: cấp cứu tại chỗ đạt 37,3%, cấp cứu tại y tế cơ sở là 34,4% và cấp cứu ở PKCC là 37,3%. Ở khu vực miền núi: cấp cứu tại chỗ là 3,1%, tại y tế cơ sở là 7,9% và tại PKCC 2,7%.

Ở cả 3 địa điểm, tỷ lệ BN được cấp cứu dưới 5 phút tại chỗ (97,7%); y tế cơ sở (99,1%) và PKCC (94,8%). Tỷ lệ BN được cấp cứu từ > 5 phút đến < 30 phút tại chỗ (0,8%); y tế cơ sở (0,7%) và PKCC (3,1%). Tỷ lệ BN cấp cứu > 30 phút tại chỗ (1,5%); y tế cơ sở (0,2%) và PKCC (2,1%).



Tỷ lệ BN được giảm đau tại chỗ 28,1%, tại cơ sở y tế 92,1%, PKCC 87,9%, tỷ lệ giảm đau chung 83,1%. Tỷ lệ BN được băng bó tại chỗ 62,3%, y tế cơ sở 50,3% và PKCC 53,2% bổ sung băng bó hoặc băng bó lại, tỷ lệ băng bó chung 53,4%. Tỷ lệ BN được cố định tạm thời tại chỗ 63,3%, y tế cơ sở 92,8%, PKCC 65,5% bổ sung và cố định chắc chắn tỷ lệ cố định chung 72,2%. Tỷ lệ sử dụng KS và SAT, tại chỗ tai nạn không sử dụng, y tế cơ sở là 20,7% và PKCC là 18,8%, tỷ lệ trung 17,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Đánh giá việc sử dụng đồng thời nhiều phương pháp cấp cứu cùng lúc (Giảm đau, băng bó, cố định, KS + SAT): Tỷ lệ BN được sử dụng biện pháp giảm đau tại chỗ cao nhất tại cơ sở y tế 92,1%. Tỷ lệ BN được băng bó cao nhất tại chỗ 62,3%. Tỷ lệ BN được cố định cao nhất tại phòng khám cấp cứu 65,5%.

Tại chỗ tai nạn dùng 1 phương pháp cấp cứu 53,1%; dùng 2 phương pháp 40%, dùng 3 phương pháp 6,9% và không có trường hợp nào dùng cả 4 phương pháp. Tại y tế cơ sở, dùng 1 phương pháp 6,7%; dùng 2 phương pháp 50,1%, dùng 3 phương pháp 23,7% và dùng cả 4 phương pháp 19,5%. Tại PKCC, dùng 1 phương pháp 10,6%; dùng 2 phương pháp 51,7%, dùng 3 phương pháp 18,7% và dùng cả 4 phương pháp 13,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hạnh Đề, Nguyễn Đức Phúc và cs. (2006)**, *Cấp cứu Ngoại khoa chấn thương*, NXB Y Học, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thúy Quỳnh, Trần Thị Hồng, Hồ Thị Hiền và cs. (2013)**, "Thực trạng công tác sơ cấp cứu và điều trị tai nạn lao động nông nghiệp tại các vùng nông nghiệp trong điểm Việt Nam", *Y học tập hành* (866) - số 4 (2013), tr. 56- 59.
3. **Seid M., Azazh A., Enqueselassie F. et al. (2015)**, "Injury characteristics and outcome of road traffic accident among victims at Adult Emergency Department of Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a prospective hospital based study", *BMC Emerg Med.*, 20;15:10.
4. **Seid M., Azazh A., Enqueselassie F. et al. (2015)**, "Injury characteristics and outcome of road traffic accident among victims at Adult Emergency Department of Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a prospective hospital based study", *BMC Emerg Med.*, 20;15:10.
5. **Nakashian M. N., Pointer L., Owens B. D. et al. (2012)**, "Incidence of metacarpal fractures in the US population", *Hand (N Y)*. 2012 Dec;7(4): 426-30.
6. **Nguyễn Thị Trúc Linh (2014)**, *Thực trạng sử dụng rượu bia, tình trạng thương tích và chi phí điều trị của bệnh nhân tai nạn giao thông đường bộ vào khoa Cấp cứu, bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, tỉnh Bến Tre năm 2014*, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.
7. **Huỳnh Thị Kim Khôi (2015)**, *Thực trạng tai nạn giao thông đường bộ và chi phí điều trị của bệnh nhân vào khoa cấp cứu bệnh viện đa khoa Hậu Giang, tỉnh Hậu Giang 2015*, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.

## NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CỦA THUỐC ĐIỀU TRỊ ALL TRẺ EM TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Hà Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Triệu Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Các tác giả nghiên cứu độc tính của hóa trị liệu ở bệnh nhi bị Loxêmi cấp dòng lympho được chẩn đoán tại Viện Huyết học – Truyền máu TW năm 2015-2016.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu độc tính và tác dụng phụ của thuốc điều trị LXM dòng lympho trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 102 bệnh nhi mắc bệnh loxêmi cấp dòng lympho; nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** (1) Độc tính về Huyết học với việc giảm bạch cầu hạt trung tính: Ở nhóm B-ALL, độc tính độ 3 và 4 chiếm 72,4%; ở nhóm T-ALL, 100% độc tính độ 3 và 4. Độc tính trên tiểu cầu ở

bệnh nhi ALL chủ yếu gặp ở độ 1 với 34,5% ở B-ALL, và 40% ở T-ALL. (2) Độc tính và tác dụng phụ khác: - Nhiễm trùng: Sau điều trị, có 79,3% bệnh nhi B-ALL và 73,4% ở nhóm T-ALL có biểu hiện nhiễm trùng với các mức độ nhưng chủ yếu gặp ở mức độ 1, chiếm 42,5% ở nhóm B-ALL và 46,7% ở nhóm T-ALL. Tiêu hóa: Có 34,5% bệnh nhi B-ALL và 40% ở T-ALL có biểu hiện viêm loét miệng họng, độ 1 là chủ yếu. Có 66,7% bệnh nhi B-ALL và 70% bệnh nhi T-ALL gặp phụ buồn nôn, nôn, chủ yếu ở độ 1. Gan-Thận: 100% bệnh nhân có chức năng thận bình thường sau điều trị. Độc tính trên gan của 2 nhóm chủ yếu ở mức độ 1, 2. Các kết quả đã được bàn luận.

**Từ khóa:** Độc tính thuốc, Tác dụng phụ, loxêmi cấp dòng lympho trẻ em.

### SUMMARY

#### STUDY THE TOXICITY OF MEDICATION FOR TREATMENT OF PEDIATRIC ALL AT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Viện Huyết học – Truyền máu TW,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Thanh

Email: [ha\\_thanh\\_nguyen\\_vhhtm@yahoo.com](mailto:ha_thanh_nguyen_vhhtm@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 19.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017



## NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN 2015-2016

Authors have studied toxicity of chemotherapy for pediatric patients with acute lymphoblastic leukemia (ALL) at National Institute of Hematology and Blood transfusion in the period of 2015-2016. **Objectives:** Study the toxicity and side effects of treatment drugs for pediatric acute lymphoblastic leukemia. **Objects and methods of research:** 102 pediatric patients with ALL; cross-descriptive method of research. **Results:** (1) Hematological toxicity to neutropenia: In B-ALL group, toxicity level 3 and 4 accounts for 72,4%; in T-ALL group, 100% is at toxicity at level 3 and 4. Toxicity on platelet of pediatric patients with ALL is mainly recognized at level 1 with 34,5% in B-ALL group, and 40% in T-ALL group. (2) Other toxicity and side effects: - Infection: After treatment, 79,3% of number of patients with B-ALL and 73,4% of number of patients with T-ALL were affected infection at various levels but mainly at level 1, accounting for 42,5% in B-ALL group and 46,7% in T-ALL group. - Digestion: 34,5% of number of patients with B-ALL and 40% of T-ALL had aphthous ulcers but present mainly at level 1. There were 66,7% patients with B-ALL and 70% patients with T-ALL happened to nausea and vomit, mainly at level 1. - Liver & kidney: 100% patients' kidneys functioned normally after treatment. Toxicity on liver of both groups was mainly present at level 1 and 2. These results have been discussed.

**Keywords:** Toxicity of drug, Side effects, pediatric acute lymphoblastic lymphoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơxêmi cấp (LXMc) là một nhóm bệnh lý ác tính thường gặp nhất của cơ quan tạo máu, đặc trưng bởi sự tăng sinh và tích lũy một loại tế bào non ác tính (tế bào blast), có nguồn gốc tại tủy xương. Lơxêmi cấp bao gồm hai loại là: LXMc dòng tủy (Acute Myelogenous Leukemia: AML) và LXMc dòng lympho (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL). Theo thống kê của nhiều tác giả trên thế giới cũng như Việt Nam, LXMc dòng lympho thường gặp ở trẻ em, chiếm 3/4 tổng số các bệnh nhi được chẩn đoán LXMc. Tần suất bệnh khoảng 3-4/1.000.000 trẻ em da trắng và khoảng 2.500 – 3.000 trường hợp phát hiện mới mỗi năm tại Mỹ. Bệnh thường gặp nhất ở nhóm tuổi < 5 tuổi.

Việc chẩn đoán và xếp loại bệnh Lơxêmi đã được Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương cập nhật của WHO 2008 và áp dụng tại Viện. Việc sử dụng hóa trị liệu liều cao, điều trị nhắm đích, điều trị hỗ trợ, ghép tế bào gốc tạo máu đã mang lại kết quả lui bệnh kéo dài cho bệnh nhi.

### b. Đặc điểm phân bố theo tuổi và nhóm tuổi ở bệnh nhi nghiên cứu

Tuy vậy trong quá trình điều trị không thể tránh khỏi các tác dụng phụ của thuốc đối với cơ thể như giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, suy gan, suy thận.... Nhằm tìm hiểu kỹ hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Nghiên cứu độc tính và tác dụng phụ của thuốc điều trị LXMc dòng lympho trẻ em".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 102 bệnh nhi ALL được chẩn đoán lần đầu tại khoa Bệnh máu trẻ em, Viện Huyết học – Truyền máu TW. Từ 01/6/2015 đến 30/6/2016.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** (1) Bệnh nhi dưới 16 tuổi, được chẩn đoán xác định là ALL và xếp loại miễn dịch, điều trị tấn công bằng phác đồ FRALLE 2000. (2) Bệnh nhi và người nhà bệnh nhi chấp nhận tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu và có theo dõi dọc.

**2.2.2. Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên, lần lượt cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

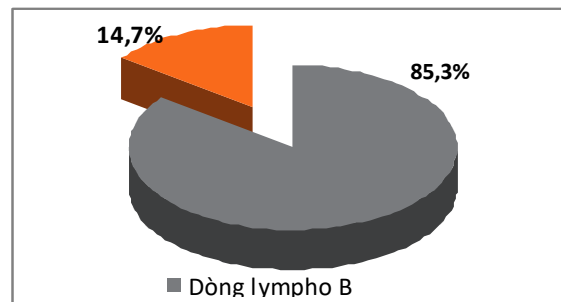
**2.2.3. Phác đồ điều trị, tiêu chuẩn đánh giá độc tính áp dụng trong nghiên cứu**

Phác đồ điều trị tấn công theo hướng dẫn của Viện Huyết học – Truyền máu TW được Bộ Y tế phê duyệt. Đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn của Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCI - National Cancer Institution) năm 1990.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

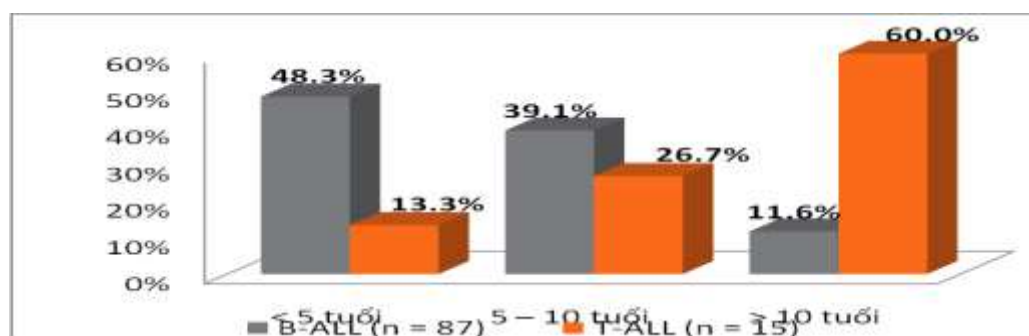
### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

#### a. Đặc điểm phân bố các thể ALL bằng phương pháp MDH



**Biểu đồ 3.1. Phân bố các thể ALL theo dòng tế bào (n = 102)**

**Nhận xét:** LXMc dòng lympho B chiếm ưu thế với tỷ lệ là 85,3%.



**Biểu đồ 3.2. Phân bố nhóm tuổi theo nhóm LXM (n = 102)**

**Nhận xét:** Trong nhóm B-ALL, độ tuổi < 5 tuổi chiếm 48,3%, trong nhóm T-ALL, độ tuổi > 10 tuổi chiếm 60%.

### c. Đặc điểm về giới tính

**Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu**

| Giới           | Giới            |                 | p      |
|----------------|-----------------|-----------------|--------|
|                | Nam             | Nữ              |        |
| Thể bệnh       | Số bệnh nhi (%) | Số bệnh nhi (%) |        |
| B-ALL (n = 87) | 49(56,3%)       | 38(43,7%)       | > 0,05 |
| T-ALL (n = 15) | 9 (60%)         | 6 (40%)         |        |
| Tổng (n = 102) | 61(59,8%)       | 41(40,2%)       |        |

Kết quả nghiên cứu trên 102 bệnh nhi ALL mới được xếp loại bằng phương pháp MDH cho thấy nhóm B-ALL chiếm 85,3%, nhóm T-ALL chiếm 14,7%. Biểu đồ 3.2 cho thấy, trong nhóm B-ALL, độ tuổi < 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,3%, tỷ lệ này giảm dần theo tuổi với tỷ lệ 39,1% ở nhóm 5 - 10 tuổi và 11,6% ở nhóm > 10 tuổi. Ở nhóm T-ALL, tỷ lệ này lại tăng dần theo tuổi, độ tuổi < 5 tuổi có tỷ lệ 13,3%, độ tuổi > 10 tuổi chiếm 60%. Sự phân bố nhóm tuổi ở hai thể ALL khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ trẻ nam là 59,8%, tỷ lệ trẻ nữ là 40,2%, tỷ lệ nam/nữ là 1,49. Xét trong nhóm B-ALL, tỷ lệ nam/nữ là 1,29; trong nhóm T-ALL, tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Như vậy, tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn so với nữ, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Hiện nay chưa thấy có tài liệu nào lý giải vì sao trẻ nam mắc bệnh ALL lại cao hơn trẻ nữ?

### 3.2. Kết quả nghiên cứu độc tính và tác dụng phụ của thuốc trong điều trị ALL

**3.2.1. Độc tính huyết học:** Qua nghiên cứu, độc tính, tác dụng phụ của thuốc xảy ra sớm, ngay khi điều trị tấn công. Độc tính là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng nhiễm trùng, xuất huyết và có thể tử vong trong điều trị. Trong khuôn khổ bài báo, chúng tôi chỉ phân tích độc tính trên dòng bạch cầu và tiểu cầu.

**Bảng 3.2. Độ giảm bạch cầu hạt trung tính của các thể ALL**

| Độc tính với BCHTT | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)  | p      |
|--------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Độ 0               | 10(11,5%)       | 0 (0%)          | < 0,05 |
| Độ 1               | 8 (9,2%)        | 0 (0%)          |        |
| Độ 2               | 6 (6,9%)        | 0 (0%)          |        |
| Độ 3               | 27 (31%)        | 2 (13,3%)       |        |
| Độ 4               | 36(41,4%)       | 13 (86,7%)      |        |
| <b>Tổng</b>        | <b>87(100%)</b> | <b>15(100%)</b> |        |

Về độc tính của thuốc trên dòng bạch cầu, chúng tôi chủ yếu đánh giá trên dòng BCHTT, kết quả là hầu hết các bệnh nhân đều giảm BCHTT ngay từ khi bắt đầu điều trị, biểu hiện ở nhiều mức độ. Ở nhóm B-ALL, độc tính độ 3 và độ 4 chiếm tỷ lệ 72,4% (độ 3 là 31,0%, độ 4 là 41,4%) và độc tính độ 1, độ 2 ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 9,2% và 6,7%. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhi T-ALL, 100% độc tính trên BCHTT ở độ 3 và độ 4 (trong đó độ 4 là 86,7%, độ 3 là 13,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Khi giảm BCHTT càng nặng thì càng tăng nguy cơ nhiễm trùng.

**Bảng 3.3. Độ giảm tiểu cầu của các thể ALL**

| Độc tính với TC | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)   | p      |
|-----------------|-----------------|------------------|--------|
| Độ 0            | 35 (40,2%)      | 4 (26,7%)        | > 0,05 |
| Độ 1            | 30 (34,5%)      | 7 (40,0%)        |        |
| Độ 2            | 7 (8,0%)        | 3 (20,0%)        |        |
| Độ 3            | 10 (11,5%)      | 2 (13,3%)        |        |
| Độ 4            | 5 (5,8%)        | 0 (0%)           |        |
| <b>Tổng</b>     | <b>87(100%)</b> | <b>15 (100%)</b> |        |

Trong quá trình điều trị độc tính của thuốc trên dòng tiểu cầu gây giảm tiểu cầu, khi giảm nặng có thể chảy máu, xuất huyết nội tạng, đặc biệt có thể xuất huyết não gây tử vong. Trong nghiên cứu này, độc tính trên tiểu cầu ở 2 nhóm bệnh nhi B-ALL và nhóm T-ALL biểu hiện ở nhiều mức độ nhưng chủ yếu gặp ở độ 1, 34,5% ở B-ALL, và 40% ở T-ALL. Độc tính độ 4 chỉ gặp 5,7% ở nhóm B-ALL, không gặp ở nhóm T-ALL.

Sự khác biệt về độc tính trên tiêu cầu ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.2.2. Các độc tính khác

#### a. Biến chứng nhiễm trùng

**Bảng 3.4. Mức độ nhiễm trùng**

| Độ giảm Hb  | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)   | p      |
|-------------|-----------------|------------------|--------|
| Độ 0        | 18 (20,7%)      | 4 (26,6%)        | > 0,05 |
| Độ 1        | 37 (42,5%)      | 7 (46,7%)        |        |
| Độ 2        | 20 (23%)        | 2 (13,3%)        |        |
| Độ 3        | 8 (9,2%)        | 1 (6,7%)         |        |
| Độ 4        | 4 (4,6%)        | 1 (6,7%)         |        |
| <b>Tổng</b> | <b>87(100%)</b> | <b>15 (100%)</b> |        |

**Nhận xét:** Sau điều trị, có 79,3% bệnh nhi B-ALL và 73,4% ở nhóm T-ALL có biểu hiện nhiễm trùng với các mức độ nhưng chủ yếu gặp ở mức độ 1, chiếm 42,5% ở nhóm B-ALL và 46,7% ở nhóm T-ALL.

**Bảng 3.5. Vị trí nhiễm trùng**

| Vị trí            | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)  | p      |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Viêm loét miệng   | 15 (21,9%)      | 3 (27,3%)       | > 0,05 |
| Hô hấp            | 11 (15,9%)      | 2 (18,2%)       |        |
| Tiêu hóa          | 5 (7,2%)        | 1 (9,1%)        |        |
| Nhiễm khuẩn huyết | 13 (18,8%)      | 1 (9,1%)        |        |
| Da, cơ            | 2 (2,9%)        | 0 (0%)          |        |
| Không rõ vị trí   | 23 (33,3%)      | 4 (36,3%)       |        |
| <b>Tổng</b>       | <b>69(100%)</b> | <b>11(100%)</b> |        |

**Nhận xét:** Nhiễm trùng thường gặp là miệng họng, hô hấp. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết, cấy máu tìm được nguyên nhân là 18,8% B-ALL, 9,1% T-ALL.

**Bảng 3.6. Nguyên nhân nhiễm trùng**

| Nguyên nhân (NN)  | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)  | p      |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Vi khuẩn          | 12 (17,4%)      | 1 (9,1%)        | > 0,05 |
| Nấm               | 1 (1,4%)        | 0 (0%)          |        |
| Không tìm được NN | 56 (81,2%)      | 10 (90,9%)      |        |
| <b>Tổng</b>       | <b>69(100%)</b> | <b>11(100%)</b> |        |

**Nhận xét:** Hầu hết các trường hợp nhiễm trùng không tìm được nguyên nhân (81,2% ở B-ALL và 90,9% ở T-ALL). Nguyên nhân nhiễm trùng do vi khuẩn là 13/14 trường hợp, chỉ gặp 1 nhiễm nấm.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.4 có 79,3% bệnh nhi B-ALL và 73,4% T-ALL có nhiễm trùng với mức độ khác nhau nhưng chủ yếu gặp ở mức độ 1 (42,5% ở nhóm B-ALL và 46,7% ở nhóm T-

ALL). Vị trí nhiễm trùng thường gặp ở cả hai nhóm là viêm loét miệng (chiếm 21,9% ở nhóm B-ALL và 27,3% ở nhóm T-ALL), nhiễm khuẩn đường hô hấp (chiếm 15,9% ở B-ALL và 18,2% ở T-ALL). Số bệnh nhi sốt, biểu hiện của nhiễm trùng nhưng lại không tìm được vị trí nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao (33,3% ở nhóm B-ALL và 36,3% ở nhóm T-ALL). Trong nghiên cứu này, đa số là nhiễm trùng không tìm được nguyên nhân (81,2% ở nhóm B-ALL và 90,9% ở nhóm T-ALL). Trong các trường hợp nhiễm trùng tìm được nguyên nhân, vi khuẩn Gram (-) chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), vi khuẩn Gram (+) chiếm 42,9% và nấm chiếm tỷ lệ 7,1%.

#### b. Độc tính, tác dụng phụ trên tiêu hóa

**Bảng 3.7. Tác dụng phụ trên niêm mạc**

| Viêm, loét miệng | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)  | p      |
|------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Độ 0             | 57(65,5%)       | 9 (60%)         | > 0,05 |
| Độ 1             | 15(17,2%)       | 4 (26,6%)       |        |
| Độ 2             | 12(13,8%)       | 1 (6,7%)        |        |
| Độ 3             | 3 (3,5%)        | 1(6,7%)         |        |
| Độ 4             | 0 (0%)          | 0 (0%)          |        |
| <b>Tổng</b>      | <b>87(100%)</b> | <b>15(100%)</b> |        |

**Nhận xét:** Có 34,5% bệnh nhi B-ALL và 40% ở T-ALL có biểu hiện viêm loét miệng họng nhưng biểu hiện ở độ 1 là chủ yếu.

**Bảng 3.8. Mức độ buồn nôn và nôn**

| Phân độ buồn nôn, nôn | B-ALL (n = 87)  | T-ALL (n = 15)  | p      |
|-----------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Độ 0                  | 27(31,0%)       | 5 (33,3%)       | > 0,05 |
| Độ 1                  | 43(49,4%)       | 7 (46,7%)       |        |
| Độ 2                  | 14(16,1%)       | 2 (13,3%)       |        |
| Độ 3                  | 3 (3,5%)        | 1 (6,7%)        |        |
| Độ 4                  | 0 (0%)          | 0 (0%)          |        |
| <b>Tổng</b>           | <b>87(100%)</b> | <b>15(100%)</b> |        |

**Nhận xét:** Có 66,7% bệnh nhi B-ALL và 70% bệnh nhi T-ALL gặp phụ buồn nôn và nôn, chủ yếu ở mức độ 1.

Tác dụng phụ trên tiêu hóa bao gồm viêm loét miệng và buồn nôn – nôn. Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy, có 34,5% bệnh nhi ở nhóm B-ALL và 40% ở nhóm T-ALL có biểu hiện viêm loét miệng họng nhưng chủ yếu là biểu hiện ở mức độ 1 và độ 2. Kết quả nghiên cứu này tương tự với L.V.Chang (2006). Về tác dụng phụ buồn nôn và nôn, kết quả nghiên cứu ở bảng 3.8 cho thấy, có 66,7% bệnh nhi B-ALL và 70% bệnh nhi T-ALL có buồn nôn và nôn nhưng chủ yếu ở mức độ 1.

#### c. Độc tính trên gan, thận

| Độc tính trên gan |                |   | Độc tính trên thận |                |
|-------------------|----------------|---|--------------------|----------------|
| B-ALL (n = 87)    | T-ALL (n = 15) | p | B-ALL (n = 87)     | T-ALL (n = 15) |

|      |            |           |           |           |           |
|------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Độ 0 | 33 (37,9%) | 7 (46,7%) | ><br>0,05 | 87 (100%) | 15 (100%) |
| Độ 1 | 28 (32,2%) | 4 (26,6%) |           | 0 (0%)    | 0 (0%)    |
| Độ 2 | 21 (24,1%) | 3 (20%)   |           | 0 (0%)    | 0 (0%)    |
| Độ 3 | 5 (5,8)    | 1 (6,7%)  |           | 0 (0%)    | 0 (0%)    |
| Độ 4 | 0 (0%)     | 0 (0%)    |           | 0 (0%)    | 0 (0%)    |
| Tổng | 87 (100%)  | 15 (100%) |           | 0 (0%)    | 0 (0%)    |

Về độc tính trên gan, kết quả bảng 3.9 cho thấy, có 62,1% bệnh nhi nhóm B-ALL và 53,3% bệnh nhi nhóm T-ALL có tổn thương chức năng gan nhưng chủ yếu ở mức độ 1 và 2. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của B.N.Lan (2008), có 23,5% bệnh nhi có tổn thương chức năng gan, chủ yếu là độ 1,2. Về độc tính của thuốc trên thận, sau điều trị, tỷ lệ này vẫn không thay đổi. Các hóa chất được sử dụng trong phác đồ FRALLE 2000 đều được chuyển hóa qua gan và được thải trừ chủ yếu qua thận nên có thể gây tổn thương chức năng gan, thận.

## V. KẾT LUẬN

1. Thuốc điều trị ALL gây độc tính về Huyết học với việc giảm bạch cầu hạt trung tính: Ở nhóm B-ALL, độc tính độ 3 và 4 chiếm 72,4%; ở nhóm T-ALL, 100% độc tính độ 3 và 4. Độc tính trên tiểu cầu ở bệnh nhi ALL chủ yếu gặp ở độ 1 với 34,5% ở B-ALL, và 40% ở T-ALL.

2. Độc tính và tác dụng phụ khác:

+ Nhiễm trùng: Sau điều trị, có 79,3% bệnh nhi B-ALL và 73,4% ở nhóm T-ALL có biểu hiện nhiễm trùng với các mức độ nhưng chủ yếu gặp ở mức độ 1, chiếm 42,5% ở nhóm B-ALL và 46,7% ở nhóm T-ALL.

+ Tiêu hóa: Có 34,5% bệnh nhi B-ALL và 40% ở T-ALL có biểu hiện viêm loét miệng họng nhưng biểu hiện ở độ 1 là chủ yếu. Có 66,7% bệnh nhi B-ALL và 70% bệnh nhi T-ALL gặp phụ buồn nôn và nôn, chủ yếu ở độ 1.

+ Gan – Thận: 100% bệnh nhân có chức năng thận bình thường sau điều trị. Độc tính trên gan của 2 nhóm chủ yếu ở mức độ 1 và độ 2, không gặp độ 4.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Chang, Huỳnh Nghĩa (2006). *Điều trị bạch cầu cấp dòng lympho trẻ em tại bệnh viện Truyền máu- Huyết học TP. HCM*. Y học thực hành, Vol. 545, pp. 247 - 251.
2. Chagaluka et al (2013). *Treating childhood acute lymphoblastic leukemia in Malawi*. Haematologica, Vol. 98, pp. 145 – 152.
3. Hoffbrand AV. (2006). *Acute leukemia*, Haematology, chapter .12, pp. 157-173.
4. Nguyễn Anh Trí (2004). *Điều trị các bệnh ác tính cơ quan tạo máu*. Nhà xuất bản Y học, tr 143 - 154.
5. Bachir F et al (2015). *The immunophenotype of adult T Acute Lymphoblastic Leukemia in Morocco*. Experimental Oncology 37, pp. 64 - 69
6. Silverman et al (1999). *Induction failure in acute lymphoblastic leukemia in childhood*. Cancer, Vol. 85, pp.1395 - 1404.
7. Tucci F et al (2008). *Treatment of pediatric acute lymphoblastic leukemia*. Haematologica, Vol. 93, pp. 1124 - 1128.

## NGHIÊN CỨU NHIỄM VIRUS BK NƯỚC TIỂU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CHỨC NĂNG THẬN GHÉP

Phạm Quốc Toàn\*, Hoàng Xuân Sử\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ, tải lượng virus BK nước tiểu và tìm mối liên quan với chức năng thận ghép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 43 BN ghép thận được thu thập các dữ liệu trước ghép, nồng độ creatinin, loại thuốc ức chế miễn dịch điều trị sau ghép tại Bệnh viện 103, định lượng tải lượng virus BK nước tiểu bằng phương pháp Real time PCR tại Trung

tâm nghiên cứu Sinh-Y-Dược học, Học viện quân y. **Kết quả:** 65,1% (28/43) BN có virus BK dương tính trong nước tiểu, trong đó 25% (7/28) BN có tải lượng virus >25 x 10<sup>6</sup>copies/ml; tải lượng virus, tỉ lệ nhiễm virus cao hơn ở nhóm có biến đổi tăng nồng độ creatinin máu; ở BN có BK nước tiểu (+), tải lượng virus tương quan thuận có ý nghĩa (r = 0,65; p < 0,05) với mức tăng nồng độ creatinin máu trong khi tương quan không có ý nghĩa với giá trị tuyệt đối creatinin lại thời điểm xét nghiệm. **Kết luận:** Bệnh nhân ghép thận có tỉ lệ cao nhiễm virus BK nước tiểu, tải lượng virus liên quan có ý nghĩa với mức tăng nồng độ creatinin máu.

**Từ khóa:** virus BK, bệnh thận do virus BK, ghép thận

## SUMMARY

\*Bệnh viện Quân y 103

\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Toàn

Email: toannephro@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 12.12.2017

## STUDY OF BK VIRURIA AND RELATION WITH RENAL ALLOGRAFT FUNCTION

**Objectives:** to investigate virus load, prevalence of BK viruria of kidney transplants objects and relation between the increasing creatinine with BK viruria levels. **Subjects and method:** 43 kidney transplant patients following at 103 hospital were screening for BK virus levels in urine. **Results:** 65,1% (28/43) was positive with BK virus, including 25% (7/28) has high level of viruria ( $> 25 \times 10^6$  copies/ml); virus load and prevalence of positive patients was higher in elevated creatinine subgroup; the increasing creatinine was significantly positive correlation with BK virus loads in urine ( $r = 0.65$ ,  $p < 0,05$ ). **Conclusions:** prevalence of BK viruria was high in kidney transplants; high levels of BK virus in urine is positive prediction of increasing creatinine, BK nephropathy.

**Key words:** BK virus, BK nephropathy, kidney transplant, viruria

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là biện pháp điều trị hiệu quả giúp hồi phục hoàn toàn chức năng thận ghép. Sau ghép bệnh nhân phải sử dụng thuốc ức chế miễn dịch để chống thải bỏ tạng ghép, do đó bệnh nhân có nguy cơ mắc mới các bệnh truyền nhiễm cơ hội hoặc tái hoạt động các mầm bệnh tiềm ẩn trong cơ thể. Virus BK là virus thuộc polyoma virus gần đây được quan tâm như là nguyên nhân gây mất chức năng thận ghép một cách tiềm ẩn, chỉ được phát hiện trên lâm sàng khi chức năng thận đã biến đổi. Hiện tại chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho loài virus này, do vậy biện pháp hiệu quả nhất là phát hiện sớm nhiễm virus để kịp thời điều chỉnh liều thuốc ức chế miễn dịch nhằm hồi phục khả năng tự diệt virus của hệ thống miễn dịch trong cơ thể. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu nhiễm virus BK nước tiểu và mối liên quan với chức năng thận ghép".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 43 bệnh nhân ghép thận theo dõi và điều trị tại Bệnh viện 103 có đầy đủ dữ liệu, thời điểm nghiên cứu từ tháng 8 năm 2016 tới tháng 8 năm 2017.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả, cắt ngang

**2.3. Nội dung nghiên cứu:** Thu thập dữ liệu bệnh nhân nghiên cứu khi tái khám: tuổi, giới, nguồn thận, thời gian ghép, nồng độ creatinin tại hai thời điểm: khi chức năng thận ổn định (T0: trong vòng 3-6 tháng trước) và tại thời điểm nghiên cứu (T1: khi chỉ định xét nghiệm virus BK), nồng độ thuốc ức chế miễn dịch CNI, liều mycophenolat mofetil đang dùng.

- Chỉ định xét nghiệm tải lượng virus BK:  
+ Mới ghép (thời gian ghép  $< 6$  tháng): 16 BN  
+ Tăng creatinin máu không rõ nguyên nhân: 23 BN.

+ Đã được chẩn đoán mô bệnh học có bệnh thận do BK virus: 4 BN

- Xét nghiệm tải lượng virus BK trong máu và nước tiểu bằng phương pháp Real time PCR tại Học viện quân y.

- Đánh giá tải lượng virus BK trong nước tiểu theo khuyến cáo Hội ghép tạng Canada (2015):

- Mức thấp:  $250 - 25000000$  copies/ml ( $25 \times 10^6$ )

- Mức cao:  $> 25000000$  copies/ml

- Chỉ định sinh thiết thận ghép: creatinin tăng không rõ nguyên nhân (đã loại trừ các nguyên nhân ngoại khoa, mất chức năng thận trước thận).

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 1: đặc điểm chung, yếu tố nguy cơ nhiễm virus BK ở bệnh nhân ghép thận (n = 43)**

| Chỉ số                                               | Giá trị                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------|
| Tuổi $> 50$ (năm)                                    | 13,9%                   |
| Thời gian sau ghép (năm)                             | 0 - 14                  |
| Bất tương hợp HLA $\geq 4$ allen                     | 60,5%                   |
| Creatinin máu thời điểm T0 ( $\mu\text{mol/l}$ )     | $128,0 \pm 28,0$        |
| Creatinin máu thời điểm T1 ( $\mu\text{mol/l}$ ) (*) | $142,5 \pm 35,2$        |
| Thuốc CNI (Tacrolimus/Cyclosporin)                   | 34/9 (79,1/20,9)        |
| Liều mycophenolat mofetil (g/ngày)                   | $1,88 \pm 0,26 (1 - 2)$ |

(\*): tăng cao hơn có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) so với thời điểm T0

- Tỷ lệ BN  $> 50$  tuổi chiếm tỷ lệ 13,9%

- Thời gian sau ghép ở nhiều thời điểm khác nhau, từ mới ghép tới trên 10 năm.

- Bất tương hợp HLA  $\geq 4$  allen chiếm tỷ lệ cao.

- Tỷ lệ BN sử dụng ức chế calcineurin với Tacrolimus cao hơn so với Cyclosporin.

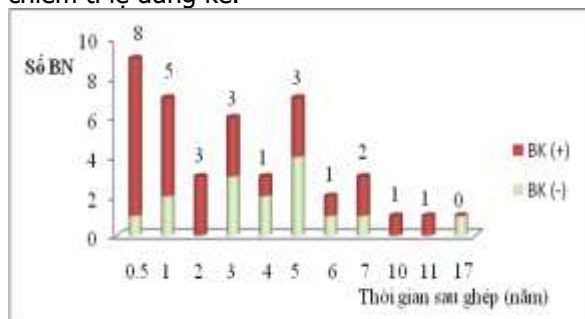
- Nhóm ức chế tăng sinh dùng theo liều khuyến cáo chiếm chủ yếu.

- Tỷ lệ BN nghi ngờ có biến đổi chức năng thận do virus BK chiếm tỷ lệ cao nhất, những BN đã được chẩn đoán mô học bệnh thận do virus BK được chỉ định chiếm tỷ lệ đáng kể.

**Bảng 2: Kết quả tải lượng virus BK nước tiểu ở bệnh nhân nghiên cứu (n = 43)**

| Kết quả                         | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|--------------|-----------|
| Âm tính                         | 15           | 34,9      |
| Dương tính                      | 28           | 65,1      |
| Mức thấp ( $< 25 \times 10^6$ ) | 21           | 48,8      |
| Mức cao ( $> 25 \times 10^6$ )  | 7            | 16,3      |

- Tỷ lệ nhiễm virus BK trong nước tiểu chiếm tỉ lệ cao.
- Bệnh nhân có tải lượng virus BK ở mức cao chiếm tỉ lệ đáng kể.

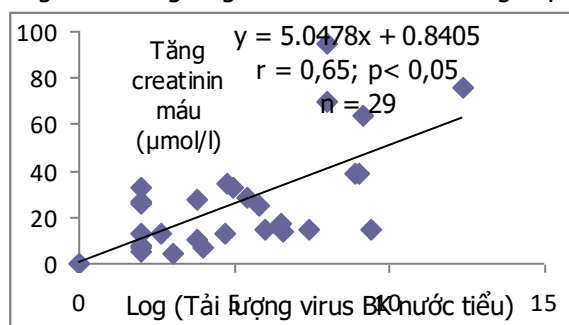


**Biểu đồ 1: Tần suất BN có virus BK dương tính trong nước tiểu tại các thời điểm sau ghép (n=43)**

**Bảng 4: Tỷ lệ BN có virus BK nước tiểu dương tính dựa vào chức năng thận**

| Chỉ định                         | Chung  |       | Mức thấp (< 25 x 10 <sup>6</sup> copies/ml) |      | Mức cao (> 25 x 10 <sup>6</sup> copies/ml) |       |
|----------------------------------|--------|-------|---------------------------------------------|------|--------------------------------------------|-------|
|                                  | n      | %     | n                                           | %    | n                                          | %     |
| Chức năng thận ổn định (n = 16)  | 8      | 50,0  | 7                                           | 43,7 | 1                                          | 6,3   |
| Chức năng thận biến đổi (n = 23) | 16     | 69,5  | 14                                          | 60,9 | 2                                          | 8,6   |
| Bệnh thận do virus BK (n = 4)    | 4      | 100,0 | 0                                           | 0,0  | 4                                          | 100,0 |
| p                                | < 0,05 |       |                                             |      |                                            |       |

- Nhóm BN có chức năng thận ổn định có tới 50% BN có nhiễm virus BK nước tiểu.
- Nhóm BN có bệnh thận do virus BK có 100% xác định được tải lượng virus trong nước tiểu.
- Ở nhóm BN có chức năng thận biến đổi có tới 69,5% có nhiễm virus BK nước tiểu.
- Tỷ lệ BN nhiễm virus BK trong nước tiểu tăng dần tương ứng với biến đổi chức năng thận.



**Biểu đồ 2: Tương quan giữa mức tăng nồng độ creatinin máu với tải lượng virus trong nước tiểu ở BN có dương tính với BK virus.**

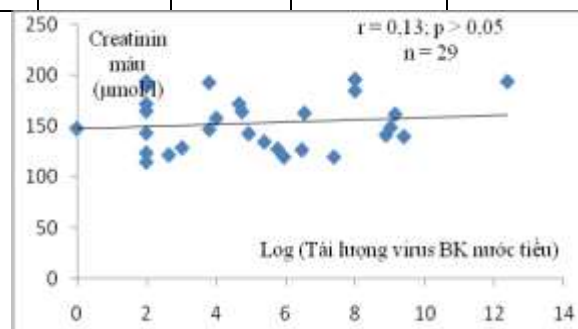
- Mức tăng nồng độ creatinin máu tương quan thuận mức độ trung bình với logarit cơ số 10 của tải lượng virus BK trong nước tiểu ( $p < 0,05$ ).

- Bệnh nhân có virus BK dương tính trong nước tiểu ở mọi thời điểm sau ghép, có xu hướng cao hơn ở thời điểm 2 năm đầu sau ghép.

**Bảng 3: Giá trị trung bình tải lượng virus BK nước tiểu dựa vào chức năng thận**

| Chỉ định                       | Nước tiểu (copies/ml)<br>GTTB $\pm$ SD       |
|--------------------------------|----------------------------------------------|
| Creatinin máu ổn định (n = 16) | $4,6 \times 10^2 \pm 5,3 \times 10^2$        |
| Tăng creatinin máu (n = 23)    | $4,9 \times 10^8 \pm 18,6 \times 10^8$       |
| Bệnh thận do virus BK (n = 4)  | $6,0 \times 10^{11} \pm 10,4 \times 10^{11}$ |
| p                              | < 0,05                                       |

- Tải lượng virus BK tăng cao hơn có ý nghĩa ở BN có biến đổi chức năng thận, cao nhất ở bệnh nhân có bệnh thận do virus BK



**Biểu đồ 3: Tương quan giữa nồng độ creatinin máu với tải lượng virus trong nước tiểu ở BN có dương tính với BK virus**

- Giá trị tuyệt đối creatinin máu tương quan không có ý nghĩa với tải lượng virus BK trong nước tiểu.

#### IV. BÀN LUẬN

**3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu và các yếu tố nguy cơ nhiễm virus BK sau ghép thận:** Các đối tượng tham gia nghiên cứu được lựa chọn một cách thuận tiện những bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng virus BK theo các chỉ định khác nhau. Tỷ lệ BN trên 50 tuổi chỉ chiếm 13,9% (bảng 1), theo các nghiên cứu thì đây là nhóm BN có nguy cơ nhiễm hoặc tái hoạt động virus BK sau ghép. Tỷ lệ bất tương hợp HLA ở mức cao chiếm đa số 60,5% (bảng



1), đây cũng là yếu tố nguy cơ nhiễm virus BK sau ghép do những BN này cần sử dụng thuốc dẫn nhập và thuốc duy trì với liều cao, khả năng ức chế mạnh hệ thống miễn dịch, nguy cơ quá liều dễ dẫn tới các nhiễm trùng cơ hội trong đó có virus BK. Các bệnh nhân của chúng tôi được điều trị sau ghép bằng phác đồ 3 thuốc gồm ức chế calcineurin (tacrolimus 79,1%; cyclosporin 20,9%), ức chế tăng sinh mycophenolat mofetil và prednisolon; thuốc ức chế tăng sinh được dùng khởi đầu theo khuyến cáo là 2g/ngày (bảng 1). Ngoài ra còn có một vài yếu tố nguy cơ gây mới mắc hoặc hoạt động virus BK, gây bệnh thận ghép do virus BK nhưng trong nghiên cứu chưa được khai thác đầy đủ do hạn chế về thông tin của bệnh nhân. Có 4 BN đã được xác chẩn bệnh thận do virus BK bằng mô bệnh học khi sinh thiết thận ghép, việc xác định tải lượng virus trong nước tiểu và cả trong máu tại thời điểm chẩn đoán là cơ sở theo dõi đáp ứng điều trị thông qua sự biến đổi tải lượng virus ở những thời điểm tiếp theo, hạn chế phải sinh thiết thận nhiều lần. Do kinh phí bảo đảm cho việc xét nghiệm virus còn hạn chế nên việc chỉ định sàng lọc virus BK được đưa ra chủ yếu ở BN có tăng creatinin máu và một số ít BN mới ghép nhằm sàng lọc phát hiện sớm virus BK hoạt động.

**3.2. Nhiễm virus BK nước tiểu ở bệnh nhân nghiên cứu và mối liên quan với chức năng thận ghép:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có 65,1% BN phát hiện được virus BK trong nước tiểu (bảng 1). Điều này được lý giải là đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là những BN có nghi ngờ nhiễm BK virus và 4 BN đã có xác chẩn bằng mô bệnh học bệnh viêm thận kẽ do virus BK. Tỷ lệ này chưa hoàn toàn đại diện cho quần thể chung nhưng cũng cho chúng ta thấy ở đối tượng nguy cơ cao thì tỷ lệ nhiễm virus BK là rất cao. Virus BK có thể mới mắc hoặc tái hoạt động ở những bệnh nhân quá liều thuốc ức chế miễn dịch, nhất là ở giai đoạn sớm sau ghép, do đó cần mở rộng chỉ định sàng lọc virus BK ở các bệnh nhân chuẩn bị ghép thận hoặc giai đoạn mới ghép và cả khi chức năng thận ổn định để kịp thời phát hiện những BN có virus BK hoạt động mà chưa có biến đổi chức năng thận, can thiệp điều trị để kiểm soát tải lượng virus giúp ổn định chức năng thận lâu hơn, kéo dài thời gian sống thêm của thận ghép.

Trong số những BN có dương tính virus BK trong nước tiểu, BN có tải lượng virus ở ngưỡng cao ( $> 25 \times 10^6$ copies/ml) chiếm tỷ lệ 25% (7/28 BN), còn lại là dương tính mức thấp 75% (bảng 2). Virus BK hoạt động ở mọi thời điểm sau

ghép, có thể mới ghép và cả những BN đã ghép hơn 10 năm, hay gặp hơn ở thời điểm mới ghép (biểu đồ 1), điều đó cho thấy cần sàng lọc sớm ở BN sau ghép đồng thời tầm soát định kỳ ở BN đã ghép lâu dài nhưng có các yếu tố nguy cơ nhiễm virus BK hoặc có biến đổi chức năng thận. Phân tích theo cách khác cho thấy tải lượng virus trung bình cao nhất ở nhóm được chẩn đoán bệnh thận do virus BK, sau đó là nhóm có biến đổi chức năng thận và thấp nhất ở nhóm chức năng thận bình thường (bảng 3). Như vậy, tải lượng virus nước tiểu cao liên qua chặt chẽ tới tổn thương thận, biến đổi chức năng thận. Phân tích theo tỷ lệ, 100% (4/4) BN được chẩn đoán bệnh thận do virus BK bằng sinh thiết có tải lượng rất cao, điều này hoàn toàn phù hợp với bệnh sinh của bệnh thận do BK virus, mục tiêu điều trị là làm sạch virus trong cơ thể người bệnh hoặc chuyển thành thể ẩn (latent form), do đó, ngay cả khi đã xác chẩn bệnh thận do virus BK bằng sinh thiết thận vẫn cần xác định tải lượng virus để theo dõi đáp ứng điều trị, tránh việc phải sinh thiết thận ghép nhiều lần, nếu đáp ứng tốt, tải lượng virus sẽ giảm dần và về dưới ngưỡng định lượng. Ở nhóm BN có biến đổi chức năng thận có tới 69,5% có virus BK hoạt động với mức độ tải lượng virus khác nhau, các virus xâm nhập và nhân lên ở tế bào biểu mô ống thận, xuất hiện virus chứng tỏ rằng đã có tổn thương thận ghép do virus BK ở các mức độ khác nhau. Ở BN ghép thận, nhất là giai đoạn sớm sau ghép có thể có đa niệu do tổn thương ống thận do thiếu máu trong lúc cấy ghép chưa hồi phục hoàn toàn, do đó nồng độ virus trong nước tiểu có thể chưa phản ánh hết mức độ nhân lên của virus do bị pha loãng một phần. Tuy vậy, trong nhóm này có 2 BN với tải lượng virus ở mức cao chứng tỏ tổn thương thận do virus BK là nguyên nhân gây tăng creatinin máu, cần điều trị chỉnh liều thuốc ức chế miễn dịch kịp thời, theo dõi chặt chẽ. Ở nhóm có chức năng thận bình thường, sàng lọc virus BK cho thấy có 50% BN có virus BK hoạt động trong nước tiểu, đây chủ yếu là những BN mới ghép, liều ức chế miễn dịch duy trì mức cao để dự phòng thải ghép cấp, sự hoạt động của virus BK chứng tỏ tình trạng ức chế miễn dịch quá ngưỡng, hơi quá liều, bảo đảm hạn chế thải ghép nhưng là nguy cơ bùng phát và hoạt động virus BK cũng như các loại virus khác gây tổn thương nhiễm trùng các cơ quan khác, thậm chí ảnh hưởng tới sự sống của BN, theo một cách khác, đánh giá tải lượng virus BK là công cụ gián tiếp đánh giá phản ứng đáp ứng của cơ thể với phác đồ, liều ức chế miễn dịch đang dùng, là cơ sở các thầy

thuốc điều chỉnh liều, phác đồ ức chế miễn dịch giúp cân bằng vai trò bảo vệ tạng ghép chống thải ghép với sự hoạt động của nhiễm trùng cơ hội. Do vậy, hoạt động của virus BK không chỉ là nguy cơ tiềm ẩn tiến triển tới bệnh thận do virus BK gây mất chức năng thận ghép không hồi phục mà còn chỉ điểm cho sự hoạt động của nhiều loại virus khác có thể gây tổn thương các tạng, cơ quan trong cơ thể. Đây là đối tượng cần sàng lọc sớm, định kỳ để kịp thời phát hiện BN nhiễm virus BK để có kế hoạch điều trị phù hợp.

Phân tích ở những BN virus BK dương tính trong nước tiểu cho thấy tải lượng virus (logarit cơ số 10) có mối tương quan thuận có ý nghĩa với mức độ biến đổi chức năng thận ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,05$ ; biểu đồ 2), trong khi tương quan không có ý nghĩa với giá trị tuyệt đối nồng độ creatinin máu (biểu đồ 3). Như vậy, sự xuất hiện và nhân lên của virus BK trong máu là yếu tố nguy cơ gây tăng creatinin máu, đồng thời virus BK có thể hoạt động ở tất cả các BN với chức năng thận là bình thường hay đã giảm trước đó.

#### IV. KẾT LUẬN

Khảo sát tải lượng virus BK trong nước tiểu ở 43 BN ghép thận đưa ra kết luận: 65,1% (28 BN) có dương tính virus, trong đó ở mức cao là 25% (7/28 BN); tỉ lệ, tải lượng virus BK nước tiểu tăng

cao liên quan có ý nghĩa tới tăng creatinin máu, cao nhất ở những bệnh nhân đã xác chẩn bệnh thận do BK bằng chẩn đoán mô học; ở những BN chức năng thận ổn định có tới 50% BN có virus BK trong nước tiểu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Phan Hải An và cộng sự (2015)**, Ca lâm sàng nhiễm virus BK ở bệnh nhân sau ghép thận. *Tạp chí nghiên cứu y học*, Số 93, tr 142 – 147.
2. **Canadian Society of Transplantation (2015)**, Clinical Guidelines for Kidney Transplantation. 114 Cheyenne Way Ottawa, ON K2J 0E9 Canada.
3. **Chon W.J, Josephson M.A (2016)** "High-level viremia as a screening tool for BK virus nephropathy in renal transplant recipients" *Kidney Research and Clinical Practice*, Vol 35, pp 176-181.
4. **Jacobi J, Prignitz A, et al (2013)**, BK viremia and polyomavirus nephropathy in 352 kidney transplants; risk factors and potential role of mTOR inhibition. *BMC Nephrology*, Vol 14: 207-219.
5. **KDIGO (2009)**, The Clinical Practice Guideline for the care of Kidney transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, Vol 9 (Suppl 3), Si-Sii.
6. **Phuong Thu Pham (2012)**, BK Virus Screening and Management Following Kidney Transplantation: An Update. *Transplantation Technologies & Research*, Volume 2, Issue 3: 1-4.
7. **Vasudev B et al (2005)**, BK virus nephritis: Risk factors, timing, and outcome in renal transplant recipients. *Kidney International*, Vol. 68: 1834–1839.



# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG TUYẾN BARTHOLIN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các hình thái tổn thương tuyến Bartholin tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** mô tả tiến cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân bị tổn thương tuyến Bartholin. **Kết quả:** Triệu chứng đau chiếm 56,7%, viêm đỏ 51,9% và sốt 9,6%. Sờ thấy khối áp-xe hoặc nang tuyến với tỷ lệ 93,3%. Bạch cầu tăng chiếm 42%, nuôi cấy vi khuẩn cho kết quả dương tính 23,7%, trong đó E. Coli chiếm 50,0%. Có 49 trường hợp bóc tuyến Bartholin được xét nghiệm giải phẫu bệnh, viêm tuyến Bartholin mãn tính chiếm 85,7% và viêm tuyến Bartholin cấp tính 14,3%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng là đau, viêm đỏ và sốt. Nuôi cấy vi khuẩn cho kết quả dương tính 23,7%, viêm tuyến Bartholin mãn tính chiếm đa số.

**Từ khóa:** Viêm tuyến Bartholin, áp xe tuyến Bartholin, nang tuyến Bartholin.

## SUMMARY

### STUDY ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF BARTHOLIN GLAND LESIONS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

**Objectives:** To describe clinical and subclinical characteristics of Bartholin gland lesions at National hospital of Obstetrics and Gynaecology. **Methodology:** This is a descriptive study among 104 patients with Bartholin gland lesion. **Results:** Feeling pain was 56,7%, inflammatory was 51,9% and fever was 9,6%. Presence of abscess or cyst was 93,3%. Increase of WBC was 42%, positive with bacterial culture was 23,7% among those E. Coli took 50,0%. 49 cases of Bartholin removals, samples were sent for anatomical pathology which had shown that 85,7% was chronic, 14,3% was acute. **Conclusion:** Common clinical symptoms of Bartholin gland lesion was pain, inflammatory and fever. Positive culturing with bacteria was 23,7%, most of cases was chronic.

**Key words:** Bartholinitis, bartholin abscess, bartholin cyst.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin bao gồm: viêm tuyến Bartholin, áp-xe tuyến Bartholin, nang tuyến Bartholin và ung thư tuyến Bartholin. Tuy nhiên những nghiên cứu thời gian

gần đây thấy rằng số trường hợp xét nghiệm dịch của khối áp-xe tuyến thấy lậu cầu rất ít hoặc không thấy, mà vi khuẩn gặp nhiều nhất là E.Coli [1]. Mặc dù các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin không gây ra hậu quả nghiêm trọng nhưng nó là nguyên nhân gây ra nhiều rối loạn ảnh hưởng đến sức khỏe, đời sống và hoạt động sinh dục của người phụ nữ. Tại thời điểm này ở Việt Nam chưa thấy có nghiên cứu nào về lâm sàng và cận lâm sàng các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các hình thái tổn thương tuyến Bartholin tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tuyến Bartholin; nang tuyến Bartholin; áp-xe tuyến Bartholin được điều trị tại khoa Phụ ngoại và khoa Sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản TW.  
- Có đầy đủ các xét nghiệm cần thiết trong nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:** Đang có thai.

- Đang hành kinh, đang rong kinh rong huyết.  
- Đang mắc các bệnh mạn tính (suy gan, đái tháo đường, ung thư....)  
- Những người mắc bệnh về thần kinh (động kinh, tâm thần, thiếu năng trí tuệ), câm, điếc.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

### 2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

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

Trong đó: n: cỡ mẫu.

- p=0,85: là tỷ lệ số trường hợp không tái phát trong tổn thương tuyến Bartholin.

- Δ: độ sai lệch có thể chấp nhận được trong nghiên cứu là 7% (Δ=0,07).

- α: Là mức ý nghĩa thống kê, chúng tôi chọn α = 0,05.

- Giá trị Z thu được tương ứng với giá trị α được chọn.  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = (1,96)^2$

Sau khi tính toán chúng tôi được n = 100, thực tế trong thời gian nghiên cứu có 104 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nên chúng tôi lấy n = 104.

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2017

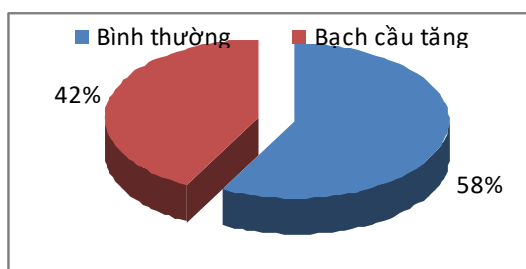
Ngày duyệt bài: 12.12.2017

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng của tổn thương tuyến Bartholin.**

| Triệu chứng lâm sàng            |                       | Số lượng (n=104) | Tỷ lệ (%)   |
|---------------------------------|-----------------------|------------------|-------------|
| Sốt                             | Không sốt             | 94               | 90,4        |
|                                 | <b>Có sốt</b>         | <b>10</b>        | <b>9,6</b>  |
| Đau âm hộ                       | Không đau             | 45               | 43,3        |
|                                 | <b>Có đau</b>         | <b>59</b>        | <b>56,7</b> |
| Viêm đỏ âm hộ                   | Không viêm đỏ         | 50               | 48,1        |
|                                 | <b>Có viêm đỏ</b>     | <b>54</b>        | <b>51,9</b> |
| Sờ thấy khối                    | Không thấy khối       | 7                | 6,7         |
|                                 | <b>Có khối</b>        | <b>97</b>        | <b>93,3</b> |
| Nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới | Không nhiễm khuẩn     | 72               | 69,2        |
|                                 | <b>Có nhiễm khuẩn</b> | <b>32</b>        | <b>30,8</b> |

**Nhận xét:** Triệu chứng đau chiếm 56,7%, viêm đỏ 51,9% và sốt 9,6%. Có thể sờ thấy khối áp-xe hoặc nang tuyến với tỷ lệ 93,3%. Kèm theo nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới 30,8%.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các trường hợp số lượng bạch cầu tăng.**

**Nhận xét:** Kết quả công thức máu của 104 bệnh nhân nghiên cứu, có bạch cầu tăng 42%, bạch cầu bình thường chiếm 58%.

**Bảng 2. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn của dịch tuyến Bartholin.**

| Nguyên nhân gây bệnh. | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)   |
|-----------------------|--------------|-------------|
| <b>E. Coli</b>        | <b>9</b>     | <b>11,8</b> |
| Liên cầu nhóm B       | 1            | 1,3         |
| Tụ cầu                | 4            | 5,3         |
| Nấm                   | 4            | 5,3         |
| Âm tính               | 58           | 76,3        |
| <b>Tổng</b>           | <b>76</b>    | <b>100</b>  |

**Nhận xét:** Nuôi cấy vi khuẩn từ dịch tuyến Bartholin của 76 trường hợp thì có 18 (23,7%) cho kết quả dương tính, E. Coli phát hiện nhiều nhất với 50,0%.

**Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau bóc tuyến Bartholin.**

| Kết quả giải phẫu bệnh   | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------------|--------------|------------|
| Viêm tuyến Bartholin cấp | 7            | 14,3       |
| Viêm tuyến Bartholin mạn | 42           | 85,7       |
| <b>Tổng</b>              | <b>49</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Có 49 trường hợp bóc tuyến Bartholin có kết quả giải phẫu bệnh viêm tuyến Bartholin mãn tính là 85,7% và viêm tuyến Bartholin cấp tính 14,3%.

## IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng sốt chiếm 9,6% trong tổng số các đối tượng nghiên cứu, tương tự nghiên cứu của H. Krissi, A. Shmueli (2015) [2] với tỷ lệ trường hợp có sốt là 12,7%. Sở dĩ tỷ lệ sốt thấp như vậy là do ổ nhiễm khuẩn chỉ khu trú ở khu vực, có rất ít các trường hợp ảnh hưởng đến toàn thân, với một số trường hợp bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện. Triệu chứng đau gặp ở trong 56,7% các đối tượng nghiên cứu trong đó đau khi giao hợp chiếm 16,3%, các tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của A.C.N.Figuciredo (2012) [5] với tỷ lệ tương ứng là 93,5% và 29,0%.

Triệu chứng đau là triệu chứng xuất hiện sớm trong các trường hợp viêm cấp tính của tuyến Bartholin, bệnh nhân thường đau rất nhiều, đau tăng lên khi giao hợp và vận động. Triệu chứng viêm đỏ tại vùng âm hộ dưới gặp trong 51,9% số trường hợp nghiên cứu, phù hợp với nghiên cứu của H. Krissi, A. Shmueli (2015) [2]. Triệu chứng khối sưng bao gồm cả các trường hợp sưng nề và nang tuyến chiếm 93,3%. Trong nghiên cứu thấy triệu chứng sờ thấy khối ở vị trí tuyến Bartholin xuất hiện nhiều nhất với 93,3% số trường hợp nghiên cứu bao gồm khối áp-xe tuyến Bartholin và nang tuyến Bartholin. Ngoài các dấu hiệu tại tuyến thì có 30,8% các trường hợp có kèm theo nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới, điều này là do liên quan giải phẫu của tuyến Bartholin thuộc vùng âm hộ nên trong nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới sẽ ảnh hưởng đến tuyến Bartholin cũng như khi có viêm nhiễm tại tuyến Bartholin thì sẽ ảnh hưởng lại tới đường sinh dục dưới.

Trên kết quả xét nghiệm công thức máu số thấy bạch cầu tăng trong 42%, đó là những

trường hợp viêm tuyến Bartholin cấp tính làm cho số lượng bạch cầu trong máu tăng lên, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Kessous R (2013) là 50,4% [4] và H. Krissi, A. Shmueli (2015) [2] là 55,8% nhưng nó phù hợp do hai nghiên cứu này chỉ nghiên cứu các trường hợp áp-xe tuyến Bartholin nên tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn, tỷ lệ tăng bạch cầu phụ thuộc vào số trường hợp nhiễm khuẩn cấp tính trong nghiên cứu.

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn từ dịch của tuyến Bartholin thấy số trường hợp phát hiện vi khuẩn là 23,7% trong đó E.coli là nhiều nhất với 9 trường hợp chiếm 50,0% tổng số các trường hợp dương tính, tụ cầu và nấm cùng phát hiện 4 (5,3%) trường hợp, liên cầu nhóm B có 1 (1,3%) trường hợp, không thấy lậu cầu. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của Kaori Tanaka (2005) [1] tỷ lệ nhiễm khuẩn là 79,5%; E.coli xuất hiện nhiều nhất 43,8%; không thấy lậu cầu, nghiên cứu của A.Bhide (2010) [5] tỷ lệ thấy vi khuẩn 73,9%; không thấy lậu cầu và Chlamydia, nghiên cứu của Kessous R (2013) [4] xét nghiệm thấy vi khuẩn 61,8%; E.coli thấy nhiều nhất 43,7%. Sở dĩ có sự khác biệt trên là do trong nghiên cứu chúng tôi chỉ xét nghiệm vi khuẩn với phương pháp nuôi cấy vi khuẩn và định danh bằng phương pháp thông thường và các nghiên cứu khác chỉ nghiên cứu trên các trường hợp áp-xe tuyến Bartholin nên số trường hợp nhiễm khuẩn sẽ cao hơn. Trong các nghiên cứu trên thường thì tỷ lệ áp-xe tuyến Bartholin cao gấp 3 lần so

với nang tuyến Bartholin nên trên xét nghiệm tỷ lệ phát hiện vi khuẩn trong dịch tuyến cũng sẽ cao hơn.

Có tổng số 49 trường hợp bóc nang tuyến được làm giải phẫu bệnh trong đó kết quả không có trường hợp nào ung thư tuyến Bartholin; viêm tuyến Bartholin cấp là 14,3% và viêm tuyến Bartholin mạn là 85,7%. Những trường hợp bóc bỏ tuyến Bartholin chủ yếu là các trường hợp nang tuyến chính vì vậy tỷ lệ chủ yếu là viêm tuyến Bartholin mạn tính.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng là đau, viêm đỏ và sốt. Nuôi cấy vi khuẩn cho kết quả dương tính 23,7%, viêm tuyến Bartholin mạn tính chiếm đa số.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaori Tanaka (2005)**, "Microbiology of Bartholin's gland Abscess in Japan", *Journal of Clinical Microbiology*, Aug 2005, pp. 4258-4261.
2. **H. Krissi, A. Shmueli (2015)**, "Acute Bartholin's abscess: microbial spectrum, patient characteristics, clinical manifestation, and surgical outcomes", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 35, pp. 443-446.
3. **A.C.N.Figuciredo (2012)**, "Cistos da glândula de Bartholin: Tratamento com Vaporização laser com CO<sub>2</sub>", *Rev Bras Ginecol Obstet*, 34, pp. 551-553.
4. **Kessous R (2013)**, "Clinical and Microbiological characteristics of Bartholin gland Abscesses", *Obstetrics & Gynecology*, oct 2013, 122, pp. 794-799.
5. **A.Bhide (2010)**, "Microbiology of cysts/ abscesses of Bartholin's gland: Review of empirical antibiotic therapy against microbial culture", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, oct 2010, 30, pp.701-703.

## ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ SỰ BỘC LỘ MỘT SỐ DẤU ẪN HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN NỘI MẠC TỬ CUNG

Nguyễn Khánh Dương<sup>1</sup>, Lê Đình Roanh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 67 trường hợp ung thư nội mạc tử cung được xác nhận bằng mô bệnh học trên các mảnh bệnh phẩm sinh thiết sau phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn, các trường hợp này được địnhтип mô bệnh học theo tiêu chuẩn phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2014, nhuộm hóa mô miễn dịch với các dấu ấn CK7, CK20, ER, PR bằng phương pháp ABC tại Trung

tâm nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư, được đánh giá kết quả theo chuẩn của nhà sản xuất Dako. Kết quả và kết luận: 1. Về tỷ lệ cácтип mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung: chúng tôi tìm thấy 5тип mô bệnh học của ung thư nội mạc tử cung, trong đó,тип ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung chiếm nhiều nhất (73,1%), tiếp đến làтип ung thư biểu mô tuyến nhầy (11,9%), ung thư biểu mô tuyến thanh dịch (7,6%), ung thư biểu mô tuyến hỗn hợp (5,9%) và ít nhất làтип tế bào sáng (1,4%). Độ mô học: Độ I gặp nhiều nhất, chiếm 80,6%; độ II có 13,43% và độ III chiếm 5,97%. 2. Về tỷ lệ bộc lộ một số dấu ấn miễn dịch: Dấu ấn CK7 bộc lộ trong 77,6% các trường hợp ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung, trong đó tỷ lệ bộc lộ củaтип dạng nội mạc chiếm 79,6% và hầu hết dương tính mạnh (55,2%). Chỉ có 1 trường hợp ung thư nhầy bộc lộ dấu ấn CK20. Dấu ấn ER và PR bộc lộ lần lượt là 50,75% và 68,66% các

<sup>1</sup>Bệnh viện phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trung tâm nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khánh Dương

Email: duongnk1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

trường hợp, trong đó tỉ lệ dạng nội mạc có tỷ lệ bậc lộ hai dấu ấn này cao nhất (lần lượt là 50,14% và 79,59%). Các kết quả nghiên cứu đã được so sánh và bàn luận.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến nội mạc, ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc.

## SUMMARY

### HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EXPRESSION OF SOME IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS IN ENDOMETRIAL CARCINOMAS

The study included 67 cases endometrial carcinomas confirmed by histopathological on biopsy specimen after hysterectomy surgery, these cases are to classify types histopathological by using the WHO 2014 classification, immunohistochemistry stained with markers CK7, CK20, ER, PR by the ABC method in Center for Research and Early Detection of Cancer, the results were evaluated according to the manufacturer's Dako standards. Results and conclusions: 1. Rate of histologic types of endometrial carcinomas: we found 5 type of endometrial carcinomas, which, endometrioid carcinomas occupies most (73.1%), followed by the mucinous carcinoma (11.9%), serous carcinoma (7.6%), mixed carcinomas (5.9%) and least clear cell carcinoma (1.4%). Histologic grade: Grade I met the most, accounting for 80.6%; Grade II and Grade III accounted for 13.43% 5.97%. 2. Rate of expression immunohistochemistry some markers: CK7 expression positive in 77.6% of endometrial carcinomas, in which the proportion of endometrioid carcinomas 79.6% and mostly positive strong (55.2%). Only 1 case of mucinous carcinoma expression are positive CK20. ER and PR expression positive in 50.75% and 68.66% of the cases, in which the endometrioid carcinomas expression positive the highest (50.14% and 79, 59%). The study results were compared and discussed.

**Key words:** Endometrial carcinomas, endometrioid carcinoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung (UTBMT NMTC) là u ác tính nguyên phát xuất phát từ biểu mô tuyến nội mạc tử cung (NMTC), nó có khả năng xâm nhập lớp cơ và lan đến những nơi xa Theo ghi nhận của Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC) năm 2002, có 199.000 trường hợp mới mắc chiếm tỷ lệ 3,9% các bệnh ung thư mới mắc ở nữ, 50.000 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 1,7%. Năm 2008 trên thế giới có khoảng 288.000 trường hợp mới mắc ung thư NMTC (đứng thứ tư trong các trường hợp ung thư ở nữ) và 74.005 trường hợp tử vong vì căn bệnh này [1]. Ở Việt Nam số trường hợp mới mắc và tử vong là 3.054 và 1.400 tương ứng tỷ lệ mới mắc và tử vong trên 100 000 dân là 7,2 và 3,3, so sánh với năm 2002 là 2,5 và 0,9. Rõ ràng, tỷ lệ ung thư NMTC trên thế giới và

ở nước ta ngày càng gia tăng, điều này phù hợp với tuổi thọ phụ nữ ngày càng cao, xu hướng sử dụng hormon thay thế sau mãn kinh cũng như tỷ lệ tăng lên các yếu tố nguy cơ có sự tương quan với tỷ lệ bệnh như: béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường... và các phương pháp chẩn đoán bệnh cũng ngày càng tốt hơn. Chẩn đoán mô bệnh học đến nay vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định các loại ung thư nói chung và UTBMT NMTC nói riêng. Kỹ thuật hóa mô miễn dịch (HMMĐ) ra đời giúp ích cho phân loại mô bệnh học của UTBMT NMTC và là phương pháp rất hữu ích cho chẩn đoán, phân loại, điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh. Để góp phần nghiên cứu phân loại các típ mô học và đẩy mạnh việc áp dụng kỹ thuật hoá mô miễn dịch trong chẩn đoán và điều trị UTBMT NMTC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Xác định các típ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung theo phân loại của TCYTTC năm 2014.*

2. *Đánh giá tỷ lệ bậc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch của ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 67 trường hợp ung thư NMTC được điều trị phẫu thuật cắt TC hoàn toàn kèm theo hai phần phụ, nạo vét hạch chậu (có thể có cắt 1/3 trong âm đạo và/hoặc tổ chức mạc nối) trong thời gian từ tháng 1/2013 đến 12/2014 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Chẩn đoán mô bệnh học là UTBMT NMTC. Mẫu bệnh phẩm lấy đúng, đủ, còn lưu trữ đầy đủ tiêu bản, bloc các phần u ở NMTC, cổ tử cung, phần phụ, hạch và hoặc mạc nối. Mô tả đầy đủ hình ảnh đại thể xâm nhập của u vào thành tử cung. Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin cần thiết.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Không thỏa mãn một trong các tiêu chuẩn trên.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, có chủ đích.

**2.2.1. Nội dung nghiên cứu:** Thu thập số liệu về tuổi theo hồ sơ bệnh án. Phân thành các nhóm tuổi: <40; 40-49; 50-59; 60-69 và ≥ 70.

- Nghiên cứu giải phẫu bệnh: Bệnh phẩm sau phẫu thuật được mô tả đánh giá đại thể, xác định xâm của u vào thành tử cung, lấy tại vùng mô u ít nhất 4 mảnh (rìa u, gần rìa u, sát rìa u và cạnh u). Chẩn đoán mô bệnh học theo kỹ thuật

thường quy, phân loại típ theo tiêu chuẩn phân loại của TCYTTC năm 2014.

- Nghiên cứu hóa mô miễn dịch: 67 mẫu bệnh phẩm mô u vùng thân tử cung có hình thái mô bệnh học điển hình của UTBMT NMTC được chọn để nhuộm HMMD với các dấu ấn CK7, CK20, ER, PR. Sử dụng tiêu bản niêm mạc NMTC lành tính và niêm mạc ống CTC lành tính làm chứng dương và chứng âm. Nhuộm theo phương pháp ABC, đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất. Kỹ thuật hóa mô miễn dịch được thực hiện tại Trung tâm nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư.

**2.2.3. Phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được xử lý theo chương trình phần mềm tin

học SPSS 16.0 for Windows. Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi:

Trong tổng số 67 bệnh nhân UTBMT NMTC được nghiên cứu, độ tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,28%), tiếp theo là độ tuổi từ 60-69 (35,82%), độ tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ 10,45%, <40 tuổi là 7,46% và độ tuổi >70 chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,99%. Trong nghiên cứu tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 23 tuổi và cao nhất là 72 tuổi, tuổi trung bình là  $54,7 \pm 9,7$ .

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

| Tuổi     | <40 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | ≥ 70 | Tổng  |
|----------|-----|-------|-------|-------|------|-------|
| Số lượng | 5   | 7     | 29    | 24    | 2    | 67    |
| Tỷ lệ %  | 7,5 | 10,5  | 43,3  | 35,8  | 3,0  | 100,0 |

#### 3.2. Tỷ lệ các típ mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến nội mạc

**Bảng 2. Phân bố ung thư theo típ mô bệnh học**

| Típ mô bệnh học | UTBMT dạng NMTC | UTBMT nhầy | UTBMT thanh dịch | UTBMT tế bào sáng | UTBMT hỗn hợp | Tổng  |
|-----------------|-----------------|------------|------------------|-------------------|---------------|-------|
| Số lượng        | 49              | 8          | 5                | 1                 | 4             | 67    |
| Tỷ lệ %         | 73,13           | 11,93      | 7,60             | 1,42              | 5,92          | 100,0 |

UTBMT dạng nội mạc gặp nhiều nhất (73,13%). Các loại UTBMT khác không phải típ dạng nội mạc gặp tỷ lệ thấp hơn: UTBMT nhầy chiếm 11,93%, UTBMT thanh dịch 7,6 %, UTBMT tế bào sáng 1,42%, UTBMT hỗn hợp 5,92%.

**Bảng 3. Phân bố theo độ mô học**

| Độ mô học | Độ I  | Độ II | Độ III | Tổng  |
|-----------|-------|-------|--------|-------|
| Số lượng  | 54    | 9     | 4      | 67    |
| Tỷ lệ %   | 80,60 | 13,43 | 5,97   | 100,0 |

Độ I gặp nhiều nhất, có 54 trường hợp chiếm 80,60%. Độ II có 9 trường hợp chiếm 13,43%, độ III gặp 4 trường hợp chiếm 5,97%.

#### 3.3. Kết quả bộc lộ dấu ấn hóa mô miễn dịch với các típ UTBMT NMTC (n=67)

**Bảng 4. Kết quả nhuộm HMMD với các dấu ấn HMMD**

| Dấu ấn | Biểu thức            |       |                    |       |                      |       |                       |       |                   |       |
|--------|----------------------|-------|--------------------|-------|----------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------|-------|
|        | Típ dạng NMTC (n=49) |       | Típ chế nhầy (n=8) |       | Típ thanh dịch (n=5) |       | Típ tế bào sáng (n=1) |       | Típ hỗn hợp (n=4) |       |
|        | (+)                  | (+) ố | (+)                | (+) ố | (+)                  | (+) ố | (+)                   | (+) ố | (+)               | (+) ố |
| CK7    | 27                   | 12    | 4                  | 1     | 2                    | 2     | 1                     | -     | 3                 | -     |
| CK20   | -                    | -     | -                  | 1     | -                    | -     | -                     | -     | -                 | -     |
| ER     | 28                   | -     | 3                  | -     | -                    | -     | -                     | -     | 3                 | -     |
| PR     | 39                   | -     | 4                  | -     | 2                    | -     | -                     | -     | 1                 | -     |

Kết quả cho thấy CK7 có tỷ lệ dương tính khá cao trong hầu hết các típ UTBMT NMTC (52/67 trường hợp chiếm tỉ lệ 77,61% trong đó có 39/49 trường hợp típ dạng NMTC, 5/8 trường hợp típ chế nhầy, 4/5 trường hợp típ thanh dịch, 3/4 trường hợp típ hỗn hợp và 1/1 trường hợp típ tế bào sáng). Trong khi đó CK20 lại âm tính trong hầu hết các típ (chỉ có 1/8 trường hợp típ chế nhầy dương tính với CK20). ER và PR có tỷ lệ dương tính khá cao trong các típ UTBMT NMTC

(34/67 và 46/67 trường hợp chiếm tỉ lệ 50,75% và 68,66%). Đặc biệt ER và PR dương tính tới 57,14% và 79,59% ở típ dạng NMTC, ngoài ra còn dương tính tới một nửa số trường hợp típ chế nhầy (3/8 và 4/8 trường hợp), ít gặp dương tính trong típ thanh dịch (2/5 trường hợp) và không gặp trường hợp nào dương tính trong típ tế bào sáng. Típ hỗn hợp cũng có tỷ lệ bộc lộ khá cao với CK7, ER, PR và âm tính với CK20.

#### IV. BÀN LUẬN

##### **4.1. Về phân bố theo nhóm tuổi, típ mô bệnh học và độ mô học của bệnh nhân nghiên cứu:**

Ung thư biểu mô nội mạc tử cung (UTNMTC) là u biểu mô ác tính nguyên phát từ biểu mô nội mạc tử cung (NMTC), thường biệt hóa dạng tuyến, nó có khả năng xâm nhập lớp cơ và lan đến những nơi xa. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ít tuổi nhất là 23, lớn nhất là 72 tuổi, tuổi trung bình là 54,7, trong đó độ tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,28%), tiếp theo là độ tuổi từ 60-69 (35,82%), độ tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ 10,45%, <40 tuổi là 7,46% và độ tuổi >70 chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,99%. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh (tuổi trung bình là 55,5)[2].

Kết quả nghiên cứu về típ mô bệnh học cho thấy UTBMT dạng nội mạc gặp nhiều nhất (73,13%), các loại UTBMT khác không phải típ dạng nội mạc gặp tỷ lệ thấp hơn: UTBMT nhầy chiếm 11,93%, UTBMT thanh dịch 7,6 %, UTBMT tế bào sáng 1,42%, UTBMT hỗn hợp 5,92%. Trong nghiên cứu, chẩn đoán và đánh giá tiên lượng ung thư, việc xếp độ mô học của u hiện đã được thừa nhận như một yêu cầu cần thiết và mỗi loại ung thư có các tiêu chuẩn khác nhau để xếp độ mô học của u đó như xếp độ mô học cho các sacôm mô mềm, ung thư vú... Trong nhiều bài báo trước đó, tiêu chuẩn dùng để xếp độ mô học vẫn chưa rõ ràng và có vẻ dựa trên việc đánh giá số lượng của biệt hóa u kết hợp với một dấu ấn về hoạt động phân bào. Ngày nay hệ thống xếp độ theo Broder vẫn được sử dụng cho rất nhiều típ ung thư khác nhau. Tuy nhiên, trong ung thư nội mạc tử cung, vai trò, giá trị của việc xếp độ mô học không có sự khác biệt với các u khác song về tiêu chuẩn lại có rất nhiều điểm khác biệt. Để xếp độ các ung thư nội mạc tử cung, người ta không dựa vào các tiêu chuẩn như Broder đã nêu mà chủ yếu dựa vào tỷ lệ các đám đặc được hình thành trong mô u (độ I: ≤5% là đám đặc, độ II từ 6-50% và độ III là từ >50% đám đặc). Áp dụng tiêu chuẩn xếp độ của FIGO 2014, chúng tôi thấy trong 67 trường hợp được nghiên cứu, độ I gặp nhiều nhất, có 54 trường hợp chiếm 80,60%. Độ II có 9 trường hợp chiếm 13,43%, độ III gặp 4 trường hợp chiếm 5,97%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ độ I cao hơn đáng kể so với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Kết quả nghiên cứu của Lê Văn Phúc (2011) cho biết độ I là 50%, độ II là 26,5% và độ

III là 23,5% [4]. Sự khác biệt về tỷ lệ các độ mô học trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, chưa có tính đại diện.

##### **4.2. Về sự bộc lộ một số dấu ấn miễn**

**dịch:** Trong chẩn đoán UTMTC, đôi khi việc xác định nguồn gốc nguyên phát là một vấn đề nan giải ví dụ như phân biệt típ ung thư nội mạc dạng nội mạc của tử cung với ung thư dạng nội mạc của buồng trứng lan vào tử cung. Một số chỉ dấu sinh học được cho là có liên quan đến UTMTC nhưng không có dấu hiệu duy nhất cho thấy độ nhạy đủ hoặc đặc hiệu để phục vụ như một công cụ chẩn đoán độc lập. Để có thể đạt được mục đích phân biệt nguồn gốc mô u, cần đánh giá một cách cẩn thận trên các tiêu bản HE và tùy từng trường hợp cụ thể để có sự lựa chọn một panel các dấu ấn hữu ích nhất.

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy CK7 có tỷ lệ dương tính khá cao trong hầu hết các típ UTBMT NMTC (có tới 52/67 trường hợp chiếm tỉ lệ 77,61% trong đó có 39/49 trường hợp típ dạng NMTC chiếm tỉ lệ 79,6% và hầu hết dương tính mạnh 37/67 trường hợp chiếm tỉ lệ 55,2%, 5/8 trường hợp típ chế nhầy, 4/5 trường hợp típ thanh dịch, 3/4 trường hợp típ hỗn hợp và 1/1 trường hợp típ tế bào sáng). Chính vì vậy, nếu chỉ dựa vào sự bộc lộ của dấu ấn này mới chỉ có thể khẳng định biểu mô tuyến mà chưa thể xác định chính xác nguồn gốc mô u. Để có thể xác định được nguồn gốc, người ta phải nhuộm kết hợp với một số marker khác. Cytokeratin 20 (CK20) là một cytokeratin trọng lượng phân tử thấp được mô tả lần đầu vào năm 1992. Sự bộc lộ CK20 thấy được trong các mô bình thường của dạ dày, ruột, đường niệu và trong các tế bào Merkel. Nó cũng bộc lộ ở hầu hết các tuyến của ruột lớn và nhỏ, trong các khối u nhầy của buồng trứng và trong ung thư biểu mô tế bào Merkel, thường xuyên dương tính trong ung thư biểu mô đường niệu và trong ung thư tế bào tuyến của dạ dày, tuyến tụy và ống mật. CK20 là một dấu ấn hữu ích cho các khối u nhầy nguyên phát của buồng trứng để phân biệt với các u nhầy di căn đến buồng trứng với tỷ lệ hầu hết các u nhầy nguyên phát buồng trứng có CK20 âm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CK20 âm tính trong hầu hết các típ (chỉ có 1/8 trường hợp típ chế nhầy dương tính với CK20). Trường hợp típ ung thư nhầy dương tính với CK20 đã được xem xét loại trừ các u của đường niệu và đường tiêu hóa cũng như của tụy (trường hợp này cũng âm tính với dấu ấn CEA). Nội mạc tử cung là một trong những cơ quan đích chịu tác động của hormone hướng sinh dục estrogen và

progesterone thông qua thụ thể ER và PR. Bằng việc phát hiện sự bộc lộ thụ thể ER, PR trên tế bào ung thư qua phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch, người ta có thể biết được UTMTC có phụ thuộc hay không phụ thuộc hormone, những trường hợp bộc lộ với ER, PR được xem xét sử dụng với liệu pháp nội tiết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ER và PR có tỷ lệ dương tính khá cao trong các típ UTBMT NMTC (34/67 và 46/67 trường hợp chiếm tỉ lệ 50,75% và 68,66%). Đặc biệt ER và PR dương tính tới 57,14% và 79,59% ở típ dạng NMTC, ngoài ra còn dương tính tới một nửa số trường hợp típ chế nhầy (3/8 và 4/8 trường hợp), ít gặp dương tính trong típ thanh dịch (2/5 trường hợp) và không gặp trường hợp nào dương tính trong típ tế bào sáng.

## V. KẾT LUẬN

1. Về tỷ lệ các típ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung: Áp dụng theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (2014), chúng tôi tìm thấy 5 típ mô bệnh học của ung thư nội mạc tử cung, trong đó, típ ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung chiếm nhiều nhất (73,1%), tiếp đến là típ ung thư biểu mô tuyến nhầy (11,9%), ung thư biểu mô tuyến thanh dịch (7,6%), ung thư biểu mô tuyến hỗn hợp (5,9%) và ít nhất là típ tế bào sáng (1,4%).

- Về độ mô học của ung thư nội mạc tử cung: Độ I gặp nhiều nhất, chiếm 80,6%; độ II có 13,43% và độ III chiếm 5,97%.

2. Về tỷ lệ bộc lộ một số dấu ấn miễn dịch

- Dấu ấn CK7 bộc lộ trong 77,6% các trường hợp ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung,

trong đó tỷ lệ bộc lộ của típ dạng nội mạc chiếm 79,6% và hầu hết dương tính mạnh (55,2%).

- Chỉ có 1 trường hợp ung thư nhầy bộc lộ dấu ấn CK20.

- Dấu ấn ER và PR bộc lộ lần lượt là 50,75% và 68,66% các trường hợp, trong đó típ dạng nội mạc có tỷ lệ bộc lộ hai dấu ấn này cao nhất (lần lượt là 50,14% và 79,59%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert J.K, Maria LC, C. Simon H, Robert H.Y (2014), "WHO Classification of Tumor Female Reproductive Organs", Lyon, France, IARC Press, World Health Organization Classification of Tumours, 4<sup>th</sup>:121-154.
2. Chu Hoàng Hạnh (2005), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư biểu mô nội mạc tử cung tại bệnh viện K", Luận văn Thạc Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Diễm Thị Thanh Thủy (2002), "Nghiên cứu tình hình ung thư nội mạc tử cung điều trị tại BVBMTCSS trong 5 năm (1996 - 2000)", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Văn Phúc (2011), "Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và tỷ lệ bộc lộ các thụ thể ER, PR trong ung thư biểu mô nội mạc tử cung", Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
5. Meye J.F, Mabicka B.M, Belembaogo E, Minko-Mi-Etousa D.I, Engongah-Beka T. & Minko-Mi-Etousa D. (2000), "Endometrial carcinomas in Gabon. A study of 34 cases in 11 years: 1988-1998", Sante, 10(1), 43-5.
6. Ballester M., Koskas M., Coutant C., Chereau E., Seror J., Rouzier R. & Darai E. (2010), "Does the use of the 2009 FIGO classification of endometrial cancer impact on indications of the sentinel node biopsy?", BMC Cancer, 10:465.
7. DeLair D, Lichtman SM, Audisio RA (2013), "Management of Gynecological Cancers in Older Women", DOI 10.1007/978-1-4471-4605-6\_2, © Springer-Verlag London.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG KHỚP CỦA "HOÀN CHỈ THỐNG" TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Nguyễn Vinh Quốc\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng chống viêm và phục hồi chức năng vận động khớp của thuốc Hoàn chỉ thống trong điều trị thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân thoái hóa khớp gối tuổi từ 38-75, không phân biệt giới tính,

nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Được điều trị bằng Hoàn chỉ thống 8,5g/viên x 4 viên/ngày liên tục trong 28 ngày. **Kết quả:** chu vi khớp gối giảm từ 36,2±2,1 (cm) trước điều trị xuống còn 33,1±1,6 (cm) sau điều trị, chỉ số gót móng trung bình giảm từ 23,6±4,9 (cm) trước điều trị xuống còn 8,7±4,5 (cm) sau điều trị, độ gấp khớp gối trung bình tăng từ 103,3±9,4 (độ) trước điều trị lên 132,4±7,8 (độ) sau điều trị. 96,7% bệnh nhân thoái hóa khớp gối đạt hiệu quả tốt và khá dựa trên mức độ đánh giá phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne và theo mức độ tăng tầm vận động khớp gối sau điều trị. **Kết luận:** Hoàn chỉ thống có tác dụng chống viêm và phục hồi chức năng vận động khớp gối.

\*Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2017

Ngày duyệt bài: 12.12.2017



**Từ khóa:** Thoái hóa khớp gối, hoàn chỉ thống.

## SUMMARY

### A RESEARCH ON EVALUATING THE EFFECTS OF ANTI-INFLAMMATORY AND KNEE JOINT REHABILITATION OF "HOAN CHI THONG" ON TREATMENT FOR KNEE JOINT DEGENERATION

**Objectives:** The study aims at evaluating the effects of anti-inflammatory and knee joint rehabilitation of Hoan chi thong in the treatment for knee joint degeneration. **Subject and Method:** 30 patients with knee joint degeneration aged 38-75, regardless of gender, occupation, volunteered for study. Patients were treated with Hoan chi thong 8.5g/tablet x 4 tablets per day, in 28 days. **Results:** The knee circumference decreased from  $36.2 \pm 2.1$  (cm) pre-treatment to  $33.1 \pm 1.6$  (cm) post-treatment, the average heel-bottom length index increased from  $23.6 \pm 4.9$  (cm) pre-treatment to  $8.7 \pm 4.5$  (cm) post-treatment. The average bending-knee angle increased from  $103.3 \pm 9.4$  (degrees) pre-treatment to  $132.4 \pm 7.8$  (degrees) post-treatment. 96.7% of patients achieved good and fair results according to the Lequesne scale and knee joint mobility increased after the treatment. **Conclusion:** Hoan chi thong has effects of anti-inflammatory and knee joint rehabilitation.

**Keywords:** Degenerative knee joints, hoan chi thong.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) gối là bệnh lý khớp thường gặp ở mọi quốc gia. Theo một nghiên cứu của châu Âu, tỷ lệ THK gối chiếm tới 92,1% trong tổng số 4326 bệnh nhân THK được kiểm tra [1]. Các tổn thương trong THK gối có thể là nguyên nhân phát sinh các bệnh lý với hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng tới sinh hoạt và lao động của người bệnh, thậm chí dẫn tới tàn phế [2], [3].

Điều trị THK gối chủ yếu là dùng các thuốc giảm đau, chống viêm toàn thân hoặc tiêm trực tiếp tại ổ khớp [3]. Sử dụng các nhóm thuốc này cho hiệu quả nhanh chóng, tuy vậy việc sử dụng các thuốc điều trị triệu chứng đau, đặc biệt là các chế phẩm có corticoid có thể gây nhiều tác dụng phụ không mong muốn (tổn thương hệ tiêu hóa, tăng huyết áp, đái tháo đường, loãng xương, suy thượng thận...) gây ra nhiều e ngại cho người thầy thuốc cũng như người bệnh khi phải sử dụng trong một thời gian kéo dài. Xu hướng hiện nay thì con người đã hạn chế sử dụng các nhóm thuốc này và thay thế bằng các loại thuốc có nguồn gốc từ thiên nhiên.

Hoàn chỉ thống (HCT) được sản xuất tại Viện Y học cổ truyền Quân đội theo đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ Quốc phòng. Trên thực nghiệm, thuốc được đánh giá an toàn, có tác dụng chống viêm giảm đau [4]. Để có đủ cơ sở

khoa học khẳng định tác dụng của thuốc, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá tác dụng chống viêm và phục hồi chức năng vận động khớp gối của thuốc Hoàn chỉ thống trên lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Chất liệu:** Thuốc Hoàn chỉ thống bào chế dạng viên hoàn mềm 8,5g/viên được sản xuất tại Khoa Dược/Viện YHCT Quân đội, gồm các vị thuốc: Dây gấm, Dây đau xương, Bạch chỉ, Ngưu tất, Quế chi, Kê huyết đằng. Thuốc đã được Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương – Bộ Y tế thẩm định đạt tiêu chuẩn cơ sở.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân (BN) tuổi từ 38 – 75 được chẩn đoán THK gối nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR (1991), thuộc giai đoạn 1, 2, 3 theo tiêu chuẩn phân loại giai đoạn THK gối trên XQ theo Kellgren và Lawrence (1987) [3], không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Điều trị nội trú tại Viện YHCT Quân đội/BQP từ tháng 6/2014 – tháng 12/2014. Không đưa vào nghiên cứu các BN có tiền sử dị ứng, suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường, phụ nữ có thai...

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh kết quả trước và sau điều trị.

Các BN nghiên cứu được điều trị bằng uống HCT ngày 04 viên, chia 2 lần, mỗi lần 02 viên, sau khi ăn sáng và ăn tối 1 giờ, liên tục trong 28 ngày.

### 2.4. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể (BMI).

- Lâm sàng: đo chu vi khớp gối, đo độ gập khớp gối và chỉ số gót mông. Đánh giá hiệu quả cải thiện bệnh dựa trên các chỉ tiêu mức độ phục hồi chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne, hiệu quả cải thiện chức năng tăng tầm vận động khớp gối, phân thành các loại A (tốt), loại B (khá), loại C (không kết quả) [3].

- Cận lâm sàng: đo tốc độ máu lắng, xét nghiệm tổng phân tích máu (số lượng hồng cầu, số lượng bạch cầu, huyết sắc tố), xét nghiệm sinh hóa máu (Glucose, AST, ALT, Ure, Creatinin).

Các chỉ tiêu theo dõi lâm sàng được thực hiện tại các thời điểm bắt đầu nghiên cứu ( $D_0$ ), sau 7 ngày điều trị ( $D_7$ ), sau 14 ngày điều trị ( $D_{14}$ ), sau 21 ngày điều trị ( $D_{21}$ ), sau 28 ngày điều trị ( $D_{28}$ ). Chỉ tiêu xét nghiệm thực hiện 2 lần vào các thời điểm  $D_0$  và  $D_{28}$ .



**2.5. Xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý định được đánh giá có ý nghĩa thống kê với theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows. Kết quả kiểm  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm các bệnh nhân nghiên cứu**

| Chỉ tiêu                                                            |                                                        | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|---------|
| Tuổi                                                                | 38 - 49                                                | 02       | 6,6     |
|                                                                     | 50 - 59                                                | 06       | 20      |
|                                                                     | 60 - 69                                                | 11       | 36,7    |
|                                                                     | ≥ 70                                                   | 11       | 36,7    |
|                                                                     | Tuổi trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ ): 65,4±10,1 (năm)  |          |         |
| Thời gian mắc bệnh trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ ): 6,57±4,47 (năm) |                                                        |          |         |
| Giới                                                                | Nữ                                                     | 25       | 83,3    |
|                                                                     | Nam                                                    | 05       | 16,7    |
| BMI                                                                 | Gầy (< 18,5)                                           | 02       | 6,7     |
|                                                                     | Trung bình (18,5 – 23)                                 | 21       | 70,0    |
|                                                                     | Béo (> 23)                                             | 07       | 23,3    |
|                                                                     | Chỉ số BMI trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ ): 17,05±3,62 |          |         |
|                                                                     |                                                        |          |         |
| Nghề nghiệp                                                         | Lao động trí óc                                        | 09       | 30,0    |
|                                                                     | Lao động chân tay                                      | 21       | 70,0    |
| Vị trí tổn thương                                                   | Cả hai khớp gối                                        | 22       | 73,3    |
|                                                                     | Khớp gối trái                                          | 05       | 16,7    |
|                                                                     | Khớp gối phải                                          | 03       | 10      |

**Nhận xét:** tỷ lệ nữ chiếm 83,3%, tuổi trung bình  $65,4 \pm 10,1$  (năm). Độ tuổi trên 60 chiếm 73,4%. Thời gian mắc bệnh trung bình  $6,57 \pm 4,47$  (năm), chỉ số BMI trung bình  $17,05 \pm 3,62$ . Tỷ lệ BN lao động chân tay chiếm 70%. Tổn thương thoái hóa 2 khớp gối chiếm đa số với tỷ lệ 73,3%, thoái hóa 1 khớp gối trái 16,7%, thoái hóa 1 khớp gối phải 10%.

#### 3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 2. Cải thiện các chỉ tiêu lâm sàng khớp gối tại các thời điểm**

| Chỉ tiêu             | Thời điểm ( $n=30$ ; $\bar{X} \pm SD$ ) |                 |                    |                   |                   |
|----------------------|-----------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|-------------------|
|                      | D <sub>0</sub>                          | D <sub>7</sub>  | D <sub>14</sub>    | D <sub>21</sub>   | D <sub>28</sub>   |
| Độ gấp khớp gối (độ) | $103,3 \pm 9,4$                         | $110,1 \pm 9,5$ | $120,8 \pm 11,1^*$ | $129,7 \pm 9,5^*$ | $132,4 \pm 7,8^*$ |
| Chu vi khớp gối (cm) | $36,2 \pm 2,1$                          | $35,3 \pm 2,1$  | $34,1 \pm 1,9$     | $33,2 \pm 1,8^*$  | $33,1 \pm 1,6^*$  |
| Chỉ số gót-mông (cm) | $23,6 \pm 4,9$                          | $20,1 \pm 4,8$  | $14,8 \pm 5,4^*$   | $10,8 \pm 5,4^*$  | $8,7 \pm 4,5^*$   |

**Ghi chú:** \*Khác biệt có ý nghĩa khi so sánh với thời điểm D<sub>0</sub> với  $p < 0,05$ .

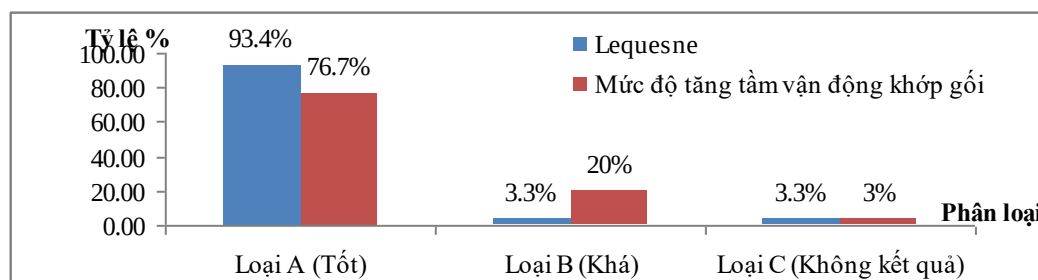
**Nhận xét:** Chu vi khớp gối trung bình, chỉ số gót mông trung bình giảm dần qua các thời điểm, khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). Độ gấp khớp gối trung bình tăng dần, từ ngày thứ 14, độ gấp khớp gối trung bình khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Thay đổi chỉ số Lequesne qua các thời điểm**

| Chỉ tiêu        | Thời điểm ( $n=30$ ; $\bar{X} \pm SD$ ) |                |                 |                 |                 | Mức chênh D <sub>28</sub> -D <sub>0</sub> |
|-----------------|-----------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------------|
|                 | D <sub>0</sub>                          | D <sub>7</sub> | D <sub>14</sub> | D <sub>21</sub> | D <sub>28</sub> |                                           |
| Chỉ số Lequesne | $17,1 \pm 3,6$                          | $13,8 \pm 2,3$ | $9,9 \pm 2,4$   | $4,7 \pm 2,4^*$ | $2,1 \pm 1,6^*$ | $-15,1 \pm 2,9$                           |

**Ghi chú:** Khác biệt có ý nghĩa khi so sánh với thời điểm D<sub>0</sub> với  $p < 0,05$ .

**Nhận xét:** chỉ số Lequesne trung bình của các BN THK gối có xu hướng giảm dần qua các thời điểm điều trị, khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị từ ngày thứ 21 trở đi ( $p < 0,05$ ). Mức giảm chỉ số Lequesne trung bình sau 28 ngày điều trị so với trước điều trị là  $15,1 \pm 2,9$  (điểm).



**Biểu đồ 1.** Hiệu quả hiệu quả cải thiện mức độ phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne và tầm vận động khớp gối sau điều trị.

**Nhận xét:** sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân THK gối đạt hiệu quả tốt và khá dựa trên mức độ đánh giá phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne và theo mức độ tăng tầm vận động khớp gối đều đạt 96,7%.

**Bảng 4. Cải thiện tốc độ máu lắng sau điều trị (n=30;  $\bar{x} \pm SD$ )**

| Chỉ tiêu               | D <sub>0</sub> | D <sub>28</sub> | p(D <sub>28</sub> -D <sub>0</sub> ) |
|------------------------|----------------|-----------------|-------------------------------------|
| Tốc độ máu lắng (mm/h) | 16,4±9,7       | 12,8±7,1        | > 0,05                              |

**Nhận xét:** tốc độ máu lắng trung bình sau điều trị có xu hướng giảm tuy nhiên mức giảm không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (p>0,05).

**Bảng 5. Thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu sau điều trị**

| Chỉ tiêu           | Thời điểm (n=30; $\bar{x} \pm SD$ ) |                 | p(D <sub>28</sub> -D <sub>0</sub> ) |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
|                    | D <sub>0</sub>                      | D <sub>28</sub> |                                     |
| Bạch cầu (G/l)     | 7,04±1,80                           | 6,33±1,16       | >0,05                               |
| Hồng cầu (T/l)     | 4,21±0,42                           | 4,27±0,41       | >0,05                               |
| HGB (g/l)          | 125,6±12,56                         | 127,0±11,81     | >0,05                               |
| Ure (mmol/l)       | 5,41±1,23                           | 5,20±0,70       | >0,05                               |
| Creatinin (μmol/l) | 76,22±15,65                         | 78,75±10,38     | >0,05                               |
| Glucose (mmol/l)   | 5,08±0,63                           | 4,94±0,56       | >0,05                               |
| AST (U/I)          | 25,33±8,94                          | 24,61±6,89      | >0,05                               |
| ALT (U/I)          | 20,39±10,55                         | 21,22±9,74      | >0,05                               |

**Nhận xét:** sau 28 ngày điều trị bằng thuốc HCT, các chỉ số huyết học và sinh hóa thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (p>0,05).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Bàn luận về kết quả nghiên cứu

###### \*Về đặc điểm chung các BN nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 65,4 ± 10,1 (tuổi) tuổi, đa số bệnh nhân nằm ở độ tuổi trên 60 tuổi. Kết quả này tương tự của một số tác giả khác [5],[2]. Tuổi càng cao thì khả năng tổng hợp collagen và mucopolysaccharid bị giảm sút, giảm khả năng đàn hồi và chịu lực. Vì thế tuổi cao là yếu tố nguy cơ cao nhất của thoái hóa khớp [3].

Trong nghiên cứu, 83,3% bệnh nhân là nữ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy 2015 [2]. Tác giả cho rằng tỷ lệ nữ bị THK nhiều hơn nam do sự thay đổi hormone, đặc biệt sự thiếu hụt hormone estrogen sau mãn kinh.

Về vị trí tổn thương khớp gối, ở giai đoạn sớm bệnh xuất hiện đau một bên khớp, sau đó do tình trạng vận động, chịu tải... ảnh hưởng tới

quá trình lão hóa của khớp gối, bệnh tiến triển mạn tính dẫn tới tổn thương cả hai khớp.

**\*Về kết quả điều trị:** Biểu hiện chủ yếu của THK gối là đau và viêm - đây cũng chính là triệu chứng chính khiến người bệnh phải vào viện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi theo dõi và đánh giá tác dụng chống viêm, tác dụng cải thiện bệnh của BN THK gối dựa trên những chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

Sưng khớp là phản ứng viêm tại màng hoạt dịch của khớp. Sưng khớp là do quá trình xuất tiết tạo dịch rỉ viêm cùng với các sản phẩm của rối loạn chuyển hóa trong quá trình viêm. Một thuốc được đánh giá là có tác dụng chống viêm sẽ cải thiện được tình trạng sưng nề tại khớp, trên cơ sở đó sẽ giúp phục hồi tầm vận động khớp [3]. Đo độ gấp khớp gối cũng như theo dõi chỉ số gót móng trung bình là những chỉ tiêu gián tiếp mức độ giảm sưng khớp gối. Kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy chu vi khớp gối của BN nghiên cứu đã giảm

từ  $36,2 \pm 2,1$  (cm) trước điều trị xuống còn  $33,1 \pm 1,6$  (cm) sau điều trị, chỉ số gót mông trung bình giảm từ  $23,6 \pm 4,9$  (cm) trước điều trị xuống còn  $8,7 \pm 4,5$  (cm) sau điều trị, độ gấp khớp gối trung bình tăng từ  $103,3 \pm 9,4$  (độ) trước điều trị lên  $132,4 \pm 7,8$  (độ) sau điều trị, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Giang Thanh (2012), Nguyễn Thu Thủy (2015) [2], [6].

Tốc độ máu lắng là một trong những yếu tố phản ánh đáp ứng viêm trong bilan viêm, tốc độ máu lắng rất có ý nghĩa để đánh giá mức độ hoạt động bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị. Kết quả nghiên cứu thấy tốc độ máu lắng trung bình của các BN THK sau điều trị có xu hướng giảm tuy nhiên mức giảm không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Đối với các BN THK gối, có thể giải thích do nguyên nhân chủ yếu của THK gối là sự lão hóa và sự tấn công cơ học gây tổn thương sụn khớp và các thành phần xung quanh, ít có biểu hiện viêm cấp tính do vậy sự thay đổi tốc độ máu lắng là không thực sự rõ ràng [3].

Để đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động khớp gối, ngoài thang điểm Lequesne còn đánh giá hiệu quả điều trị theo mức độ tăng tầm vận động khớp gối. Kết quả cho thấy chỉ số Lequesne trung bình của các BN THK gối có xu hướng giảm dần qua các thời điểm điều trị, mức giảm chỉ số Lequesne trung bình sau 28 ngày điều trị so với trước điều trị là  $15,1 \pm 2,9$  (điểm). Tỷ lệ bệnh nhân THK gối đạt hiệu quả tốt và khá dựa trên mức độ đánh giá phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne và theo mức độ tăng tầm vận động khớp gối sau điều trị đều đạt 96,7%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Giang Thanh (2012), Nguyễn Thu Thủy (2015) [2], [6]. Như vậy thuốc HCT không chỉ có tác dụng giảm sưng nề khớp gối bị thoái hóa mà còn giúp cải thiện tầm vận động cho BN THK gối.

#### 4.2. Bàn luận về thuốc Hoàn chỉ thống

Theo lý luận YHCT, thận chủ cốt, lưng là phủ của thận. Can chủ cân, đầu gối là nơi tụ hội của cân, can thận bất túc, khí huyết hư suy, cân cốt mất đi sự nuôi dưỡng dẫn tới đau, hạn chế vận động. Tà khí xâm nhập vào lưng, gối, cân cốt nên đau lưng mỏi gối, tê bì bứt rứt khó chịu. Pháp điều trị cần phải khứ phong thấp, chỉ thống tý, bổ ích can thận, bổ ích khí huyết, chính tà kiêm trị. Thành phần của thuốc Hoàn chỉ thống gồm các vị Vương tôn, Dây đau xương, Bạch chỉ, Ngưu tất, Quế chi, Kê huyết đằng. Đây là những vị thuốc YHCT có tác dụng hoạt huyết hóa ứ,

giảm đau chống viêm mạnh thường được sử dụng trong điều trị các bệnh lý xương khớp, tinh dầu trong Quế chi có tác dụng chống co giật, giảm đau; Ngưu tất có tác dụng giảm đau với chuột đã bị gây đau theo phương pháp Koster; Bạch chỉ có tác dụng kháng lại tình trạng ức chế trung khu thần kinh do nhiễm độc nọc rắn, tác dụng chống viêm, giảm đau trên thực nghiệm...[7]. Qua kinh nghiệm thực tế lâm sàng nhận thấy khi phối ngũ các vị này với nhau theo tỷ lệ phù hợp thì hiệu quả chống viêm, giảm đau thu được là khá tốt. Cấu trúc được xây dựng của bài thuốc qua đánh giá phân tích có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc, bổ khí huyết, ích can thận. Kết quả nghiên cứu thực nghiệm cũng đã chứng minh thuốc HCT có tác dụng chống viêm giảm đau [4], kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác [2], [6]. Do vậy chúng tôi thấy rằng việc lựa chọn thuốc HCT làm chất liệu nghiên cứu tác dụng điều trị trên bệnh nhân THK gối là hoàn toàn có cơ sở khoa học và mang tính khả thi.

**4.3. Bàn luận về thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa sau điều trị:** Kết quả cho thấy chưa nhận thấy các biến đổi bất thường sau 28 ngày điều trị bằng thuốc HCT trên một số chỉ số huyết học và sinh hóa mà nhóm nghiên cứu đã thực hiện. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu tính an toàn của thuốc HCT trên thực nghiệm. Các nghiên cứu về thành phần hóa học cũng như tác dụng dược lý của các vị dược liệu có trong thuốc HCT chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng cũng như trên cận lâm sàng.

#### V. KẾT LUẬN

- Thuốc Hoàn chỉ thống có tác dụng chống viêm và phục hồi chức năng vận động khớp trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối: chu vi khớp gối giảm từ  $36,2 \pm 2,1$  (cm) trước điều trị xuống còn  $33,1 \pm 1,6$  (cm) sau điều trị, chỉ số gót mông trung bình giảm từ  $23,6 \pm 4,9$  (cm) trước điều trị xuống còn  $8,7 \pm 4,5$  (cm) sau điều trị, độ gấp khớp gối trung bình tăng từ  $103,3 \pm 9,4$  (độ) trước điều trị lên  $132,4 \pm 7,8$  (độ) sau điều trị, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê. 96,7% bệnh nhân thoái hóa khớp gối đạt hiệu quả tốt và khá dựa trên mức độ đánh giá phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne và theo mức độ tăng tầm vận động khớp gối sau điều trị.

- Chưa thấy tác dụng không mong muốn của thuốc Hoàn chỉ thống trên một số chỉ tiêu theo dõi huyết học và sinh hóa sau 28 ngày điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arrich J., Piribauer F. (2005).** Intra articular hyaluronic patients with osteoarthritis. *Ann Rheu Dis*, 65 (11), 223-225.
2. **Nguyễn Thu Thủy (2015).** Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc Tâm tý thang kết hợp với điện xung, Trường Đại học Y HN.
3. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2004).** Thoái hóa khớp (hư khớp) và thoái hóa cột sống. *Bệnh học nội khoa tập I (dùng cho đối tượng sau đại học)*, NXB Y học,
4. **Nguyễn Vinh Quốc, Trần Thị Mai (2016).** Đánh giá tác dụng chống viêm của thuốc Hoàn chỉ thống trên thực nghiệm. *Tạp chí Y dược học cổ truyền Quân sự*, 2 (6), 32-42.
5. **Đinh Thị Lam (2011).** Bước đầu đánh giá hiệu quả của chế phẩm Glucosamin trong hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Giang Thanh (2012).** Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp kết hợp giữa cấy chỉ và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đỗ Tất Lợi (1999).** *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

## TÌM HIỂU TÌNH TRẠNG THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG Ở THAI PHỤ MẮC HỘI CHỨNG KHÁNG PHOSPHOLIPID

Lê Thị Anh Đào\*, Nguyễn Đức Lam\*

### TÓM TẮT

Hội chứng kháng phospholipid (Antiphospholipid syndrome APS) là hội chứng dẫn tới STLT và các tình trạng như thai chậm phát triển trong tử cung, thai lưu, đẻ non, sảy thai muộn... Nghiên cứu nhằm tìm hiểu các đặc điểm của APS ở quý II và III của thai kỳ. Phương pháp mô tả cắt ngang tiền cứu được áp dụng cho nghiên cứu này. Kết quả 301 bệnh nhân STLT mới có thai được chia thành 2 nhóm STLT mắc APS (34 người) và STLT không mắc APS (267 người). Nhóm mắc APS trong tiền sử có 14,7% số bệnh nhân đã có biểu hiện bệnh lý quý II và III của thai kỳ cao hơn nhóm không mắc APS (3,75%). Tại lần mang thai này, mặc dù đã được điều trị, tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu to, đẻ non, thiếu ối ở nhóm mắc APS vẫn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc APS với tỷ lệ tương ứng là 23,53%, 2,94%, 20,59%, 17,64%. Kết luận: Các bệnh nhân APS có tiền sử STLT được điều trị bằng aspirin và heparin liều dự phòng đông vẫn có nguy cơ mắc thai chậm phát triển trong tử cung, thiếu ối.

### SUMMARY

#### A STUDY ON THE INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION IN PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM ANTI PHOSPHOLIPID SYNDROME

APS is a syndrome that leads to recurrent pregnancy loss, intra uterine restriction, still birth, premature deliveries, late miscarriage... Research aims to study the characteristics of APS in the second and third trimesters. A cross-sectional study was used for this study. The results of 301 newly pregnant patients were divided into two groups with RPL with APS (34 patients) and non-APS (267 patients). In the past, APS group had 14.7% of patients had a higher prevalence of late complications than in the non-APS group (3.75%). In current pregnancy, although being treated, the rate of intra uterine restriction, stillbirth, preterm labor, oligohydramnios in the group with APS remained statistically significantly higher than in the non APS group with respective rates is 23.53%, 2.94%, 20.59%, 17.64%. Conclusion: APS patients with a history of RPL which treated with aspirin and heparin low dose are still at risk of intrauterine growth restriction and oligohydramnios.

**Key words:** Recurrent pregnancy loss, antiphospholipid syndrome, intrauterine growth restriction.

\*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 12.12.2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng kháng phospholipid (Antiphospholipid syndrome APS) được đặc trưng bởi sự xuất hiện tình trạng tắc động mạch hoặc tắc tĩnh mạch hoặc các biến chứng sản khoa, đồng thời về mặt xét nghiệm thấy có mặt các kháng thể kháng phospholipid (aPL) trong máu [1].

APS là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tắc các vi mạch trong bánh rau, từ đó gây nên biểu hiện như sảy thai liên tiếp (STLT) trong 3 tháng đầu, thai chết lưu, thai chậm phát triển hoặc đẻ non, tiền sản giật nặng vv. Theo một nghiên cứu đa trung tâm tiến hành trên 1000 bệnh nhân mắc APS, kết quả cho thấy biến chứng sản khoa hay gặp nhất trong quần thể nghiên cứu là STLT chiếm 35,4%, thai sảy- chết muộn chiếm 16,9%, đẻ non 10,6%, tiền sản giật 9,5%, sản giật 4,4%, thai chậm phát triển trong tử cung, thiếu ối [2]. Như vậy các kháng thể aPL có thể gây nên các biến chứng sớm và cả các biến chứng muộn của thai kỳ.

Trong thời gian gần đây đã có nhiều nghiên cứu của Việt Nam tập trung vào vai trò của APS đối với bệnh lý STLT. Tuy nhiên chưa có một nghiên cứu lớn nào tập trung vào các biến chứng muộn của APS và mối liên quan của các biến chứng sớm và muộn của APS trong thai kỳ.

Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu đặc điểm các biến chứng muộn của APS ở thai phụ có tiền sử STLT.

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

#### 2.1 Đối tượng

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân mới có thai, có tiền sử sảy thai 2 lần liên tiếp trở lên, tuổi thai khi sảy dưới hoặc bằng 12 tuần [2].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân đã có kết quả dương tính với aPL ở lần thử thứ nhất lại không xét nghiệm lần 2 sau 12 tuần.

- Những bệnh nhân không tham gia theo phác đồ điều trị của nghiên cứu.

#### 2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành tiền cứu. Theo công thức tính cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu, số lượng bệnh nhân cần thu thập là 254 bệnh nhân.

Các bệnh nhân có tiền sử STLT khi mới có thai sẽ được khám, siêu âm để xác định tình trạng thai nghén hiện tại. Đồng thời bệnh nhân được làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân STLT

n như xét nghiệm xác định aPL (lupus anticoagulant và anticardiolipin IgG và IgM), nhiễm sắc đồ, siêu âm đầu dò âm đạo, xét nghiệm máu khác. Các bệnh nhân cũng sẽ được khai thác kỹ tiền sử sảy thai liên tiếp cũng như tiền sử mắc các bệnh lý trong thai kỳ trước đó (thai chậm phát triển, thai sảy muôn, thai chết lưu muôn, thiếu ối, tắc mạch sau đẻ). Ở lần mang thai này, bệnh nhân sẽ được điều trị theo nguyên nhân, nếu mắc APS sẽ điều trị theo phác đồ heparin trọng lượng phân tử thấp 20mg/ngày và aspirin 100mg/ngày đến tuần 34 của thai kỳ và được chia thành 2 nhóm STLT mắc APS và STLT không mắc APS. Cả 2 nhóm bệnh nhân được theo dõi cho đến cuối thai kỳ và thời kỳ sau sinh để phát hiện các bệnh lý muôn của APS nếu có.

Nghiên cứu được triển khai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 1/1/2012 đến 1/7/2014.

**Phần mềm xử lý số liệu:** Các dữ liệu thu thập từ nghiên cứu được nhập vào chương trình

Excel, sau đó được chuyển thành dữ liệu phân tích trên phần mềm SAS version 8.02 (SAS Institute, Cary, NC, 2003).

**Đạo đức nghiên cứu:** Đây là một nhánh của đề tài cấp Bộ (Y tế) đã được thông qua tại hội đồng khoa học của Bộ Y tế năm 2012. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều tự nguyện.

### III. KẾT QUẢ

Có 301 thai phụ có tiền sử STLT mới có thai, đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: Nhóm STLT mắc APS 34 người (11,29%) và nhóm STLT không mắc APS 267 người (88,71%).

Tỷ lệ thai sinh ra sống của nhóm STLT mắc APS là 31 trường hợp (91,18%), có 3 trường hợp thai chết chiếm 8,82%.

Cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm STLT mắc APS là 2796,57±605,68g thấp hơn nhóm STLT không mắc APS 3059,75 ± 523,06g,  $p < 0,05$ .

**Bảng 1. Tiền sử mắc các bệnh lý quý II và III của thai kỳ**

| Tiền sử mắc bệnh lý quý II, III    | Nhóm STLT     | Nhóm STLT mắc APS  | Nhóm STLT không mắc APS |
|------------------------------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| Thai chậm phát triển trong tử cung | 1/301         | 0/34               | 1/267                   |
| Thai lưu sau 12 tuần               | 7/301         | <b>3/34</b>        | <b>4/267</b>            |
| Sảy thai to và đẻ non              | 2/301         | 1/34               | 1/267                   |
| Tiền sản giật                      | 2/301         | 1/34               | 1/267                   |
| Thiếu ối                           | 3/301         | 0/34               | 3/267                   |
| Tắc mạch sau đẻ                    | 0/301         | 0/34               | 0/267                   |
| <b>Tổng</b>                        | <b>15/301</b> | <b>5/34(14,7%)</b> | <b>10/267(3,75%)</b>    |
| (p < 0,05)                         |               |                    |                         |

**Nhận xét:** Tiền sử mắc các bệnh lý quý II và III của nhóm mắc APS là 14,7% cao hơn nhóm không mắc APS là 3,75% có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ . Nhóm bệnh nhân STLT mắc APS có tiền sử thai chết lưu sau 12 tuần cao gấp 9,03 lần so với nhóm STLT không mắc APS với 95% CI là 2,46-33,07.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa các bệnh của quý II, III thai kỳ và sự xuất hiện kháng thể aPL ở lần mang thai hiện tại**

| Bệnh của quý II và III thai kỳ | Tổng (n=301) | STLT mắc APS (n=34) | STLT không mắc APS (n=267) | p                                          |
|--------------------------------|--------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Có bệnh*                       | 53(17,61%)   | 16(47,06%)          | 37(13,86%)                 | OR=5,52(95%CI)<br>(2,59-11,78) $p < 0,001$ |
| Không bệnh                     | 248(82,39%)  | 18(52,94%)          | 230(86,14%)                |                                            |

\*Thai chậm phát triển trong tử cung, thai lưu, sảy thai to, thiếu ối, tiền sản giật, tắc mạch sau sinh.

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc bệnh lý muôn ở nhóm STLT mắc APS là 47,06% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không mắc APS là 13,86%,  $p < 0,001$ . Nguy cơ mắc bệnh lý muôn của nhóm STLT mắc APS cao gấp 5,52 lần so với nhóm STLT không mắc 95%CI là 2,59-11,78 (OR=5,52 95% CI 2,59-11,78).

**Bảng 3. Các bệnh lý muôn của APS chia theo 2 nhóm bệnh nhân**

| Bệnh lý                       | STLT mắc APS | STLT không mắc APS | p     |
|-------------------------------|--------------|--------------------|-------|
| Thai chậm phát triển trong TC | 8/34(23,53%) | 4/267(1,5%)        | <0,05 |
| Thai lưu sau 12 tuần          | 1/34(2,94%)  | 1/267(0,37%)       | >0,05 |
| Sảy thai to                   | 0/34(0,00%)  | 5/267(1,87%)       | >0,05 |
| Đẻ non                        | 7/34(20,59%) | 25/267(9,36%)      | >0,05 |
| Tiền sản giật                 | 0/34(0,00%)  | 2/267(0,75%)       | >0,05 |
| Thiếu ối*                     | 6/34(17,64%) | 3/267(1,12%)       | <0,05 |
| Tắc mạch sau đẻ               | 0/34(0,00%)  | 0/267(0,00%)       | >0,05 |

\*Cả 6 bệnh nhân thiếu ối đều đi kèm với tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung.

**Nhận xét:** Tỷ lệ thai chậm phát triển, thai lưu sau 12 tuần, sảy thai to, đẻ non, tiền sản giật, thiếu ối, tắc mạch sau đẻ của nhóm dương tính 2 lần lượt là 25,53%, 2,94%, 0%, 20,59%, 0%, 17,64%, 0%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm STLT không mắc APS với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 301 bệnh nhân có tiền sử STLT khi mới mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương có 34 bệnh nhân dương tính 2 lần với một trong hai loại kháng thể aPL, được chẩn đoán mắc APS. Những kháng thể aPL mới phát hiện ở lần mang thai hiện tại có thể là nguyên nhân dẫn đến tình trạng STLT vào quý I những lần mang thai trước. Chúng tôi khai thác kỹ tiền sử mắc các bệnh lý muộn của APS như thai chậm phát triển trong tử cung, thiếu ối, tiền sản giật, thai chết lưu sảy thai to... của các bệnh nhân và kết quả cho thấy: tiền sử mắc một trong các bệnh lý này chiếm 14,7% bệnh nhân mắc APS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ 3,75% của nhóm không mắc APS. Vậy là những bệnh nhân mới phát hiện ra kháng thể aPL ở lần mang thai hiện tại cũng đồng thời họ cũng có tỷ lệ mắc các bệnh lý của APS cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân không có kháng thể aPL.

APS là một hội chứng còn chứa đựng rất nhiều tranh cãi. Sự hiểu biết về thời gian tồn tại của kháng thể aPL và các thời điểm bùng phát các biểu hiện bệnh lý cũng còn chưa sáng tỏ. Tại hội nghị về APS tại Geneve, Thụy Sĩ, các nhà khoa học đã đưa ra bằng chứng rằng 50-70% số người có kháng thể aPL dương tính sẽ xuất hiện các tình trạng tắc mạch trong vòng 20 năm, 30% còn lại không phát triển thành các bệnh lý của hội chứng này [3].

Áp dụng trong điều trị, nếu bệnh nhân có tiền sử thai chậm phát triển trong tử cung hoặc thiếu ối hoặc đẻ non hoặc tiền sản giật sớm và nặng hoặc thai chết lưu không rõ nguyên nhân thì cần nghĩ đến APS và cho bệnh nhân thử các xét nghiệm tìm các kháng thể aPL.

Mặc dù STLT là một bệnh lý hay gặp nhất của APS trong lĩnh vực sản khoa. Tuy nhiên, bệnh lý thai chết lưu sau 12 tuần mới là một bệnh lý đặc trưng nhất của APS. Khảo sát mối liên quan giữa người có kháng thể aPL dương tính và bệnh lý muộn của thai kỳ trong lần mang thai hiện tại, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh lý muộn của nhóm bệnh nhân dương tính là 47,06%, tương đương kết quả nghiên cứu của Oshiron năm 1996: trong 333 thai kỳ của 76 bệnh nhân mắc APS có đến 50% trường hợp chết thai ở quý II

và III [4] và Heilmann L. 2003: tỷ lệ xuất hiện các biến chứng ở quý II và III của thai kỳ ở những bệnh nhân STLT mắc APS chiếm đến 50% trường hợp [5]. So với nhóm aPL âm tính, tỷ lệ mắc bệnh của nhóm dương tính cao gấp 5,52 lần,  $p < 0,001$ . Như vậy, có thể trong quần thể các bệnh nhân STLT này, các kháng thể aPL đã tồn tại từ trước đã gây STLT và thai chết lưu muộn khi có thai trước đây. Đến lần mang thai này, các kháng thể vẫn tiếp tục đe dọa sự phát triển của thai.

Theo bảng 3, các bệnh lý muộn APS ở nhóm aPL dương tính 2 lần chủ yếu là thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu to, đẻ non, thiếu ối với tỷ lệ tương ứng là 23,53%, 2,94%, 20,59%, 17,64%. Các bệnh nhân bị thiếu ối đều đi kèm với tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung. Các biến chứng như sảy thai to, tiền sản giật, tắc mạch sau đẻ không xuất hiện trong nhóm bệnh nhân này. So sánh từng cặp giữa 2 nhóm bệnh nhân STLT mắc APS và không mắc APS, biến chứng thai chậm phát triển trong tử cung và thiếu ối là 2 tình trạng gặp với tỷ lệ cao ở nhóm mắc APS, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy cân nặng sơ sinh trung bình của bà mẹ nhóm STLT mắc APS là  $(2796,57 \pm 605,68 \text{ g})$  cũng thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với cân nặng sơ sinh nhóm không mắc APS  $3059,75 \pm 523,06 \text{ g}$ . Thai nhi của những bà mẹ STLT mắc APS vẫn có nguy cơ cao trong suốt thai kỳ và cần được theo dõi sát.

Trong nghiên cứu này, trong 34 bệnh nhân aPL dương tính, có một bệnh nhân được điều trị lovenox và aspirin từ khi thai 5 tuần tuổi đến 30 tuần thì được phát hiện ra tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung. Bệnh nhân được nhập viện để điều trị và theo dõi sát hơn nhưng vẫn sử dụng liều lovenox 20mg/ngày nên sau 2 tuần thai chết. Cả 8/34 bệnh nhân có tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung, thời điểm xuất hiện biến chứng này đều sau 26 tuần. Phải chăng việc sử dụng lovenox với liều 20mg/ngày giúp cho thai phát triển tốt qua quý I, II của thai kỳ nhưng không đủ để thai phát triển liên tục từ quý III. Theo một phân tích gộp dựa trên 292 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, tác giả Ziakas P.D. và Pavlou M. nhận thấy việc phối hợp heparin với aspirin không làm giảm các biến chứng muộn của APS ở quý II, III của thai kỳ [6]. Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ cũng khuyến cáo: liều điều trị aspirin 81mg và heparin 100.000 đơn vị chỉ làm tăng tỷ lệ thai sống

nhưng không loại bỏ được hết các biến chứng đẻ non, vỡ ối non, thai chậm phát triển trong tử cung [7]. Nhóm APS có tiền sử tắc mạch trước đó hoặc nhóm APS có tiền sử một lần thai sảy hoặc thai lưu sau 10 tuần liều điều trị thực sự của heparin là 1mg/kg mỗi 12 h (liều cao gấp đôi liều dự phòng đông). Trong quần thể bệnh nhân STLT mắc APS có thể ban đầu điều trị heparin với liều thấp nhưng khi xuất hiện các biến chứng muộn thì bác sỹ cần phải nâng liều điều trị heparin lên gấp đôi? Câu hỏi này mở ra một hướng nghiên cứu mới cho các bác sỹ sản khoa.

## V. KẾT LUẬN

Trong quần thể bệnh nhân STLT mắc APS các kháng thể aPL đã có thể tồn tại từ thời gian trước và trong lần mang thai này vẫn tiếp tục đe dọa sự phát triển của thai nhi gây sảy thai ở quý I hoặc thai chậm phát triển trong tử cung, thiếu ối nếu không được điều trị sớm và đúng liều lượng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D'Cruz D. (2006). *Antiphospholipid syndrome an over view. Hughes Syndrome*. (2), 30-43.
2. Reveter R.C. (2009). Chapter 9, Antiphospholipid syndrome in systemic autoimmune diseases. *Hand book of Systemic autoimmune diseases*. 10: 1, 117-124.
3. Petri M. (2000). Epidemiology of the antiphospholipid antibody syndrome. *J Autoimmun*. 15(2), 145-51.
4. Nassara, A. Uthmanb, I., Munther A. (2009). Chapter 17 Treatment of Late Pregnancy Complications in the Antiphospholipid Syndrome. *Handbook of Systemic Autoimmune diseases*. 10, 203- 214.
5. Asherson R.A., Cervera R. (2003). Antiphospholipid antibodies and infections. *Ann Rheum Disease*. 62, 388-393.
6. Ziakas PD, Pavlou M, Voulgarelis M. (2010). Heparin treatment in antiphospholipid syndrome with recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 115(6), 1256-1262.
7. American college of Obstetricians and gynecologists. (2001). Management of recurrent early pregnancy loss. *ACOG practice*, 24.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

Phùng Văn Nam\*, Vũ Quang Diễn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu, mô tả ở 154 bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát nằm điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương. Thời gian nghiên cứu từ tháng 6 (2015) - tháng 2 (2016). **Kết quả và kết luận:** Tổng số 154 bệnh nhân TKMPTP: Lâm sàng: nam: 85,1%, nữ: 14,9%. Tuổi trung bình: 50,17 ± 18,72. Thể NP: 50,6%, thể TP: 49,4%. TKMP tái phát: 35,1%, tái phát lần đầu: 26,0%. Nguyên nhân TKMP ở thể TP: do COPD: 60,5%, lao phổi: 35,5%. Ở thể NP: do bóng khí màng phổi: 57,7%, không rõ nguyên nhân: 42,3%. Khởi phát đột ngột: 64,3%, biểu hiện tím tái: 24,0%, ho: 72,1%, đau ngực: 92,2%, khó thở: 88,3%, tam chứng Galliard: 79,2%. Thể TP có tím tái, ho, khó thở chiếm tỷ lệ cao hơn, đau ngực chiếm tỷ lệ thấp hơn thể NP ( $p < 0,05$ ). Cận lâm sàng: Tràn khí tự do: 68,8%, khu trú: 31,2%, tràn khí khu trú ở thể TP chiếm tỷ lệ cao hơn thể NP ( $p < 0,05$ ). Cỡ tràn khí  $\geq 2$ cm: 62,3%, thể NP: 79,5% cao hơn thể TP: 44,7% ( $p < 0,05$ ). Tràn khí một bên: 99,4%, bạch cầu tăng: 27,9%, tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng và trung bình bạch cầu ở thể TP cao hơn thể NP ( $p < 0,05$ ).

\*Bệnh viện 74 Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Nam

Email: namphunght7@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

**Từ khóa:** Tràn khí màng phổi tự phát, lâm sàng, cận lâm sàng

### SUMMARY

#### THE STUDY OF CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS IN THE SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX PATIENTS

**Objectives:** To describe the clinical and para-clinical characteristics in the spontaneous pneumothorax patients. **Method:** A retrospective and prospective, descriptive study was conducted in 154 spontaneous pneumothorax (SP) patients, who hospitalized in the Central 74 Hospital. Research time from June (2015) to February (2016). **Results and conclusion:** A total of 154 SP patients: Clinical: male: 85,1%, female: 14,9%, average age: 50,17 ± 18,72. PSP: 50,6%, SSP: 49,4%. Recurrent pneumothorax: 35,1%, the first time recurrent: 26,0%. Causes of SSP: pulmonary TB: 35,5%, COPD: 60,5%, causes of PSP: bullae/ blebs: 57,7%, unknown origin: 42,3%. Sudden onset: 64,3%, cyanosis: 24,0%, cough: 72,1%, chest pain: 92,2%, dyspnea: 88,3%, 3-symptoms of Galliard: 79,2%. SSP patients had cyanosis, cough, dyspnea in proportion were higher, chest pain in proportion were lower compared with the PSP patients ( $p < 0,05$ ). Para-clinical: Loculated pneumothorax: 31,2%. Pneumothorax size  $\geq 2$ cm: 62,3%. Unilateral pneumothorax: 99,4%. High WBC: 27,9%. SSP patients had loculated pneumothorax, high WBC in proportion were higher, size  $\geq 2$ cm in proportion were lower compared with the PSP patients ( $p < 0,05$ ).



**Keywords:** Spontaneous pneumothorax, clinical, para-clinical.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi (TKMP) là sự xuất hiện khí ở trong khoang màng phổi. Tràn khí màng phổi tự phát (TKMPTP) được chia làm 2 thể: Thể nguyên phát (NP) và thể thứ phát (TP). Tràn khí màng phổi tự phát là loại tràn khí hay gặp trên lâm sàng [1]. Trong những năm gần đây, Bệnh viện 74 đã có điều kiện ứng dụng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao và phát triển ngoại lồng ngực góp phần tăng hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện 74 Trung ương.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 154 bệnh nhân TKMPTP, điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.1. Tuổi, giới, thể, tiền sử, nguyên nhân tràn khí màng phổi**

| Các chỉ số                   | Số bệnh nhân (n = 154) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|------------------------|-----------|
| Nam giới                     | 131                    | 85,1      |
| Nữ giới                      | 23                     | 14,9      |
| Tuổi trung bình              | 50,17 ± 18,72          |           |
| Thể nguyên phát              | 78                     | 50,6      |
| Thể thứ phát                 | 76                     | 49,4      |
| Tái phát lần đầu             | 40                     | 26,0      |
| Tái phát ≥ 2 lần             | 14                     | 9,1       |
| <b>Nguyên nhân:</b> Lao phổi | 27                     | 35,5      |
| COPD                         | 46                     | 60,5      |
| Bệnh phổi khác               | 3                      | 4,0       |
| Bóng khí màng phổi           | 45                     | 57,7      |
| Không rõ nguyên nhân         | 33                     | 42,3      |

Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới (85,1% so với 14,9%). Tuổi trung bình của bệnh nhân: 50,17 ± 18,72. Thể NP và TP tương đương nhau (50,6% và 49,4%). Bệnh nhân tràn khí màng phổi tái phát: 54/154 (35,1%), trong đó tái phát lần đầu là chủ yếu (26,0%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu: Nguyễn Đức Tuấn [5] thấy thể NP (53,2%), thể TP (46,8%), tỷ lệ nam gấp gần 11 lần nữ. Nguyễn Thế Vũ [6]: 52,7% là thể NP, 47,3% TP, tỷ lệ nam giới là 89,1%. Nguyễn Thị Kim Loan [2] thấy nam chiếm 91,1%, nữ

Thời gian nghiên cứu từ tháng 06 (2015) đến tháng 2 (2016). Tuổi: từ 16 tuổi trở lên. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TKMPTP dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tràn khí màng phổi của Bộ Y tế - Việt Nam năm 2014: Trên phim X.quang hoặc CT-scanner ngực có khoảng tăng sáng, mất hình nhu mô phổi (vân phổi) giữa thành ngực và nhu mô phổi, hình đường viền ngăn giữa nhu mô phổi và vùng tràn khí [1].

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu, mô tả, bao gồm 124 bệnh nhân hồi cứu và 30 bệnh nhân tiến cứu. Chọn mẫu không xác suất với một mẫu thuận tiện.

**2.3. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu:** Thu thập hồ sơ lưu trữ, phỏng vấn bệnh nhân, thăm khám, chụp X.quang, CT-scanner ngực, các xét nghiệm khác. Đánh giá hình thái, cỡ TKMP theo hội lồng ngực Anh [7]. Số liệu được phân tích trên chương trình SPSS 16.0.

(8,9%). Trần Bá Ngự [3] tuổi trung bình: 49,82 ± 17,65. Theo Nguyễn Thế Vũ [6] thì tỷ lệ tái phát là 38,2%. Ở thể TP: Nguyên nhân do COPD: 60,5%, lao phổi: 35,5%, các bệnh phổi khác ít gặp. Ở thể NP: Nguyên nhân do bóng khí màng phổi là 57,7%, không rõ nguyên nhân: 42,3%. Nguyễn Đức Tuấn [5] với nguyên nhân do lao (56,9%), COPD (32,3%), các bệnh phổi khác (10,8%), do bóng khí là 60,7%. Nguyễn Thế Vũ [6] thấy 20% là do lao phổi và 46,2% do viêm phế quản mạn đơn thuần và COPD. Nguyễn Thị Kim Loan [2] thấy do bóng khí là 65%.

**Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

| Triệu chứng        | Nhóm chung [n = 154] | Nguyên phát [n = 78] (1) | Thứ phát [n = 76] (2) | p(1-2) |
|--------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| Khởi phát đột ngột | 99(64,3%)            | 54(69,2%)                | 45(59,2%)             | >0,05  |

|                    |            |           |           |                   |
|--------------------|------------|-----------|-----------|-------------------|
| Tím tái            | 37(24,0%)  | 11(14,1%) | 26(34,2%) | <b>&lt;0,05</b>   |
| Vã mồ hôi          | 11(7,1%)   | 4(5,1%)   | 7(9,2%)   | >0,05             |
| Sốt                | 2(1,3%)    | 1(1,3%)   | 1(1,3%)   | >0,05             |
| Ho                 | 111(72,1%) | 46(59,0%) | 65(85,5%) | <b>&lt; 0,001</b> |
| Đau ngực           | 142(92,2%) | 76(97,4%) | 66(86,8%) | <b>&lt;0,05</b>   |
| Khó thở            | 136(88,3%) | 64(82,1%) | 72(94,7%) | <b>&lt;0,05</b>   |
| Tam chứng Galliard | 122(79,2%) | 63(80,8%) | 59(77,6%) | >0,05             |

Bệnh nhân khởi phát đột ngột (64,3%), thể NP: 69,2%, cao hơn thể TP: 59,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thế Vũ [6], có 87,3% bệnh nhân khởi phát đột ngột. Nguyễn Đức Tuấn [5] thấy thể NP khởi phát đột ngột (71,6%). Theo Nguyễn Bá Ngự [3]: Đau ngực đột ngột gặp ở thể NP (63,1%). Tím tái chiếm 24,0%, thể TP (34,2%), cao hơn thể NP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngự [3] thấy có 11% số bệnh nhân TKMPTP có tím. Các nghiên cứu khác ít đề cập đến các dấu hiệu toàn thân. 72,1% số bệnh nhân có biểu hiện ho, thể TP: 85,5%, cao hơn thể NP: 59,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ho không phải là triệu chứng chính của bệnh, các tác giả thường ít đề cập đến triệu chứng này. Ho

thường hay xuất hiện ở những bệnh nhân tràn khí màng phổi có bệnh phổi nền [7]. Bệnh nhân có đau ngực: 92,2%, thể NP: 97,4% cao hơn thể TP: 86,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. 88,3% số bệnh nhân có khó thở, thể TP: 94,7% cao hơn thể NP: 82,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nguyễn Thế Vũ [6] thấy 93,1% có khó thở, thể NP: 86,2%, TP: 100%. Nguyễn Đức Tuấn [5] thấy 100% có khó thở. Khó thở ở thể TP có khuynh hướng nặng hơn bởi giảm thể tích dự trữ phổi. Trong nhiều nghiên cứu, bệnh nhân biểu hiện cả đau ngực và khó thở (64-85%) [7]. Hầu hết số bệnh nhân (79,2%) có tam chứng Galliard. Hai thể không có sự khác biệt về dấu hiệu thực thể. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước với tam chứng Galliard chiếm tỷ lệ cao [2],[5].

### 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.3. Hình ảnh, vị trí TKPM trên x.quang ngực ở bệnh nhân nghiên cứu**

| Hình ảnh-vị trí  | Nhóm chung<br>[n = 154] | Nguyên phát<br>[n = 78] (1) | T Thứ phát<br>[n = 76] (2) | p(1-2)          |
|------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------|
| Tràn khí tự do   | 106(68,8%)              | 59(75,6%)                   | 47(61,8%)                  | <b>&lt;0,05</b> |
| Tràn khí khu trú | 48(31,2%)               | 19(24,4%)                   | 29(38,2%)                  |                 |
| Tràn khí < 2cm   | 58(37,7%)               | 16(20,5%)                   | 42(55,3%)                  |                 |
| Tràn khí ≥ 2cm   | 96(62,3%)               | 62(79,5%)                   | 34(44,7%)                  | <b>&lt;0,05</b> |
| Phổi phải        | 77(50,0%)               | 39(50,0%)                   | 38(50,0%)                  | >0,05           |
| Phổi trái        | 76(49,4%)               | 39(50,0%)                   | 37(48,7%)                  | >0,05           |
| Hai phổi         | 1(0,6%)                 | 0(0,0%)                     | 1(1,3%)                    | >0,05           |

Tràn khí thể tự do chiếm 68,8%, trong đó thể NP: 75,6%, cao hơn thể TP: 61,8%. Tràn khí khu trú: 31,2%, trong đó thể TP: 38,2% cao hơn thể NP: 24,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cỡ tràn khí ≥ 2cm chiếm tỷ lệ cao: 62,3%, trong đó thể NP (79,5%) cao hơn thể TP (44,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chủ yếu số bệnh nhân nghiên cứu có tràn khí một bên. Sự khác biệt về vị trí tràn khí giữa 2 thể tràn khí không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù

hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Kim Loan [2] với thể tự do chiếm tỷ lệ cao (87,8%). Nguyễn Thế Vũ [6] với thể tự do (66,7%). Nghiên cứu của Cao Đình Thắng [4], Thị Kim Loan [2] cho thấy đa số bệnh nhân trong các nghiên cứu có cỡ tràn khí ≥ 2 cm, tràn khí một bên là 100% số bệnh nhân nghiên cứu. Cỡ tràn khí ít quan trọng hơn mức độ đe dọa trên lâm sàng và không tương quan mạnh với khía cạnh lâm sàng [7].

**Bảng 3.4. Đặc điểm bạch cầu máu ngoại vi**

| Bạch cầu                        | Nhóm chung<br>[n = 154] | Nguyên phát<br>[n = 78] (1) | Thứ phát<br>[n = 76] (2) | p(1-2)          |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------|
| >10 G/l                         | 43(27,9%)               | 16(20,5%)                   | 27(35,5%)                | <b>&lt;0,05</b> |
| ≤ 10 G/l                        | 111(72,1%)              | 62(79,5%)                   | 49(64,5%)                |                 |
| Trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ ) | 9,01 ± 3,46             | 8,19 ± 2,65                 | 9,84 ± 3,98              | <b>&lt;0,05</b> |

Tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng: 27,9%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng và trung bình bạch cầu ở thể TP cao hơn thể NP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Biểu hiện bạch

cầu tăng có thể do bệnh phổi nền tiến triển hoặc nhiễm trùng khoang màng phổi kèm tràn khí màng phổi, nhưng trong 154 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào

niễm trùng khoang màng phổi kèm theo. Các nghiên cứu trước ít đề cập đến khía cạnh bạch cầu máu ngoại vi ở bệnh nhân TKMP. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngự [3] cho thấy bệnh nhân có bạch cầu tăng chiếm 23,3%.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 154 bệnh nhân TKMPTP chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Lâm sàng: Tỷ lệ nam giới 85,1%, nữ: 14,9%. Tuổi trung bình: 50,17 ± 18,72. Thể NP: 50,6%, thể TP: 49,4%. TKMP tái phát: 35,1%, tái phát lần đầu: 26,0%. Nguyên nhân TKMP ở thể TP: do COPD: 60,5%, lao phổi: 35,5%. Ở thể NP: do bóng khí màng phổi: 57,7%, không rõ nguyên nhân: 42,3%. Khởi phát đột ngột: 64,3%, biểu hiện tím tái: 24,0%, ho: 72,1%, đau ngực: 92,2%, khó thở: 88,3%, tam chứng Galliard: 79,2%. Thể TP có tím tái, ho, khó thở chiếm tỷ lệ cao hơn, đau ngực chiếm tỷ lệ thấp hơn thể NP ( $p < 0,05$ ). Cận lâm sàng: Trần khí tự do: 68,8%, khu trú: 31,2%, tràn khí khu trú ở thể TP chiếm tỷ lệ cao hơn thể NP ( $p < 0,05$ ). Cỡ tràn khí  $\geq 2\text{cm}$ : 62,3%, thể NP: 79,5% cao hơn thể TP: 44,7% ( $p < 0,05$ ). Tràn khí một bên: 99,4%, bạch cầu tăng: 27,9%, tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng và trung bình bạch cầu ở thể TP cao hơn thể NP ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2014)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị TKMP", *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp*, ban hành kèm theo quyết định 4235/QĐ-BYT, ngày 31/10/2012, NXB y học, trang. 144-155.
2. **Nguyễn Thị Kim Loan (2009)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tự phát tại Hải Phòng trong 5 năm (2005-2009)*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học y dược Hải Phòng.
3. **Trần Bá Ngự (2014)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tự phát*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học y dược Hải Phòng.
4. **Cao Đình Thắng (2007)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang phổi chuẩn, nội soi lồng ngực chẩn đoán và điều trị tràn khí màng phổi tự phát*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
5. **Nguyễn Đức Tuấn (2009)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tự phát*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thế Vũ (2003)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và chỉ định điều trị tràn khí màng phổi tự phát*, Luận văn thạc sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
7. **Andrew M., Anthony A., John H. (2010)**, "BTS guidelines for management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline", *Thorax*, 65, pp. 18-31.

## 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

Nguyễn Văn Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Bình<sup>2</sup>,  
Nguyễn Trường Sơn<sup>2</sup>, Lê Văn Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

Ngày nay, pha chế thuốc ung thư 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 0,819 tỷ VNĐ cho chi phí nhân công và giúp giảm 19.563 tỷ VNĐ cho chi phí thuốc. Nhìn chung dự án pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể có tác động kinh tế tích cực so với phương pháp pha chế truyền thống nhờ làm giảm chi phí 17,7 tỷ VNĐ.

#### SUMMARY

#### 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 such hospital as Cho Ray hospital, one of the two Vietnamese hospitals, starting to use this technique from 2011. A

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Tiến sĩ, Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Tp. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tùng

Email: [trangtungtruc@gmail.com](mailto:trangtungtruc@gmail.com)

Ngày nhận bài: 26.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

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 0.819 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 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 theo liều (PCTL) 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 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 thuốc ung thư theo liều cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 – 2015.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 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

$$CP_{\text{năm hiện tại}} = CP_{\text{năm tiến hành nghiên cứu}} \times \frac{CPI_{\text{năm hiện tại}}}{CPI_{\text{năm tiến hành nghiên cứu}}}$$

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 quy 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:**  $CP_{\text{năm hiện tại}}$ : chi phí được quy đổi về năm 2015

$CPI_{\text{năm hiện tại}}$ : chỉ số giá tiêu dùng năm 2015

$CPI_{\text{năm tiến hành nghiên cứu}}$ : chỉ số giá tiêu dùng năm tiến hành nghiên cứu

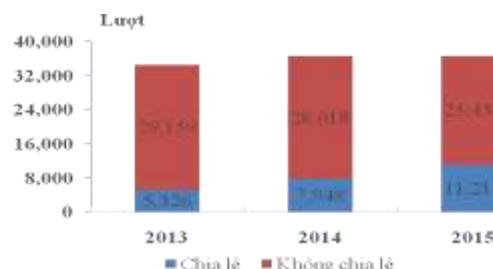
**Thống kê và xử lý số liệu:** số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010, kết quả được trình bày ở dạng hình và bảng.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Khảo sát thực trạng pha chế 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, để tài thu được kết quả trình bày trong hình 1.

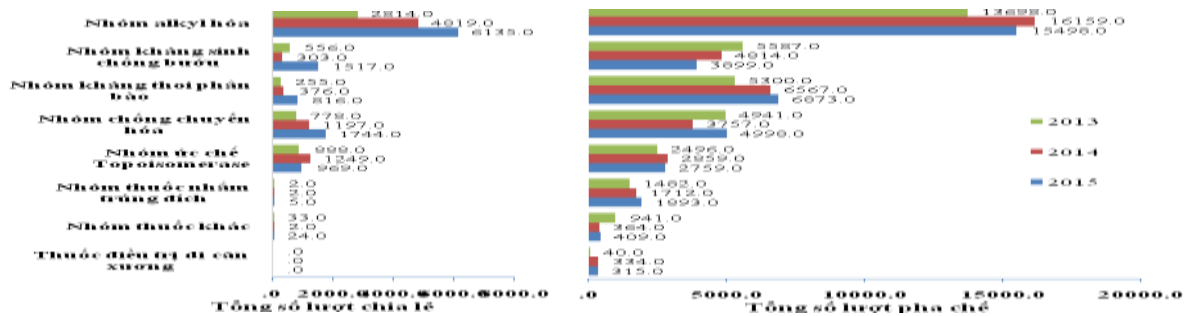


**Hình 1. Số lượt pha chế thuốc ung thư giai đoạn 2013 - 2015**

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. 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



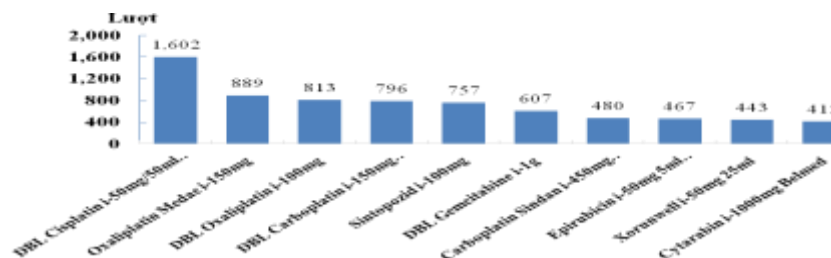
**Hình 2. Tổng số lượt pha chế và chia lẻ theo nhóm thuốc năm 2013-2015**

Theo hình 2, khảo sát số lượt PCTL theo nhóm thuốc giai đoạn 2013-2015, đề tài ghi nhận nhóm alkyl hóa có tổng số lượt PCTL 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 PCTL 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 PCTL 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 PCTL theo nhóm thuốc giai đoạn 2013-2015, đề tài ghi nhận một số nhóm thuốc có sự tăng dần số lượt PCTL 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 PCTL 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).

**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.



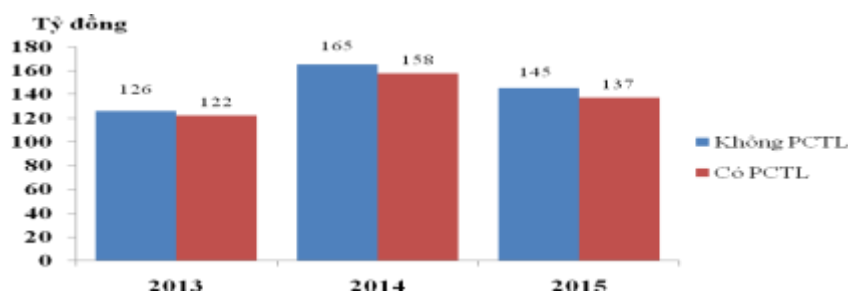
**Hình 3. Top 10 thuốc có tổng số lượt chia lẻ thuốc nhiều nhất năm 2015**

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 khuẩn (Epirubicin i-50mg 5ml Pharmachemie; Xorunwell i-50mg 25ml) và 1 biệt dược nhóm ức chế topoisomerase (Sintopozid).

**Chi phí thuốc:** 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 PCTL cá thể giai đoạn 2013- 2015, đề tài ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 4.



**Hình 4.** Chi phí thuốc giai đoạn 2013-2015

Theo hình 4, đề tài ghi nhận CP thuốc khi thực hiện dự án PCTL 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 PCTL thuốc ung thư cao nhất nhưng có CP thuốc thấp hơn năm 2014. Điều này có thể được giải thích bởi đơn giá những thuốc sử dụng năm 2015 có xu hướng thấp hơn so với năm 2014.

**Chi phí nhân công:** Với dự án PCTL cá thể tại bệnh viện Chợ Rẫy, việc PCTL 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 15 phút. 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

| <b>Thực hiện dự án PCTL</b>            |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Năm</b>                             | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> |
| 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 |
| <b>Không thực hiện dự án PCTL</b>      |             |             |             |
| 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 PCTL có giá trị 576 triệu đồng mỗi năm. Đối với phương án pha chế truyền thống, tổng chi phí nhân công tăng mỗi năm với 293,9 triệu đồng (năm 2013); tăng lên 311,6 triệu đồng (năm 2014) và 312,3 triệu đồng năm 2015. Như vậy dự án PCTL có CP nhân công cao hơn so với không thực hiện dự án từ 1,8 – 2,0 lần.

**CP khấu hao tài sản cố định:** Dự án PCTL cả 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 PCTL với 2 nhóm tài sản bao gồm: xây dựng 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 năm 2009 [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     |
| <b>Chi phí khấu hao xây dựng cơ bản</b>                        |                  |            |            |
| 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)        | <b>159</b>       | <b>161</b> | <b>162</b> |
| <b>Chi phí khấu hao máy móc, trang thiết bị</b>                |                  |            |            |
| Giá mua (tỷ đồng)                                              | Đợt 1 (năm 2013) | 2          | 2          |
|                                                                | Đợt 2 (năm 2015) | 0          | 0          |
| 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) | <b>133</b>       | <b>136</b> | <b>270</b> |
| <b>Tổng chi phí khấu hao TSCĐ (triệu đồng)</b>                 | <b>292</b>       | <b>297</b> | <b>432</b> |

(\*) 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 PCTL 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 PCTL và không PCTL giai đoạn 2013-2015

|                                   | CP thuốc<br>(ty đồng) | CP thuốc<br>quy đổi<br>(ty đồng) | CP nhân<br>công<br>(ty đồng) | CP nhân công<br>quy đổi<br>(ty đồng) | CP<br>KHTSCĐ<br>(ty đồng) | CP KHTSCĐ<br>quy đổi (ty<br>đồng) | Tổng CP<br>quy đổi<br>(ty đồng) |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Thực hiện dự án PCTL</b>       |                       |                                  |                              |                                      |                           |                                   |                                 |
| Năm 2013<br>(CPI =155,70)         | 122,013               | 124,999                          | 0,576                        | 0,590                                | 0,292                     | 0,299                             | <b>125,888</b>                  |
| Năm 2014<br>(CPI =158,57)         | 157,647               | 158,582                          | 0,576                        | 0,579                                | 0,297                     | 0,299                             | <b>159,460</b>                  |
| Năm 2015<br>(CPI =159,51)         | 136,965               | 136,965                          | 0,576                        | 0,576                                | 0,432                     | 0,432                             | <b>137,973</b>                  |
| Tổng (ty đồng)                    |                       | <b>420,546</b>                   |                              | <b>1,746</b>                         |                           | <b>1,030</b>                      | <b>423,321</b>                  |
| <b>Không thực hiện dự án PCTL</b> |                       |                                  |                              |                                      |                           |                                   |                                 |
| Năm 2013                          | 126,124               | 129,210                          | 0,392                        | 0,401                                | 0,000                     | 0,000                             | <b>129,611</b>                  |



|                           |         |                |       |              |       |              |                |
|---------------------------|---------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|----------------|
| (CPI =155,70)             |         |                |       |              |       |              |                |
| Năm 2014<br>(CPI =158,57) | 164,961 | 165,939        | 0,416 | 0,418        | 0,000 | 0,000        | <b>166,357</b> |
| Năm 2015<br>(CPI =159,51) | 144,960 | 144,960        | 0,416 | 0,419        | 0,000 | 0,000        | <b>146,239</b> |
| Tổng (tỷ đồng)            |         | <b>440,109</b> |       | <b>1,238</b> |       | <b>0,000</b> | <b>442,207</b> |

Theo bảng 3, đề tài ghi nhận tính trong 3 năm 2013 – 2015, thực hiện dự án PCTL phải chi ra 1.029,9 tỷ VNĐ từ chi phí khấu hao tài sản cố định (máy móc, thiết bị, phòng pha chế) và 0,819 tỷ VNĐ từ chi phí nhân công (1,745 tỷ so với 0,927 tỷ VNĐ); tuy nhiên giúp tiết kiệm 19,563 tỷ tiết kiệm từ chi phí thuốc (420.546 tỷ so với 440.109 tỷ VNĐ). Như vậy tính trong giai đoạn 2013- 2015 dự án PCTL giúp tiết kiệm 17,7 tỷ (423,3 tỷ so với 441,0 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 là 1,030 tỷ VNĐ chi phí đầu tư máy móc, phòng pha chế và 0,819 tỷ VNĐ chi phí nhân công; tuy nhiên giúp tiết kiệm 19,563 tỷ từ chi phí thuốc. Như vậy tính trong giai đoạn 2013-2015 dự án PCTL giúp tiết kiệm 17,7 tỷ 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 kiểu 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

- 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.
- Tổng cục thống kê** ([www.gso.gov.vn](http://www.gso.gov.vn)).

# THOÁT VỊ NỘI QUA KHUYẾT DÂY CHẰNG LIỀM: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thị Mến\*, Lê Viết Dũng\*, Trần Hà Phương\*

## TÓM TẮT

Thoát vị nội là sự di chuyển của các tạng trong ổ bụng vào các lỗ, ngách trong khoang phúc mạc. Tổn thương hiếm gặp đặc biệt là thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm. Chẩn đoán bệnh trước phẫu thuật là khó khăn. Ca lâm sàng chúng tôi gặp là bệnh nhân nam 62 tuổi, đau bụng cấp; chụp X-quang, siêu âm chẩn đoán tắc ruột; chụp cắt lớp vi tính mô tả túi thoát vị nội là quai ruột giãn nằm giữa gan và thành bụng trước qua vùng rốn gan. Bệnh nhân được phẫu thuật với chẩn đoán trong phẫu thuật là thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm.

**Từ khóa:** thoát vị nội, thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm.

## SUMMARY

\*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mến  
Email: drmen81@gmail.com  
Ngày nhận bài: 15.10.2017  
Ngày phản biện khoa học: 28.11.2017  
Ngày duyệt bài: 8.12.2017

## INTERNAL HERNIA THROUGH DEFECT FALCIFORM LIGAMENT: REPORT A RARE CASE IN VIET DUC HOSPITAL

An internal hernia is a pathological protrusion an abdominal organ through a hole within of the peritoneal cavity. The internal hernia is very rare, in particular internal hernia through defect falciform ligament. Diagnose this disease before operated is very difficult. We present a case of a 62 years – old man patient, who presented with acute abdominal pain; xray and ultrasound was obstruction. CT multidetector described a internal hernia sac which was intestine located between liver and anterior abdominal wall through hilum liver. The patient was operated acute with diagnose internal hernia through defect falciform ligament.

**Keywords:** internal hernia, hernia through defect falciform ligament.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội là tình trạng một hay nhiều tạng trong ổ bụng bị đẩy qua các lỗ, khe trong ổ phúc mạc. Các lỗ, khe này có thể là bất thường giải phẫu bẩm sinh hoặc hình thành sau phẫu thuật,



chấn thương...Có nhiều loại thoát vị nội trong đó thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm là một thể thoát vị nội hiếm gặp, chiếm khoảng 0,2% trong tổng số của thoát vị nội nói chung [1].

## II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 62 tuổi, vào viện vì đau bụng cấp, buồn nôn, nôn. Đau bụng chủ yếu vùng dưới sườn phải từ 21h ngày 6/8/2017, kèm nôn. Bệnh nhân được vào viện lúc 1h ngày 7/8 với tình trạng sốt, lơ mơ, bụng trướng, đau bụng chủ yếu dưới sườn bên phải. Siêu âm có hình ảnh giãn khu trú quai ruột non vùng dưới sườn phải, thành ruột dày, lòng ruột ứ đọng dịch, nhu động ruột giảm, kèm theo dịch ổ bụng tập trung chủ yếu quanh quai ruột giãn. Phim X-quang của bệnh nhân có hình ảnh mức nước – mức hơi vùng dưới sườn và hố chậu phải. Bệnh nhân

được chụp cắt lớp vi tính lúc 2h 30 phút ngày 7/8. Hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân có giãn khu trú quai ruột non vùng dưới sườn phải, quai ruột giãn này đi qua vùng rốn gan và thành bụng trước, mạc treo tự lại dạng tắc ruột quai đóng, thành ruột ngấm thuốc kém sau tiêm biểu hiện tình trạng thiếu máu ruột do nghẹt ruột kèm dịch ổ bụng, chẩn đoán trên cắt lớp vi tính là nghẹt ruột do thoát vị nội. Xét nghiệm bạch cầu tăng 16,6 G/l với trung tính trên 90%. Bệnh nhân được mổ cấp cứu lúc 4h30', hình ảnh phẫu thuật là quai ruột non cách góc Treitz khoảng 80 cm chui qua khuyết dây chằng liềm bị nghẹt, đã hoại tử tím đen, ứ đọng dịch. Bệnh nhân được cắt đoạn ruột hoại tử, nối bên bên. Bệnh nhân ổn định ra viện sau 10 ngày.

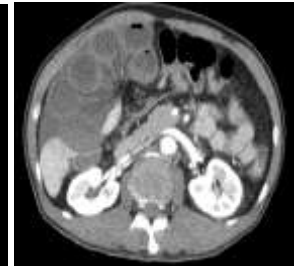
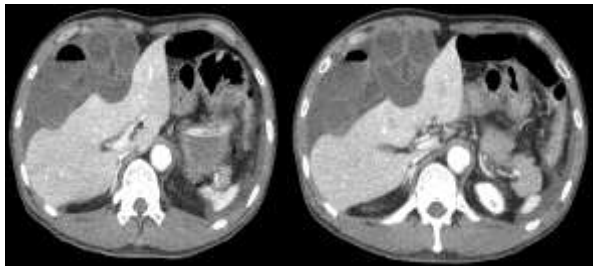
**Hình ảnh siêu âm, chụp X- quang và chụp cắt lớp vi tính đa dãy của bệnh nhân:**



**Hình 1: Hình ảnh siêu âm: quai ruột giãn, ứ đọng dịch và dịch ổ bụng**



**Hình 2: Hình ảnh phim X-quang có mức nước hơi vùng dưới sườn và hố chậu phải**





**Hình 4: Hình ảnh lược đồ và phẫu thuật: quai ruột non chui qua khuyết dây chằng liềm giãn do nghẹt ruột, quai ruột thiếu máu tím đen.**

### III. BÀN LUẬN

Thoát vị nội gây nghẹt ruột là bệnh hiếm gặp và khó chẩn đoán trước phẫu thuật. Thoát vị nội gây nghẹt ruột hay tắc ruột chỉ chiếm khoảng 2% trong tổng số nguyên nhân gây tắc ruột trong ổ bụng nói chung. Có nhiều loại thoát vị nội khác nhau bao gồm: Thoát vị quanh tá tràng, thoát vị qua mạc treo ruột, thoát vị qua mạc nối lớn, thoát vị qua khe Willow, thoát vị qua mạc treo đại tràng ngang, thoát vị quanh manh tràng, thoát vị qua mạc treo đại tràng sigma, thoát vị qua khuyết dây chằng liềm, thoát vị nội vùng chậu...[2].

Trong các loại thoát vị nội nói trên thì thoát vị quanh tá tràng là hay gặp nhất, chiếm khoảng 53%, thoát vị quanh manh tràng chiếm khoảng 13%, thoát vị nội qua lỗ mạc nối và mạc treo ruột chiếm 8%, thoát vị qua mạc treo đại tràng sigma là 6%, thoát vị vùng chậu là 5%, thoát vị qua khuyết dây chằng liềm rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0,2% trong tổng số thoát vị nội [1].

Khuyết dây chằng liềm có thể là bẩm sinh hoặc mắc phải do được tạo ra sau phẫu thuật ổ bụng, có thể là phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở, cũng có thể hình thành sau chấn thương ổ bụng gây rách mạc nối, rách dây chằng. Loại phẫu thuật gây ra khuyết dây chằng liềm thường là phẫu thuật vùng gan mật. Trong ca lâm sàng này, bệnh nhân có khuyết dây chằng liềm là do bẩm sinh, bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó [3,4].

Thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm được mô tả lần đầu tiên từ năm 1929. Mặc dù các trường hợp báo cáo đều là các ca riêng lẻ nhưng số ca thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm được thông báo ngày càng tăng lên cùng với sự phát triển của cắt lớp vi tính đa dãy và phẫu thuật [5].

Siêu âm và chụp X-quang ở bệnh nhân thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm có hình ảnh

không đặc hiệu, đều là các dấu hiệu hình ảnh tắc ruột nói chung như quai ruột giãn và ứ đọng dịch, có mức nước- mức hơi, dịch ổ bụng. Siêu âm và chụp X- quang không thể chẩn đoán được nguyên nhân tắc. Với cắt lớp vi tính đa dãy và phẫu thuật nội soi phát triển, số ca được chẩn đoán đúng thoát vị nội trước và trong phẫu thuật được tăng lên [2].

Hình ảnh gợi ý của thoát vị nội nói chung trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy là tình trạng giãn khu trú quai ruột hay tắc ruột quai kín trong ổ bụng, mạc treo ruột tụ lại, thành ruột dày, quai ngấm thuốc kém hoặc không ngấm do thiếu máu tùy thuộc vào bệnh nhân đến khám sớm hay muộn. Chẩn đoán thoát vị nội trước phẫu thuật là rất khó, thường dựa vào vị trí giải phẫu các tạng trong ổ bụng và tiền sử bệnh nhân có phẫu thuật ổ bụng hay không mà ta có thể chẩn đoán thoát vị nội loại nào. Thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm có hình ảnh của thoát vị nội nói chung, ngoài ra có đặc điểm riêng là quai ruột nghẹt hay quai ruột tắc nằm ở vùng dưới sườn phải, giữa gan, vòm hoành và thành bụng trước, mạc treo ruột tụ lại đi qua vùng rốn gan có giá trị gợi ý chẩn đoán [4].

### IV. KẾT LUẬN

Thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm là một loại thoát vị nội hiếm gặp. Triệu chứng lâm sàng là tắc ruột với siêu âm quai ruột giãn khu trú, chụp x-quang có hình ảnh mức nước hơi. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy là hình ảnh tắc ruột do thoát vị nội gây nghẹt ruột, túi thoát vị ở vùng dưới sườn phải nằm giữa gan và thành bụng trước, mạc treo ruột tụ lại đi qua vùng rốn gan gợi ý chẩn đoán. Bệnh cần được phẫu thuật cấp cứu sớm để tránh tình trạng hoại tử ruột [2,4].

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wiseman S (2000). Internal herniation through a defect in the falciform ligament: a case report and

- review of the world literature. *Radiographics*, 4(2):117–120.
2. **Satoshi Doishita, MD Tohru Takeshita, Yasutake Uchima et al** (2016). Internal Hernias in the Era of Multidetector CT: Correlation of Imaging and Surgical Findings. *Radiographics*, 36(1).
  3. **Charles A, Shaikh A, Domingo S** (2005). Falciform ligament hernia after laparoscopic cholecystectomy: a rare case and review of the literature. *Am. Surg*, 71(4):359–361.
  4. **Shiozaki Hironori, Sakurai Shintaro, Sudo Kazuki et al** (2012). Pre-operative diagnosis and successful surgery of a strangulated internal hernia through a defect in the falciform ligament: a case report. *J. Med*, 6:206.
  5. **Simona Macina, Tommaso Testa and Caterina Losacco** (2016). Congenital internal hernia through defect in the falciform ligament in adult: A case report and review of the literature. *Published online*.

## NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG TUYẾN BARTHOLIN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Duy Hiền<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Vân<sup>2</sup>, Nguyễn Quảng Bắc<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các phương pháp điều trị các hình thái tổn thương tuyến Bartholin tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** mô tả tiến cứu kết quả điều trị bệnh nhân bị tổn thương tuyến Bartholin.

**Kết quả:** Phương pháp điều trị chích khâu túi được sử dụng trong 80% các trường hợp viêm tuyến Bartholin và 93,3% các trường hợp áp-xe tuyến. Phương pháp bóc tuyến Bartholin được sử dụng trong 98% các trường hợp nang tuyến. Có 3 (6,1%) trường hợp chảy máu sau mổ và 1 (2,0%) trường hợp tụ máu sau mổ. Viêm tuyến Bartholin tỷ lệ tái phát là 20%, áp-xe tuyến sau điều trị tái phát 28,9%, nang tuyến Bartholin không tái phát. Trong phương pháp chích khâu túi tái phát là 24,0%, điều trị nội khoa tái phát 60%, bóc tuyến không có tái phát. **Kết luận:** Phương pháp điều trị chích khâu túi trong áp xe và viêm tuyến Bartholin, phương pháp bóc nang điều trị nang Bartholin. Điều trị nội khoa tái phát cao, khâu túi và bóc nang tỷ lệ tái phát thấp.

**Từ khóa:** Viêm tuyến Bartholin, áp xe tuyến Bartholin, nang tuyến Bartholin.

### SUMMARY

#### EVALUATING TREATMENT OF BARTHOLIN GLAND LESIONS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

**Objectives:** To describe treatment methods of Bartholin gland lesion at National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** This is a cross sectional study among 104 patients who had lesions of Bartholin gland treated at National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** Incision was used in 80% of Bartholin inflammatory and 93,3% of Bartholin abscess. Removal of Bartholin gland was performed in 98% of total cases. Post procedure hemorrhage recorded in 3 case (6,1%). Recurrent Bartholin inflammatory was 20%, recurrent abscess was 28,9%, no recurrence found in Bartholin cyst. Recurrence in incision was 24,0%, medical treatment was 60% and removal of cyst was 0%. **Conclusion:** Incision was effective in treatment of Bartholin abscess and inflammatory. Remove and suture of Bartholin gland have low recurrence rate.

**Key words:** Bartholinitis, Bartholin abscess, Bartholin cyst.

<sup>1</sup>Trường Trung cấp Y tế Hải Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hiền

Email: hienngduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2017

Ngày duyệt bài: 11.12.2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến Bartholin là tuyến lớn của tiền đình, giống như tuyến hành niệu đạo. Các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin bao gồm: viêm tuyến Bartholin, áp-xe tuyến Bartholin, nang tuyến Bartholin và ung thư tuyến Bartholin. Nghiên cứu của Jin-Sung Yuk (2013) [1] ở Hàn Quốc thấy tỷ lệ mắc áp-xe tuyến Bartholin ở phụ nữ là 0,095%, tỷ lệ nang tuyến Bartholin là 0,055%. Hiện nay có rất nhiều cách điều trị các bệnh của tuyến Bartholin tùy từng trường hợp như: điều trị nội khoa bằng kháng sinh, chích đặt dẫn lưu, chích khâu túi, ngâm tắm nước ấm, gây xơ hóa bằng cồn, đặt thông Catheter, laser CO<sub>2</sub>... các phương pháp điều trị trên có tỷ lệ tái phát từ 2% đến 25% [2]. Tại thời điểm này ở Việt Nam chưa thấy có nghiên cứu nào về điều trị các hình thái tổn thương của tuyến Bartholin. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nhận xét điều trị các thương tổn Bartholin tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

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

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

##### \*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tuyến Bartholin; nang tuyến Bartholin; áp-xe tuyến Bartholin được điều trị tại khoa Phụ ngoại và khoa Sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản TW.

- Có đầy đủ các xét nghiệm cần thiết trong nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

##### \*Tiêu chuẩn loại trừ: Đang có thai.

- Đang hành kinh, đang rong kinh rong huyết.  
- Đang mắc các bệnh mạn tính (suy gan, đái tháo đường, ung thư....)

- Những người mắc bệnh về thần kinh (động kinh, tâm thần, thiếu năng trí tuệ), câm, điếc.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

#### 2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

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

**Trong đó:** n: cỡ mẫu.

- p=0,85: là tỷ lệ số trường hợp không tái phát trong tổn thương tuyến Bartholin

- Δ: độ sai lệch có thể chấp nhận được trong nghiên cứu là 7% (Δ=0,07).

- α: Là mức ý nghĩa thống kê, chúng tôi chọn α = 0,05.

- Giá trị Z thu được tương ứng với giá trị  $\alpha$  được chọn.  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = (1,96)^2$

Sau khi tính toán chúng tôi được  $n = 100$ , thực tế trong thời gian nghiên cứu có 104 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nên chúng tôi lấy  $n = 104$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Các phương pháp điều trị theo chẩn đoán bệnh.**

| Chẩn đoán                      | Viêm tuyến Bartholin | Nang tuyến Bartholin | Áp-xe tuyến Bartholin | p      |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|--------|
| <b>Phương pháp điều trị</b>    |                      |                      |                       |        |
| Chích khâu túi tuyến Bartholin | 8(80,0%)             | 0                    | 42(93,3%)             | < 0,05 |
| Bóc tuyến Bartholin            | 0                    | 48(98,0%)            | 1(2,2%)               |        |
| Điều trị nội khoa              | 2(20,0%)             | 1(2,0%)              | 2(4,4%)               |        |
| <b>Tổng</b>                    | <b>10(100%)</b>      | <b>49(100%)</b>      | <b>45(100%)</b>       |        |

**Nhận xét:** Phương pháp điều trị chích khâu túi được sử dụng trong 80% các trường hợp viêm tuyến Bartholin và 93,3% các trường hợp áp-xe tuyến; Phương pháp bóc tuyến Bartholin được sử dụng trong 98% các trường hợp nang tuyến.

**Bảng 2. Tỷ lệ các tai biến trong bóc tuyến Bartholin.**

| Tai biến        | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|-----------------|--------------|------------|
| Chảy máu sau mổ | 3            | 6,1        |
| Tụ máu sau mổ   | 1            | 2,0        |
| Không tai biến  | 45           | 91,9       |
| <b>Tổng</b>     | <b>49</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong tổng số 49 trường hợp bóc nang thì có 3 (6,1%) trường hợp chảy máu sau mổ và 1 (2,0%) trường hợp tụ máu sau mổ.

**Bảng 3. Kết quả điều trị theo từng hình thái bệnh.**

| Kết quả điều trị      | Thành công | Tái phát  | Di chứng | Tổng     | p      |
|-----------------------|------------|-----------|----------|----------|--------|
| <b>Hình thái bệnh</b> |            |           |          |          |        |
| Viêm tuyến Bartholin  | 8(80,0%)   | 2(20,0%)  | 0        | 10(100%) | < 0,05 |
| Nang tuyến Bartholin  | 47(95,9%)  | 0         | 2(4,1%)  | 49(100%) |        |
| Áp-xe tuyến Bartholin | 32(71,1%)  | 13(28,9%) | 0        | 45(100%) |        |

**Nhận xét:** Trong các trường hợp viêm tuyến Bartholin tỷ lệ tái phát là 20%; Các trường hợp áp-xe tuyến sau điều trị tái phát 28,9% còn nang tuyến Bartholin không tái phát. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 4. Kết quả theo từng phương pháp điều trị.**

| Phương pháp điều trị    | Chích khâu túi tuyến | Bóc tuyến Bartholin | Điều trị nội khoa | p      |
|-------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|--------|
| <b>Kết quả điều trị</b> |                      |                     |                   |        |
| Thành công              | 38(76,0%)            | 47(95,9%)           | 2(40,0%)          | < 0,05 |
| Tái phát                | 12(24,0%)            | 0                   | 3(60,0%)          |        |
| Di chứng                | 0                    | 2(4,1%)             | 0                 |        |
| <b>Tổng</b>             | <b>50(100%)</b>      | <b>49(100%)</b>     | <b>5(100%)</b>    |        |

**Nhận xét:** Trong phương pháp chích khâu túi tái phát là 24,0%; Điều trị nội khoa tái phát 60%; Bóc tuyến không có tái phát, có sự liên quan giữa phương pháp điều trị với kết quả điều trị ( $p < 0,05$ ).

### IV. BÀN LUẬN

Phương pháp điều trị trong nghiên cứu sử dụng bao gồm: điều trị nội khoa, chích khâu túi và bóc bỏ tuyến trong đó các trường hợp bóc bỏ tuyến và chích áp-xe được điều trị kết hợp với kháng sinh 100%. Trong nghiên cứu 104 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp chích khâu túi chiếm 48,1%, bóc tuyến chiếm 47,1% và điều trị nội khoa là 4,8%. Chúng ta nhận thấy có sự khác biệt rất lớn trong tỷ lệ phương pháp điều trị với các nghiên cứu khác, vì ở trong các nghiên cứu khác đề cao vấn đề bảo tồn tuyến nên thường áp dụng các phương pháp điều trị

bảo tồn, chỉ bóc bỏ tuyến khi điều trị bảo tồn nhiều lần mà vẫn tái phát hoặc bóc bỏ tuyến trong những trường hợp nghi ngờ ung thư tuyến Bartholin. Hơn nữa khi bóc tuyến Bartholin nếu không cầm máu tốt rất dễ bị chảy máu và tụ máu sau mổ, khi bóc phải lưu ý lấy hết nang, nếu như sót sẽ dễ dẫn đến tái phát. Nghiên cứu của H. Krissi, A. Shmueli (2015) tại Israel, với 267 trường hợp áp-xe tuyến Bartholin: chích khâu túi tỷ lệ 80,9%; đặt Word catheter tỷ lệ 19,1% trong đó kết hợp điều trị kháng sinh với tỷ lệ 75,7% trong tổng số trường hợp [4]. Trong bóc bỏ tuyến nếu như không bóc triệt để

thì rất dễ tái phát trở lại, hay chảy máu sau mổ, dễ tạo thành sẹo ảnh hưởng đến thẩm mỹ và gây đau cho bệnh nhân. Mặt khác điều trị bảo tồn để đảm bảo chức năng của tuyến là giữ ẩm và bôi trơn đường âm đạo trong giao hợp.

Theo bảng 1 thì phương pháp chích tuyến khâu túi để tạo lỗ tuyến mới hay được sử dụng trong áp-xe tuyến Bartholin (93,3%) và viêm tuyến Bartholin với tỷ lệ 80%, đối với viêm tuyến Bartholin muốn chích khâu túi thì trước đó phải điều trị một đợt kháng sinh để khu trú khối viêm mới chích được; phương pháp bóc tuyến hay sử dụng trong nang tuyến Bartholin với 98% trường hợp nang tuyến Bartholin. Có 1 trường hợp áp-xe tuyến Bartholin được điều trị bằng cách bóc tuyến, nhưng đối với áp-xe tuyến nếu ta bóc tuyến thì rất dễ xảy ra biến chứng chảy máu nếu cầm máu không tốt khi phẫu thuật hoặc bóc sót tuyến dẫn đến tái phát. Trong bóc tuyến Bartholin tỷ lệ chảy máu sau mổ là 6,1% và tụ máu là 2%, gần giống với nghiên cứu của A.C.N.Figuciredo (2012) [5] chảy máu 2,4% tụ máu 0,79%. Trong bóc tuyến Bartholin nếu cầm máu không tốt sẽ dễ gây chảy máu và tạo thành khối máu tụ phải xử lý lại, nếu bóc không hết nang sẽ dẫn đến tái phát.

Trong nghiên cứu bệnh nhân sau khi điều trị ổn định sẽ được xuất viện, bệnh nhân được xác định là bình thường nếu không còn các triệu chứng lâm sàng của tổn thương tuyến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tái phát sau 1 tuần là 1 trường hợp (0,96%), đó là bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là viêm tuyến Bartholin và điều trị bằng phương pháp nội khoa. Sau 1 tuần bệnh nhân tái phát và được chẩn đoán là áp-xe tuyến, bệnh nhân được điều trị theo phương pháp chích khâu viên mép và sau thời gian điều trị 9 tháng không thấy tái phát tổn thương tuyến.

Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tỷ lệ tái phát là 14,4%, có 2 trường hợp (1,9%) sau bóc tuyến đau tại vị trí tuyến đã bóc khi giao hợp do sẹo cứng. Tỷ lệ này trong khoảng từ 2% đến 25% theo thống kê của David A.Marzano, Hope K.Haefner (2004) [2] về tỷ lệ tái phát của các điều trị tổn thương tuyến Bartholin. Nghiên cứu của Hasan K. (2004) [6] trên 12 bệnh nhân sử dụng phương pháp xơ hóa bằng cồn tỷ lệ tái phát là 8,3%; nghiên cứu của Jin-Sung Yuk (2013) [1] tái phát 16,8%, cao hơn nghiên cứu của Vincent Boama (2016) [7] 21 trường hợp bằng Word Catheter trong vòng 4 đến 6 tuần không có biến chứng.

Theo bảng 3, tái phát trong áp-xe tuyến Bartholin là 28,9%, trong Viêm tuyến Bartholin là

20% và nang tuyến không tái phát. Di chứng chỉ gặp trong nang tuyến Bartholin với tỷ lệ 4,1% nang. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

Theo bảng 4, thì tỷ lệ tái phát trong phương pháp điều trị nội khoa là 60%, chích khâu túi tuyến là 24% và bóc nang không tái phát. Mặc dù tỷ lệ tái phát của điều trị nội khoa là rất cao nhưng trong những trường hợp viêm nhiễm cấp tính chúng ta vẫn phải áp dụng để điều trị cho bệnh nhân trước khi áp dụng chích khâu tuyến hoặc bóc bỏ nang tuyến. Chúng ta thấy tỷ lệ tái phát khi điều trị nội khoa rất cao nhưng trong những trường hợp nhiễm khuẩn cấp tính chúng ta vẫn phải điều trị nội khoa ổn định rồi mới điều trị bằng các biện pháp khác. Biện pháp này cũng được dùng để phối hợp với phương pháp điều trị khác. Mặc dù bóc nang tuyến không tái phát nhưng phương pháp này chỉ nên áp dụng trong những trường hợp bệnh nhân điều trị nhiều lần không khỏi, những trường hợp lớn tuổi hoặc nghi ngờ ung thư. Với điều trị các tổn thương tuyến Bartholin tốt nhất là bảo tồn tuyến và giảm tỷ lệ tái phát xuống thấp nhất.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị chích khâu túi trong áp xe và viêm tuyến Bartholin, phương pháp bóc nang điều trị nang Bartholin. Điều trị nội khoa tái phát cao, khâu túi và bóc nang tỷ lệ tái phát thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jin-Sung Yuk (2013)**, "Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 122(2013), pp. 62-64.
2. **David A.Marzano, Hope K.Haefner (2004)**, "The Bartholin gland cyst: past, present, and future", *Journal of Lower Genital Tract Disease*, July 2004, 8, pp.195-204.
3. **Zara HAIDER (2007)**, "The simple outpatient management of Bartholin's abscess using the Word catheter: A preliminary study", *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007, 47, pp. 137- 140.
4. **H. Krissi, A. Shmueli (2015)**, "Acute Bartholin's abscess: microbial spectrum, patient characteristics, clinical manifestation, and surgical outcomes", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 35, pp. 443-446.
5. **A.C.N.Figuciredo (2012)**, "Cistos da glândula de Bartholin: Tratamento com Vaporização laser com CO<sub>2</sub>", *Rev Bras Ginecol Obstet*, 34, pp. 551-553.
6. **Hasan K. (2004)**, "Aspiration and alcohol sclerotherapy: a novel method for management of Bartholin's cyst or abscess", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 112, pp. 98-101.
7. **Vincent Boama (2016)**, "Word balloon catheter for Bartholin's cyst and abscess as an office procedure: clinical time gained", *Boama and Horton BMC Res Notes* (2016) 9, pp.10.



# NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG THẬN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ TỔN THƯƠNG THẬN

Nguyễn Thanh Xuân\*, Phạm Quốc Toàn\*\*

**Key word:** diabetic nephropathy, microalbuminuria, macroalbuminuria, cardiovascular risk factors

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mối liên quan mức độ tổn thương thận với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** 51 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 xác định có tổn thương thận khi albumin/creatinin niệu  $\geq 3\text{mg}/\text{mmol}$  gồm 2 nhóm: microalbumin niệu và macroalbumin niệu. Nghiên cứu cắt ngang mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với một số yếu tố nguy cơ tim mạch. **Kết quả:** Tỷ lệ yếu tố nguy cơ tim mạch cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có macroalbumin niệu so với nhóm có microalbumin niệu: tuổi cao hơn 60 tuổi (74,1% so với 41,7%); thời gian phát hiện bệnh từ 10 năm trở lên (55,6% so với 8,4%); tăng huyết áp (92,6% so với 62,5%); rối loạn lipid máu (85,2% so với 62,5%); thừa cân (77,8% so với 58,3%). **Kết luận:** các yếu tố nguy cơ tim mạch có mối liên quan với mức độ tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

**Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2, microalbumin niệu, macroalbumin niệu, yếu tố nguy cơ tim mạch.

## SUMMARY

### RESEARCH OF RELATIONSHIP BETWEEN STAGE OF RENAL INJURY AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN TYPE 2 DIABETIC NEPHROPATHY PATIENTS

**Objectives:** to investigate the relationship between stage of diabetic nephropathy and cardiovascular risk factors in type 2 diabetic nephropathy patients. **Subjects and methods:** 51 diabetic nephropathy patients were defined albuminuria/creatinine in urine  $\geq 3\text{ mg}/\text{mmol}$ , including two group: microalbuminuria and macroalbuminuria. Cross sectional comparison between stage of diabetic nephropathy and some of cardiovascular risk factors: age, hypertension, dyslipidemia and overweight. **Results:** Prevalence of cardiovascular risk factors in macroalbuminuria group were significantly higher than microalbuminuria group: age over 60 years (74.1% versus 41.7%); duration of DM2 more than 10 years (55.6% compared to 8.4%); hypertension (92.6% vs. 62.5%); dyslipidemia (85.2% vs 62.5%); overweight (77.8% versus 58.3%). **Conclusions:** cardiovascular risks are related with stage of renal injury in diabetic nephropathy.

\*Học viện Quân y

\*\*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 8.12.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận là biến chứng hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, gây ra bởi tổn thương mạch máu nhỏ ở cầu thận và vùng ống kẽ với biểu hiện giai đoạn sớm là microalbumin niệu rồi macroalbumin niệu và giai đoạn muộn là suy thận. Tổn thương thận ở các mức độ khác nhau sẽ ảnh hưởng tới các chức năng của thận, gây rối loạn nội môi và chuyển hóa trong cơ thể, thúc đẩy biến chứng do đái tháo đường ở các cơ quan khác, nhất là các biến chứng tim mạch. Các biến chứng tim mạch trong đó có tăng huyết áp cũng tác động trở lại làm nặng thêm tổn thương thận, do đó cần tìm hiểu mối liên quan mức độ tổn thương thận với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở BN đái tháo đường typ 2 để có điều trị toàn diện cũng như tiên lượng bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tổn thương thận".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 51 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được chẩn đoán có tổn thương thận (albumin niệu/creatinin niệu  $\geq 3\text{mg}/\text{mmol}$ ) gồm 2 nhóm: có microalbumin niệu và có macroalbumin niệu; theo dõi điều trị tại khoa Nội – Viện y học Hàng không từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 10 năm 2016.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, cắt ngang, so sánh giữa 2 nhóm.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu:

**+ Khám lâm sàng:** Đo chiều cao, cân nặng, vòng eo; đo huyết áp, điện tim, siêu âm tim. Khám mắt: do bác sỹ chuyên khoa mắt thực hiện. Soi đáy mắt: phát hiện tổn thương võng mạc ở BN đái tháo đường. Khám chuyên khoa khác theo chỉ định.

**+ Cận lâm sàng:** Xét nghiệm huyết học, một số chỉ số sinh hóa máu lúc đói: glucose, ure, creatinin, HbA1c, cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL, ALT, AST, GGT, CRP, acid uric, protein, albumin,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ , peptid-C, insulin.

**- Xét nghiệm albumin niệu, creatinin**

**niệu, tính chỉ số ACR:** Mẫu nước tiểu buổi sáng sớm: lấy 5ml. Định lượng albumin niệu bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục (immuno-turbidimetric assay: ITA), định lượng creatinin bằng phương pháp Jaffe thực hiện tại Khoa sinh hóa bằng máy sinh hóa tự động. Tính ACR theo công thức:

$$\text{Albumin/Creatinin(mg/mmol)} = \frac{\text{Albumin (mg/L)}}{\text{Creatinin (mmol/L)}}$$

**Đánh giá kết quả:**

- + Bình thường ACR < 3mg/mmol,
- + Dương tính: ACR ≥ 3mg/mmol
- Microalbumin niệu (MAU (+): ACR: 3-30mg/mmol
- Macroalbumin niệu (MAC (+): ACR ≥ 30mg/mmol

**- Một số tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:**

1) **Chẩn đoán Tăng huyết áp:** Theo JNC VII, bệnh nhân có huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg, và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90mmHg, những bệnh nhân đang được điều trị huyết áp (theo JNC VII Joint National Committee – 2003).

2) **Chẩn đoán thừa cân:** Chỉ số khối cơ thể (BMI): Tiêu chuẩn phân loại chỉ số khối cơ thể áp dụng cho người Châu Á theo tổ chức y tế thế giới (WHO - 2002); thừa cân BMI ≥ 23,0 (kg/m<sup>2</sup>).

3) **Chỉ số eo/mông (WHR: waist hip ratio):** Vòng eo: là số đo ngang rốn, tính bằng cm; Vòng mông: là số đo ngang qua điểm phình to nhất ở mông. Chỉ số WHR tăng: Nam giới >0,9; Nữ giới > 0,8.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được quản lý, xử lý theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm Microsoft Office Excel 2007, SPSS 22.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đánh giá tổn thương thận bằng chỉ số albumin/creatinin niệu dương tính, chia thành 2 nhóm: microalbumin niệu và macroalbumin niệu, tìm hiểu mối liên quan của hai mức độ tổn thương thận với các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

#### 3.1. Mối liên quan mức độ tổn thương thận với tuổi, giới và thời gian phát hiện đái tháo đường

**Bảng 3.1. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với tuổi (n = 51)**

| Tuổi (năm)   | MAU (+) (n=24) | MAC (+) (n=27) | p      |
|--------------|----------------|----------------|--------|
| Dưới 60 tuổi | 14 (58,3%)     | 7 (25,9%)      | < 0,05 |
| ≥ 60 tuổi    | 10 (41,7%)     | 20 (74,1%)     |        |

Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân MAC (+) với tổn thương thận nặng hơn có tỷ lệ tuổi cao (≥ 60 tuổi) chiếm tỷ lệ 74,1% cao hơn nhóm bệnh nhân MAU (+) (41,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên

cứu khác. Trần Văn Trường (2008) nghiên cứu trên 68 bệnh nhân đái tháo đường type 2 thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận ở nhóm tuổi 50-59 là 48,5%, nhóm tuổi trên 70 tuổi là 60%. Nguyễn Khoa Diệu Vân và CS (2005) nghiên cứu trên 338 bệnh nhân ĐTD type 2 cũng thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận ở nhóm tuổi 50-59 là 41,7% [3]. Một cách gián tiếp, bệnh nhân đái tháo đường tuổi cao thường có thời gian bị bệnh kéo dài sẽ là tăng nguy cơ tổn thương thận cũng như các biến chứng tim mạch, do đó, tuổi càng cao – thời gian phát hiện đái tháo đường càng dài thì tỷ lệ các biến chứng gặp càng nhiều.

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với thời gian đái tháo đường type 2 (n = 51)**

| Thời gian phát hiện ĐTD type 2 | MAU (n=24) | MAC (n=27) | p     |
|--------------------------------|------------|------------|-------|
| < 5 năm                        | 11(45,8%)  | 5(18,5%)   | <0,05 |
| Trên 5 năm                     | 13(54,2%)  | 22(81,5%)  |       |
| GTTB (năm)                     | 3,89 ±3,25 | 7,53 ±4,26 | <0,05 |

Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có MAC (+) có thời gian phát hiện bệnh trung bình, tỉ lệ BN với thời gian phát hiện ĐTD trên 5 năm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm MAU (+), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Điều đó có thể ngoại suy rằng tổn thương thận tiến triển nặng dần theo thời gian, dần tới giảm chức năng thận, suy thận mạn tính giai đoạn cuối, phải điều trị thay thế thận. Như vậy, thời gian phát hiện bệnh càng dài thì nguy cơ xuất hiện tổn thương càng cao, đồng thời là yếu tố tiên lượng mức độ nặng của tổn thương thận. Do vậy, việc thăm khám toàn diện một cách định kỳ cho các bệnh nhân ĐTD type 2 là một việc làm đặc biệt quan trọng phát hiện sớm các biến chứng và có biện pháp kiểm soát glucose, các yếu tố gây tăng glucose chặt chẽ hơn làm giảm sự tiến triển các biến chứng trong đó có biến chứng thận.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với giới (n = 51)**

| Giới | MAU (n=24) | MAC (n=27) | p     |
|------|------------|------------|-------|
| Nam  | 8 (33,3%)  | 13(48,1%)  | >0,05 |
| Nữ   | 16 (66,7%) | 14(51,9%)  |       |

Không có sự khác biệt về giới với mức độ tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (bảng 3.8; p>0,05). Nghiên cứu Trần Xuân Trường, và CS năm 2008 ở Bệnh viện Nội tiết Trung ương, mặc dù tỷ lệ nam thấp hơn (46,7%) nhưng cũng không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận giữa nam và nữ (46,7% so với 53,3%, p > 0,05) [3]. Nghiên cứu



của Nguyễn Văn Công năm (2002) tại Khoa nội tiết Bệnh viện Bạch Mai thấy tỷ lệ nữ có tổn thương thận là 44,4%, tỷ lệ nam có tổn thương thận là 40,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ) [1]. Giới được là yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống, nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở nam cao hơn ở nữ được lý giải ở nam có các yếu tố stress lớn hơn, khả năng kiểm soát kém hơn, đồng thời việc tuân thủ điều trị các bệnh lý mạn tính cũng kém hơn. Tuy vậy, ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, các các biến chứng gây ra bởi các rối loạn chuyển hóa đặc trưng của glucose, do đó các yếu tố thể địa khác ở nam giới dường như bị ảnh hưởng, không còn thấy rõ sự khác biệt ở hai giới.

### 3.2. Môi liên quan giữa mức độ tổn thương thận với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương thận

**Bảng 3.4. Môi liên quan giữa mức độ tổn thương thận với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương thận (n = 51)**

| Yếu tố        | MAU<br>(n=24) | MAC<br>(n=27) | p        |
|---------------|---------------|---------------|----------|
| Tăng huyết áp | 15(62,5%)     | 25(92,6%)     | $p<0,05$ |
| RLLM          | 15(62,5%)     | 23(85,2%)     | $p<0,05$ |
| Thừa cân      | 14(58,3%)     | 21(77,8%)     | $p<0,05$ |
| WHR tăng      | 10(41,7%)     | 25(92,6%)     | $p>0,05$ |

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh ngày càng phổ biến ở những nước phát triển nói chung và ở Việt nam nói riêng. Nhiều nghiên cứu cho thấy THA và ĐTĐ thường song hành cùng nhau vì chúng có cùng những yếu tố nguy cơ như: thừa cân hoặc béo phì; chế độ ăn nhiều chất béo, nhiều muối, đường; lười vận động. Tăng huyết áp và đái tháo đường đều gây tổn thương thận, do vậy, khi xuất hiện tổn thương thận ở BN đái tháo đường thì tăng huyết áp là yếu tố làm tiến triển tổn thương thận nặng thêm. Kết quả phân tích cho thấy tỉ lệ BN có tăng huyết áp ở nhóm MAC (+) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm MAU (+). Kết quả này cũng tương tự kết quả của một số nghiên cứu, tác giả Hồ Hữu Hóa (2009), tỷ lệ tăng huyết áp ở những bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương thận chiếm tới 84,9% [2]. Nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Thư (2012), những bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận có tỷ lệ tăng huyết áp chiếm tới 75%. Kiểm soát huyết áp là một trong các mục tiêu kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường nhằm hạn chế các biến chứng trong đó có biến chứng thận.

Kháng insulin là cơ chế bệnh sinh chủ yếu của ĐTĐ típ 2, mà trong đó rối loạn lipid máu, thừa cân, béo bụng (chu vi vòng eo  $\geq 90$  cm ở nam và  $\geq 80$  cm ở nữ) là yếu tố nguy cơ chính, sự tồn tại các yếu tố nguy này ở BN ĐTĐ típ 2 sẽ làm cho các rối loạn chuyển hóa gây ra do kháng insulin trở nên nặng nề hơn, ảnh hưởng tới chuyển hóa chung, là nguyên nhân tiến triển của các biến chứng trong đó có biến chứng tim mạch và thận. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương thận mức độ nặng MAC (+) có tỉ lệ rối loạn lipid máu, thừa cân cao hơn so với nhóm tổn thương thận mức độ nhẹ MAU (+), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Các nghiên cứu trên thế giới cũng như Việt Nam đều có chung một nhận xét có thể gặp 70-100% bệnh nhân ĐTĐ có bất thường một hoặc nhiều thành phần lipid. Đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là tăng cholesterol toàn phần, tăng hàm lượng triglycerid, giảm hàm lượng HDL-C, tăng tỉ số cholesterol toàn phần trên HDL-C. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Molnar M (2000) và nghiên cứu của Nguyễn Văn Công (2002) [6], nghiên cứu của Tarig Karar có mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận dựa vào tỷ lệ albumin và creatin niệu với rối loạn lipid máu [7]. Nhiều nghiên cứu thấy rằng kiểm soát lipid tối ưu có thể làm chậm tiến triển của bệnh thận do ĐTĐ với mục tiêu kiểm soát lipid máu: cholesterol toàn phần  $< 5,0$ mmol/l, triglycerid  $< 1,7$ mmol/l, LDL-C  $< 2,6$ mmol/l [5]. Điều trị rối loạn lipid máu, cùng với kiểm soát glucose máu, huyết áp giúp giảm đáng kể các biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường [4]. Như vậy tăng triglycerid, giảm HDL-C, cùng với béo bụng và tăng huyết áp là các yếu tố làm tiến triển nặng biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Điều này cho thấy ở BN đái tháo đường có rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, thừa cân làm tăng mức độ tổn thương thận, ngược lại khi tổn thương thận tiến triển sẽ làm tăng huyết áp khó kiểm soát, nguy cơ gây ra các biến chứng tim mạch khác như bệnh lý tim mạch rối loạn nhịp, bệnh động mạch vành, hay tai biến mạch máu não tăng lên.

### IV. KẾT LUẬN

-Tỉ lệ tuổi cao hơn 60 tuổi, thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm trở lên ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tổn thương thận mức độ nặng MAC (+) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có tổn thương thận mức độ nhẹ MAU (+).

- Tỉ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thừa cân ở nhóm bệnh nhân đái tháo

đường típ 2 có tổn thương thận mức độ nặng MAC (+) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tổn thương thận mức độ nhẹ MAU (+).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Công** (2002), "Nghiên cứu mối liên quan giữa Microalbumin niệu và tổn thương mạch máu lớn trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Hồ Hữu Hóa** (2009), Chẩn đoán sớm biến chứng thận bằng xét nghiệm microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường đại học y dược – Đại học Thái Nguyên, năm 2009.
3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2000), Nghiên cứu giá trị của Microalbumin niệu trong chẩn đoán sớm bệnh cầu thận do đái tháo đường, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II*, Đại học Y Hà Nội.

4. **Molnar M. et al** (2000), "Prevalence, course and risk factors of diabetic nephropathy in type 2 diabetic mellitus", *Med Sci Monit*, 6, pp. 929-36.
5. **Peter P. Swoboda, PhD; Adam K. McDiarmid, MD; Sven Plein, PhD**, "Diabetes Mellitus, Microalbuminuria, and Subclinical Cardiac Disease: Identification and Monitoring of Individuals at Risk of Heart Failure", *Journal of the American Heart Association*, DOI: 10.1161/JAHA.117.005539.
6. **Silkensen JR; Agarwal A** (2005). "Diabetes nephropathy", *Handbook of nephrology and hypertension* 5th ed: pp. 43-49.
7. **Karar T, Alniwaider R.A.R, et al** (2015), "Assessment of microalbuminuria and albumin creatinine ratio in patients with type 2 diabetes mellitus", 2015 *Journal of Natural Science, Biology and Medicine* | Published by Wolters Kluwer – Medknow, [Downloaded free from <http://www.jnsbm.org> on Monday, September 28, 2015, IP: 2.89.18.222].

## HÌNH ẢNH KHÁM NỘI SOI CỦA VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH NGUY HIỂM ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TIẾT CẢN XƯƠNG CHŨM ĐƯỜNG XUYÊN ỐNG TAI

Nguyễn Thị Tô Uyên\*, Nguyễn Tấn Phong\*,  
Đoàn Thị Hồng Hoa\*\*, Lê Công Định\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích hình ảnh khám nội soi gặp trong viêm tai cholesteatoma và túi co kéo độ IV với tổn thương lan đến sào bào trên nền xương chũm đặc, sào bào nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu mô tả hình ảnh khám nội soi ở 57 tai của 54 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tiết cản xương chũm đường xuyên ống tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 9 năm 2013. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $39,8 \pm 14,7$  năm; Khám nội soi tai thấy tổn thương nguy hiểm: 94,7% ở màng chũm, 91,2% ở tường thượng nhĩ (với 77,2% mòn xương, 14% có vảy hoặc polyp che), 1,8% ở thành sau trên ống tai và 12,3% ở màng căng (cholesteatoma, polyp). **Kết luận:** hình ảnh nội soi của viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm với bệnh tích lan đến sào bào nhưng chưa phá hủy rộng vùng chũm hầu hết là tổn thương nguy hiểm ở màng chũm xu hướng ăn mòn tường thượng nhĩ, chỉ một số ít có tổn thương nguy hiểm ở màng căng.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, tiết cản xương chũm, đường xuyên ống tai.

### SUMMARY

\*Trường Đại học Y Hà Nội

\*\*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tô Uyên

Email: touyent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2017

Ngày duyệt bài: 12.12.2017

### THE ENDOSCOPIC EXAMINATION OF DANGEROUS CHRONIC OTITIS MEDIA HAVE BEEN DONE ENDOSCOPIC TRANSCANAL RADICAL MASTOIDECTOMY

Analyzes of endoscopic lesions were found in cholesteatoma and grade IV retraction pocket which are the lesions invades the antre and base on schlerose mastoid and small antre. **Objectives and methods:** this is prospective study which describe the endoscopic images in 57 ears of 54 patients have been done endoscopic transcanal radical mastoidectomy at the National ENT Hospital from September 2010 to September 2013. **Results:** The average age was  $39.8 \pm 14.7$  years; Endoscopic examination found that the dangerous lesions: 94.7% in the pars flacida, 91.2% in the attic wall (which are 77.2% corroded bone, 14% with scales or polyps), 1.8% in postero-superior ear canal, only 12.3% in the pars tensa (cholesteatoma, polyp). **Conclusions:** the endoscopic image of dangerous chronic otitis media with lesions reaching to the antre but not yet the extensive destruction of the mastoid show most of the dangerous lesions on pars flacida with the tendency of eroding the wall of the attic, and only a few on the pars tensa.

**Keyword:** endoscopic, transcanal, radical mastoidectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ chế bệnh sinh của cholesteatoma thứ phát hiện được nói đến nhiều là hình thành từ túi co kéo. Túi co kéo độ IV là không còn khả năng kiểm soát (không quan sát được toàn bộ) kèm

hiện tượng ăn mòn xương thường được coi là tiền cholesteatoma [1]. Do đặc điểm ăn mòn xương và tổ chức xung quanh trong quá trình phát triển nên viêm tai cholesteatoma và túi co kéo độ IV còn được xếp vào nhóm viêm tai giữa mạn tính (VTG mt) nguy hiểm.

Phẫu thuật nội soi tiết căn xương chũm (PT NS TCXC) đường xuyên ống tai vẫn đảm bảo hòa toàn bộ thượng nhĩ, sào đạo, sào bào vào ống tai ngoài, hạ tường dây VII tối đa nhưng khác với đường vào xương chũm sau tai và trước tai ở chỗ bắt đầu khoan từ tường thượng nhĩ ra phía sau, mở lần lượt thượng nhĩ, sào đạo và sào bào, chỉ khoan bỏ thành sau trên ống tai mà giữ nguyên phần vỏ xương chũm lành tạo hốc nhỏ. Đường vào này đặc biệt phù hợp với nội soi nhờ trường nhìn và góc nhìn rộng và có thể đưa sát vùng phẫu thuật một cách linh hoạt, tuy nhiên cũng có hạn chế là không áp dụng được khi tổn thương phá hủy rộng vùng chũm hoặc xương chũm thông bào do không thể bộc lộ và kiểm soát triệt để bệnh tích.

Thực hiện nghiên cứu này chúng tôi muốn tìm ra các hình ảnh tổn thương trên khám nội soi tai hay gặp ở nhóm bệnh nhân (Bn) viêm tai cholesteatoma và túi co kéo độ IV với tổn thương lan đến sào bào trên nền xương chũm đặc và sào bào nhỏ được PT NS TCXC đường xuyên ống tai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 57 tai ở 54 bệnh nhân với chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm và được PT NS TCXC đường xuyên ống

tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 9 năm 2013.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Khám nội soi tai: Viêm tai cholesteatoma và túi co kéo độ IV; Phim cắt lớp vi tính xương thái dương: bệnh tích lan đến sào bào, xương chũm đặc ngà hoặc nghèo thông bào nhưng mật độ xương đặc ở vách ngăn giữa thành sau trên ống tai và sào bào; sào bào nhỏ hơn hoặc xấp xỉ ống tai ngoài.

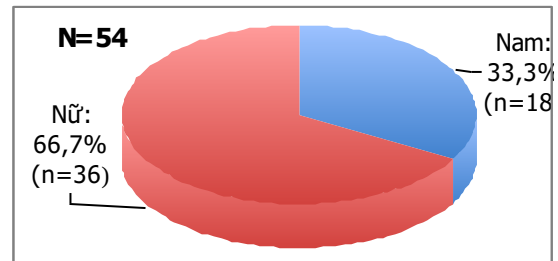
**Tiêu chuẩn loại trừ:** Dị dạng tai ngoài, tai giữa; Đang trong đợt hồi viêm hoặc có biến chứng nội sọ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả hình ảnh khám nội soi tai.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

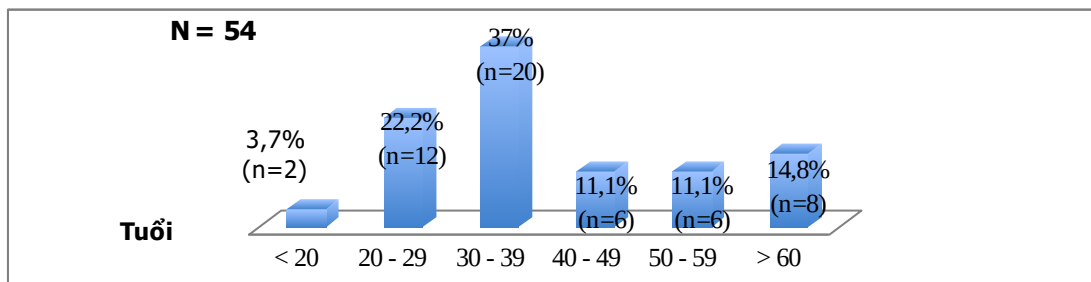
### 3.1. Đặc điểm chung:

**Giới tính:** trong số 54 Bn có 18 nam và 36 nữ, như vậy tỷ lệ Nam/nữ = 1/2.



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính**

**Tuổi:** tính ở thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu, trung bình:  $39,8 \pm 14,7$  tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 71 tuổi (Bn này khi mổ tai thứ 2 là 73 tuổi).



**Biểu đồ 2. Phân bố Bn theo nhóm tuổi bắt đầu tham gia nghiên cứu**

**Thời gian bị bệnh:** Ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 40 năm, trung bình  $11,7 \pm 9,9$  năm, 40,8% được PT trong 5 năm đầu và có đến 1/3 số Bn từ 10 năm trở lên.

**Tình trạng tai đối diện:**

**Bảng 3. Tình trạng tai đối diện**

| Tình trạng tai đối diện        | n  | %    |
|--------------------------------|----|------|
| Viêm tai Cholesteatoma         | 2  | 3,7  |
| Túi co kéo                     | 10 | 18,5 |
| Xẹp nhĩ toàn bộ                | 13 | 24,1 |
| Đã phẫu thuật tiết căn ổn định | 2  | 3,7  |

|                                 |           |            |
|---------------------------------|-----------|------------|
| VTG mt không nguy hiểm          | 2         | 3,7        |
| Xơ nhĩ                          | 4         | 7,4        |
| Đã phẫu thuật chức năng ổn định | 2         | 3,7        |
| Bình thường                     | 19        | 35,2       |
| <b>N</b>                        | <b>54</b> | <b>100</b> |

**3.2. Khám nội soi tai:** Tất cả 57 tai có tổn thương của VTG mt nguy hiểm ở ít nhất một trong 3 vị trí là màng căng, màng chùng và tường thượng nhĩ.

**Bảng 2. Tỷ lệ các hình ảnh tổn thương màng căng qua khám nội soi**

| Màng căng | Ngờ Cholesteatoma | Polyp | Xẹp  | Thủng | Bình thường | N   |
|-----------|-------------------|-------|------|-------|-------------|-----|
| N         | 6                 | 1     | 41   | 5     | 4           | 57  |
| %         | 10,5              | 1,8   | 71,9 | 8,8   | 7,0         | 100 |

Cholesteatoma: mũ bả đầu, trắng óng ánh; polyp che kín ÔTN; 71,9% xẹp nhĩ toàn bộ trong đó 5/57 tai (8,8%) độ III, 10/57 tai (17,5%) độ IV; Thủng bờ gọn.

**Bảng 3. Tỷ lệ các hình ảnh tổn thương màng chùng qua khám nội soi**

| Màng chùng | Cholesteatoma | Túi co kéo | Vảy | Polyp | Bình thường | N   |
|------------|---------------|------------|-----|-------|-------------|-----|
| N          | 29            | 13         | 5   | 7     | 3           | 57  |
| %          | 50,9          | 22,8       | 8,7 | 12,3  | 5,3         | 100 |

**Ghi chú:** hình ảnh cholesteatoma điển hình; vảy thường màu nâu; polyp xuất phát ở màng chùng; trong 13 túi co kéo: 1 túi độ II (1,8%), 12 túi độ IV (21%).

**Bảng 4. Tỷ lệ tổn thương xương tường thượng nhĩ và thành sau ÔTN**

| ÔTN | Mòn TTN | Thủng thành sau trên | Khó đánh giá | Bình thường | Tổng |
|-----|---------|----------------------|--------------|-------------|------|
| N   | 44      | 1                    | 8            | 4           | 57   |
| %   | 77,2    | 1,8                  | 14,0         | 7,0         | 100  |

**Ghi chú:** thủng thành sau trên ống tai ngoài; ngang tầm sào đạo – sào bào có mũ cholesteatoma chảy qua; khó đánh giá: do vảy hoặc polyp che lấp.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

**Giới tính:** bệnh không có sự khác biệt về giới, tỷ lệ Nam/Nữ = 1/2 của nghiên cứu là ngẫu nhiên do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Holt J.J. với 47 tai có tỷ lệ là 1/1, Blanco P. với 45 tai có tỷ lệ là 2/3 [2], [3].

**Tuổi:** trung bình là 39,8±14,7 năm tương đương Hồ Lê Hoài Nhân 40,5 ± 15 năm [4] và Holt J.J. 38,7 ± 19,7 năm [2]. Phần lớn (70,5%) nằm trong độ tuổi lao động từ 20 đến 49 tuổi, trong đó 37% từ 30 đến 39 tuổi. Vì nghiên cứu còn mới nên chúng tôi tránh thực hiện ở trẻ em, Bn nhỏ nhất là 16 tuổi (có hở hàm ếch). PT an toàn cho nhóm Bn cao tuổi (14,8% trên 60 tuổi, một Bn mổ lần lượt 2 tai khi 71 và 73 tuổi), đối tượng này điều kiện sức khỏe không cho phép PT nhiều lần như người trẻ và TCXC là phù hợp nhất vì đảm bảo lấy sạch bệnh tích, tránh tái phát.

**Thời gian bị bệnh:** trung bình 11,7 ± 9,9 năm, 40,8% được PT trong 5 năm đầu và có đến 1/3 số Bn sau hơn 10 năm bị bệnh. Lê Hồng Ánh: trung bình 15,62 ± 8,92 năm với 20,3% dưới 5 năm và 53% sau 10 năm [5]. So với những nghiên cứu trước kia, Bn có ý thức đi khám và được chẩn đoán, PT sớm hơn, góp phần giảm tỷ lệ biến chứng nặng và tăng cơ hội hồi phục sức nghe do tổn thương khu trú.

**Tình trạng tai đối diện:** phản ánh chức năng vòi nhĩ, ảnh hưởng của bệnh lý mũi họng

lên tai, giúp đưa ra chiến lược điều trị, theo dõi và tiên lượng không chỉ cho tai PT mà cả tai đối diện [6].

### 4.2. Khám nội soi tai trước phẫu thuật:

Tất cả 57 tai được chọn vào nghiên cứu đều là viêm tai cholesteatoma hoặc túi co kéo độ IV nên hình ảnh khám nội soi có tổn thương nguy hiểm ở ít nhất một trong ba vị trí màng căng, màng chùng hoặc tường thượng nhĩ, có trường hợp tổn thương nguy hiểm ở cả ba vị trí.

**Tổn thương màng căng:** Theo bảng 2, hình ảnh gặp nhiều nhất là xẹp nhĩ với 71,9%, trong đó 8,8% xẹp độ III và 17,5% xẹp độ IV. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của VTG mt nguy hiểm thường khởi đầu bởi thông khí tai giữa kém. Viêm thượng nhĩ của Lê Hồng Ánh cũng có 75% màng căng lõm, 10,9% đục, 10,9% bình thường [5].

Chỉ 10,5% cholesteatoma điển hình ở màng căng và 1,8% polyp che kín ÔTN, đây là điểm khác biệt so với VTG mt nguy hiểm lan rộng của Nguyễn Thu Hương: 58,36% thủng màng căng sát xương và 16,9% polyp hòm nhĩ [7].

Lỗ thủng bờ gọn, không sát xương (8,8%) giúp cân đối áp lực hòm nhĩ nhưng khi tổn thương nguy hiểm đã hình thành ở thượng nhĩ thì sẽ tự tiến triển, việc cân bằng áp lực ở trung và hạ nhĩ không có giá trị nữa. Nc còn có 7% màng căng bình thường phù hợp với thuyết hình

thành túi co kéo và cholesteatoma thượng nhĩ do thông khí kém bởi bị chia thành nhiều ngăn nhỏ, sau viêm tai giữa cấp tổ chức xơ có thể biến thượng nhĩ thành khoang biệt lập với trung và hạ nhĩ.

**Tổn thương màng chũm:** tỷ lệ cao hơn hẳn tổn thương màng căng. Bảng 3: một nửa số tai (50,9%) có cholesteatoma điển hình; 22,8% có túi co kéo trong đó có tới 12 tai (21%) độ IV; tổn thương gợi ý VTG mt nguy hiểm chiếm 21% gồm polyp và vảy nâu đen. Chỉ 3 tai (5,3%) màng chũm bình thường. Tỷ lệ 94,7% tổn thương ở màng chũm cho thấy VTG mt nguy hiểm khu trú phần lớn xuất phát từ thượng nhĩ, gần giống viêm thượng nhĩ của Lê Hồng Ánh với 100% có lỗ thủng màng chũm, 6,3% kèm polyp trong khi viêm xương chũm mạn tính cholesteatoma của Nguyễn Thu Hương chỉ 8,45% có lỗ thủng màng chũm [5],[7].

**Mòn xương tường thượng nhĩ và thành sau ống tai ngoài:** Bên cạnh tổn thương của màng chũm thường kèm mòn tường thượng nhĩ với ¾ số tai (77,2%) và 14% khó đánh giá do vảy hoặc polyp che. Một tai (1,8%) màng chũm và tường thượng nhĩ bình thường nhưng lỗ thủng ở thành sau trên ống tai thông vào sào đạo, sào bào có mũ cholesteatoma chảy qua. Nghiên cứu chỉ có 4 tai (7%) tường thượng nhĩ và ống tai bình thường (bảng 4). Như vậy tỷ lệ ống tai xương bị mòn cao hơn của Hồ Lê Hoài Nhân (58% mòn tường thượng nhĩ, 42% thủng màng chũm đơn thuần) do chúng tôi chủ ý chọn những tai có tổn thương phù hợp với chỉ định PT.

Khám nội soi thấy tổn thương nguy hiểm ở màng chũm lên đến 94,7% trong đó 77,2% mòn tường thượng nhĩ và 14% khó đánh giá tường thượng nhĩ do có vảy hoặc polyp che, 1,8% thủng thành sau trên ống tai trong khi chỉ 12,3%

tổn thương nguy hiểm ở màng căng (cholesteatoma, polyp che kín ÔTN, xẹp nhĩ độ IV).

## V. KẾT LUẬN

Qua phân tích đặc điểm lâm sàng của 57 trường hợp viêm tai cholesteatoma và túi co kéo độ IV được áp dụng PT NS TCXC đường xuyên ống tai có tổn thương lan đến sào bào nhưng không phá hủy rộng vùng chũm với xương chũm đặc ngà, sào bào nhỏ, chúng tôi thấy phần lớn các trường hợp có bệnh tích ở thượng nhĩ với hình ảnh nội soi là tổn thương nguy hiểm ở màng chũm với xu hướng ăn mòn tường thượng nhĩ, chỉ một số ít trường hợp có tổn thương nguy hiểm ở màng căng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tran Ba Huy P. (1989).** Otitis moyennes chroniques. Histoire élémentaire et forms cliniques. *EMC*, 2, 20-095-A-010.
2. **Holt J.J. (2008).** Transcanal antrotomy. *Laryngoscope*, 118(11), 2036-2039.
3. **Blanco P. (2014).** Surgical management of middle ear cholesteatoma and reconstruction at the same time. *Colomb Med (Cali)*, 45 (3), 127-131.
4. **Hồ Lê Hoài Nhân (2013).** *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai trong viêm tai giữa mạn tính khu trú*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Hồng Ánh (2003).** *Nghiên cứu hình thái lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm thượng nhĩ*, Luận văn tốt nghiệp nội trú chuyên khoa Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Kuo C.-L., Shiao A.-S., Yung M. và cộng sự (2015).** Updates and Knowledge Gaps in Cholesteatoma Research. *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International*, Volume 2015, Article ID 854024, 17 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/854024>.
7. **Nguyễn Thu Hương (1996).** *Bước đầu tìm hiểu về cholesteatoma trong viêm tai xương chũm mạn tính, ứng dụng trong chẩn đoán bệnh*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM TỤY CẤP TĂNG TRIGLYCERIDE MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA PHÚ THỌ

Nguyễn Huy Ngọc\*

### TÓM TẮT<sup>45</sup>

\*Bv Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2017

Ngày duyệt bài: 12.12.2017

**Đặt vấn đề:** Viêm tụy cấp là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy, bệnh thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp.

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tụy cấp tăng triglyceride máu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 9/2015 đến tháng 09/2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập mô tả. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: Tiền sử: rối loạn lipid máu: 10 (27,0%) BN, nghiện rượu: 25 (67,7%) BN, bệnh đái tháo đường không kiểm soát: 12 (32,4%) BN. Khi lấy mẫu máu

đục như sữa ở lớp trên bề mặt 18/37(48,6%). Mức độ nặng theo các thang điểm VTC tăng TG chủ yếu là VTC nhẹ. Thang điểm SOFA:  $3,4 \pm 3,14$ . Nhóm PEX không liên quan đến rượu điểm SOFA:  $1,8 \pm 1,73$ .

**Kết luận:** Viêm tụy cấp do tăng TG và là một nguyên nhân thường không được chú ý tới và hay bị bỏ qua trong chẩn đoán

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

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF HYPERTRIGLYCERIDEMIA-ASSOCIATED PANCREATITIS AT PHU THO HOSPITAL

**Background:** Acute pancreatitis (AP) is an acute process of pancreatitis, which usually occurs suddenly with variety and complex clinical symptoms.

**Objectives:** determined clinical characteristics of hypertriglyceridemia-associated pancreatitis (HTGP) at intensive care unit of Phu Tho hospital from 12. 2015 to 12. 2016. **Methods:** Cohort study, describe 37 HTGP. **Results:** medical history: lipid disorder: 27.0%, alcohol abuse: 67.7% and uncontrolled diabetes: 32.4%. Blood samples on admission were highly lipemic (serum's just like milk) Of 18/37 (48.6%). Mean SOFA score:  $3.4 \pm 3.14$ . **Conclusion:** HTGP is a common disease, which is not being noticed when examine patients with acute pancreatitis.

**Key words:** acute pancreatitis, hypertriglyceridemia, Phu Tho

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy, bệnh thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp từ VTC nhẹ thể phù đến VTC nặng thể hoại tử với các biến chứng suy đa tạng nặng nề tỉ lệ tử vong cao. Ở Mỹ hàng năm có khoảng 250.000 trường hợp nhập viện vì VTC. Ở Việt Nam trong những năm gần đây qua một số nghiên cứu và thống kê cho thấy viêm tụy cấp ngày càng gia tăng.

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

sức: bù dịch trong 48h đầu, CVVH, PEX, lọc máu ngắt quãng... **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tụy cấp tăng triglyceride máu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 9/2015 đến tháng 09/2016.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

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

Xét nghiệm TG  $\geq 5,7\text{mmol/l}$  (500mg/dl)- TG được xét nghiệm 1 lần khi vào viện và xét nghiệm lại sau ăn 12h.

**VTC được chẩn đoán loại trừ do** các nguyên nhân khác: sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương...

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị VTC TG < 5,7mmol/l.

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

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

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

+ **Nhóm 2:** nhóm VTC có mức TG  $\geq 11,3\text{mmol/l}$  (1000mg/dl). Sang phần điều trị chia nhóm 2 thành 2 nhóm: Nhóm không thay huyết tương (ký hiệu: KoPEX) và nhóm (ký hiệu: PEX) có thay huyết tương. **Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ VTC tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ.**

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

## III. KẾT QUẢ

**Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu**

**Đặc điểm về giới:** VTC tăng TG chủ yếu gặp ở nam giới (86,4%).

**Phân bố theo tuổi:** VTC tăng TG chủ yếu gặp ở độ tuổi từ 31 đến 50 tuổi có 26 trường hợp chiếm 70,2%. Tuổi trung bình:  $40,43 \pm 9,89$ .

**Đặc điểm về tiền sử**

**Bảng 1. Phân bố theo tiền sử bệnh**

| Tiền sử            | n  | %     |
|--------------------|----|-------|
| Liên quan đến rượu | 25 | 67,7% |
| Rối loạn mỡ máu    | 10 | 27,0% |
| Đái tháo đường     | 12 | 32,4% |

|             |   |       |                      |   |       |
|-------------|---|-------|----------------------|---|-------|
| VTC tăng TG | 9 | 24,3% | Khác                 | 4 | 10,8% |
| Có thai     | 0 | 0%    | VTC không có tiền sử | 8 | 21,6% |

**Kết quả nghiên cứu lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu****Bảng 2. Triệu chứng thực thể**

| Triệu chứng thực thể | Chung (%)<br>(n=37) | Nhóm 1 (%)<br>(n=9) | Nhóm 2 (%)<br>(n=28) | P      |
|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------|
| Bụng chướng          | 37 (100)            | 8 (88,9)            | 28 (100)             | > 0,05 |
| Điểm sườn lưng đau   | 25 (59,7)           | 6 (66,7)            | 19 (67,8)            | > 0,05 |
| Cảm ứng phúc mạc     | 22 (59,4)           | 4 (44,4)            | 18 (64,2)            | > 0,05 |
| Tràn dịch màng phổi  | 23 (62,1)           | 5 (77,8)            | 18 (82,1)            | > 0,05 |

**Bảng 3. Triệu chứng toàn thân**

| Triệu chứng toàn thân | Chung (%)<br>(n=37) | Nhóm 1 (%)<br>(n=9) | Nhóm 2 (%)<br>(n=28) | P      |
|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------|
| Nhiệt độ (°C)         | ≤ 38°C              | 6 (66,7)            | 26 (92,9)            | > 0,05 |
|                       | > 38°C              | 3 (33,3)            | 2 (7,1)              |        |
| Mạch                  | ≤ 90                | 1 (11,1)            | 4 (14,3)             | > 0,05 |
|                       | 90 - 120            | 6 (66,7)            | 16 (57,1)            |        |
|                       | > 120               | 2 (22,2)            | 8 (28,6)             |        |
| Huyết áp tâm thu      | < 90                | 4 (44,4)            | 5 (17,8)             | > 0,05 |
|                       | > 90                | 5 (55,9)            | 23 (82,1)            |        |
| CVP                   | ≤ 5                 | 2 (22,2)            | 16 (57,1)            | > 0,05 |
|                       | > 5                 | 7 (77,8)            | 12 (42,9)            |        |

**Kết quả nghiên cứu cận lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu****Bảng 4. Kết quả xét nghiệm amylase máu**

| Amylase máu (U/l)                       | Chung (%)<br>(n=37) | Nhóm 1 (%)<br>(n=9) | Nhóm 2 (%)<br>(n=28) |
|-----------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Nhỏ hơn < 3 lần bình thường (28-100U/l) | 17 (45,9)           | 5 (55,5)            | 12 (42,8)            |
| Tăng ≥ 3 lần bình thường                | 20 (54,1)           | 4 (45,5)            | 16 (57,1)            |

**Bảng 5. Kết quả xét nghiệm huyết học**

| Triệu chứng CLS | Chung (n=37)<br>$\bar{x} \pm SD$ | Nhóm 1 (n=9)<br>$\bar{x} \pm SD$ | Nhóm 2 (n=28)<br>$\bar{x} \pm SD$ | P      |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------|
| Hemoglobin      | 147,36 ± 24,12                   | 141,62 ± 29,56                   | 148,91 ± 22,46                    | > 0,05 |
| Hematocrit      | 0,411 ± 0,0847                   | 0,404 ± 0,0963                   | 0,410 ± 0,0743                    | > 0,05 |
| Bạch cầu        | 12,38 ± 4,531                    | 11,97 ± 5,954                    | 12,50 ± 4,122                     | > 0,05 |
| Tiểu cầu        | 205,9 ± 82,29                    | 179,8 ± 114,27                   | 212,9 ± 70,87                     | > 0,05 |
| PT              | 87,20 ± 24,97                    | 79,17 ± 27,98                    | 89,38 ± 89,38                     | > 0,05 |
| APTT b/c        | 1,18 ± 0,525                     | 1,15 ± 0,232                     | 1,185 ± 0,581                     | > 0,05 |

**Kết quả chẩn đoán hình ảnh****Bảng 6. Kết quả chẩn đoán hình ảnh: siêu âm và cắt lớp vi tính**

| Siêu âm và CLVT              | Chung (%)<br>(n=37) | Nhóm 1 (%)<br>(n=9) | Nhóm 2 (%)<br>(n=28) |
|------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Siêu âm                      | 5 (13,1)            | 1 (6,2)             | 4 (14,2)             |
| CLVT<br>Phân độ<br>Balthazar | A                   | 0 (0)               | 0 (0)                |
|                              | B                   | 2 (5,4)             | 3 (10,7)             |
|                              | C                   | 5 (13,5)            | 3 (10,7)             |
|                              | D                   | 9 (24,3)            | 8 (28,5)             |
|                              | E                   | 18 (48,6)           | 14 (50)              |

**Bảng 7. Liên quan VTC tăng TG và số tạng suy**

| TG          | Chung (%)<br>(n=37) | Nhóm 1 (%)<br>(n=9) | Nhóm 2 (%)<br>(n=28) |
|-------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Số tạng suy |                     |                     |                      |
| 0           | 13 (35,8)           | 5 (55,5)            | 8 (28,5)             |
| 1           | 12 (32,4)           | 2 (22,2)            | 10 (35,7)            |
| 2           | 4 (10,8)            | 1 (11,1)            | 3 (10,7)             |
| 3           | 4 (10,8)            | 1 (11,1)            | 3 (10,7)             |
| 4           | 2 (5,4)             | 0 (0)               | 2 (7,1)              |
| 5           | 1 (2,7)             | 0 (0)               | 1 (3,5)              |
| 6           | 1 (2,7)             | 0 (0)               | 1 (3,5)              |

|   |        |
|---|--------|
| P | > 0,05 |
|---|--------|

Quy ước: p bên dưới góc phải là so sánh nhóm 1 và nhóm 2.

#### IV. BÀN LUẬN

##### Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Đặc điểm về giới:** Trong số 37 BN trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 BN nam chiếm 86,4% và 5 BN nữ chiếm 13,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu Nguyễn Quang Hải: 70,08%<sup>(7)</sup>, Bùi Văn Khích: 73,7%<sup>(1)</sup>; Nguyễn Đắc Ca: 75%<sup>(5)</sup>; Hà Mạnh Hùng: 74,1%<sup>(3)</sup>. Nguyên nhân có sự khác biệt này là do nam giới uống nhiều rượu. Trong nghiên cứu của chúng tôi đến 67,7% liên quan đến rượu. Kết quả này phù hợp với ý kiến cho rằng VTC do rượu thường gặp ở nam, còn VTC do sỏi lại gặp ở nữ nhiều hơn nam. Một số nghiên cứu khác có kết quả thấp hơn chúng tôi chủ yếu là ở môi trường ngoại khoa: Suvat Vôngphachăn: 34,9%, Lê Mạnh Cường: 41%, Nguyễn Quang Nghĩa 1995: 57%<sup>(6)</sup>; Tôn Thất Bách: 63,9%. Lý do phần lớn BN trong các nghiên cứu này có nguyên nhân là sỏi mật, sỏi gan, là những nguyên nhân gặp nhiều ở nữ, còn trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN bị sỏi mật.

**Đặc điểm về tuổi:** Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi:  $40,4 \pm 9,90$ , tuổi cao nhất 65, thấp nhất 22. Kết quả này tương tự nghiên cứu Hoàng Thị Huyền:  $41,4 \pm 12,5$ <sup>(4)</sup>, Douglas. Nhưng thấp hơn Nguyễn Quang Hải:  $49 \pm 12,6$ <sup>(7)</sup> và Hà Mạnh Hùng:  $50,9 \pm 13,8$ <sup>(3)</sup>. Phân bố chủ yếu gặp ở nhóm tuổi từ 31 đến 50 tuổi, chiếm 64,3%, đây là nhóm tuổi đang trong độ tuổi lao động, hoạt động sôi động, thường có thói quen uống nhiều rượu. Kết quả của chúng tôi có tuổi trung bình thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do chúng tôi nghiên cứu trên nhóm BN VTC tăng TG máu và do thói quen uống nhiều rượu, ăn nhậu không điều độ tăng lên ở nhóm tuổi trẻ hơn.

**Đặc điểm về tiền sử:** Chúng tôi nhận thấy tiền sử uống rượu chiếm 67,7%. Mặc dù cơ chế chưa được giải thích rõ ràng nhưng theo Nguyễn Quang Nghĩa có thể do tình trạng nhiễm độc cấp tính làm tăng trương lực cơ Oddi<sup>(6)</sup>. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Nguyễn Quang Hải: 62,5%<sup>(7)</sup>, Hà Mạnh Hùng: 63%<sup>(3)</sup>. Tuy nhiên kết quả này cao hơn nghiên cứu Nguyễn Đắc Ca: 50%<sup>(5)</sup>, Bùi Văn Khích: 28,9%<sup>(1)</sup>. Số BN biết tiền sử rối loạn lipid máu của bản thân nhưng không điều trị hoặc điều trị không đúng cách là 10 BN có tiền sử rối loạn lipid máu chiếm 27% , 12 BN đái tháo đường và 9 BN có tiền sử VTC tăng TG. Một số BN bị rối loạn lipid máu nhưng không biết

là 4 BN có tiền sử VTC. 5 BN không có tiền sử gì chiếm tỷ lệ rất ít chiếm 21,6%. Như vậy, số BN có tiền sử tăng TG trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả Đào Xuân Cơ: 9%<sup>(2)</sup>, Vũ Đức Định: 15%, Hoàng Thị Huyền: 7,1%<sup>(4)</sup>, Vũ Công Thắng: 13,3%, Athyros: 6,9% và tỷ lệ bị VTC không rõ nguyên nhân thấp hơn Nguyễn Quang Nghĩa: 63,55%<sup>(6)</sup> và Nguyễn Thị Hằng: 60%. Có thể do sự phát triển của nền y học cùng với các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nên ít bỏ sót các nguyên nhân.

##### Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Triệu chứng thực thể:** Triệu chứng thực thể giữa hai nhóm VTC tăng TG, khác biệt không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . Các triệu chứng thực thể cũng tương tự như VTC do các nguyên nhân khác. Chúng tôi nhận thấy có 100% bệnh nhân có dấu hiệu bụng chướng, bụng chướng do giảm nhu động ruột hay liệt ruột cơ năng. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Suvat Vôngphachăn: 83,7%, Lê Mạnh Cường: 63,9%, Bùi Văn Khích: 86,8%<sup>(1)</sup>. Bụng chướng gây cho BN cảm giác khó chịu, khó thở và cùng với dấu hiệu bụng chướng có thể xuất hiện dịch ổ bụng. Bụng chướng cùng với dịch trong ổ bụng gây ra hội chứng tăng ALOB, đây là hội chứng thường gặp trong bệnh cảnh VTC. Dấu hiệu sinh lý khởi phát dẫn tới chứng tăng ALOB là phù ở khoảng giữa hai tổ chức trong ruột và mạc treo vì tổn thương nội mô mao mạch, gây thiếu máu cục bộ các tạng trong ổ bụng giải phóng ra các cytokines gây giãn mạch và tăng tính thấm thành mạch từ đó gây tích lũy dịch ổ bụng và mạc treo làm tăng ALOB gây thiếu máu các tạng nhiều hơn, đặc biệt là ruột gây ra vòng xoắn bệnh lý của tăng ALOB. Tăng ALOB bắt đầu xảy ra khi ALOB  $\geq 16$  cmH<sub>2</sub>O (12mmHg)<sup>(2,5)</sup>, khi ALOB tăng  $> 26$  cmH<sub>2</sub>O (20mmHg) làm xuất hiện tổn thương tổ chức không hồi phục. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tất cả BN đều được đo ALOB với mức ALOB trung bình:  $21,0 \pm 7,14$  cmH<sub>2</sub>O thuộc nhóm tăng ALOB độ II. Dấu hiệu được Mayo Robson và Korte mô tả từ năm 1906 và đã được Giáo sư Tôn Thất Tùng nhận mạnh và cho đó là một triệu chứng quan trọng của VTC đó là điểm sườn lưng đau, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 25 BN có điểm sườn lưng đau chiếm 69,7%. Kết quả này tương tự nghiên cứu Nguyễn Thị Hằng: 62% nhưng cao hơn nghiên cứu Suvat Vôngphachăn: 27,9%, Bùi Văn Khích: 15,8%<sup>(1)</sup> có thể nhóm BN nhân



nghiên cứu của chúng tôi không nặng bằng các nghiên cứu trước đây. Triệu chứng cảm ứng phúc mạc có 22 BN chiếm 54,9%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Huyền: 14,5%<sup>(4)</sup>, Bùi Văn Khích: 26,4%<sup>(1)</sup> nhưng thấp hơn nghiên cứu Suvat Vôngphachăn: 82,5%. Có thể triệu chứng này hay gặp ở ngoại khoa nên kết quả nghiên cứu của Suvat Vôngphachăn cao hơn của chúng tôi. Trần dịch màng phổi là triệu chứng hay gặp ở BN VTC, trong VTC hay gặp tràn dịch màng phổi bên trái. Khi có tràn dịch màng phổi sẽ làm cho tình trạng hô hấp của bệnh nhân nặng lên rất nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 23 BN tràn dịch màng phổi, có 16 BN phải chọc hút dịch màng phổi, 1 BN nuôi cấy ra vi khuẩn bệnh viện. Vì vậy đối với BN VTC ngoài việc siêu âm tìm dịch ổ bụng phải luôn luôn chú ý tìm dịch màng phổi bằng phương pháp siêu âm và chụp X quang phổi.

**Triệu chứng toàn thân:** Sốt là do phản ứng của cơ thể đối với tổn thương bệnh lý, trong VTC thường xảy ra trong ba ngày đầu. Tất cả các BN vào viện đều không sốt cao, sốt nhẹ và không sốt chiếm 86,5%, nhóm sốt vừa 13,5%. Các BN sốt vừa từ lúc bị bệnh đến khi nhập viện trung bình:  $3,3 \pm 1,73$  ngày, có thể do bội nhiễm sau tổ chức hoại tử. Sau ngày thứ 3 nhập viện có 3 BN sốt cao  $> 39^\circ\text{C}$  điều đó có thể do nhiễm trùng bệnh viện hoặc nhiễm trùng tổ chức hoại tử gây nên. Bệnh nhân bị tổn thương tụy có thể gây sốt phù hợp với nghiên cứu Tôn Thất Bách 14/34 trường hợp mổ VTC trong 24 giờ đầu đã có tổn thương tụy. Kết quả này tương tự nghiên cứu Nguyễn Thị Hằng: 72%, Hoàng Thị Huyền: 69%<sup>(4)</sup>, nhưng cao hơn nghiên cứu Suvat Vôngphachăn: 46,5%. Chúng tôi nhận thấy có 15% BN có huyết áp tâm thu  $< 90$  mmHg, đi cùng với giảm huyết áp 86,6% BN có mạch nhanh  $> 90$  ck/ph, đây là một dấu hiệu sớm phát hiện tình trạng mất nước trong VTC. Giảm huyết áp có thể do nhiều yếu tố phối hợp gây nên nhưng trong VTC chủ yếu là mất dịch do tăng tính thấm thành mạch gây thoát dịch vào các khoang thứ ba, và cơ chế giải phóng các cytokines gây hội chứng tăng áp lực ổ bụng gây ra vòng xoắn bệnh lý của VTC dẫn tới tình trạng sốc. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Quang Nghĩa: 64,48%<sup>(6)</sup>. Sự mất dịch trong VTC càng thể hiện rõ với 53,3% BN có CVP  $\leq 5$  cmH<sub>2</sub>O. Vì vậy, bù dịch sớm và đủ là rất quan trọng. Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy lượng dịch bù trung bình trong ngày đầu rất cao:  $5911,6 \pm 1654,4$  ml). Kết quả nghiên cứu chỉ số BMI trong nhóm VTC tăng TG trung bình chung:

$22,60 \pm 2,659$ , khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm BN VTC tăng TG,  $p > 0,05$ . Có 1 BN béo phì BMI = 30, vừa nghiện rượu vừa bị bệnh đái đường typ II, 4 BN BMI  $< 18,5$  là những BN uống rượu lâu ngày suy kiệt, suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 BN có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường chiếm 81,3%. Như vậy tỷ lệ BN thừa cân béo phì có 10 BN chiếm 13,3%.

#### **Đặc điểm cận lâm sàng**

**Amylase máu:** Amylase máu là xét nghiệm thường dùng nhất trong chẩn đoán VTC, khi nồng độ amylase máu tăng gấp 3 lần bình thường có giá trị chẩn đoán VTC. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tăng amylase máu trên 3 lần bình thường chiếm 54,1%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu Suvat Vôngphachăn: 93% và Nguyễn Thị Hằng: 86%. Kết quả amylase máu không tăng và nhỏ hơn 3 lần bình thường là chiếm 48% trong đó amylase không tăng chiếm 20%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Vân Hồng: 46%, Gelrud và Yadav. Xét nghiệm amylase máu chỉ dùng để chẩn đoán VTC và không dùng để tiên lượng VTC vì amylase thường tăng nhanh, sớm trong 6 -12 giờ đình 24 giờ và trở về bình thường sau vài ngày, đồng thời amylase không chỉ tăng trong bệnh lý VTC mà còn tăng trong những bệnh lý khác như thủng dạ dày, nhồi máu mạc treo ruột. Nếu tổn thương tụy nhiều thì amylase cũng không tăng thậm chí bình thường, nếu tình trạng amylase máu tăng kéo dài gợi ý có thể có biến chứng cục bộ. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do nồng độ TG máu tăng cao làm cho amylase máu giảm giả tạo, khi pha loãng máu xét nghiệm có thể nồng độ amylase máu sẽ tăng cao.

**Xét nghiệm huyết học:** Chúng tôi nhận thấy kết quả bạch cầu trung bình chung:  $12,38 \pm 4,531$  G/l, tăng  $> 10$  G/l có 24 BN chiếm 64,8%. Số bạch cầu tăng cao  $> 16$  G/l theo Ranson là yếu tố tiên lượng nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 BN chiếm 13,5%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với 86,5% BN sốt nhẹ và không sốt chứng tỏ BN khi nhập viện nhiễm khuẩn nhẹ. Đặc biệt trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN giảm bạch cầu 3,7 G/l là BN nghiện rượu trên 30 năm với lượng rượu uống trung bình 500ml/ngày. Lượng bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi cao nhất là 28,3G/l và thấp nhất là 3,7G/l. Với hemoglobin tăng cao, hematocrit tăng vừa phải, có những BN nặng tăng cao đến 0,79l/l kết hợp với tình trạng mạch nhanh, CVP thấp, huyết áp thấp và lượng ở càng thể hiện rõ tình trạng thiếu dịch. Đặc biệt ở

nhóm 2 nhiều bệnh nhân nặng hơn nên thiếu dịch nhiều hơn và hemoglobin tăng cao hơn. Vì vậy có những BN chúng tôi truyền với một lượng dịch lớn lên tới 10800ml.

**Xét nghiệm hóa sinh:** Chúng tôi nhận thấy lượng TG trung bình chung:  $19,88 \pm 17,38\text{mmol/l}$ , cao nhất  $29,12\text{mmol/l}$ , thấp nhất  $6,57\text{mmol/l}$ , lượng TG trung bình của những BN được PEX:  $20,41 \pm 6,703\text{mmol/l}$ . Kết quả này thấp hơn nghiên cứu Gubensek:  $58,9 \pm 40,8\text{mmol/l}$  và tương tự Stefanutti:  $21,79\text{mmol/l}$ . Đi kèm theo tăng TG là lượng cholesterol cũng tăng cao trong đó nhóm được PEX:  $15,79 \pm 6,945\text{mmol/l}$  kết quả này thấp hơn nghiên cứu Gubensek:  $20,0 \pm 7,6\text{mmol/l}$  và Stefanutti:  $50,10\text{mmol/l}$ . Tăng đường huyết là điều kiện thuận lợi cho tăng lipid máu, kết quả đường huyết trung bình của nhóm nghiên cứu:  $11,18 \pm 6,097\text{mmol/l}$  thấp nhất  $3,3\text{mmol/l}$  và cao nhất  $35\text{mmol/l}$ ,  $74,7\%$  BN có đường huyết tăng cao  $> 6,4\text{mmol/l}$ , trong đó 14 BN bị đái tháo đường. Số BN có đường huyết  $> 11\text{mmol/l}$  là 29 BN chiếm  $38,67\%$ , 1 BN có đường huyết  $35\text{mmol/l}$  vừa nghiên cứu vừa bị bệnh đái tháo đường không được điều trị đúng. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Suvat Vongphachan:  $46,5\%$  và Nguyễn Thị Hằng:  $14\%$ . Creatinin máu trung bình nhập viện:  $144,4 \pm 46,20\mu\text{mol/l}$ , có  $36\%$  BN suy thận. Suy thận trong VTC là hậu quả của tăng tính thấm thành mạch, dịch thoát vào khoang thứ 3 gây nên tình trạng thiếu thể tích tuần hoàn tăng ALOB gây ra suy thận cấp. Vì vậy trong VTC cần phải bù đủ dịch kịp thời để tránh BN chuyển từ suy thận chức năng thành suy thận thực tổn. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Bùi Văn Khích:  $28,9\%$ <sup>(1)</sup> và hơn Nguyễn Quang Hải:  $47,6\%$ <sup>(7)</sup>.

**Kết quả chẩn đoán hình ảnh:** Chúng tôi nhận thấy 37/37 BN được chụp CLVT chẩn đoán với độ rộng thang điểm Balthazar:  $3,9 \pm 2,44$ . Kết quả chụp CLVT là tiêu chuẩn gần như quan trọng nhất để chẩn đoán VTC. Theo Vũ Đức Định trong 72 giờ đầu mức độ hoại tử tụy không phản ánh mức độ nặng của VTC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có những BN được chụp lại sau 72 giờ và chúng tôi lấy kết quả cuối cùng cho thấy 63 (84%) BN có tổn thương tụy Balthazar C, D, E trong đó 36 BN có tổn thương Balthazar E chiếm  $48\%$ .

**Liên quan giữa VTC tăng TG và số tạng suy:** Trong VTC, các cytokines gây một đáp ứng viêm hệ thống toàn cơ thể thường dẫn đến tình trạng suy tạng. Để đánh giá mức độ suy tạng trên lâm sàng chúng tôi dựa vào thang điểm SOFA, thang điểm SOFA càng cao thì mức độ VTC càng nặng đồng thời số tạng suy sẽ tăng

cao. Chúng tôi chẩn đoán suy tạng khi điểm SOFA cho tạng đó  $\geq 2$  và kéo dài  $\geq 48$  giờ, nếu suy trên 2 tạng là VTC nặng. Tuy nhiên, để đánh giá mức độ nặng của VTC chúng tôi vẫn dựa trên tình trạng lâm sàng cụ thể của từng BN. Kết quả nghiên cứu chung của chúng tôi gặp chủ yếu BN nhẹ chiếm  $78,2\%$ , trong đó không suy tạng chiếm  $35,8\%$  và suy 1 tạng là  $32,4\%$ . Tỷ lệ chung BN suy  $> 2$  tạng  $10,8\%$ , kết quả này thấp hơn nghiên cứu Vũ Đức Định:  $45,7\%$ , và các nghiên cứu khác<sup>(3,7)</sup>. Trong nhóm BN suy đa tạng của chúng tôi có 4 BN suy  $\geq 4$  tạng (chiếm  $10,8\%$ ) và có 1 BN tử vong, 4 BN chuyển tuyến dưới điều trị khi tình trạng suy thận cấp chưa cải thiện và tử vong sau 7 ngày điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác có thể do phương pháp chọn đối tượng nghiên cứu. Các tác giả đều chọn BN nặng, còn chúng tôi chọn nhóm VTC tăng TG, mà VTV tăng TG thì theo kinh điển lâm sàng nhẹ hơn các VTC khác.

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Tiền sử: rối loạn lipid máu: 10 (27,0%) BN, nghiện rượu: 25 (67,7%) BN, bệnh đái tháo đường không kiểm soát: 12 (32,4%) BN. Khi lấy mẫu máu đục như sữa ở lớp trên bề mặt 18/37 (48,6%).

Mức độ nặng theo các thang điểm VTC tăng TG chủ yếu là VTC nhẹ. Thang điểm SOFA:  $3,4 \pm 3,14$ . Nhóm PEX không liên quan đến rượu điểm SOFA:  $1,8 \pm 1,73$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Khích** (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp nặng tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đào Xuân Cơ** (2012), *Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp*, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
3. **Hà Mạnh Hùng** (2010), *Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y HN.
4. **Hoàng Thị Huyền** (2004), *Đối chiếu một số triệu chứng lâm sàng trong viêm tụy cấp với phân độ nặng nhẹ của Imrie và Balthazar*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Đức Ca** (2007), *Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong chẩn đoán độ nặng, diễn biến của Viêm tụy cấp tại khoa điều trị tích cực*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Quang Nghĩa** (1995), *Nghiên cứu điều trị phẫu thuật Viêm tụy cấp tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y Dược, Trường Đại học Y Hà Nội.

**7. Nguyễn Quang Hải** (2011), *Đánh giá hiệu quả của dẫn lưu ổ bụng kết hợp với lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng tại khoa Hồi sức*

*tích cực bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú Hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội.

## TÌM HIỂU CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CHỨA GÓC VÀ KẼ VÒI TỬ CUNG

Lê Thị Anh Đào\*, Ngô Đức Anh\*

### TÓM TẮT

Chứa góc và kẽ vòi tử cung là một vị trí làm tổ đặc biệt hiếm gặp của chứa ngoài tử cung. **Mục đích nghiên cứu:** nhằm phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chứa góc và kẽ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân chứa ngoài tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2011, nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành hồi cứu. Kết quả: 1300 bệnh nhân chứa ngoài tử cung được phẫu thuật chia làm 2 nhóm: nhóm chứa góc và kẽ (70 bệnh nhân chiếm 5,38%) còn lại là nhóm chứa ở vòi tử cung. Các biểu hiện như đau bụng hoặc ra máu âm đạo ở nhóm chứa góc và kẽ là 70% và 50% ít hơn so với các triệu chứng trên ở nhóm chứa ở vòi tử cung 89,4% và 74%, với  $p < 0,001$ . Chỉ số  $\beta$ hCG  $> 10.000$  UI/l chiếm 45,6% ở nhóm chứa góc và kẽ so với chứa ở vòi tử cung là 15,5% OR=4,56. Lượng máu trong ổ bụng  $> 1000$ ml khi mổ hay gặp ở nhóm chứa góc và kẽ hơn chiếm 14,3%. **Kết luận:** Chứa góc và kẽ vòi tử cung có biểu hiện lâm sàng kín đáo hơn chứa ở vòi tử cung, khi  $\beta$ hCG  $> 10000$  UI/l mà không quan sát thấy túi ối trong buồng tử cung thì nguy cơ mắc chứa góc và kẽ tử cung cao.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF CORNUAL PREGNANCY

Interstitial and angular pregnancy are rare forms of ectopic pregnancy. The aim of study was to learn about clinical and sub clinical characteristics of cornual and interstitial pregnancy. Method of study: The study conducted on patients with ectopic pregnancy being operated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2011, a cross-sectional study. **Result:** 1,300 ectopic pregnancy patients divided into 2 groups: group 1: cornual pregnancy had 70 patients (5.38%) group 2: the remaining was ordinary ectopic pregnancy. The sign of pelvic pain and vaginal bleeding in group 1 was 70% and 50% respectively which are lower than that of group 2. Serum  $\beta$ hCG level  $> 10000$  IU/l accounted for 45.6% in the group 1 which was much higher than 15.5% of group 2, OR=4.56. 14.3%. **Conclusion:** Cornual pregnancy and interstitial pregnancy show clinical manifestations less clear than normal ectopic pregnancy. If serum  $\beta$ hCG level  $> 10000$  IU/l but ultrasound examination shows no amniotic sac seen in the uterus, the risk of cornual and interstitial pregnancy are extremely high.

\*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2017

Ngày duyệt bài: 12.12.2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chứa góc và kẽ vòi tử cung là hai vị trí đặc biệt của chứa ngoài tử cung, chiếm tỷ lệ 2-3% (1). Chứa góc tử cung là tình trạng thai làm tổ tại phần cao của buồng tử cung và rất lệch ra ngoài vi của buồng tử cung, trong khi đó chứa kẽ vòi tử cung là chứa tại phần vòi tử cung đi xuyên qua sừng tử cung (2,3). Hai vị trí này có hệ thống cơ dây dãn, kích thước phần nào rộng hơn (nhất là góc tử cung), mạch máu cung cấp tại góc tử cung và kẽ vòi tử cung cũng phong phú (1), vậy các biểu hiện lâm sàng cũng như các dấu hiệu siêu âm hoặc biến đổi của  $\beta$ hCG có khác với chứa ngoài tử cung ở vị trí thông thường hay không là câu hỏi được các bác sỹ phụ khoa quan tâm.

Với vị trí làm tổ đặc biệt này, khối chứa có thể có thể phát triển tương đối dài ngày và vỡ tương đối muộn khoảng 14-16 tuần tuổi (3), trở thành một biến chứng rất nguy hiểm gây lỵ máu trong ổ phúc mạc, đe dọa đến tính mạng của người bệnh. Trước năm 1893, tất cả báo cáo về chứa kẽ đều dựa trên những khám nghiệm tử thi. Hiện nay, sự tiến bộ của siêu âm, định lượng nồng độ của  $\beta$ hCG và nội soi cho phép chẩn đoán xử trí chứa kẽ tốt hơn giảm tỷ lệ tử vong còn 2-2,5% nhưng vẫn còn cao hơn gấp 7 lần so với chứa ngoài tử cung vị trí thông thường (4)(5). Chính vì vậy việc chẩn đoán sớm chứa kẽ và góc tử cung dựa vào các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng là rất cần thiết.

Trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu về chứa góc và kẽ vòi tử cung. Tuy nhiên, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào việc điều trị. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đi sâu về lĩnh vực này, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chứa góc và kẽ vòi tử cung".

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

**2.1 Đối tượng:** Các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, thời gian từ 01/1/2011 đến 31/12/2011.

Đối tượng được chia thành hai nhóm:

- Nhóm 1: Chứa góc-kẽ vòi tử cung (CGKTC)
- Nhóm 2: Chứa ở vòi tử cung (CVTC)

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được

chẩn đoán chữa ngoài tử cung và được phẫu thuật, có kết quả giải phẫu bệnh là chữa ngoài tử cung.

- Các thông tin và yếu tố nghiên cứu có đầy đủ trong hồ sơ: tuổi, tiền sử, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng (βhCG, siêu âm) và đặc điểm khi phẫu thuật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân chữa ngoài tử cung được phẫu thuật ở tuyến khác chuyển lên với bất kì lý do gì.  
- Chứa vết mổ đẻ cũ.  
- Chứa ngoài tử cung điều trị nội khoa.  
- Những trường hợp chữa góc tử cung được hút không phải phẫu thuật.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2011.

**\*Xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được xử lý, phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

Sử dụng test  $\chi^2$  để kiểm định kết quả khi so sánh hai tỷ lệ và giá trị p theo hai phía, có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p \leq 0,05$

Phương pháp tính tỉ suất chênh OR (Odds Ratio) để xác định sự khác biệt một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chữa ở đoạn kể vôi tử cung và góc tử cung.

**III. KẾT QUẢ**

Năm 2011, tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, 1300 bệnh nhân chữa ngoài tử cung đã được phẫu thuật có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 70 bệnh nhân chữa góc-kể, chiếm tỷ lệ 5,4%.

**3. 1. Triệu chứng lâm sàng của chữa góc kể vôi tử cung**

**Bảng 1: Các dấu hiệu cơ năng của chữa ngoài tử cung**

| Triệu chứng          |       | CGKVTC n(%) | CVTC n(%)  | OR 95% CI          | p      |
|----------------------|-------|-------------|------------|--------------------|--------|
| Chậm kinh            | Có    | 60(85,7)    | 972(79)    | 1,593              | 0,178  |
|                      | Không | 10(14,3)    | 258(21)    | 0,804-3,154        |        |
| Đau bụng             | Có    | 49(70)      | 1100(89,4) | 0,276              | <0,001 |
|                      | Không | 21(30)      | 130(10,6)  | 0,16-0,474         |        |
| Ra máu âm đạo        | Có    | 35(50)      | 910(74)    | 0,352              | <0,001 |
|                      | Không | 35(50)      | 320(26)    | 0,216-0,571        |        |
| Có cả ba triệu chứng | Có    | 21(30)      | 608(49,4)  | 0,438<br>0,26-0,74 | 0,002  |

**Bảng 2: Các triệu chứng thực thể**

| Triệu chứng thực thể |       | CGKVTC     | CVTC        | p                |
|----------------------|-------|------------|-------------|------------------|
| Khám phần phụ nề đau | Có    | 19 (27,1%) | 1051(85,4%) | <0,001           |
|                      | Không | 51 (72,9%) | 179(14,6%)  |                  |
| Khám cùng đồ đau     | Có    | 28(40%)    | 865(70,3%)  | <0,001<br>OR=0,3 |
|                      | Không | 42(60%)    | 365(29,7%)  |                  |

Khám phần phụ có khối nề đau gặp ở 19/70 trường hợp CGKVTC (27,1%). Tỷ lệ này ở nhóm CVTC là 1051/1230 trường hợp chiếm (85,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

Tỷ lệ khám cùng đồ đau gặp ở 28/70 bệnh nhân CGKVTC (40%) thấp hơn nhóm CVTC gặp ở 865/1230 trường hợp (70,3%), với  $OR = 0,3$ . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Thời gian phát hiện bệnh:** Tính từ khi có dấu hiệu đầu tiên như đau bụng hoặc ra máu âm đạo đến khi nhập viện của bệnh nhân chữa góc kể tử cung.

Thời gian phát hiện bệnh trung bình là  $20,86 \pm 7,32$  ngày, thời gian dài nhất là 90 ngày.

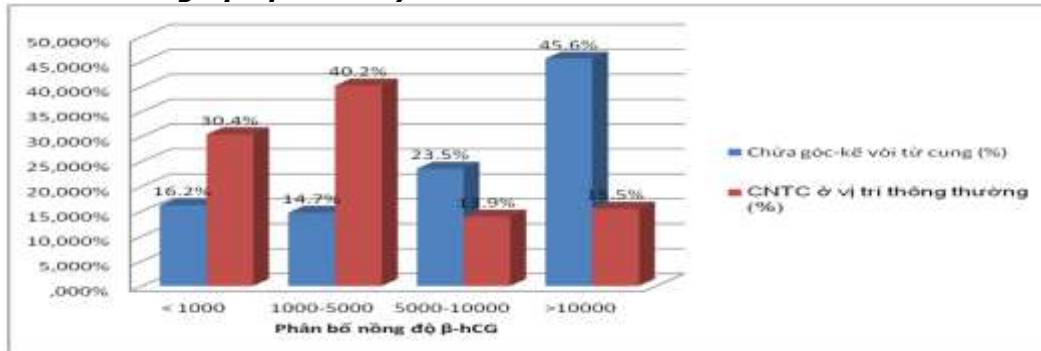
**3.2 Triệu chứng cận lâm sàng**

**Bảng 3 Nồng độ βhCG  $\geq 10000$  mUI/ml.**

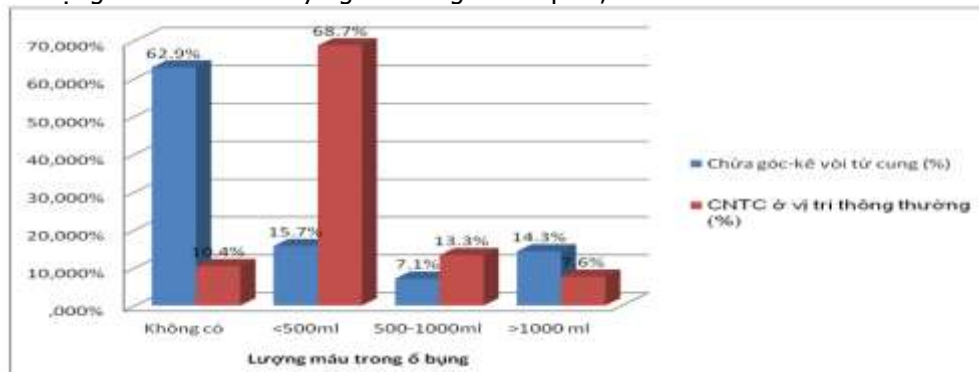
|         | βhCG (mUI/ml)     |                | Tổng số n(%) | OR 95%CI            | p      |
|---------|-------------------|----------------|--------------|---------------------|--------|
|         | $\geq 10000$ n(%) | $< 10000$ n(%) |              |                     |        |
| CGKVTC  | 31(45,6)          | 37(54,4)       | 68(100)      | 4,561<br>2,76-7,537 | <0,001 |
| CVTC    | 185(15,5)         | 1007(84,5)     | 1192(100)    |                     |        |
| Tổng số | 216(17,1)         | 1044(82,9)     | 1260(100)    |                     |        |

**Nhận xét:** Tỷ lệ có nồng độ βhCG  $\geq 10.000$  mUI/ml trong huyết thanh ở nhóm CGKVTC (45,6%) Nhóm CVTC (15,5%) với  $OR = 4,56$ . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tỷ lệ thấy hình ảnh khối âm vang điển hình hình nhân ở nhóm CGKVTC (27,1%) cao hơn CVTC (23,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,241$ .

**Biểu đồ 1: Xét nghiệm  $\beta$ -hCG huyết thanh****Biểu đồ 1: Phân bố nồng độ  $\beta$ hCG**

**Nhận xét:** Nhóm CGKVTC có nồng độ  $\beta$ hCG huyết thanh >5000mUI/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 69,1%. Ngược lại, nhóm CVTC có nồng độ  $\beta$ hCG huyết thanh <5000mUI/ml lại chiếm ưu thế 70,6%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Biểu đồ 2: Lượng máu trong ổ bụng**

**Nhận xét:** Nhóm CGKVTC tỷ lệ không có dịch trong ổ bụng chiếm phần lớn 44/70 trường hợp (62,9%), trong khi đó ở nhóm CVTC phần lớn là có máu trong ổ bụng nhưng ít <500 ml (68,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

CGKVTC không tiến triển thành thể huyết tụ thành nang hay sảy qua loa vòi tử cung. Biến chứng duy nhất là biến chứng vỡ góc tử cung gặp 7,1%. Hình thái lâm sàng hay gặp nhất là chửa vỡ 62,8%.

Ngược lại, nhóm CVTC có thể tiến triển thành biến chứng vỡ, huyết tụ thành nang, sảy qua loa. Trong đó, hình thái hay gặp nhất là rỉ máu 81,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Bàn luận về các đặc điểm lâm sàng

Chửa ngoài tử cung thường được biểu hiện bằng tam chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo: dấu hiệu đau bụng hạ vị chiếm 95%, ra máu âm đạo bất thường 60-80%. Dấu hiệu đau

và phản ứng thành bụng khi khám chỉ rõ ràng khi khối chửa ngoài tử cung đã vỡ chiếm ¾ trường hợp (2). Trong nghiên cứu này, kết quả cho thấy bệnh nhân chửa góc kế tử cung cũng có các biểu hiện tương tự như vậy tuy nhiên số liệu của bảng 1 chỉ ra tỷ lệ xuất hiện các dấu hiệu đau bụng và ra máu âm đạo tương ứng là 70% và 50% ít hơn so với nhóm chửa ở vòi tử cung là 89% và 74%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Có lẽ do vị trí làm tổ tại sừng và góc tử cung giàu mạch máu hơn ở vòi tử cung nên rau thai phát triển được như bình thường trong thời gian đầu dẫn tới các dấu hiệu ra máu âm đạo và đau bụng xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn và muộn hơn. Kết quả của nghiên cứu cũng tương tự như báo cáo của Soriano và cộng sự (2007) trên 27 ca chửa kế dấu hiệu đau bụng chiếm 48%, ra máu âm đạo 29% và 33% không có triệu chứng gì (6). So với các trường hợp chửa ngoài tử cung ở vị trí thông thường, tỷ lệ đau bụng, ra máu âm đạo của chửa ngoài tử cung ở vị trí kế góc thấp hơn rất nhiều (7). Tương tự như vậy, tỷ lệ khám phát hiện ra khối

căng, đau ở 1 bên phần phụ thấp hơn nhiều ở nhóm chữa góc kể 27,1% so với chữa ở vòi tử cung là 85,4%. Dấu hiệu đau khi khám cùng đồ Douglas trong chữa góc kể cũng ít hơn 40% so với chữa ở vòi tử cung là 70,3%. Do vị trí góc và kể vòi tử cung là những nơi túi thai có thể phát triển tương đối tốt trong thời gian đầu so với thể tích nhỏ bé của lòng vòi tử cung vì vậy việc phát hiện được khối căng ở góc tử cung và sừng tử cung là muộn và hiếm gặp hơn.

#### 4.2 Bàn luận chỉ số $\beta$ hCG huyết thanh

Một đặc điểm nổi bật nữa của chữa góc kể vòi tử cung đó là dù các biểu hiện lâm sàng không rõ nét nhưng chỉ số  $\beta$ hCG lại cao khác thường khi so với trường hợp chữa ngoài tử cung vị trí thông thường. Trong chữa ở vòi tử cung, lượng  $\beta$ hCG tăng ở mức thấp khoảng 21% sau 48 giờ hoặc giảm ít (2). Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào đưa ra sự biến đổi của  $\beta$ hCG ở chữa góc kể vòi tử cung. Trong nghiên cứu này các bệnh nhân chữa góc kể đều đến khá muộn, khi hình ảnh siêu âm đã nghĩ nhiều tới chữa ngoài tử cung, hoặc lượng  $\beta$ hCG cao mà không quan sát được hình ảnh túi ối trong tử cung, nên bệnh nhân thường được nội soi chẩn đoán không cần phải chờ kết quả  $\beta$ hCG sau 48 giờ nữa.

Theo biểu đồ 1, chữa góc kể vòi tử cung có nồng độ  $\beta$ hCG huyết thanh trên 5000 UI/l chiếm tỷ lệ cao nhất 69,1%. Trong khi đó với chữa ở vòi tử cung, nồng độ  $\beta$ hCG chủ yếu là dưới 5000 UI/l chiếm 70,6%. Khi  $\beta$ hCG lên đến 10000 UI/l, thì nguy cơ chữa ngoài tử cung ở góc và kể vòi tử cung rất cao với OR = 4,56  $p < 0,001$ . Một nghiên cứu khác của Zuo X, Shen A, Chen M về chữa góc kể vòi tử cung, cũng cho thấy nồng độ  $\beta$ hCG trước mổ cao, chỉ số trung bình là  $14\,696 \pm 11\,705$  mIU/mL. Nghiên cứu Soriano tính được giá trị  $\beta$ hCG trung bình của các trường hợp chữa kể là  $31.199 \pm 6653$  UI/l (6).

Một đặc điểm khác biệt giữa chữa góc kể vòi tử cung và chữa ngoài tử cung đó là chữa góc kể tiến triển từ từ ít gây đau và ra máu âm đạo, khối chữa cũng ít gây rỉ máu vào trong ổ bụng cho đến khi khối chữa làm căng phòng góc hoặc sừng tử cung. Biểu chứng duy nhất của chữa góc kể là vỡ gây lựu máu trong ổ bụng (3) Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ chữa góc kể vỡ tại thời điểm phẫu thuật chỉ chiếm 7,1% chủ yếu là thể chưa vỡ 62,8%. Theo Hamouda E.S (2013), thời điểm khối chữa kể vỡ thường khoảng 7-9 tuần, muộn hơn so với các trường hợp chữa ngoài tử cung ở vòi tử cung, có trường hợp còn

vỡ khi thai 18 tuần. Theo biểu đồ 2, 62,4% trường hợp chữa góc kể không có máu trong ổ bụng, tương đương với 62,8% số trường hợp chữa góc kể là thể chưa vỡ. Ngược lại chữa ở vòi tử cung đa phần là thể rỉ máu vào trong ổ bụng và có 68,7% số ca có  $< 500$  ml trong ổ bụng. Ngược lại, một khi đã khối chữa ở góc kể đã vỡ thì lượng máu chảy rất nhiều, cụ thể trong các trường hợp có  $> 1000$  ml máu trong ổ bụng có 14,3% trường hợp chữa góc kể góp phần và chỉ có 7,5% trường hợp chữa ngoài tử cung vị trí thông thường gây nên. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### V. KẾT LUẬN

Chữa góc và kể vòi tử cung là một vị trí làm tổ tương đối đặc biệt của chữa ngoài tử cung. Vị trí này dẫn tới các biểu hiện lâm sàng thường không rõ rệt, bệnh nhân ít than phiền về tình trạng đau bụng hay ra máu âm đạo sau chậm kinh. Khi lượng  $\beta$ hCG tăng trên 5000 UI/l hoặc trên 10000 UI/l mà không quan sát thấy túi ối trong tử cung, thì nguy cơ chữa góc kể tử cung tăng cao (OR = 4,56  $p < 0,001$ ). Diễn biến chữa góc kể tương đối dài, thời gian phát hiện bệnh khoảng 21 ngày. Tỷ lệ vỡ của chữa góc kể tuy thấp 7,1% nhưng khi vỡ sẽ dẫn tới ngập máu trong ổ bụng, trở thành một cấp cứu tối quan trọng đe dọa tính mạng của bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Reneita R, Steven R. L, David L. O (2006).** Cornual gestation: A systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. *J Minim Invasive Gynecol.* 13(1):74-8.
2. **Togas Tulandi (2011)** Uptodate Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy Last literature review version 19.3: Fri Sep 30 00:00:00 GMT. This topic last updated: Mon Sep 26 00:00:00 GMT 2011.
3. **Williams Obstetrics 23 rd edition.** Ectopic pregnancy. 2010.
4. **Leon Speroff R.H.G., Nathan GK (1999).** Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility 6 edition Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.
5. **Faraj R., Steel M (2007).** Management of corneal (interstitial pregnancy) The Obstetrician & Gynecologist. 9(4); p 249-255.
6. **Soriano D. (2008)** Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fertil Steril.* 90 (3): p 839-43.
7. **Moawad NS (2010).** Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 202(1) p15-29.

# MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 462 - THÁNG 1 - SỐ 1 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N<sup>o</sup>1 - JANUARY - 2018

1. **Nhận xét một số chỉ số nhân trắc vành tai ở một nhóm trẻ em dân tộc Kinh tuổi 6-15** 1  
**Evaluating on some anthropometric indexes of the ear in children age 6-15**  
**Vũ Duy Dũng, Lê Gia Vinh, Nguyễn Roãn Tuất**
2. **Thực trạng điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại Cần Thơ giai đoạn 2011 - 2016** 4  
**Status and percentage of patients who quit opioid treatment with methadone at Can Tho 2011-2016**  
**Lê Thị Hương, Võ Thị Năm**
3. **Ảnh hưởng của crilin T lên sự biểu lộ gen ở khối ung thư phổi người trên chuột nude BALB/c** 8  
**Effect of crilin t on gene expression at human lung cancer in nude BALB/c mice**  
**Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Ngọc Trâm, Phan Thị Phi Phi, Nguyễn Văn Đô**
4. **Kết quả thai nghén của những trường hợp thiếu ối ở tuổi thai từ 22 đến 37 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương** 12  
**Study pregnancy outcome of oligohydramnios diagnosed at 22 – 37 weeks gestation in National Hospital of obstetrics and gynecology**  
**Hoàng Phương Thảo, Trần Danh Cường**
5. **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến bệnh quanh răng trên người điều trị thay thế nghiện ma túy bằng methadone tại Thái Nguyên** 15  
**Research on some factors related to periodontal diseases in drug addicts treated alteratively with methadone in Thai Nguyen**  
**Trịnh Đức Mậu, Trịnh Đình Hải, Nguyễn Quý Thái, Hạc Văn Vinh**
6. **Kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương gò má tại khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên** 19  
**Clinical study of the results of the treatment of zygomaticomaxillary fracture at Thai Nguyen Central Hospital**  
**Hoàng Tiến Công, Nguyễn Trí Khang**
7. **Xây dựng quy trình chẩn đoán răng ngầm có ứng dụng phần mềm công nghệ 3D** 22  
**Building application process of 3D software in diagnosis and treatment of impact teeth in orthodontics**  
**Trần Cao Bính, Võ Thị Thúy Hồng**
8. **Đặc điểm khẩu phần trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại 2 xã huyện Vũ Thư Tỉnh Thái Bình** 27  
**Characteristics of children's diet from 36 to under 60 months in 2 communes of Vu Thu District, Thai Binh Province**  
**Nguyễn Thị Minh Chính, Ninh Thị Nhung, Phạm Văn Thúy**
9. **Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người trưởng thành tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa Khoa Huyện Thanh Chương, Nghệ An** 31  
**Some factors related to disorders of blood lipid in adults at Medical Examination in Thanh Chuong Hospital, Nghe An Province**  
**Hoàng Năng Trọng, Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Dung, Nguyễn Thịnh Khuyên**
10. **Mô tả một số lý do bệnh nhân bỏ điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2010 – 2016** 35  
**Causes of quitted treatment patients to opioid addict who treated by methadone at Can Tho, 2010 - 2016**  
**Lê Thị Hương, Võ Thị Năm**
11. **Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính xuất huyết não do tai biến tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hải Dương** 38  
**Imaging characteristics of hemorrhagic stroke on computed tomography (CT) at Hai Duong Provincial General Hospital**  
**Trần Văn Việt, Lê Văn Thêm, Nguyễn Tuấn Anh**



12. **Đánh giá quy trình bảo quản lạnh sâu mảnh xương sọ người tại Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên** 41  
**Evaluation of the deep temperature cryopreservation of human skull in Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy**  
**Bùi Thanh Thủy, Trần Chiến**
13. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm quanh răng mạn tính tại viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội** 44  
**Clinical and para-clinical features of chronic periodontitis at school of odonto-stomatology Ha Noi Medical University**  
**Lê Long Nghĩa, Đặng Triệu Hùng**
14. **Đánh giá kết quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông** 47  
**The effects of McKenzie's stretch exercise combined physio-therapy on the patients with sciatica**  
**Vũ Thị Tâm, Nguyễn Phương Sinh**
15. **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đặc điểm tinh dịch đồ tại trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương** 51  
**Semenal analysis and related factors at center for assisted reproductive Technology, National Hospital of Obstetrics and Gynecology**  
**Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Quảng Bắc**
16. **Đánh giá tác dụng cải thiện chức năng vận động của điện châm kết hợp siêu âm điều trị trong thoái hóa khớp gối** 54  
**Evaluating the effectiveness improvement of motor function of electro-acupuncture combined with ultrasound therapy in osteoarthritis of the knee**  
**Trần Phương Đông, Trần Lê Minh**
17. **Khảo sát nồng độ interleukin 8 trong dịch cổ tử cung của thai phụ dọa đẻ non và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương** 58  
**Investigate the concentration of interleukin-8 in the cervical mucus of pregnant women with threatened preterm labor and some related factors in the National Hospital of Obstetrics and Gynaecology**  
**Đỗ Tuấn Đạt, Lê Hoàng, Nguyễn Việt Trung, Nguyễn Duy Bắc**
18. **Mối tương quan của chỉ số mạch đập trên siêu âm Doppler xuyên sọ và áp lực nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng** 63  
**Correlation between pulsatility index on transcranial Doppler ultrasound and intracranial pressure in severe brain injury**  
**Lưu Quang Thuỳ, Nguyễn Quốc Kính**
19. **Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân ngoại trú nhiễm HIV/AIDS được quản lý tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2017** 66  
**Knowledge, practice and complications of treatment of outpatients HIV/AIDS at the Bach Mai Hospital in 2017**  
**Vũ Bích Hạnh, Lê Thị Bình**
20. **Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nhập viện ở người cao tuổi đột quỵ thiếu máu não cục bộ** 72  
**To study of some risks for first three day in the hospital of acute ischemic stroke of elderly person**  
**Nguyễn Huy Ngọc**
21. **Nhu cầu đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng và an toàn thực phẩm cho cán bộ tại các Bệnh viện tuyến huyện Tỉnh Thái Bình** 77  
**Training needs, training on nutrition and food safety for employees in district hospitals Thai Binh Province**  
**Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Dung, Phan Anh Tiến**
22. **Đánh giá sự thay đổi nồng độ cea ở bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng trước và sau điều trị** 82  
**Evaluation of changes in cea levels in patients with colorectal cancer before and after treatment**  
**Nguyễn Thị Ngọc Hà, Ngô Thị Tính**

23. **Kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống ngực- thắt lưng bằng bắt nẹp vít qua công tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên** 85  
**Results of surgical treatment for trauma vertebral thoracic-lumbar by pedicle screw placement at Thai Nguyen Central Hospital**  
**Trần Chiến, Ma Nguyễn Trịnh**
24. **Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tai biến mạch máu não sau điều trị và một số yếu tố liên quan tại khoa phục hồi chức năng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2017** 90  
**The quality of life of the patients with stroke after treatment and some related factors at rehabilitation department of Thai Nguyen National Hospital in 2017**  
**Nguyễn Phương Sinh, Vũ Thị Tâm**
25. **Thực trạng sức khỏe quanh răng của người đến khám răng miệng định kỳ tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016** 94  
**Periodontal health status of people who had periodic oral examination at Ha Noi Medical University Hospital 2016**  
**Lê Long Nghĩa, Đặng Triệu Hùng**
26. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng các hình thái tổn thương tuyến bartholin tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương** 97  
**Evaluating lesions of bartholin gland at National Hospital of Obstetrics and Gyneacology**  
**Nguyễn Quảng Bắc**
27. **Đánh giá tác dụng giảm đau, cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm** 100  
**Evaluating the effectiveness relieving pain and improving extension of lumbar vertebraeof ultrasound therapy combined with long needle electro-acupuncture and acupressure in patients with lumbar pain due to herniated disc**  
**Trần Phương Đông, Nguyễn Tiến Dũng**
28. **Đánh giá thoái hóa khớp gối dựa trên chụp X-quang và siêu âm tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ Thuật Y Tế Hải Dương** 103  
**Evaluation of knee osteoarthritis based on X-ray and ultrasound at Hai Duong Medical Technical University Hospital**  
**Lê Văn Thêm, Nguyễn Tuấn Anh, Trần Văn Việt**
29. **Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại Thành phố Vinh Tỉnh Nghệ An** 107  
**To evaluate effects of some solutions in order prventive intevention of osteoporosis in 40 years and older in Vinh City Nghe An Province**  
**Cao Trường Sinh**
30. **Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại một số xã Huyện Vũ Thư Tỉnh Thái Bình** 111  
**Nutritional status in children from 36 to 60 months in some communes of Vu Thu District Thai Binh Province**  
**Phạm Vân Thúy, Nguyễn Thị Minh Chính, Ninh Thị Nhung, Lê Danh Tuyên**
31. **Mức độ rối loạn cơ xương khớp trên công nhân thu gom rác thải công ty môi trường đô thị Hà Nội năm 2017** 114  
**Assess disorderly musculoskeletal level of workers of collection waste garbage Hanoi urban environment company in 2017**  
**Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thúy Quỳnh, Nguyễn Thanh Xuân**
32. **Khảo sát thực trạng cấp cứu ban đầu các bệnh nhân gãy xương ở cơ quan vận động trong 5 năm tại Bệnh viện Quân Y 103** 118  
**The status of initial emergency patients of bone fracture of motor organsin 5 years at the Military Hospital 103**  
**Nguyễn Hữu Chiến, Phạm Đăng Ninh, Nguyễn Tiến Bình**
33. **Nghiên cứu độc tính của thuốc điều trị ALL trẻ em tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương** 122  
**Study the toxicity of medication for treatment of pediatric ALL at National Institute of Hematology and Blood transfusion in 2015-2016**  
**Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Triệu Vân**

34. Nghiên cứu nhiễm virus BK nước tiểu và mối liên quan với chức năng thận ghép 126  
Study of BK viruria and relation with renal allograft function  
**Phạm Quốc Toàn, Hoàng Xuân Sứ**
35. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các hình thái tổn thương tuyến 130  
bartholin tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương  
Study on clinical and subclinical characteristics of bartholin gland lesions at National  
Hospital of Obstetrics and Gynaecology  
**Nguyễn Quảng Bắc**
36. Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư 132  
biểu mô tuyến nội mạc tử cung  
Histopathological characteristics and expression of some immunohistochemical  
markers in endometrial carcinomas  
**Nguyễn Khánh Dương, Lê Đình Roanh**
37. Đánh giá tác dụng chống viêm và phục hồi chức năng vận động khớp của "Hoàn chỉ 136  
thống" trong điều trị thoái hóa khớp gối  
A research on evaluating the effects of anti-inflammatory and knee joint  
rehabilitation of "Hoan chi thong" on treatment for knee joint degeneration  
**Nguyễn Vinh Quốc**
38. Tìm hiểu tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung ở thai phụ mắc hội chứng 141  
kháng phospholipid  
A study on the intrauterine growth restriction in pregnant women suffering from anti  
phospholipid syndrome  
**Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Đức Lam**
39. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát 144  
The study of clinical and para-clinical characteristics in the spontaneous  
pneumothorax patients  
**Phùng Văn Nam, Vũ Quang Diễn**
40. Phân tích hiệu quả kinh tế của dự án pha chế thuốc ung thư theo liều cá thể tại 147  
Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013 -2015  
Analyze the economic effectiveness of dividing dose for cancer drugs project in Cho  
Ray Hospital in 2013 – 2015  
**Nguyễn Văn Tùng, Nguyễn Quốc Bình,  
Nguyễn Trường Sơn, Lê Văn Anh, Nguyễn Thị Thu Thủy**
41. Thoát vị nội qua khuyết dây chằng liềm: Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp tại Bệnh viện 152  
Việt Đức  
Internal hernia through defect falciform ligament: Report a rare case in Viet Duc Hospital  
**Nguyễn Thị Mến, Lê Viết Dũng, Trần Hà Phương**
42. Nhận xét điều trị các tổn thương tuyến bartholin tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương 155  
Evaluating treatment of bartholin gland lesions at National Hospital of Obstetrics and  
Gynaecology  
**Nguyễn Duy Hiên, Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Quảng Bắc**
43. Nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với một số yếu tố nguy cơ 158  
tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có tổn thương thận  
Research of relationship between stage of renal injury and cardiovascular risk factors  
in type 2 diabetic nephropathy patients  
**Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Quốc Toàn**
44. Hình ảnh khám nội soi của viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm được phẫu thuật nội soi 161  
tiết căn xương chũm đường xuyên ống tai  
The endoscopic examination of dangerous chronic otitis media have been done  
endoscopic transcanal radical mastoidectomy  
**Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Tấn Phong,  
Đoàn Thị Hồng Hoa, Lê Công Định**
45. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tụy cấp tăng triglyceride máu tại Bệnh viện 164  
Đa khoa Phú Thọ  
Clinical characteristics of hypertriglyceridemia-associated pancreatitis at Phu Tho Hospital  
**Nguyễn Huy Ngọc**
46. Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chửa góc và kẻ vòi tử cung 170  
Clinical and sub-clinical characteristics of cornual pregnancy  
**Lê Thị Anh Đào, Ngô Đức Anh**