



# Y HỌC

VIỆT NAM

*Năm thứ sáu mươi ba*

**VIETNAM MEDICAL JOURNAL**



**THÁNG 6 - SỐ 1**  
**2017**

**TẬP 455**

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

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

**TỔNG BIÊN TẬP**

Nguyễn Thị Xuyên

**PHÓ TỔNG BIÊN TẬP**

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

**HỘI ĐỒNG CỐ VẤN**

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

**ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP**

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

**BAN THƯ KÝ**

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

Huỳnh Anh Lan  
Nguyễn Quốc Trường

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

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

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN

Nguyễn Thị Minh Phương\*\*\*, Mai Trọng Khoa\*,  
Đoàn Văn Đệ\*\*, Trần Quốc Hùng\*\*\* và Cs

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học bệnh u tuyến yên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 73 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi chẩn đoán xác định u tuyến yên khám và điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2008 đến tháng 4/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 30,1/69,9. Tuổi trung bình  $42,4 \pm 13,3$  tuổi. Các triệu chứng lâm sàng đầu đầu, rối loạn thị giác, giảm trí nhớ, rối loạn kinh nguyệt, tiết sữa tỷ lệ gặp lần lượt là: 65,8%; 43,8%; 28,8%; 24,3% và 20,5%. Kích thước khối u trung bình  $18,04 \pm 10,89$ mm, gặp 74,0% u macroadenom. U chèn ép giao thoa thị giác chiếm 37,0%, tổn thương hố yên 21,9%. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng, và hình ảnh học của bệnh u tuyến yên có vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán và đánh giá tính chất, mức độ lan rộng của khối u giúp đưa ra phương hướng điều trị thích hợp đối với bệnh nhân u tuyến yên.

**Từ khóa:** U tuyến yên, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGES OF PITUITARY TUMORS

**Purpose:** This study describes the clinical characteristics and images of pituitary tumors. **Study population and methodology:** The study enrolled 73 patients aged  $\geq 18$  years, diagnosed with pituitary tumors and treated at the Center for Nuclear Medicine and Oncology at Bach Mai Hospital from April 2008 to April 2016. **Results:** Male/female ratio = 30.1/69.9. Mean age was  $42.4 \pm 13.3$  years. The percentage of patients reported with clinical symptoms of headache, visual disturbance, mental retardation, menstrual disorders, lactation are 65.8%; 43.8%; 28.8%; 24.3% and 20.5% respectively. Average tumor size was  $18.04 \pm 10.89$  mm, with 74.0% of macroadenom tumors. Tumors that affect visual interference account for 37.0%, and 21.9% of tumors cause pituitary damage. **Conclusions:** The clinical and images features of pituitary tumors play an important role in the direction of the diagnosis and assessment of the nature and the magnitude of the tumor spread, providing an appropriate treatment approach for patients with pituitary tumors.

**Key words:** Pituitary tumor, clinical characteristics, images.

\*Bệnh viện Bạch Mai

\*\*Bệnh viện 103

\*\*\*Bệnh viện 19.8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Phương

Email: drminhphuong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/3/2017

Ngày phản biện khoa học: 27/4/2017

Ngày duyệt bài: 5/5/2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên là u phát triển từ tế bào thùy trước tuyến yên, chiếm khoảng 10-15% các khối u trong sọ não, đứng thứ ba sau u thần kinh đệm và u màng não [5]. Hơn 99% là u lành tính và u thường phát triển rất chậm. U tuyến yên chủ yếu gặp ở người trưởng thành, rất hiếm thấy trước tuổi dậy thì, tỷ lệ bị bệnh ở nam và nữ là 1/2[4]. U tuyến yên là bệnh lý có triệu chứng lâm sàng khá phong phú, thường được chia ra làm hai loại là các khối u có hoạt tính nội tiết và u không có hoạt tính nội tiết, loại u có hoạt tính nội tiết thường có biểu hiện lâm sàng sớm hơn như rối loạn kinh nguyệt, vô kinh, vô sinh, tăng tiết sữa hay to vú cục... Loại u không có hoạt tính nội tiết thường có biểu hiện lâm sàng muộn khi đã có chèn ép vào thần kinh thị giác gây giảm thị lực. Chẩn đoán u tuyến yên chủ yếu dựa vào lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cộng hưởng từ (CHT) sọ não hoặc CTcanner (CT) sọ não[1],[5]. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học tuyến yên. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học u tuyến yên tại trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai.*

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

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 73 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa trên MRI sọ não được khám và điều trị tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2008 đến tháng 4/2016.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân mắc các bệnh nội tiết khác như bệnh Basedow, u tuyến thượng thận...  
+ Bệnh nhân dùng corticoid kéo dài, phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú.  
+ Bệnh nhân < 18 tuổi

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

#### 2.3. Các bước tiến hành.

**2.3.1. Đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng:**  
- Ghi lại các thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu bệnh án  
- Lâm sàng: triệu chứng cơ năng, thực thể  
- Cận lâm sàng: kích thước và tính chất của

khối u trên CHT sọ não

+ U macroadenom: kích thước u  $\geq$  10mm

+ U microadenom: Kích thước u < 10mm

**\*Đặc điểm lâm sàng:**

- Tuổi, giới, tiền sử điều trị, các triệu chứng, thực thể

**\*Đặc điểm cộng hưởng từ**

- Đánh giá kích thước, tính chất và mức độ xâm lấn u trên cộng hưởng từ.

- Chụp sọ não bằng máy chụp cộng hưởng từ 1,5 Tesla tại khoa chẩn đoán hình ảnh BV Bạch Mai.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu:** Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

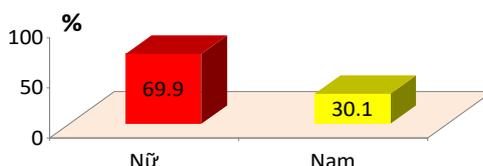
#### 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi:

**Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi        | 18-30 | 31-45 | 46-60 | > 60 | Tổng |
|------------------|-------|-------|-------|------|------|
| Số bệnh nhân (n) | 13    | 30    | 21    | 9    | 73   |
| Tỷ lệ %          | 17,8  | 41,1  | 28,8  | 12,3 | 100  |

**Nhận xét:** Bệnh nhân gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi, tuổi trung bình  $42,4 \pm 13,3$ , thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 78 tuổi.

#### 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



**Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam ít hơn nữ, nam chiếm 30,1%, nữ 69,9%.

#### 3.3. Phân loại u tuyến yên

**Bảng 2: Phân loại u tuyến yên**

| Thể bệnh (n=73)     | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ %    |
|---------------------|------------------|------------|
| U có HT nội tiết    | 32               | 43,8       |
| U không HT nội tiết | 41               | 56,2       |
| <b>Tổng</b>         | <b>73</b>        | <b>100</b> |

**Nhận xét:** U không hoạt có hoạt tính nội tiết tỷ lệ nhiều hơn chiếm 56,2% so với u có hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

#### 3.4. Lý do vào viện

**Bảng 3.3. Lý do vào viện**

| Lâm sàng             | Số bệnh nhân (n=73) | Tỷ lệ %    |
|----------------------|---------------------|------------|
| Đau đầu              | 41                  | 56,2       |
| Tiết sữa             | 5                   | 6,8        |
| Giảm sinh dục        | 1                   | 1,4        |
| Rối loạn thị giác    | 16                  | 21,9       |
| To đầu chi           | 3                   | 4,1        |
| Rối loạn kinh nguyệt | 6                   | 8,2        |
| Đái nhiều            | 1                   | 1,4        |
| <b>Tổng</b>          | <b>73</b>           | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Bệnh nhân vào viện lý do đau đầu là chủ yếu chiếm 56,2%, rối loạn thị giác chiếm 21,9%, rối loạn kinh nguyệt và tiết sữa chiếm 8,2% và 6,8%, to đầu chi có tỷ lệ thấp 4,1%.

#### 3.5. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

**Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng**

| Triệu chứng (n=73) | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ % |
|--------------------|------------------|---------|
| Đau đầu            | 48               | 65,8    |
| Rối loạn thị giác  | 32               | 43,8    |
| Tiết sữa           | 15               | 20,5    |
| Giảm sinh dục      | 6                | 8,2     |

|                      |    |      |
|----------------------|----|------|
| Rối loạn kinh nguyệt | 18 | 24,3 |
| Giảm trí nhớ         | 21 | 28,8 |
| To đầu chi           | 8  | 11,1 |
| Đau khớp             | 5  | 6,8  |
| Nôn                  | 4  | 5,5  |

**Nhận xét:** Triệu chứng gặp nhiều nhất là đau đầu chiếm 65,8% sau đến rối loạn thị giác 43,8%, gặp ít là to đầu chi và nôn tỷ lệ tương ứng 11,2% và 5,5%.

### 3.6. Đặc điểm cộng hưởng từ

#### 3.6.1. Đặc điểm kích thước u

**Bảng 3.5. Đặc điểm kích thước u**

| Đặc điểm               | Kích thước (n = 73) |
|------------------------|---------------------|
| Trung bình (X ± SD mm) | 18,04 ± 10,89       |
| Trung vị (mm)          | 16,50               |
| Nhỏ nhất (mm)          | 2,00                |
| Lớn nhất (mm)          | 48,00               |

**Nhận xét:** Kích thước u trung bình: 18,04mm ± 10,89mm, kích thước trung vị 16,50mm, kích thước lớn nhất 48,00mm, nhỏ nhất 2,00mm.

**Bảng 3.6. Đặc điểm nhóm kích thước u**

| Đặc điểm    | Nhóm bệnh (n=73) |            | p     |
|-------------|------------------|------------|-------|
|             | n                | %          |       |
| Microadenom | 19               | 26,0       | <0,05 |
| Macroadenom | 54               | 74,0       |       |
| <b>Tổng</b> | <b>73</b>        | <b>100</b> |       |

**Nhận xét:** Gặp 74,0% bệnh nhân có u macroadenom, 26,0% microadenom, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

#### 3.6.2 Vị trí xâm lấn khối u

**Bảng 3.18. Hình ảnh xâm lấn trên CHT**

| Tính chất             | Số bệnh nhân (n=73) | Tỷ lệ % |
|-----------------------|---------------------|---------|
| Chèn ép giao thoa thị | 27                  | 37,0    |
| Tổn thương hố yên     | 16                  | 21,9    |
| Xâm lấn xoang hang    | 6                   | 8,2     |
| Phù não quanh u       | 3                   | 4,1     |
| Giãn não thất         | 1                   | 1,4     |

**Nhận xét:** Chèn ép giao thoa thị giác chiếm tỉ lệ cao 37,0%, tổn thương hố yên 21,9%, xâm lấn xoang hang gặp 8,2%, phù não gặp 3 bệnh nhân trong đó 2 bn KT u 30-50mm và 1 bệnh nhân sau phẫu thuật lấy u. Giãn não thất gặp 1 trường hợp sau phẫu thuật lấy u.

## IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân u tuyến yên ≥ 18 tuổi được điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy tuổi thấp nhất là 18, cao nhất 78, trung bình 42,4±13,3 tuổi và gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi, tỉ lệ nam/nữ: 30,1/69,9. Theo Heng Wan (2007)[2] tuổi trung bình là 43,7 tuổi và gặp ở nữ cũng cao hơn nam. Trong đó có 43,8% bệnh nhân u có hoạt tính nội tiết và 56,2% u không có hoạt tính nội tiết. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ u không có hoạt tính nội tiết thấp hơn so với Zbigniew Petrovich (2003) [3] nghiên cứu trên 78 bệnh nhân u tuyến yên có 72% u không có hoạt tính nội tiết và 28% u có hoạt tính nội tiết, có lẽ do tác giả nghiên cứu trên các bệnh nhân u tuyến yên đã thất bại với phẫu

thuật nên đa phần bệnh nhân được phát hiện do chèn ép và có tăng áp lực nội sọ hơn là những rối loạn hormon. Theo bảng 3.3 lý do bệnh nhân đến khám nhiều nhất là đau đầu (56,2%), sau đến rối loạn thị giác (21,9%). Các triệu chứng lâm sàng trong bảng 3.4 gặp đau đầu, rối loạn thị giác, rối loạn kinh nguyệt, giảm trí nhớ, tiết sữa tỷ lệ lần lượt là: 65,9%, 43,8%, 24,3%, 28,8% và 20,5%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Guadalupe Vargas (2015) [4] nghiên cứu trên 485 bệnh nhân u tuyến yên nhận thấy triệu chứng đau đầu 60%. Nguyễn Thanh Xuân (2007)[1] giảm thị lực gặp 69,4%, vô kinh và tiết sữa ở bệnh nhân tăng tiết prolactin chiếm tỷ lệ tương đối cao tương ứng là 51% và 44,9% do tác giả nghiên cứu trên bệnh nhân tăng tiết prolactin. Đánh giá trên phim

công hưởng từ sọ não kích thước trung bình u tuyến yên là 18,04mm±10,89m, lớn nhất 48mm, nhỏ nhất 2mm, trong đó 74,0% macroadenoma và 26,0% microadenoma. U chèn ép giao thoa thị giác chiếm tỉ lệ cao 37,0%. Điều này chứng tỏ các khối u tuyến yên phần lớn được phát hiện muộn khi kích thước u to. Tương tự với Nguyễn Thanh Xuân (2007) [1] trên 86 bệnh nhân có 89,5% là macroadenoma.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân u tuyến yên

- Tuổi trung bình 42,4±13,3 tuổi, gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi.
- Tỷ lệ nam/nữ =30,1/ 69,9.
- Triệu chứng: đau đầu, rối loạn thị giác gặp nhiều tỷ lệ tương ứng 65,9% và 43,8%.
- U macroadenoma (74,0%), microadenoma (26,0%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05

- U chèn ép giao thoa thị giác chiếm 37%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Xuân (2007). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u tuyến yên qua xoang bướm tại bệnh viện Việt Đức". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú.
2. Heng Wan(2007): "Gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases". 2007 Jun;106(6):980-7.
3. Zbigniew Petrovich (2003), "Gamma Knife Radiosurgery For Pituitary Adenoma: Early Results", *Neurosurgery*, 53: 51-61.
4. Guadalupe Vargas (2015). "Clinical Characteristics and Treatment Outcome of 485 Patients with unfunctioning Pituitary Macroadenomas", *International Journal of Endocrinology*, Volume 2015, Article ID 756069
5. Chirag G. Patil (2009). "Non-surgical management of hormone-secreting pituitary tumors", *Journal of Clinical Neuroscience*, 16 (2009) 985-993

## THỰC TRẠNG BỆNH RĂNG MIỆNG Ở TRẺ MẮC BỆNH HEMOPHILIA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Văn Cẩn\*, Trịnh Đình Hải\*\*

*Từ khóa:* Sâu răng, viêm lợi, Hemophilia

### SUMMARY

#### REAL SITUATION OF DENTAL DISEASE IN HEMOPHILIA PATIENTS IN THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Children with hemophilia often have poor oral hygiene or fear of brushing their teeth because of bleeding when brushing, which is the leading cause of increasing dental disease in this group of patients. **Objective:** The objective of the study is to describe the current state of tooth decay and gingivitis in children with hemophilia at the National Hospital of Paediatrics. **Subjects and methods of study:** Study used the method of the cross-section in 85 hemophilia patients and their parents in clinical hematology department of National Hospital of Paediatrics. The patients were examined and interviewed by questionnaire for research to determine the incidence. **Results:** The overall rate of tooth decay in the whole study group was 77.6% and 93.1% in the mixed dentition. The dmft index in deciduous dentition was 4.28, otherwise, the index DMFT in permanent dentition is 3.65. The rate of gingivitis in the study group was 56.5% with the highest rate in the mixed group (79.3%). Gingivitis index of the poor and medium level accounted for 41.1%. **Conclusion:** The rate of tooth decay and gingivitis of hemophilia patients in the whole study group was high and increase of ate.

**Keywords:** Tooth decay, gingivitis, Hemophilia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

### TÓM TẮT

Bệnh nhân mắc bệnh Hemophilia thường vệ sinh răng miệng kém hoặc sợ đánh răng vì chảy máu khi đánh răng, đó là nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng các bệnh lý răng miệng ở nhóm bệnh nhân này. **Mục tiêu:** Mục tiêu của nghiên cứu làm rõ thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở trẻ mắc bệnh Hemophilia tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 85 Bệnh nhân mắc bệnh Hemophilia tại khoa huyết học lâm sàng Bệnh viện Nhi Trung ương, các đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi nghiên cứu để xác định tỷ lệ mắc bệnh. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sâu răng chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là 77,6% trong đó sâu răng ở nhóm răng hỗn hợp là 93,1%, chỉ số sâu mất trám dmft ở răng sữa là 4,28 DMFT ở răng vĩnh viễn là 3,65. Tỷ lệ viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu là 56,5% trong đó tỷ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm răng hỗn hợp (79,3%) Chỉ số lợi GI mức độ kém và mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 41,1%. **Kết luận:** Tỷ lệ sâu răng, viêm lợi ở trẻ mắc bệnh Hemophilia còn ở mức cao. Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi.

\*Bệnh viện Nhi TƯ

\*\*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Cẩn

Email:dovancan@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 29/3/2017

Ngày phản biện khoa học: 28/4/2017

Ngày duyệt bài: 9/5/2017

Sâu răng là một bệnh rất phổ biến ở trẻ em, theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) có đến 60-90% trẻ ở độ tuổi 6-8 tuổi bị sâu răng. Ở Việt Nam trẻ em từ 6-8 tuổi có tỷ lệ sâu răng sữa là 84,9%. Đặc biệt đối với trẻ em mắc bệnh Hemophilia, là một bệnh rối loạn đông máu di truyền thường gặp, ở nhóm bệnh nhân Hemophilia, các chấn thương nhỏ do đánh răng, do tổn thương của thức ăn cứng, viêm lợi và nhiễm trùng cũng có thể gây ra chảy máu kéo dài ở các mô lợi. Bệnh nhân có rối loạn đông máu thường vệ sinh răng miệng kém hoặc sợ đánh răng vì chảy máu khi đánh răng, đó là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm tăng tỷ lệ sâu răng, viêm lợi và nha chu.[1][2][3]

Điều trị các bệnh lý về răng miệng đối với nhóm bệnh nhân Hemophilia là rất khó khăn và cần có sự phối hợp chặt chẽ của chuyên khoa Răng hàm mặt và chuyên khoa Huyết học. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục

tiêu: *Mô tả thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở trẻ mắc bệnh Hemophilia tại Bệnh viện Nhi TW.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Với tổng số 85 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Huyết học lâm sàng – Bệnh viện Nhi Trung Ương được chẩn đoán xác định mắc Hemophilia.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc Hemophilia từ 2 tuổi trở lên.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân mắc phối hợp với các bệnh toàn thân khác.

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

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Phỏng vấn bố mẹ bệnh nhân theo theo bộ câu hỏi nghiên cứu
- Khám lâm sàng, kết quả được ghi vào phiếu khám răng miệng

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 85 bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là  $5,88 \pm 3,91$ , trong đó tỷ lệ bệnh Hemophilia A chiếm 87,1%, tỷ lệ bệnh Hemophilia B chiếm 12,9%.

**Bảng 1: Tỷ lệ sâu răng theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu**

| n = 85              | Không Sâu răng |              | Sâu răng  |              | Tổng        | Chi-Square |
|---------------------|----------------|--------------|-----------|--------------|-------------|------------|
|                     | SL             | %            | SL        | %            |             |            |
| Nhóm răng sữa       | 16             | 33,3%        | 32        | 66,7%        | 48          | p= 0,001   |
| Nhóm răng hỗn hợp   | 2              | 6,9%         | 27        | 93,1%        | 29          |            |
| Nhóm răng vĩnh viễn | 1              | 12,5%        | 7         | 87,5%        | 8           |            |
| <b>Tổng</b>         | <b>19</b>      | <b>22,4%</b> | <b>66</b> | <b>77,6%</b> | <b>100%</b> |            |

Tỷ lệ sâu răng chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là 77,6%. Tỷ lệ sâu răng của nhóm răng hỗn hợp cao nhất chiếm tỷ lệ 93,1%. Tỷ lệ sâu răng của nhóm răng vĩnh viễn là 87,5%. Tỷ lệ sâu răng của nhóm răng sữa là 66,7%.

**Bảng 2: Chỉ số sâu mất trám răng sữa (DMFT) theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi              | DMFT | DMFT        |             |             |             |
|------------------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                        |      | dt          | mt          | ft          | dmft        |
| Nhóm răng sữa n=48     |      | 2,62        | 0,10        | 0,25        | 2,97        |
| Nhóm răng hỗn hợp n=29 |      | 4,93        | 1,38        | 0,14        | 6,45        |
| <b>Tổng n=77</b>       |      | <b>3,49</b> | <b>0,58</b> | <b>0,21</b> | <b>4,28</b> |

Trong số 77 trẻ ở nhóm răng sữa và nhóm răng hỗn hợp, chỉ số dmft là 4,28, chỉ số dmft của nhóm răng hỗn hợp (6,45) cao hơn rất nhiều so với nhóm răng sữa (2,47) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3: Chỉ số sâu mất trám răng vĩnh viễn (DMFT) theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi               | DMFT         |              |              |              |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                         | DT           | MT           | FT           | DMFT         |
| Nhóm răng hỗn hợp n=29  | 2,66         | 0,17         | 0,21         | 3,04         |
| Nhóm răng vĩnh viễn n=8 | 3,75         | 0,62         | 1,50         | 5,87         |
| Tổng n= 37              | 2,89         | 0,27         | 0,49         | 3,65         |
| <b>p</b>                | <b>0,128</b> | <b>0,041</b> | <b>0,005</b> | <b>0,002</b> |

Trong tổng số 37 bệnh nhân có răng vĩnh viễn thì chỉ số DMFT trung bình là 3,65, trung bình mỗi bệnh nhân có gần 3 răng vĩnh viễn bị sâu (DT=2,89). Tỷ lệ răng vĩnh viễn sâu không được điều trị là 86,6%, FT trung bình là 0,49[6].

Chỉ số DMFT tăng dần theo tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4: Tỷ lệ viêm lợi theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu**

| Nhóm tuổi               | Không viêm lợi |              | Viêm lợi  |              | Số trung bình vùng lục phân có viêm lợi |
|-------------------------|----------------|--------------|-----------|--------------|---|
|                         | Số lượng       | %            | Số lượng  | %            |   |
| Nhóm răng sữa n = 48    | 29             | 60,4         | 19        | 39,6         | 1,38                                    |
| Nhóm răng hỗn hợp n= 29 | 6              | 20,7         | 23        | 79,3         | 3,69                                    |
| Nhóm răng vĩnh viễn n=8 | 2              | 25,0         | 6         | 75,0         | 2,88                                    |
| <b>Tổng n= 85</b>       | <b>37</b>      | <b>43,5%</b> | <b>48</b> | <b>56,5%</b> | <b>2,31</b>                             |

Tỷ lệ viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu là 56,5%, số trung bình vùng lục phân có viêm lợi là 2,31. Trong đó tỷ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm răng hỗn hợp (79,3%)

**Bảng 5: Phân bố các mức độ chỉ số lợi theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi               | Mức độ | Rất tốt   |              | Tốt       |              | Trung bình |              | Kém       |              |
|-------------------------|--------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
|                         |        | SL        | %            | SL        | %            | SL         | %            | SL        | %            |
| Nhóm răng sữa n = 48    |        | 29        | 60,4         | 9         | 18,7         | 8          | 16,7         | 2         | 4,2          |
| Nhóm răng hỗn hợp n=29  |        | 6         | 20,7         | 4         | 13,8         | 12         | 41,3         | 7         | 24,1         |
| Nhóm răng vĩnh viễn n=8 |        | 2         | 25,0         | 0         | 0,0          | 4          | 50,0         | 2         | 25,0         |
| <b>Tổng n= 85</b>       |        | <b>37</b> | <b>43,5%</b> | <b>13</b> | <b>15,3%</b> | <b>24</b>  | <b>28,3%</b> | <b>11</b> | <b>12,9%</b> |

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân mắc bệnh Hemophilia điều trị tại Khoa Huyết học lâm sàng – Bệnh viện Nhi Trung ương độ tuổi từ 2 đến 17 tuổi, chúng tôi có một số nhận xét như sau:

Chúng tôi chia các đối tượng nghiên cứu thành 3 nhóm theo độ tuổi mọc răng: có 48 bệnh nhân thuộc nhóm răng sữa chiếm 56,5%, 29 bệnh nhân thuộc nhóm răng hỗn hợp chiếm 34,1%, 8 bệnh nhân thuộc nhóm răng vĩnh viễn chiếm 9,4%. Tỷ lệ nhóm răng sữa chiếm đa số, điều này phù hợp với đặc điểm về tuổi của các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Nhi TW.

Trong tổng số 85 bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ bệnh Hemophilia A chiếm 87,1%, tỷ lệ bệnh Hemophilia B chiếm 12,9%. Khi so sánh với tỷ lệ bệnh Hemophilia chung (Hemophilia A 85% và Hemophilia B 15%) thì tỷ lệ mắc bệnh Hemophilia của đối tượng nghiên cứu phù hợp với tỷ lệ mắc bệnh với  $p > 0,05$

Tỷ lệ sâu răng 77,6% của nhóm đối tượng nghiên cứu nếu so sánh với các nghiên cứu trên trẻ bị Hemophilia ở các nước phát triển thì tỷ lệ sâu răng nghiên cứu của chúng tôi là khá cao: Sonbol và cộng sự năm 2011 nghiên cứu tại nước Anh với bệnh nhân Hemophilia tuổi từ 4 đến 13 có tỷ lệ sâu răng là 63,3% [4]. Tại Bắc Ireland Theo Boyd and Kinirons năm thì tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ bị mắc Hemophilia chỉ có 33% [5]. (Bảng 1)

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá viêm lợi đơn thuần mà không đánh giá độ sâu túi lợi cũng như mức độ mất bám dính của lợi do liên quan đến vấn đề sợ chảy máu ở bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân trước khi khám đã được điều trị nội khoa từ 1

đến 2 ngày để đảm bảo đủ các yếu tố đông máu. Tỷ lệ viêm lợi chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là 56,5%, số trung bình vùng lục phân có viêm lợi là 2,31, chỉ số lợi GI là 0,51. Tỷ lệ viêm lợi ở mức thấp so với nghiên cứu của Trinh Đình Hải năm 2004 (tỷ lệ viêm lợi của trẻ em Việt Nam dao động từ 42,7% đến 74,1%). Tuy nhiên ở nhóm tuổi răng hỗn hợp và răng vĩnh viễn thì tỷ lệ viêm lợi lại cao hơn (79,3% và 75,0%), tỷ lệ viêm lợi ở nhóm răng sữa là rất thấp (39,6%) làm cho tỷ lệ viêm lợi chung của nhóm đối tượng nghiên cứu giảm xuống. Có sự khác nhau về tỷ lệ viêm lợi giữa các nhóm tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 4).

Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi theo các mức độ phân bố không đều, mức độ rất tốt chiếm 43,5%, mức độ tốt chiếm 15,3%, mức độ trung bình chiếm 28,3%, mức độ kém chiếm 12,9%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Phân bố các mức độ viêm lợi nhận thấy viêm lợi ở mức trung bình và kém là 28,3% và 12,9%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hanagavadi năm 2006 có tỷ lệ viêm lợi ở mức trung bình và kém là 53% [6]. Tuy nhiên ở nhóm răng hỗn hợp và nhóm răng vĩnh viễn viêm lợi ở mức trung bình và kém chiếm tỷ lệ khá cao (65,4% và 75,0%). Tỷ lệ và mức độ viêm lợi tăng dần theo tuổi, điều này liên quan đến thực hành vệ sinh răng miệng ở từng nhóm tuổi là khác nhau [7] (Bảng 5).

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng của nhóm nghiên cứu rất cao (77,6%). Trong đó tỷ lệ sâu răng cao nhất ở nhóm răng hỗn hợp (93,1%), thấp nhất ở nhóm răng sữa (66,7%). Chỉ số sâu mất trám răng sữa

là 4,28. Trung bình mỗi trẻ có 3,49 răng sữa bị sâu và 0,58 răng sữa bị mất.

Chỉ số sâu mất trám răng vĩnh viễn là 3,65, trung bình mỗi trẻ có 2,89 răng vĩnh viễn bị sâu và 0,27 răng vĩnh viễn bị mất.

Tỷ lệ viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu còn khá cao (56,5%). Tỷ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm răng hỗn hợp (79,3%), thấp nhất ở nhóm răng sữa (39,6%).

Chỉ số lợi GI mức độ kém và mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao (41,2%).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (1997).** Oral Health Surveys: Basic Methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization.
2. **Trịnh Đình Hải (2013).** *Bệnh học quanh răng*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.

3. **Võ Trương Như Ngọc (2011).** Bệnh viêm lợi ở trẻ em. *Tạp chí thông tin Y Dược*, 8, 9-12.
4. **Sonbol H, Pelargidou M, Lucas V.S et al (2001).** Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia. *Haemophilia*, 7(5), 468-474.
5. **Boyd D, Kinirons M (1997).** Dental caries experience of children with haemophilia in Northern Ireland. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 7 (3), 149-153.
6. **Hanagavadi S (2006).** Oral health status in patients with hemophilia. *Haemophilia*, 12 (Suppl 2), 34-36.
7. **Cubukcu E.C, Gunes M.A (2011).** Dental health status of children with acute lymphoblastic leukaemia and haemophilia: Data from a hospital-based paediatric dental unit. *Balkan Journal of Stomatology*, 15(3), 116-120.

## NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI ĐIỆN NÃO, LƯU HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN THIỂU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA ĐIỆN CHÂM

Phạm Hồng Vân\*

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu sự biến đổi điện não và lưu huyết não đồ trên 50 bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ dưới ảnh hưởng của điện châm các huyết, kết quả cho thấy:

1. Điện châm các huyết có tác dụng phục hồi chức năng thành mạch, cải thiện lưu lượng máu não trên lưu huyết não đồ: Làm giảm trương lực mạch não biểu hiện bằng giảm thời gian nhánh lên alpha, giảm chỉ số mạch  $\alpha/T$  ( $p < 0,01$ ); Làm tăng chỉ số lưu huyết não A/C, tăng lưu lượng máu não qua bán cầu trong một phút ( $p < 0,01$ ).

2. Điện châm các huyết có tác dụng phục hồi trạng thái hoạt động bình thường của vỏ não trên điện não đồ: Làm tăng tần số, biên độ và chỉ số sóng sinh lý alpha ( $p < 0,01$ ); Làm giảm tần số, biên độ và chỉ số sóng chậm theta ( $p < 0,01$ ).

**Từ khóa:** Điện châm, thiếu năng tuần hoàn não

#### SUMMARY

#### RESEARCH THE CHANGING OF EEG AND REG IN THE PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL CIRCULATORY INSUFFICIENCY DUE TO DEGENERATION OF THE CERVICAL

\**Bệnh viện Châm cứu TƯ*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Vân

Email: vankhth@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 30/4/2017

Ngày duyệt bài: 10/5/2017

#### UNDER THE INFLUENCE OF ELECTRO-ACUPUNCTURE

Research the changing of EEG in 50 patients with chronic cerebral circulatory insufficiency due to degeneration of the cervical under the influence of electro-acupuncture, the results showed:

1. Electro-acupuncture have efficacy in vascular rehabilitation, improve cerebral blood flow in REG: Reduce cerebrovascular tone expressed by reduce creste time, reducing  $\alpha/T$  index ( $p < 0.01$ ); Increase the cerebral blood flow index, increase cerebral blood flow per minute ( $p < 0.01$ ).

2. Electro-acupuncture have efficacy of rehabilitation the normal operating of the cortex in EEG: Increase the frequency, amplitude and index of the alpha waves ( $p < 0.01$ ); Reduce the frequency, amplitude and index of the theta waves ( $p < 0.01$ ).

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính là một dạng bệnh lý mạch máu não thường gặp ở người trung niên và người có tuổi, với bệnh cảnh lâm sàng rất phong phú như đau đầu, chóng mặt, ù tai, rối loạn cảm giác... và có chung cơ chế bệnh sinh là thiếu máu nuôi não [3]. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính không có tên bệnh danh theo y học cổ truyền nhưng các triệu chứng của thiếu năng tuần hoàn não được các y văn cổ mô tả rất kỹ trong các chứng đầu thống, huyền vưng, thất miên, kiện vong...[7].

Y học cổ truyền cũng có nhiều phương pháp điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính bằng

phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc (châm cứu, bấm huyệt, dưỡng sinh...), trong đó điện châm là một liệu pháp dựa trên châm cứu truyền thống kết hợp với trị liệu điện hiện đại, kích huyệt bằng các dòng xung điện được các nhà lâm sàng công nhận là phương pháp điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính có hiệu quả.

Nhằm lượng hóa các kết quả nghiên cứu chứng minh một cách khoa học về hiệu quả của điện châm trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ và kế thừa, phát huy những kinh nghiệm quý báu của y học cổ truyền, kết hợp với sử dụng các xét nghiệm thăm dò chức năng của y học hiện đại, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu đánh giá những biến đổi về chỉ số điện não đồ và lưu huyết não đồ ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ được điều trị bằng điện châm các huyệt.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Là bệnh nhân được chẩn đoán TNTHNMT theo tiêu chuẩn của Phạm Khuê [4], có tổng số điểm từ 23,9 trở lên theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTHNMT của Khadjev được điều trị bằng điện châm tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương. Loại trừ bệnh nhân

có tiền sử tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mở thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trước và sau điều trị, cỡ mẫu n = 50.

Các bệnh nhân sau khi được lựa chọn nghiên cứu sẽ được điều trị điện châm các huyệt theo phác đồ với liệu trình điều trị 1 lần/ngày x 30 ngày [7].

## 2.3 Chỉ tiêu nghiên cứu và cách xác định chỉ tiêu nghiên cứu:

- Lưu huyết não: Được đo bằng máy Rheoscreen Compact CE 0118 của Đức, ghi theo đạo trình M-O (chùm- chấm) để đánh giá tuần hoàn não hệ động mạch sống - nèn.

- Điện não: được ghi bằng máy 2110 của hãng Nihon Konden (Nhật Bản) theo phương pháp lưỡng cực của Jasper (1958).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu về điện não và lưu huyết não được xác định tại các thời điểm trước và sau liệu trình 30 ngày điều trị điện châm các huyệt.

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

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Biến đổi lưu huyết não ở bệnh nhân nghiên cứu dưới ảnh hưởng của điện châm

**Bảng 3.1.** Sự biến đổi tương lực mạch máu não qua các chỉ số trên lưu huyết não đồ trước và sau điều trị (n=50).

| Chi số NC                    | Thời điểm NC | Trước điều trị (1) | Sau điều trị (2) | p                       |
|------------------------------|--------------|--------------------|------------------|-------------------------|
| Thời gian nhánh lên α (giây) |              | 0,213 ± 0,028      | 0,195 ± 0,027    | p <sub>2-1</sub> <0,001 |
| Chỉ số mạch α/T (%)          |              | 34,1 ± 7,9         | 29,0 ± 5,8       | p <sub>2-1</sub> <0,001 |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy dưới ảnh hưởng của điện châm, thời gian nhánh lên α trước điều trị từ 0,213 ± 0,028 giây giảm xuống còn 0,195 ± 0,027 giây sau điều trị (p<0,001). Chỉ số mạch α/T giảm từ 34,1 ± 7,9% trước điều trị xuống còn 29,0 ± 5,8% sau điều trị (p<0,01).

**Bảng 3.2.** Sự biến đổi chỉ số lưu huyết (A/C) và lưu lượng tuần hoàn não trên lưu huyết não đồ trước và sau điều trị (n=50).

| Chi số NC                     | Thời điểm NC | Trước điều trị (1) | Sau điều trị (2) | p                      |
|-------------------------------|--------------|--------------------|------------------|------------------------|
| Chỉ số lưu huyết A/C          |              | 0,88 ± 0,20        | 1,07 ± 0,20      | p <sub>2-1</sub> <0,01 |
| Lưu lượng tuần hoàn (ml/phút) |              | 197,34 ± 16,2      | 249,06 ± 18,05   | P <sub>2-1</sub> <0,01 |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy chỉ số lưu huyết A/C từ 0,88 ± 0,20 trước điều trị tăng lên 1,07 ± 0,20 sau điều trị (p<0,01). Lưu lượng tuần hoàn máu não từ 197,34 ± 16,2 ml/phút trước điều trị tăng lên 249,06 ± 18,05 ml/phút sau điều trị ( p<0,01).

**Bảng 3.3.** Sự biến đổi hệ số mất đối xứng (K) giữa 2 bán cầu trên lưu huyết não đồ trước và sau điều trị (n=50).

| Thời điểm nghiên cứu | Trước điều trị (1)     | Sau điều trị (2) |
|----------------------|------------------------|------------------|
| Hệ số K              | 32,44 ± 13,70          | 23,38 ± 7,84     |
| p                    | p <sub>2-1</sub> <0,01 |                  |

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu được trình bày trên bảng 3.3 cho thấy sau một liệu trình điều trị 30 ngày hệ số mất đối xứng giữa 2 bán cầu (K) trên lưu huyết não đồ giảm rõ rệt từ  $32,44 \pm 13,70\%$  xuống còn  $23,38 \pm 7,84\%$  so với trước điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

### 3.2. Biến đổi điện não ở bệnh nhân nghiên cứu dưới ảnh hưởng của điện châm

**Bảng 3.4.** Sự biến đổi sóng alpha trên điện não đồ trước và sau điều trị (n=50).

| Chỉ số sóng alpha         | Trước điều trị (1) | Sau điều trị (2) | p                |
|---------------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Tần số (CK/s)             | $9,46 \pm 0,74$    | $10,51 \pm 0,75$ | $p_{2-1} < 0,05$ |
| Biên độ ( $\mu\text{v}$ ) | $25,79 \pm 9,46$   | $31,66 \pm 9,23$ | $p_{2-1} < 0,01$ |
| Chỉ số (%)                | $30,62 \pm 11,04$  | $36,92 \pm 9,96$ | $p_{2-1} < 0,01$ |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy tần số, biên độ và chỉ số phần trăm của sóng alpha trên điện não đồ tăng rõ rệt sau liệu trình 30 ngày điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.5.** Sự biến đổi sóng chậm theta trên điện não đồ trước và sau điều trị (n=50).

| Chỉ số sóng theta         | Trước điều trị (1) | Sau điều trị (2) | p                 |
|---------------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Tần số (CK/s)             | $6,37 \pm 1,70$    | $5,77 \pm 0,80$  | $p_{2-1} < 0,05$  |
| Biên độ ( $\mu\text{v}$ ) | $15,96 \pm 5,56$   | $14,39 \pm 4,06$ | $p_{2-1} < 0,01$  |
| Chỉ số (%)                | $12,84 \pm 3,88$   | $10,16 \pm 3,41$ | $p_{2-1} < 0,001$ |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy dưới ảnh hưởng của điện châm, tần số, biên độ và chỉ số phần trăm của nhịp chậm theta trên điện não đồ đều giảm so với trước điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và  $p < 0,01$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Về sự biến đổi của lưu huyết não ở bệnh nhân nghiên cứu dưới ảnh hưởng của điện châm.

Như chúng ta đã biết, đo lưu huyết não đồ (REG) là phương pháp ghi sự thay đổi điện trở của não theo sự tuần hoàn của máu qua não.

Qua đường ghi REG ta có thể đánh giá khách quan mức độ mềm mại, khả năng đàn hồi của thành mạch, trương lực mạch não, có thể tính một cách tương đối về lưu lượng tuần hoàn não, thể tích tưới máu/phút của từng bán cầu hoặc khu vực tuần hoàn của động mạch đốt sống thân nền từng bên nhờ đó giúp chẩn đoán TNTHN, thiếu máu cục bộ cũng như đánh giá một cách chính xác mức độ tổn thương do xơ vữa mạch não [6]. Thời gian nhánh lên alpha ( $\alpha$ ) và chỉ số đàn hồi hay còn gọi chỉ số mạch ( $\alpha/T$ ) là các thông số phản ánh trương lực mạch máu não, tốc độ dẫn truyền của mạch và độ đàn hồi của thành mạch, thời gian alpha càng ngắn chứng tỏ khả năng đàn hồi của thành mạch càng tốt. Chỉ số lưu huyết (A/C) được tính bằng tỷ số giữa độ cao biên độ cực đại của sóng (A) và độ cao biên độ chuẩn (C). A/C càng lớn thể hiện khối lượng máu lưu hành qua não càng lớn, lưu lượng tuần hoàn máu qua bán cầu não trong một phút càng cao.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 và 3.2 cho thấy ở các bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ có thời gian nhánh lên là  $0,213 \pm 0,028$  giây, chỉ số đàn hồi hay còn gọi chỉ số mạch ( $\alpha/T$ ) là  $34,1 \pm$

$7,9\%$ , chỉ số lưu huyết là  $0,88 \pm 0,20$ , lưu lượng tuần hoàn máu não là  $197,34 \pm 16,2$  ml/phút.

Các kết quả trên cho thấy bệnh nhân bị thiếu năng tuần hoàn máu não do thoái hóa cột sống cổ trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng giảm tính đàn hồi thành mạch, tăng trương lực mạch máu não, giảm cường độ dòng máu qua não và giảm lưu lượng máu lên não. Nhận xét này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [1], [2].

Dưới ảnh hưởng của điện châm các huyết theo phác đồ sau 30 ngày điều trị, thời gian nhánh lên  $\alpha$  đã giảm xuống còn  $0,195 \pm 0,027$  giây ( $p < 0,001$ ), trở về gần với giá trị của người bình thường là 0,08- 0,15 giây, chỉ số mạch  $\alpha/T(\%)$  cũng giảm xuống còn  $29,0 \pm 5,8\%$  so với trước điều trị. Bên cạnh đó, chỉ số lưu huyết ở đạo trình chũm - chẩm và lưu lượng tuần hoàn máu qua bán cầu não trong một phút đã tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với  $p < 0,001$ .

Theo dõi hệ số mất đối xứng giữa 2 bán cầu (K) trên hình ảnh lưu huyết não đồ, trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thấy có 28 trường hợp có hệ số mất đối xứng giữa 2 bán cầu từ 25% trở lên. Hệ số mất cân xứng giữa hai bán cầu được tính bằng tỷ lệ phần trăm của hiệu số bên phải và bên trái và được coi là mất đối xứng tức là có biến đổi bệnh lý khi chỉ số này lớn hơn hoặc bằng 25%.

Các kết quả trình bày trên bảng 3.3 cho thấy có sự mất cân xứng về biên độ lưu huyết não giữa hai bán cầu tại thời điểm trước điều trị, thể hiện ở giá trị của hệ số mất đối xứng K là  $32,44 \pm 13,70\%$ . Dưới ảnh hưởng của điện châm các

huyết sau liệu trình điều trị 30 ngày, giá trị K đã giảm xuống còn  $23,38 \pm 7,84\%$  ( $p < 0,001$ ). Điều này chứng tỏ rằng điện châm không những có hiệu quả làm tăng lưu lượng tuần hoàn não mà còn có tác dụng điều chỉnh tưới máu cho các vùng của não.

#### 4.2. Về sự biến đổi của thành phần sóng điện não ở bệnh nhân nghiên cứu dưới ảnh hưởng của điện châm.

Các kết quả nghiên cứu được trình bày trên các bảng 3.4 và 3.5 cho thấy trước điều trị hầu hết các đối tượng trong nghiên cứu đều có những biến đổi về sóng điện não như nhịp alpha có biên độ thấp, chỉ số nhịp alpha giảm và mất cân đối giữa 2 bán cầu não, nhịp chậm theta tăng cả biên độ và chỉ số. Theo Vũ Đăng Nguyên [5] những biến đổi trên điện não đồ như vậy phản ánh sự mất cân bằng giữa 2 quá trình hưng phấn và ức chế, và sự giảm sút trong hoạt động chức năng của tế bào thần kinh. Sóng alpha là biểu hiện hoạt tính của tế bào thần kinh ở vỏ não, sự có mặt của nhịp alpha luôn đi kèm với trạng thái cân bằng, bình tĩnh. Sóng alpha có tần số 8-13 ck/s, biên độ trung bình 30-70  $\mu$ V. Sóng theta có tần số từ 4 đến 7Hz và biên độ giao động trong khoảng 100- 150 $\mu$ V. Sóng theta xuất hiện lan tỏa nói lên hiện tượng giảm hoạt động của vỏ não; sự xuất hiện nhịp theta khu trú nói lên ổ bệnh lý ở vỏ não.

Tuy nhiên sau 30 ngày điện châm điều trị, sóng sinh lý alpha và sóng chậm theta đã có những cải thiện đáng kể:

+ Sóng sinh lý alpha: tần số đã tăng lên  $10,51 \pm 0,75$  so với trước điều trị là  $9,46 \pm 0,74$  ( $p < 0,05$ ); biên độ trước điều trị là  $25,79 \pm 9,46$  sau điều trị tăng lên  $31,66 \pm 9,23$  ( $p < 0,01$ ), chỉ số phần trăm từ  $30,62 \pm 11,04$  trước điều trị tăng lên  $36,92 \pm 9,96$  sau điều trị ( $p < 0,01$ ).

+ Sóng chậm theta: tần số giảm từ  $6,37 \pm 1,70$  xuống  $5,77 \pm 0,80$  ( $p < 0,05$ ), biên độ nhịp từ  $15,96 \pm 5,56$  giảm xuống còn  $14,39 \pm 4,06$  ( $p < 0,01$ ), đặc biệt là chỉ số phần trăm giảm rõ rệt từ  $12,84 \pm 3,88$  xuống còn  $10,16 \pm 3,41$  sau điều trị ( $p < 0,001$ ).

Trên hình ảnh sóng điện não, các sóng kích thích giảm rất nhiều, sóng sinh lý alpha xuất hiện từng chùm hình thoi có biên độ cao hơn, ổn định theo chu kỳ cho thấy điện châm điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính có tác dụng tích cực trong sự điều hòa chức năng sinh lý của vỏ não. Biểu hiện trên điện não đồ không những bằng hình ảnh các sóng mà còn bằng chỉ số các sóng điện não được cải thiện gần với chỉ số sóng điện não ở người bình thường. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh [1]. Việc ghi đồng thời lưu huyết não và điện não đồ là phương pháp thăm dò chức năng không nguy hiểm, ít tốn kém nhưng rất có giá trị để đánh giá mức biến đổi về thành mạch, những biến đổi về huyết động của não và hoạt động chức năng hệ thần kinh trung ương, nhất là đối với thiếu năng tuần hoàn não.

Như vậy dưới ảnh hưởng của điện châm các huyết, biên độ và chỉ số sóng sinh lý alpha tăng, nhịp chậm theta giảm trên điện não đồ. Trên lưu huyết não đồ, điện châm làm tăng tính đàn hồi của thành mạch, giảm trương lực mạch máu não, tăng cường độ dòng máu qua não ở những bệnh nhân TNTNMT do thoái hóa cột sống cổ. Điều này chứng tỏ, điều trị bằng điện châm không những có tác dụng điều hoà chức năng sinh lý của cơ thể, phục hồi trạng thái hoạt động bình thường của vỏ não mà điện châm còn có tác dụng phục hồi chức năng của thành mạch, cải thiện lưu lượng máu não, tăng lưu lượng tuần hoàn máu não, điều chỉnh mức độ tưới máu cho các vùng của não từ đó cải thiện được tình trạng thiếu máu nuôi não, cải thiện các triệu chứng gây ra bởi TNTNMT như đau đầu, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, rối loạn trí nhớ, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

#### V. KẾT LUẬN

1. Điện châm có tác dụng phục hồi chức năng của thành mạch, cải thiện lưu lượng máu não trên lưu huyết não đồ: Điện châm làm giảm thời gian nhánh lên alpha từ  $0,213 \pm 0,028$  giây xuống còn  $0,195 \pm 0,027$ , giảm chỉ số mạch  $\alpha/T$  từ  $34,1 \pm 7,9\%$  xuống còn  $29,0 \pm 5,8\%$ , tăng chỉ số lưu huyết não A/C từ  $0,88 \pm 0,20$  lên  $1,07 \pm 0,20$ , tăng lưu lượng máu não qua bán cầu trong một phút từ  $197,34 \pm 16,2$ ml/phút lên  $249,06 \pm 18,05$  ml/phút, giảm hệ số mất đối xứng giữa 2 bán cầu từ  $32,44 \pm 13,70\%$  xuống còn  $23,38 \pm 7,84\%$  ( $p < 0,01$ ).

2. Điện châm có tác dụng phục hồi trạng thái hoạt động bình thường của vỏ não trên điện não đồ:

+ Tăng tần số sóng sinh lý alpha từ  $9,46 \pm 0,74$ ck/s lên  $10,51 \pm 0,75$  ck/s ( $p < 0,05$ ), tăng biên độ sóng alpha từ  $25,79 \pm 9,46$  $\mu$ V lên  $31,66 \pm 9,23$  $\mu$ V ( $p < 0,01$ ), tăng chỉ số sóng alpha từ  $30,62 \pm 11,04\%$  lên  $36,92 \pm 9,96\%$  ( $p < 0,01$ ).

+ Giảm tần số sóng chậm theta từ  $6,37 \pm 1,70$  ck/s xuống còn  $5,77 \pm 0,80$  ck/s ( $p < 0,05$ ), giảm biên độ sóng theta từ  $15,96 \pm 5,56$  $\mu$ V xuống còn  $14,39 \pm 4,06$  $\mu$ V ( $p < 0,01$ ), giảm chỉ số

sóng theta từ  $12,84 \pm 3,88\%$  xuống còn  $10,16 \pm 3,41\%$  ( $p < 0,001$ ).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Vân Anh (2000), *Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường ĐH Y Hà Nội
2. Bộ môn thần kinh (2008), *Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 30-31, 40-42, 163-166, 172-182.
3. Nguyễn Minh Hiện, Dương Văn Hạng (1995), *Nhận xét bước đầu tác dụng hoạt huyết của CM2 trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não hệ sống*

*nền do thoái hoá cột sống cổ và vữa xơ động mạch*. Công trình nghiên cứu Y học quân sự số 2, 1995, 71-85.

4. Phạm Khuê (1988), *Thiếu năng tuần hoàn não ở người có tuổi*, Nhà xuất bản Y học.
5. Vũ Đăng Nguyên (1994), "Nghiên cứu điện não và lưu huyết não ở người vận hành máy trong một số nghề đặc biệt", luận án phó tiến sĩ khoa học Y Dược, Học viện Quân y
6. Đào Phong Tân, Trần Lê Minh, Phạm Khuê, Đoàn Yên (1998), *Giá trị chẩn đoán của lưu huyết não và điện não đồ trong thiếu năng tuần hoàn não*, Tạp chí Y học thực hành số 2, tr. 19-21
7. Nguyễn Tài Thu, Trần Thuý (1997), *Châm cứu sau Đại học*, Nhà xuất bản Y học.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ THIẾU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Hoàng Thị Hòa\*, Phạm Hồng Vân\*

### TÓM TẮT

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị của điện châm trên 50 bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (TNTHNMT) do thoái hóa cột sống cổ, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính gặp ở mọi lứa tuổi từ dưới 39 tuổi đến trên 65, trong đó tuổi từ 50 -59 chiếm tỉ lệ cao nhất (28%), bệnh gặp ở nữ giới (64%) nhiều hơn nam giới (36%), chủ yếu là những người lao động trí óc, làm việc văn phòng và có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 năm (chiếm 50% số đối tượng nghiên cứu).

2. Điện châm có hiệu quả tốt trong điều trị TNTHNMT do thoái hóa cột sống cổ:

+ Kết quả điều trị đạt tỷ lệ khỏi 4%, đỡ nhiều 76%, đỡ ít 20%.

+ Các triệu chứng chính của TNTHNMT như đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, giảm trí nhớ đều được cải thiện rõ rệt sau điều trị ( $p < 0,05$ ).

+ Điểm lâm sàng trung bình theo tiêu chuẩn của Khadjev giảm từ  $29,1 \pm 3,4$  điểm trước điều trị xuống còn  $9,0 \pm 4,1$  sau điều trị ( $p < 0,001$ ).

**Từ khóa:** Điện châm, thiếu năng tuần hoàn não

### SUMMARY

#### STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND EFFECTIVE OF ELECTRO- ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL

\*Bệnh viện Châm cứu TƯ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Vân

Email: vankhth@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 30/4/2017

Ngày duyệt bài: 10/5/2017

### CIRCULATORY INSUFFICIENCY DUE TO DEGENERATION OF THE CERVICAL

Studying the clinical characteristics and effects of electro acupuncture on 50 patients with chronic cerebral circulatory insufficiency due to degeneration of the cervical, we have some conclusions:

1. Chronic cerebral circulatory insufficiency can meet at any age from under 39 to over 65, ages 50 - 59 which accounts for the highest proportion (28%), common in women (64%) than men gender (36%), mainly the mental work, office work and disease duration from 1 to 3 years (50% of study subjects).

2. Electro acupuncture is effective in the treatment of chronic cerebral circulatory insufficiency due to degeneration of the cervical:

+ The results of treatment: 4% of the patients belong to type good, 76% of the patients belong to type rather good and 20% medium.

+ The main symptoms of chronic cerebral circulatory failure improved significantly after treatment such as headaches, dizziness, fatigue, sleep disorders, memory loss ( $p < 0.05$ ).

+ The average of Khadjev's score decreased from  $29.1 \pm 3.4$  points pre-treatment to  $9.0 \pm 4.1$  after treatment ( $p < 0.001$ ).

**Key word:** Electro acupuncture, chronic cerebral circulatory insufficiency

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (TNTHNMT) là một dạng bệnh lý mạch máu não, có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau nhưng có chung một cơ chế bệnh sinh là thiếu máu nuôi não [5]. Thiếu năng tuần hoàn não là bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi với lệ mắc chiếm 9-25% tổng số các tai biến mạch máu não [6]. Nguyên

nhân hay gặp gây thiếu năng tuần hoàn não hệ động mạch đốt sống - thân nền là tình trạng thoái hoá cột sống cổ, tùy mức độ thoái hoá khớp, mẫu gai bên đốt sống gây chèn ép động mạch đốt sống [5]. Nhìn chung, các số liệu trong y văn đều xác định có khoảng 25-30% của tất cả các rối loạn tuần hoàn não có kèm theo thoái hoá cột sống cổ [7].

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính không có tên bệnh danh theo y học cổ truyền nhưng các triệu chứng của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính được mô tả với các chứng "đầu thống", "huyền vựng", "thất miên"... trong các y văn cổ và có nhiều vị thuốc, bài thuốc và các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh để điều trị các chứng bệnh này [6].

Kế thừa và phát huy những kinh nghiệm quý báu của y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu nghiên cứu một số đặc điểm của bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hoá cột sống cổ và đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hoá cột sống cổ trên lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán TNTNMT theo tiêu chuẩn của Phạm Khuê với những triệu chứng chính là

nhức đầu, chóng mặt, đau vai gáy, rối loạn trí nhớ, rối loạn giấc ngủ và dị cảm [5], có tổng số điểm từ 23,9 điểm trở lên theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTNMT của Khadjev (1979) và được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương. Xương cột sống cổ có hình ảnh thoái hoá như: mất đường cong sinh lý, hẹp đĩa liên đốt, biến dạng ở thân đốt, có các gai xương... và thuộc thể bệnh Tỳ hư đàm trệ và Can thận âm hư theo tiêu chuẩn của y học cổ truyền [2]. Loại trừ các bệnh nhân TNTNMT có tiền sử tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, tự đối chứng, có so sánh trước và sau điều trị, cỡ mẫu n = 50. Các bệnh nhân sau khi được lựa chọn nghiên cứu sẽ được điều trị điện châm các huyệt theo phác đồ với liệu trình điều trị 1 lần/ngày x 30 ngày.

**2.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:** Đánh giá kết quả điều trị dựa vào bảng điểm của Khadjev với các mức độ:

- + Khỏi: Giảm từ 90% số điểm trở lên so với trước điều trị
- + Đỡ nhiều: Giảm từ 50-90% số điểm so với trước điều trị
- + Đỡ ít: Giảm từ 10-50% số điểm so với trước điều trị
- + Không đỡ: Số điểm giảm dưới 10% hoặc tăng lên so với trước điều trị.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

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

| Nhóm tuổi   | Giới      |             | Nữ        |             | Cộng      |            |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
|             | Nam       | Nữ          | n         | %           | n         | %          |
| < 39        | 6         | 12,0        | 8         | 16,0        | 14        | 28,0       |
| 40 – 49     | 1         | 2,0         | 9         | 18,0        | 10        | 20,0       |
| 50 – 59     | 6         | 12,0        | 8         | 16,0        | 14        | 28,0       |
| > 60        | 5         | 10,0        | 7         | 14,0        | 12        | 24,0       |
| <b>Cộng</b> | <b>18</b> | <b>36,0</b> | <b>32</b> | <b>64,0</b> | <b>50</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Các số liệu trình bày trên bảng 3.1 cho thấy thiếu năng tuần hoàn não mạn tính ở giới nữ chiếm tỷ lệ 64%, cao hơn so với nam giới (36%) và gặp chủ yếu ở nhóm tuổi trên 50 (chiếm 52%).

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp**

| Nghề nghiệp       | Số bệnh nhân | Tỷ lệ %    |
|-------------------|--------------|------------|
| Lao động trí óc   | 25           | 50,0       |
| Lao động chân tay | 14           | 28,0       |
| Nghề nghiệp khác  | 11           | 22,0       |
| <b>Cộng</b>       | <b>50</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy nhóm bệnh nhân lao động trí óc chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (50%), tiếp đến là nhóm bệnh nhân lao động chân tay (28%).

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

| Thời gian mắc bệnh | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------|--------------|---------|
| Dưới 1 năm         | 16           | 32,0    |

|             |           |            |
|-------------|-----------|------------|
| 1 – 3 năm   | 25        | 50,0       |
| 3 – 5 năm   | 3         | 6,0        |
| Trên 5 năm  | 6         | 12,0       |
| <b>Cộng</b> | <b>50</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy các đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 1-3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), tiếp đến là nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (32%).

### 3.2 Đánh giá kết quả điện châm điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ

#### 3.2.1. Sự biến đổi các triệu chứng lâm sàng:

**Bảng 3.4. Sự biến đổi các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu trước và sau điều trị**

| Triệu chứng                      | Thời điểm | Kết quả |      |    |      |          |      |
|----------------------------------|-----------|---------|------|----|------|----------|------|
|                                  |           | Khỏi    |      | Đỡ |      | Không đỡ |      |
|                                  |           | n       | %    | n  | %    | n        | %    |
| Đau đầu thường xuyên (Đầu thống) | D0        | 0       | 0    | 0  | 0    | 50       | 100  |
|                                  | D15       | 17      | 34,0 | 20 | 40,0 | 13       | 26,0 |
|                                  | D30       | 41      | 82,0 | 9  | 18,0 | 0        | 0    |
| Hội chứng vai gáy (Kiên thống)   | D0        | 0       | 0    | 0  | 0    | 37       | 54,0 |
|                                  | D15       | 13      | 35,2 | 16 | 43,2 | 8        | 21,6 |
|                                  | D30       | 25      | 67,6 | 12 | 32,4 | 0        | 0    |
| Chóng mặt (Huyễn vựng)           | D0        | 0       | 0    | 0  | 0    | 46       | 92,0 |
|                                  | D15       | 25      | 54,3 | 16 | 34,8 | 5        | 10,9 |
|                                  | D30       | 35      | 76,1 | 10 | 21,7 | 1        | 2,2  |
| Giảm trí nhớ (Kiện vong)         | D0        | 0       | 0    | 0  | 0    | 35       | 70,0 |
|                                  | D15       | 4       | 11,4 | 17 | 48,6 | 14       | 40,0 |
|                                  | D30       | 18      | 51,4 | 12 | 34,3 | 5        | 14,3 |
| Rối loạn giấc ngủ (Thất miên)    | D0        | 0       | 0    | 0  | 0    | 30       | 60,0 |
|                                  | D15       | 6       | 15,8 | 16 | 42,1 | 16       | 42,1 |
|                                  | D30       | 20      | 52,6 | 12 | 31,6 | 6        | 15,8 |
| Mệt mỏi                          | D0        | 0       | 0    | 0  | 0    | 45       | 90,0 |
|                                  | D15       | 27      | 60,0 | 11 | 24,4 | 7        | 15,6 |
|                                  | D30       | 37      | 82,2 | 7  | 15,6 | 1        | 2,2  |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy trước điều trị tất cả các triệu chứng lâm sàng của TNTNMT đều xuất hiện ở các đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ mắc từ 60- 92%. Sau điều trị các triệu chứng được cải thiện đáng kể, đặc biệt là các triệu chứng đau đầu, đau vai gáy đã không còn xuất hiện ở 100% số đối tượng nghiên cứu, triệu chứng mất ngủ vẫn còn xuất hiện ở 6/50 bệnh nhân sau 30 ngày điều trị.

#### Bảng 3.5. Sự biến đổi giá trị trung bình điểm lâm sàng theo Khadjev (n=50).

| Thời điểm nghiên cứu | Trước điều trị (1)       | Sau điều trị (2) |
|----------------------|--------------------------|------------------|
| Điểm trung bình      | 29,1 ± 3,4               | 9,7 ± 4,1        |
| p                    | p <sub>2-1</sub> < 0,001 |                  |

**Nhận xét:** Qua bảng 3.5 cho thấy điểm lâm sàng trung bình theo tiêu chuẩn của Khadjev đã giảm rõ rệt từ 29,1 ± 3,4 điểm trước điều trị giảm xuống còn 9,7 ± 4,1 điểm sau điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001

#### 3.2.2. Đánh giá sự biến đổi các test trắc nghiệm trí tuệ

**Bảng 3.6. Khả năng nhìn nhớ theo Wechler (n=50).**

| Mức độ     | Trước điều trị (1) |         | Sau điều trị (2) |         | p                        |
|------------|--------------------|---------|------------------|---------|--------------------------|
|            | Số BN              | Tỷ lệ % | Số BN            | Tỷ lệ % |                          |
| Tốt        | 1                  | 2,0     | 14               | 28,0    | p <sub>2-1</sub> < 0,001 |
| Khá        | 8                  | 16,0    | 31               | 62,0    | p <sub>2-1</sub> < 0,001 |
| Trung bình | 32                 | 64,0    | 5                | 10,0    | p <sub>2-1</sub> < 0,001 |
| Kém        | 9                  | 18,0    | 0                | 0       | p <sub>2-1</sub> < 0,001 |
| Cộng       | 50                 | 100     | 50               | 100     |                          |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy sau điều trị: Tỷ lệ bệnh nhân có trí nhớ loại tốt từ 2% tăng lên 28%, trí nhớ loại khá từ 6% tăng lên 68%, trí nhớ loại trung bình từ 68% giảm xuống còn 16%. Không còn bệnh nhân có trí nhớ loại kém. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

#### Bảng 3.7. Mức độ tập trung di chuyển chú ý theo Schuller (n=50).

| Mức độ     | Trước điều trị (1) |         | Sau điều trị (2) |         | p                 |
|------------|--------------------|---------|------------------|---------|-------------------|
|            | Số BN              | Tỷ lệ % | Số BN            | Tỷ lệ % |                   |
| Tốt        | 0                  | 0       | 7                | 14,0    | $p_{2-1} < 0,001$ |
| Khá        | 3                  | 6,0     | 34               | 68,0    | $p_{2-1} < 0,001$ |
| Trung bình | 34                 | 68,0    | 8                | 16,0    | $p_{2-1} < 0,001$ |
| Kém        | 13                 | 26,0    | 1                | 2,0     | $p_{2-1} < 0,001$ |
| Cộng       | 50                 | 100     | 50               | 100     |                   |

**Nhận xét:** Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy kết quả điều trị loại tốt chiếm 14%, loại khá từ 6% tăng lên 66%, loại trung bình từ 68% giảm xuống còn 16%, loại kém từ 26% giảm xuống còn 4% sau điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.8. Giá trị trung bình các test trắc nghiệm trí tuệ (n=50).**

| Nghiệm pháp               | Thời điểm NC | Trước điều trị (1) | Sau điều trị (2) | p                 |
|---------------------------|--------------|--------------------|------------------|-------------------|
|                           | Nhìn - nhớ   |                    | 5,3 ± 0,8        |                   |
| Tập trung di chuyển chú ý |              | 5,1 ± 0,8          | 7,4 ± 1,0        | $p_{2-1} < 0,001$ |

**Nhận xét:** Qua bảng 3.8 cho thấy giá trị trung bình điểm của các test trắc nghiệm trí tuệ của người bệnh đều được cải thiện sau điều trị với  $p < 0,001$ . Điểm trung bình của nghiệm pháp nhìn nhớ từ 5,3 ± 0,8 điểm trước điều trị tăng lên 8,1 ± 0,9 điểm sau điều trị; điểm trung bình của nghiệm pháp tập trung di chuyển chú ý tăng từ 5,1 ± 0,8 điểm trước điều trị lên 7,4 ± 1,0 sau điều trị

**Bảng 3.9. Kết quả điều trị**

| Kết quả điều trị | Số lượng  | Tỷ lệ %    |
|------------------|-----------|------------|
| Khỏi             | 2         | 4,0        |
| Đỡ nhiều         | 38        | 76,0       |
| Đỡ ít            | 10        | 20,0       |
| Không đỡ         | 0         | 0          |
| <b>Cộng</b>      | <b>50</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Qua bảng 3.9 cho thấy sau liệu trình điều trị, có 2/50 bệnh nhân khỏi chiếm 4%, có 38/50 bệnh nhân đỡ nhiều chiếm 76% và 10/50 bệnh nhân đỡ ít chiếm 20%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Về một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- **Về tuổi và giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi TNTNMT gặp ở mọi lứa tuổi từ dưới 39 tuổi đến trên 65 tuổi, trong đó, độ tuổi từ 50 đến 59 chiếm tỉ lệ cao nhất (28%), nhóm tuổi trên 60 chiếm 24% và tuổi trung bình là 49,3 ± 12,3 tuổi, trong đó 18 nam (chiếm 36%) và 32 nữ (chiếm 64%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác cho rằng TNTNMT do thoái hóa cột sống cổ gặp ở nữ nhiều hơn nam và thường gặp ở độ tuổi từ 40 đến 60 [1], [3], [5], [6], [7]. Theo lý luận YHCT, ở độ tuổi trên 40 thiên quý bắt đầu suy, chính khí bắt đầu giảm sút, thận khí giảm, công năng của các tạng phủ giảm do đó bệnh tật dễ phát sinh ở nhóm lứa tuổi này [3]. Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi dưới 39 chiếm 28%, tương đương với tỷ lệ mắc của nhóm tuổi 50- 59, điều này chứng tỏ TNTNMT do thoái hóa cột sống cổ có xu hướng trẻ hóa. Độ tuổi dưới 39 là thời kỳ con người phát triển hoàn thiện nhất, năng suất lao động đạt cao nhất, là nhóm lao động chính tạo ra của cải vật chất. Do đó nghiên cứu tìm ra phương pháp điều

trị nhằm cải thiện tuần hoàn máu não là vấn đề cấp thiết đặt ra cho các nhà lâm sàng.

- **Về nghề nghiệp:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50% số đối tượng nghiên cứu là lao động trí óc, chủ yếu là những người làm việc văn phòng đặc biệt là làm việc trên máy vi tính. Đây là nhóm đối tượng có tư thế làm việc cố định, kéo dài- một trong những yếu tố đẩy nhanh quá trình thoái hóa cột sống cổ. Như vậy, do ảnh hưởng của tính chất nghề nghiệp và áp lực của xã hội hiện đại, con người thường xuyên phải đối mặt với những áp lực công việc kết hợp với điều kiện làm việc cố định kéo dài ảnh hưởng đến cột sống cổ nên phát sinh bệnh tật.

- **Về thời gian mắc bệnh:** Số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 năm trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất 50% (25/50 bệnh nhân); thời gian mắc bệnh từ 3 đến 5 năm chiếm 6%; còn thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm 12%. Như vậy, có đến 68% số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 1 năm, điều này cho thấy TNTNMT do thoái hóa cột sống cổ là bệnh mạn tính kéo dài. Số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm chỉ chiếm 32%, điều này cho thấy nhận thức về bệnh tật cũng như ý thức chữa bệnh của người dân đã dần được cải

thiện theo chiều hướng tốt. Người bệnh đã tự nhận thấy sự cần thiết phải đi khám và điều trị các chứng bệnh làm cho họ thấy khó chịu, ảnh hưởng đến khả năng làm việc lao động và chất lượng sống.

**4.2. Về hiệu quả điện châm điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ:** Các kết quả được trình bày trên bảng 3.3 cho thấy trước điều trị tất cả các triệu chứng lâm sàng của TNTNMT đều xuất hiện ở các đối tượng nghiên cứu và được cải thiện theo chiều hướng tốt dưới tác dụng của điện châm, cụ thể là:

+ Về triệu chứng đau đầu, chóng mặt: 100% số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều có triệu chứng đau đầu với cảm giác nặng đầu, đau đầu vùng chẩm gáy, lan ra hai bên thái dương, hốc mắt; có 46/50 bệnh nhân (92%) bị chóng mặt, nhất là khi thay đổi tư thế, quay đầu, ngửa cổ. Dưới ảnh hưởng của điện châm các huyết theo phác đồ, sau 15 ngày điều trị, 17/50 (34%) bệnh nhân hết đau đầu, 25/50 (54,3%) bệnh nhân hết chóng mặt; sau 30 ngày điều trị con số này đã tăng lên 41/50 bệnh nhân hết đau đầu chiếm 82% và 35/50 bệnh nhân hết chóng mặt chiếm 76,1%.

Như vậy đau đầu, chóng mặt là những chứng trạng chiếm tỷ lệ cao nhất, gặp ở hầu hết các bệnh nhân. Điều này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả cho rằng đó là những triệu chứng xuất hiện sớm nhất và thường gây khó chịu cho bệnh nhân trước khi các triệu chứng khác xuất hiện kèm theo [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Chu Quốc Trường khi nghiên cứu điều trị chứng bệnh này bằng phương pháp bấm huyết đạt tỷ lệ khỏi đau là 77,7%, kết quả điều trị bằng phương pháp dưỡng sinh của Nguyễn Thị Vân Anh cho tỷ lệ khỏi 62%, đỡ 38% [1].

+ Về triệu chứng rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, giảm trí nhớ: trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 38/50 bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ, 35/50 bệnh nhân giảm trí nhớ và 45/50 bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi toàn thân. Rối loạn giấc ngủ gây ra cả một phức hợp biến đổi về thể chất và chuyển hóa và càng làm cho mệt mỏi tăng lên, làm giảm nhiều khả năng tập trung và chú ý trong công việc hàng ngày, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [6]. Tuy nhiên dưới ảnh hưởng của điện châm sau liệu trình điều trị đã có 32 bệnh nhân (84,2%) giấc ngủ được cải thiện trong đó có 20/50 bệnh nhân (52,6%) giấc ngủ trở lại bình

thường và 82,2% bệnh nhân hết mệt mỏi, 70% bệnh nhân tăng cường trí nhớ.

Theo YHCT, trí nhớ của con người nhờ vào ba tạng tâm, tỳ, thận. Tạng tỳ có chức năng làm chủ cơ nhục nên khi tỳ hư sẽ gây triệu chứng mệt mỏi. Tỳ vị suy yếu làm thận tinh không đủ, thận khí không thông lên tâm được cho nên mê muội, chóng quên. Chúng tôi đã sử dụng điện châm phối hợp các thuộc kinh Tâm, ngoài tác dụng an thần còn có tác dụng dưỡng tâm bổ huyết; các huyết thuộc kinh Thận có tác dụng ích huyết, sinh tinh, các huyết thuộc kinh Can, Đờm có tác dụng bình dương, tiềm âm, tăng cường công năng của các tạng tâm, can, tỳ, thận, hành khí hoạt huyết, điều hòa được âm dương, nâng cao thể trạng, khí huyết, tinh tủy được đầy đủ, sung mãn, não bộ được nuôi dưỡng tốt nên tinh thần minh mẫn, trí nhớ hồi phục và hết đau đầu, mệt mỏi [2].

Kết quả biến đổi các triệu chứng chủ quan của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính được minh chứng rõ ràng hơn bằng sự biến đổi giá trị trung bình điểm lâm sàng theo tiêu chuẩn của Khadjev, bằng các kết quả về hoạt động trí tuệ qua các test kiểm tra về tư duy, trí nhớ và độ tập trung di chuyển chú ý của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt sau 30 ngày điều trị được trình bày ở các bảng từ 3.6 đến 3.8. Theo đó, điểm trung bình theo Khadjev trước điều trị là  $29,1 \pm 3,4$  điểm, giảm xuống còn  $9,7 \pm 4,1$  điểm sau 30 ngày điều trị. Điểm trung bình của nghiệm pháp nhìn nhớ trước điều trị là  $5,3 \pm 0,8$  điểm, tăng lên  $8,1 \pm 0,9$  điểm sau điều trị, của nghiệm pháp tập trung di chuyển chú ý là  $5,1 \pm 0,8$  điểm trước điều trị, sau 30 ngày điều trị tăng lên  $7,4 \pm 1,0$  điểm. Đánh giá sự biến đổi khả năng nhìn nhớ và mức độ tập trung chú ý dưới ảnh hưởng của điện châm cho thấy khả năng nhìn nhớ loại tốt và khá từ 2% và 16% trước điều trị tăng lên 28% và 62% sau điều trị ( $p < 0,001$ ), mức độ tập trung chú ý cao trước điều trị không có loại tốt, sau điều trị đã có 7/50 bệnh nhân đạt loại tốt, chiếm 14%, loại khá trước điều trị là 6% tăng lên 68% sau 30 ngày điều trị, loại trung bình và kém giảm từ 68% và 26% xuống còn 16% và 2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Trong TNTNMT, não luôn trong tình trạng thiếu oxy gây ảnh hưởng tới quá trình oxy hóa trong tế bào não, làm cho trí nhớ của người bệnh bị giảm sút. Dựa vào lý luận cơ bản của YHCT về hệ kinh lạc, kết hợp giải phẫu sinh lý thần kinh và kinh nghiệm thực tế, chúng tôi đã chọn phối hợp các huyết có tác dụng tại chỗ và

toàn thân có tác dụng tả dương, bổ âm, ích huyết, sinh tinh làm cho khí huyết được sung mãn, tinh tủy được đầy đủ. Tác dụng kích thích huyết bằng xung điện của máy điện châm có tác dụng thư cân, giãn cơ, hành khí, hoạt huyết giúp khí huyết lưu thông suốt trong kinh mạch, điều hòa lưu lượng máu lên não, tăng thành phần oxy trong máu động mạch nói chung và động mạch não nói riêng, cung cấp oxy cho não tốt hơn từ đó cải thiện được khả năng hoạt động của não bộ [2].

Như vậy, nhờ tuân thủ các nguyên tắc chọn huyết cùng với kỹ thuật châm chính xác, lượng kích thích, thời gian kích thích phù hợp nên 100% số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả sau liệu trình 30 ngày điều trị, trong đó 2/50 bệnh nhân khỏi bệnh chiếm 4%, 38/50 bệnh nhân đỡ nhiều chiếm 76%, 10/50 bệnh nhân đỡ ít chiếm 20%, không có bệnh nhân nào không không đáp ứng với điều trị.

## V. KẾT LUẬN

1. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính gặp ở mọi lứa tuổi từ dưới 39 tuổi đến trên 65, trong đó tuổi từ 50 -59 chiếm tỉ lệ cao nhất (28%), gặp ở nữ giới (64%) nhiều hơn nam giới (36%), chủ yếu là những người lao động trí óc làm việc văn phòng (chiếm 50% số đối tượng nghiên cứu) và có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 năm chiếm 50%.

2. Điện châm có hiệu quả tốt trong điều trị TNTNMT do thoái hóa cột sống cổ:

+ Tỷ lệ khỏi 4%, đỡ nhiều chiếm 76% và đỡ ít, chiếm 20%.

+ Các triệu chứng chính của TNTNMT như đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, giảm trí nhớ được cải thiện rõ rệt sau liệu trình điều trị ( $p < 0,05$ ).

+ Điểm lâm sàng trung bình theo tiêu chuẩn của Khadjev giảm từ  $29,1 \pm 3,4$  điểm trước điều trị xuống còn  $9,0 \pm 4,1$  sau điều trị ( $p < 0,001$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Vân Anh (2000), *Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*, Luận án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Bộ môn Đông y Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng y học cổ truyền*, tập II
3. Trần Kim Dung (2004), *Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của viên Creatin*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2 chuyên ngành y học cổ truyền, Trường Đại học Y HN.
4. Dương Văn Hạng, Trần Như Thành (1992), *Đặc điểm lâm sàng và lưu huyết não ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não hệ động mạch sống não*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 1992, Chuyên đề tâm thần thần kinh, Học viện Quân y, tr. 81- 101.
5. Phạm Khuê (1988), *Thiếu năng tuần hoàn não ở người có tuổi*, NXB Y học
6. Dương Trọng Nghĩa (2001), *Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc Ích khí điều vinh thang*, Luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Văn Thông (2002), *Bệnh lý cột sống cổ*, Nhà xuất bản Y học, tr. 90-92.

## CÁC HÀNH VI PHẠM TỘI VÀ YẾU TỐ THỨC ĐẨY Ở ĐỐI TƯỢNG SỬ DỤNG RƯỢU TRONG GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN

Cao Tiến Đức\*\*, Trần Văn Trường\*, Nguyễn Văn Ngân\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát các hành vi phạm tội và các yếu tố thúc đẩy phạm tội ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 68 đối tượng phạm tội hình sự được hội đồng giám định pháp y tâm thần của Viện Pháp y Tâm thần Trung ương chẩn đoán xác định là các rối loạn tâm thần và hành vi do

sử dụng rượu (F10 – ICD 10). Áp dụng phương pháp nghiên cứu thuần tập. **Kết quả:** Các hành vi phạm tội khá phong phú và đa dạng. Đáng chú ý là các hành vi gây hấn, bạo lực, gây tội ác, đánh người, giết người và gây rối, quậy phá với vợ con và những người ruột thịt trong gia đình là chủ yếu. Các yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội chủ yếu là tiền sử gia đình có người nghiện rượu chiếm tỷ lệ cao (61,76%), gia đình không hòa thuận (79,41%), kinh tế gia đình khó khăn (32,35%), biến đổi nhân cách (100%), rối loạn ý thức (61,76%), hoang tưởng (52,94%); ảo giác (54,41%), cảm xúc bùng nổ (77,94%) và kích động bạo lực (76,47%).

**Từ khóa:** Phạm tội, gây hấn, bạo lực, giết người, hoang tưởng, ảo giác

### SUMMARY

\*Viện Pháp y Tâm thần TƯ

\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Trường

Email: truonggdpy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/3/2017

Ngày phản biện khoa học: 23/4/2017

Ngày duyệt bài: 5/5/2017

## CRIMINAL BEHAVIORS AND PROMOTIVE FACTORS IN THE ALCOHOLIC USERS OF THE PSYCHIATRIC FORENSIC EXAMINATION

**Objectives:** Survey of criminal behaviors and promotive factors in the alcoholic users of the psychiatric forensic examination. **Subject and Method:** Include 68 criminal offenders diagnosed by mental forensics appraisal board of the National Institute of Forensic Psychiatry in identifying mental and behavioral disorders as alcohol used (F10 - ICD 10). Apply cohort study. **Results:** The offenses are quite rich and varied. It is notable that aggressive, violent, criminals, beatings, homicides, and disturbances with their wives and children in the home are the main culprits. Factors promoting the criminal behaviors are mainly family history of alcohol dependence (61.76%), family disagreement (79.41%), family economic difficulties (32.35%), personality change (100%), consciousness disorder (61.76%), paranoia (52.94%); Hallucinations (54.41%), emotional explosion (77.94% and violence incitement (76.47%).

**Keywords:** Offense, aggression, violence, murder, delusion, hallucination

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người sử dụng rượu nhất là lạm dụng rượu hay nghiện rượu gây ra nhiều tác hại về vật chất và tinh thần, làm rối loạn nhiều mối quan hệ trong gia đình cũng như trong đời sống xã hội, làm biến đổi nhân cách và suy thoái đạo đức xã hội của mỗi cá nhân. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới riêng loạn thần do rượu chiếm khoảng 10% các trường hợp nghiện rượu.

Ngày nay, vấn đề sử dụng rượu là vấn đề lớn về mặt y tế-xã hội có liên quan đến vấn đề pháp lý nghiêm trọng, tội danh đa dạng. Chủ yếu là

gây hấn sau đó bị các chấn thương do bạo lực. Phần lớn là nam giới chiếm tới 78% và có tới 95% phạm tội do sử dụng nghiện rượu.

Mối liên quan giữa sử dụng rượu với tội phạm hình sự chiếm gần 40% và tái phạm nhiều lần chiếm 62,5% ở tù nhân trong các trại cải tạo. Rượu là nguyên nhân chính của bạo lực dẫn đến phạm tội. Người ta xác định 3 nguyên nhân là: thái độ lệch lạc, hành vi gây hấn - thù địch và có xung động trong việc giải quyết vấn đề.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Các hành vi phạm tội và yếu tố thúc đẩy ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần" nhằm mục tiêu:

1. *Khảo sát các hành vi phạm tội và hậu quả của chúng ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần.*

2. *Tìm hiểu các yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần.*

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

1. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm có 68 đối tượng là nam giới, phạm pháp hình sự do sử dụng rượu từ năm 2009 đến 2015 và đã được giám định pháp y tâm thần ở Viện pháp y tâm thần Trung ương.

2. **Phương pháp nghiên cứu:** bằng phương pháp thuần tập (Cohort study) vừa hồi cứu vừa tiến cứu phân tích đặc điểm các hành vi phạm tội và các yếu tố thúc đẩy ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 1. Khảo sát các hành vi phạm tội và hậu quả của chúng ở đối tượng sử dụng rượu

**Bảng 1: Hành vi gây hấn và bạo lực ở đối tượng nghiên cứu**

| Hành vi gây hấn và bạo lực      | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|---------------------------------|------|---------|-----------|
| <b>Với vợ và con</b>            | 55   | 80,88   | p < 0,001 |
| Với cha mẹ                      | 20   | 29,41   |           |
| Với anh chị em ruột             | 21   | 30,88   |           |
| Với ông bà nội/ngoại            | 1    | 1,47    |           |
| Với người họ hàng               | 11   | 16,18   |           |
| Với hàng xóm và người quen biết | 51   | 75,00   |           |
| Với người không quen biết       | 8    | 11,76   |           |

Bảng 1 đối với hành vi gây hấn và bạo lực chủ yếu là gây hấn và bạo lực với vợ và con (80,88%), với người hàng xóm và người quen biết (75%) và thấp nhất là đối với ông bà nội/ngoại (1,47%). Khi so sánh các nhóm số liệu ta thấy có sự khác biệt rõ rệt với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0.000).

**Bảng 2: Hành vi đánh người và giết người của đối tượng khi sử dụng rượu**

| Hành vi đánh người và giết người  | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|-----------------------------------|------|---------|-----------|
| Người ruột thịt trong gia đình    | 37   | 54,41   | p < 0,001 |
| Người họ hàng                     | 3    | 4,41    |           |
| Người hàng xóm và người quen biết | 36   | 52,94   |           |

|                       |   |      |  |
|-----------------------|---|------|--|
| Người không quen biết | 4 | 5,88 |  |
|-----------------------|---|------|--|

Bảng 2 thấy hành vi đánh người và giết người ruột thịt trong gia đình là cao nhất (54,41%), người hàng xóm và người quen biết (52,94%), không quen biết (5,88%) và người họ hàng là thấp nhất (4,41%). So sánh thấy sự khác biệt với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0,000).

**Bảng 3: Hành vi gây rối và quậy phá của đối tượng khi sử dụng rượu**

| Hành vi gây rối và quậy phá                   | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|---|------|---------|-----------|
| Với cha, mẹ, vợ, con                          | 51   | 75,00   | p < 0,001 |
| Với anh, chị, em, ruột                        | 20   | 29,41   |           |
| Với ông bà nội/ngoại                          | 1    | 1,47    |           |
| Với họ hàng và người hàng xóm                 | 36   | 52,94   |           |
| Làm mất trật tự trị an trong cộng đồng dân cư | 50   | 73,53   |           |

Bảng 3 thấy hành vi gây rối và quậy phá với cha, mẹ, vợ con là cao nhất (75%), làm mất trật tự, trị an trong cộng đồng dân cư (73,53%), với họ hàng và người hàng xóm (52,94%, với anh, chị, em ruột (29,41%) và với ông, bà nội ngoại là thấp nhất (1,47%). So sánh thấy sự khác biệt với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0,000).

**Bảng 4: Các tội danh ở đối tượng nghiên cứu**

| Các tội danh                 | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|------------------------------|------|---------|-----------|
| Cố ý gây thương tích         | 18   | 26,48   | p < 0,001 |
| Giết người                   | 34   | 50,00   |           |
| Cướp tài sản                 | 2    | 2,94    |           |
| Hủy hoại tài sản             | 2    | 2,94    |           |
| Trộm cắp tài sản             | 4    | 5,89    |           |
| Hiếp dâm người khác giới     | 4    | 5,89    |           |
| Bắt cóc người (trẻ em)       | 1    | 1,47    |           |
| Chống người thi hành công vụ | 2    | 2,94    |           |
| Đánh bạc                     | 2    | 2,94    |           |
| Đe dọa giết người            | 10   | 14,71   |           |

Bảng 4 cho thấy phạm tội giết người chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), tiếp đến cố ý gây thương tích (26,48%), đe dọa giết người (14,71%), cướp tài sản và hiếp dâm người khác giới (5,89%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là bắt cóc trẻ em (1,47%). So sánh các số liệu trên ta thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0,000).

**Bảng 5: Các hình thức phạm tội ở đối tượng nghiên cứu**

| Các hình thức phạm tội                       | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|--|------|---------|-----------|
| Sử dụng dao và vật nhọn đâm, chém người khác | 43   | 63,23   | p < 0,001 |
| Sử dụng gậy gộc, gạch đá đập, ném người khác | 14   | 20,59   |           |
| Sử dụng tay bóp cổ người khác                | 4    | 5,88    |           |
| Buôn lậu, cướp giật, hành hung người khác    | 2    | 2,94    |           |
| Hiếp dâm người khác giới                     | 4    | 5,88    |           |
| Phá hoại tài sản của người khác              | 3    | 4,41    |           |
| Trộm cắp tài sản của người khác              | 5    | 7,35    |           |
| Đánh bạc                                     | 2    | 2,94    |           |
| Dội nước sôi vào người khác                  | 1    | 1,47    |           |
| Đốt xăng vào người khác                      | 1    | 1,47    |           |
| Bắt cóc trẻ em                               | 1    | 1,47    |           |

Bảng 5 cho thấy hình thức phạm tội sử dụng dao và vật nhọn đâm, chém người khác chiếm tỷ lệ cao nhất (63,23%), tiếp đến sử dụng gậy gộc, gạch đá đập, ném người khác (20,59%), còn lại các hình thức khác rất đa dạng và có tỷ lệ thấp là dội nước sôi, đốt xăng vào người khác và chiếm đoạt trẻ em (1,47%). So sánh thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0,000).

**Bảng 6: Hậu quả của hành vi phạm tội của đối tượng khi sử dụng rượu**

| Hậu quả                               | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|---------------------------------------|------|---------|-----------|
| Gây chết người                        | 27   | 39,71   | p < 0,001 |
| Gây thương tích cho người khác        | 33   | 48,53   |           |
| Gây thiệt hại tài sản cho người khác  | 11   | 16,18   |           |
| Ảnh hưởng đến an ninh, trật tự xã hội | 14   | 20,59   |           |
| Ảnh hưởng đến nhân phẩm người khác    | 5    | 7,35    |           |

|                   |    |       |  |
|-------------------|----|-------|--|
| Đe dọa giết người | 10 | 14,71 |  |
| Các hậu quả khác  | 3  | 4,41  |  |

Bảng 6 thấy cổ ý gây thương tích cho người khác chiếm tỷ lệ cao (48,53%), gây chết người (39,71%), các hậu quả khác là thấp nhất (4,41%). So sánh thấy sự khác biệt rõ với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0,000).

**Bảng 7: Các hình thức tự sát của đối tượng khi sử dụng rượu**

| Các hình thức tự sát                  | n=15 | Tỷ lệ % | p         |
|---------------------------------------|------|---------|-----------|
| Tự sát bằng đuối nước                 | 2    | 13,33   | p < 0,001 |
| Tự sát bằng treo cổ                   | 1    | 6,67    |           |
| Tự sát bằng các vật dụng thông thường | 10   | 66,67   |           |
| Tự sát bằng tự gây bỏng lửa           | 1    | 6,67    |           |
| Tự sát sau khi giết người             | 6    | 40,00   |           |
| Tự sát bằng uống thuốc trừ sâu        | 2    | 13,33   |           |
| Tự sát bằng đập đầu vào tường         | 3    | 20,00   |           |

Các hình thức tự sát (bảng 9) thấy tự sát bằng các vật dụng thông thường có tỷ lệ cao (66,67%), các loại khác rất đa dạng, nhưng thấp nhất là bằng tự gây bỏng lửa, bằng treo cổ (6,67%), so sánh thấy có sự khác biệt với  $p < 0,01$  (Fisher's exact=0,000).

## 2. Tìm hiểu các yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội ở đối tượng sử dụng rượu

**Bảng 8: Yếu tố tiền sử liên quan đến rượu ở đối tượng nghiên cứu**

| Yếu tố tiền sử liên quan đến rượu              | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|--|------|---------|-----------|
| Tiền sử gia đình có người nghiện rượu          | 42   | 61,76   | p < 0,001 |
| Tiền sử gia đình có người mắc bệnh tâm thần    | 8    | 11,76   |           |
| Tiền sử bản thân đối tượng có tiền án, tiền sự | 16   | 23,53   |           |
| Sử dụng rượu đơn thuần                         | 15   | 22,06   | p < 0,001 |
| Sử dụng rượu kết hợp với thuốc lá              | 48   | 70,59   |           |
| Sử dụng rượu kết hợp với ma túy                | 4    | 5,88    |           |
| Sử dụng rượu kết hợp với thuốc lá và ma túy    | 1    | 1,47    |           |

Bảng 8 cho thấy: tiền sử gia đình có người NR chiếm tỷ lệ cao nhất (61,76%), tiếp đến là tiền sử bản thân có tiền án, tiền sự (23,53%) và cuối cùng là tiền sử gia đình có bệnh tâm thần chiếm thấp nhất (11,76%). So sánh ta thấy sự khác biệt là rất đáng kể  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 37,44$ ;  $p = 0,000$ ).

Sử dụng rượu kết hợp với thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (70,59%) và thấp nhất là sử dụng rượu kết hợp với thuốc lá và ma túy (1,47%), so sánh thấy có sự khác biệt rõ với  $p < 0,001$  (Fisher's exact=0,000).

**Bảng 9: Yếu tố hôn nhân hiện tại ở đối tượng nghiên cứu**

| Yếu tố hôn nhân hiện tại   | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Độc thân hoặc chưa kết hôn | 8    | 11,77   | p < 0,001 |
| Đã kết hôn                 | 60   | 88,23   |           |
| Gia đình hòa thuận         | 1    | 1,47    | p < 0,001 |
| Gia đình không hòa thuận   | 54   | 79,41   |           |
| Ly thân                    | 9    | 13,24   |           |
| Ly hôn                     | 8    | 11,77   |           |
| Đã tái hôn                 | 4    | 5,88    |           |
| Góa vợ                     | 2    | 2,94    |           |

Bảng 9 về tình trạng hôn nhân hiện tại ở đối tượng sử dụng rượu chỉ có 8 người (11,77%) là độc thân, còn lại 88,23% đã có vợ, so sánh thấy có sự khác biệt với  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 79,53$ ;  $p = 0,000$ ). Trong số đã có vợ thấy 79,41% là gia đình không hòa thuận, ly thân (13,24%), ly hôn (11,77%) đã tái hôn (5,88%) và góa vợ (2,94%). So sánh thấy có sự khác biệt đáng kể với  $p < 0,001$  (Fisher's exact = 0,000).

**Bảng 10: Các yếu tố tâm lý-xã hội ở đối tượng nghiên cứu**

| Yếu tố tâm lý-xã hội                           | n=68 | Tỷ lệ % | p         |
|--|------|---------|-----------|
| Không đảm bảo chất lượng công việc thường ngày | 33   | 48,53   | p < 0,001 |
| Không làm được việc                            | 27   | 39,71   |           |
| Bỏ việc  | 5    | 7,35    |           |
| Có tiền án, tiền sự                            | 16   | 23,53   |           |
| Kinh tế gia đình khó khăn                      | 22   | 32,35   |           |

|                             |    |       |  |
|-----------------------------|----|-------|--|
| Có stress tâm lý khi gây án | 15 | 22,06 |  |
|-----------------------------|----|-------|--|

Bảng 10 cho thấy trong hoạt động lao động không đảm bảo chất lượng công việc thường ngày chiếm tỷ lệ cao (48,53%), không làm được việc (39,71%), kinh tế gia đình khó khăn (32,35%), có tiền án, tiền sự (23,53%), có stress tâm lý khi gây án (22,06% và bỏ việc (7,35%). So sánh thấy có sự khác biệt rõ rệt với  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 30,51$ ;  $p = 0,000$ )

**Bảng 11: Các yếu tố bệnh lý tâm thần ở đối tượng nghiên cứu**

| Yếu tố rối loạn tâm thần | n=68 | Tỷ lệ % | p       |
|--------------------------|------|---------|---------|
| Rối loạn ý thức          | 42   | 61,76   | p<0,001 |
| Định kiến                | 15   | 22,06   |         |
| Hoang tưởng              | 36   | 52,94   |         |
| Ảo giác                  | 37   | 54,41   |         |
| Cảm xúc bùng nổ          | 53   | 77,94   |         |
| Biến đổi nhân cách       | 68   | 100,00  |         |
| Kích động bạo lực        | 52   | 76,47   |         |

Bảng 11 cho thấy thay đổi nhân cách chiếm tỷ lệ cao (100%), tiếp theo đến cảm xúc bùng nổ (77,94%), kích động bạo lực (76,47%), rối loạn ý thức (61,76%), ảo giác (54,41%), hoang tưởng (52,94%) và định kiến (22,06%). So sánh thấy sự khác biệt đáng kể và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 29,35$ ;  $p = 0,000$ ).

**Bảng 12: Yếu tố thời gian sử dụng rượu ở đối tượng nghiên cứu**

| Yếu tố thời gian sử dụng rượu (năm) | n  | Tỷ lệ % | p        |
|-------------------------------------|--|---------|----------|
| ≤ 10 năm                            | 18   | 26,47   | p > 0,05 |
| 11-20 năm                           | 20   | 29,41   |          |
| 21-30 năm                           | 13   | 19,12   |          |
| >30 năm                             | 5  | 7,35    |          |
| Không xác định được thời gian       | 12   | 17,65   |          |
| Cộng                                | 68   | 100,00  |          |
| <b>Trung bình</b>                   | <b>(<math>\bar{x}</math>) = 17,77 ± 8,75 năm</b> |         |          |

Bảng 12 cho thấy thời gian sử dụng rượu rất đa dạng từ ≤ 20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (55,88%) và thời gian sử dụng rượu trên 30 năm là thấp nhất chỉ chiếm có 7,35%. Trung bình 17,77 ± 8,75 năm. Khi so sánh từng nhóm số liệu ta thấy sự khác biệt không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ;  $\chi^2 = 9,23$ ;  $p = 0,056$ ).

**IV. KẾT LUẬN**

1. Các hành vi phạm tội ở những đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần khá phong phú và đa dạng. Đáng chú ý là các hành vi gây hấn, bạo lực, đánh người, gây tội ác, giết người và gây rối, quậy phá với vợ con và những người ruột thịt trong gia đình là chủ yếu.

2. Các yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định pháp y tâm thần chủ yếu là tiền sử gia đình có người nghiện rượu chiếm tỷ lệ cao (61,76%), gia đình không hòa thuận (79,41%), kinh tế gia đình khó khăn (32,35%), biến đổi nhân cách (100%), rối loạn ý thức (61,76%), hoang tưởng (52,94%); ảo giác (54,41%), cảm xúc bùng nổ (77,94% và kích động bạo lực (76,47%).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Cao Tiên Đức (2016), "Các rối loạn tâm thần, hành vi và tổn thương cơ thể do nghiện rượu", NXB Y học, Hà Nội, tr. 120 – 133.
2. Bùi Quang Huy (2016), "Nghiện rượu", Giáo trình bệnh học tâm thần (dùng cho đào tạo trình độ sau đại học), Chủ Biên Cao Tiên Đức, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 167 – 181.
3. Borges G., Cherpitel C.J., Medina-Mora M.E., Mondragon L. (2010), "Violence related injuries in the emergency room: alcohol, depression, and conduct problems", Subst-Use-Misuse. May; 39 (6): 911-930
4. Garbutt J.C. (2008), "Alcoholism", The Medical Basis Psychiatry, Third Edition, Edited by Fatemi S.H., Clayton P.J., Humana Press, Totowa, USA, Pp 227-249.
5. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (2015), "Alcohol-related disorders", Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Kaplan & Sadock's, Eleventh Edition, Updated with DSM-5, USA, New Yor, Wolters Kluwer, Pp 624-639.

**KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ HORMON Ở BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN**

Nguyễn Thị Minh Phương\*\*\*, Mai Trọng Khoa\*

## Đoàn Văn Đệ\*\*, Trần Quốc Hùng\*\*\* và CS

**TÓM TẮT**

U tuyến yên chiếm khoảng 8-15% trong các u nội sọ, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị rất phong phú và phức tạp, phụ thuộc nhiều vào những biến đổi trong quá trình tổng hợp và bài tiết các hormone. **Mục tiêu:** Khảo sát những biến đổi nồng độ một số hormone ở bệnh nhân u tuyến yên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, 73 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị tại Trung tâm y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $42,4 \pm 13,3$  tuổi, gặp nhiều nhất nhóm 31-45 tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 30,1/69,9. U tăng tiết Prolactin chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến tăng tiết hai hormone và tăng tiết GH, tỷ lệ tương ứng là: 46,9%, 31,3% và 9,4%. Nồng độ hormone Prolactin, GH tăng cao, trung bình tương ứng là 67,19ng/ml và 8,36 ng/ml. Nồng độ hormone ACTH, TSH, FSH, LH không tăng hoặc tăng ít. **Kết luận:** Một số hormone tuyến yên tăng cao trong bệnh nhân u tuyến yên

**SUMMARY**

**CHANGES OF SELECTED HORMONES PRODUCTION IN PATIENTS WITH PITUITARY TUMOR**

Pituitary tumor accounts for about 8-15% of all brain tumors, its clinical features and treatment results are very diversified and complicated, depended on changes in the synthesis and secretion of hormones. **Objective:** To examine the changes in hormone concentrations in pituitary tumor patients. **Patients and method:** Cross sectional descriptive study, 73 patients with pituitary tumor who were treated at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital. **Results:** Average age  $42,4 \pm 13,3$  years old, a majority of the patients aged in between 31-45 years old, male/female ratio = 30,1/69,9. Pituitary Prolactinoma was the most common tumor (46,9%). Increased Prolactin, GH concentrations were observed with mean of 67,19ng/ml and 8,36ng/ml, respectively. ACTH, TSH, FSH, LH did not increase or just slightly increased. **Conclusion:** Selected pituitary tumor hormones concentration increased significantly in pituitary tumor patients.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tuyến yên là tuyến nội tiết, nằm trong hộp sọ tiết ra các hormone tác động lên một số tuyến khác như tuyến giáp, tuyến thượng thận, tuyến sinh dục.... Tuyến yên tiết ra hormone tác động lên hầu hết các mô trong cơ thể như GH, hoặc

một số hormone chỉ có tác dụng đặc hiệu lên một mô hoặc một cơ quan nào đó như: ACTH, TSH, FSH, LH, Prolactin...[4][5]. U tuyến yên là u phát triển từ tế bào thụ trước tuyến yên, thường gặp nhất trong các loại u vùng hố yên, tần suất gặp u tuyến yên 8-15% trong u nội sọ, đứng hàng thứ 3 sau u thần kinh đệm và u màng não [4].

U tuyến yên được chia làm hai loại: u không có hoạt tính nội tiết và u có hoạt tính nội tiết do đó đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của u tuyến yên rất phong phú và phức tạp, phụ thuộc vào tính chất, vị trí, kích thước khối u, đặc biệt những biến đổi trong quá trình tổng hợp và bài tiết các hormone [6]. Ngày nay trên thế giới đã có rất nhiều các đề tài nghiên cứu về biến đổi nồng độ một số hormone ở bệnh nhân u tuyến yên. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát sự biến đổi một số hormone ở bệnh nhân u tuyến yên*

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

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 73 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa trên MRI sọ não và được điều trị tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bệnh nhân mắc các bệnh nội tiết khác như bệnh Basedow, u tuyến thượng thận...
- + Bệnh nhân dùng corticoid kéo dài, phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú.
- + Bệnh nhân < 18 tuổi

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

**2.3 Các bước tiến hành:** Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án in sẵn

Lâm sàng: Tuổi, giới, lý do đi khám bệnh, tiền sử điều trị...

- **Xét nghiệm:** Các xét nghiệm thường quy; Xét nghiệm nội tiết

\*BN được tiến hành định lượng hormone tuyến yên bằng lấy máu TM buổi sáng (sau khi đã nhịn ăn)

\*Xét nghiệm nồng độ hormone TSH, FSH, PRL, ACTH, LH, GH... theo phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên máy Elecsys 2010 với thuốc thử của hãng Roche tại khoa sinh hóa Bệnh viện Bạch Mai

**2.4. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4/2008 đến tháng 4/2016.

\*Bệnh viện Bạch Mai

\*\*Bệnh viện 103

\*\*\*Bệnh viện 19.8

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

**2.5 Phân tích và xử lý số liệu:** Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

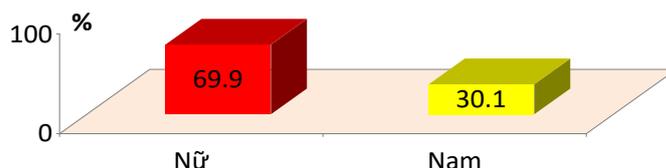
#### 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi:

**Bảng 1:** Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

| Nhóm tuổi        | 18-30 | 31-45 | 46-60 | > 60 | Tổng |
|------------------|-------|-------|-------|------|------|
| Số bệnh nhân (n) | 13    | 30    | 21    | 9    | 73   |
| Tỷ lệ %          | 17,8  | 41,1  | 28,8  | 12,3 | 100  |

**Nhận xét:** Bệnh nhân gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi, tuổi trung bình  $42,4 \pm 13,3$ , thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 78 tuổi.

#### 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



**Biểu đồ 1:** Phân bố bệnh nhân theo giới

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam ít hơn nữ, nam chiếm 30,1%, nữ 69,9%.

#### 3.3 Tiền sử điều trị của bệnh nhân

**Bảng 2:** Tiền sử điều trị của bệnh nhân

| Các phương pháp can thiệp | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ %    |
|---------------------------|------------------|------------|
| Chưa điều trị gì          | 10               | 13,7       |
| Điều trị nội khoa         | 51               | 69,9       |
| Điều trị phẫu thuật       | 12               | 16,4       |
| <b>Tổng</b>               | <b>73</b>        | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân đã được điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật tái phát, có 13,7% bệnh nhân chưa điều trị gì.

#### 3.4. Phân loại u tuyến yên

**Bảng 3:** Phân loại u tuyến yên

| Thể bệnh (n=73)     | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ %    |
|---------------------|------------------|------------|
| U có HT nội tiết    | 32               | 43,8       |
| U không HT nội tiết | 41               | 56,2       |
| <b>Tổng</b>         | <b>73</b>        | <b>100</b> |

**Nhận xét:** U không hoạt có hoạt tính nội tiết tỷ lệ nhiều hơn chiếm 56,2% so với u hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

#### 3.5. Phân loại u tuyến yên nhóm có hoạt tính nội tiết

**Bảng 4:** Phân loại u tuyến yên nhóm có hoạt tính nội tiết

| Thể bệnh (n=32)    | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ %    |
|--------------------|------------------|------------|
| Chỉ tiết Prolactin | 15               | 46,9       |
| Chỉ tiết GH        | 3                | 9,4        |
| Chỉ tiết ACTH      | 1                | 3,1        |
| Chỉ tiết LH        | 1                | 3,1        |
| Chỉ tiết FSH       | 1                | 3,1        |
| Tiết 2 hormon      | 10               | 31,3       |
| Tiết 3 hormon      | 1                | 3,1        |
| <b>Tổng</b>        | <b>32</b>        | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Phân bố theo từng thể tăng tiết hormon thấy: tăng tiết PRL chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%, chỉ tiết GH chiếm 9,4%, tiết 2 loại hormon chiếm 31,3%, tiết FSH, LH, ACTH đều gặp 1 trường hợp và 1 trường hợp tiết 3 loại hormon.

#### 3.6. Nồng độ các hormon nhóm nghiên cứu

**Bảng 5:** Nồng độ các hormon

| Các hormon (n=73) | Trung bình | Độ lệch | Trung vị | Thấp nhất | Cao nhất |
|-------------------|------------|---------|----------|-----------|----------|
| Prolactin (ng/ml) | 67,19      | 125,54  | 14,75    | 3,44      | 470,00   |
| GH (ng/ml)        | 8,36       | 20,15   | 2,38     | 0,13      | 103,9    |
| ACTH(Pg/ml)       | 25,89      | 16,68   | 20,92    | 1,00      | 98,62    |
| TSH (uU/ml)       | 2,969      | 11,550  | 1,520    | 0,060     | 100,000  |
| FSH (mU/ml)       | 11,47      | 21,22   | 6,24     | 1,45      | 151,20   |
| LH (mU/ml)        | 9,05       | 15,44   | 5,47     | 0,11      | 85,98    |

**Nhận xét:** Nồng độ trung bình hormon Prolactin và GH ở bệnh nhân u tuyến yên tăng cao so với giá trị người bình thường. Đối với các hormon ACTH, TSH, FSH tăng ít hoặc không tăng so với giá trị nồng độ hormon tương ứng ở người bình thường.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân u tuyến yên  $\geq$  18 tuổi được điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy tuổi thấp nhất là 18, tuổi cao nhất 78, trung bình  $42,4 \pm 13,3$  tuổi và gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi, tỉ lệ nam ít hơn nữ, nam chiếm 30,1%; nữ chiếm 69,9%. Nghiên cứu của Heng Wan (2007) tuổi trung bình là 43,7 tuổi và tỷ lệ gặp ở nữ cũng cao hơn nam [3]. Trong số 73 bệnh nhân có 86,3% được điều trị bằng các phương pháp trước đó như dùng thuốc nội khoa, phẫu thuật nội soi, hoặc điều trị nội kết hợp với phẫu thuật nội soi tái phát. Trong đó có 43,8% bệnh nhân u có hoạt tính nội tiết và 56,2% u không có hoạt tính nội tiết. Trong số 32 bệnh nhân u tuyến yên có hoạt tính nội tiết chúng tôi nhận thấy tỷ lệ gặp nhiều nhất là u tăng tiết prolactin (46,9%), sau đó đến tăng tiết hai hormon (31,3%), tăng tiết GH (9,4%) còn các hormon khác chiếm tỷ lệ ít. Ironside (2003) tỷ lệ tăng tiết PRL là 30%, GH là 15% tăng tiết TSH chỉ chiếm 1%[5]. Theo tác giả Zbigniew Petrovich (2003) nghiên cứu trên 78 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị xạ phẫu sau khi thất bại với phẫu thuật có 72% u không tiết và 28% u tăng tiết trong đó có 15,4% u tăng tiết PRL, 7,7% bệnh nhân tăng tiết GH, 5,1% bệnh nhân tăng tiết ACTH, không gặp bệnh nhân nào tiết FSH, LH, TSH [2].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hormon Prolactin, GH tăng cao, các hormon khác như ACTH, TSH, FSH, LH tăng ít hoặc không tăng có lẽ do bệnh nhân tăng tiết PRL và GH chiếm tỷ lệ cao ngược lại ít gặp bệnh nhân tăng

tiết các hormon khác. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Huyền [1].

#### V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình  $42,4 \pm 13,3$  tuổi, gặp nhiều nhất nhóm 31-45 tuổi
- Tỷ lệ nam/nữ = 30,1/69,9.
- Tỷ lệ u tuyến yên có hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, u không hoạt tính nội tiết chiếm 56,2%.
- Trong số bệnh nhân u tuyến yên có hoạt tính nội tiết, u tăng tiết Prolactin chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến tăng tiết hai hormon, tăng tiết GH, tỷ lệ tương ứng là: 46,9%, 31,3% và 9,4%.
- Nồng độ trung bình hormon Prolactin, GH cao, trung bình tương ứng là 67,19ng/ml và 8,36ng/ml. Nồng độ hormon ACTH, TSH, FSH, LH không tăng hoặc tăng ít.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Huyền (2015).** "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên trước và sau phẫu thuật", Luận văn bác sĩ nội trú chuyên ngành nội tiết, trường Đại học Y HN.
2. **Zbigniew Petrovic (2003).** "Gamma Knife Radiosurgery For Pituitary Adenoma: Early Results", *Neurosurgery*, 53: 51-61.
3. **Heng Wan:** "Gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases". 2007 Jun;106(6):980-7.
4. **Faglia G.: Genesis of pituitary adenomas, in Landolt A. Vance ML, Reilly PL.** "Pituitary adenoma". New York, Churchill Livingstone, 1996, pp.
5. **Ironside J.W. (2003):** "Pituitary gland pathology" *J Clin Pathol* 2003;56:561-568
6. **Mahdi Sharif-Alhoseini1, Edward R. Laws2 and Vafa Rahimi-Movaghar3,4** "Functioning Pituitary Adenoma" *Sina Trauma and Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran*

## GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG 30 NGÀY CỦA RUNG NHỈ TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Huỳnh Kim Phụng\*, Phạm Tú Quỳnh\*\*,  
Nguyễn Thanh Hiền\*\*, Lê Công Tấn\*\*\*

**TÓM TẮT**

**Mở đầu:** Rung nhĩ (RN) là một rối loạn nhịp thường gặp nhất trong dân số. Ở Việt Nam theo thống kê sơ bộ tỷ lệ RN trong cộng đồng là 0,3-0,44. RN cũng thường gặp ở BN nhồi máu cơ tim (NMCT) với tỷ lệ từ 5% đến 23%. RN liên quan đến tăng các biến cố tim mạch, tăng tử vong ngắn hạn và dài hạn. Việt Nam chưa có nhiều NC chuyên biệt về RN ở BN NMCT cấp. **Mục tiêu:** giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày của RN trong NMCT cấp. **Phương pháp NC:** NC tiến cứu mô tả từ 08/2015 đến 06/2016 trên 560 BN NMCT cấp theo tiêu chuẩn đồng thuận toàn cầu về NMCT, điều trị tại các khoa hồi sức và tim mạch bệnh viện Nhân dân 115. Xác định tử vong 30 ngày do tất cả nguyên nhân bằng gọi điện thoại người thân BN vào ngày 30 của NMCT cấp. Tỷ số chênh được tính theo phương trình hồi quy logistic đơn biến với khoảng tin cậy 95%. Sử dụng phần mềm SPSS 22. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong 30 ngày của BN NMCT cấp có RN là 52,6%, Tỷ số chênh tử vong trong 30 ngày là 2,8 [1,4-5,4]. **Kết luận:** RN có giá trị tiên lượng xấu đối với tử vong 30 ngày, tỷ số chênh tử vong trong 30 ngày của RN là 2,8 [1,4-5,4] với  $p < 0,05$ .

**SUMMARY**

**RELATIONS AND 30-DAY MORTALITY  
PRONOSTIC VALUE OF ATRIAL FILLIBRATION  
INACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**

**Background:** Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia. In Viet Nam, preliminary estimates are that incidence of AF is 0,3-0,44% in population. Atrial fibrillation (AF) is a common significant arrhythmia complication of acute myocardial infarction (AMI), the incidence of AMI-associated AF is around 5%-23%. AF is recognized in the relation to cardiovascular outcomes; short-term and long-term mortality. **Objective:** Assessing 30-day mortality prognostic value of AF in AMI. **Method:** The prospective descriptive study from Aug. 2015 to June 2016 of 560 acute myocardial infarction (AMI) patients that based on Global Consensus diagnostic standard of AMI at intensive care department and cardiology department of People's hospital 115. The defining 30 - daydeath caused by all reasons was done by calling the patient's relatives on day 30<sup>th</sup> of AMI. The odd ratio will be calculated by logistic recurrent equation with  $p$  value  $< 0.05$ . Using software SPSS 22. **Results:** Incidence of 30-day mortality of AF-associated AMI 52.6%, the odd ratio for 30-day mortality of AF in AMI

is 2.8 [1.4-5.4] **Conclusion:** AF is bad significant prognosis during 30-day time in AMI patients, the odd ratio for 30-day mortality in AMI-associated AF is 2.8 [1.4-5.4].

**Key words:** Acute myocardial infarction, atrial fibrillation, main cardiovascular outcome, 30-day mortality.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

RN là loại rối loạn nhịp thường gặp nhất trong dân số. RN chiếm khoảng 1-2% dân số chung và ảnh hưởng đến trên sáu triệu người châu Âu. RN không những làm giảm chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng tử vong và bệnh tật tim mạch.

RN liên quan đến thời gian nằm viện dài ngày, tăng các biến cố tim mạch, tăng nguy cơ đột quỵ, rối loạn huyết động, tăng tử vong nội viện và tử vong dài hạn.

Hiện nay, Việt Nam với những đặc điểm riêng về chủng tộc, kinh tế xã hội vẫn chưa có nhiều NC chuyên biệt về RN ở bệnh nhân NMCT cấp. Tỷ lệ RN trong các NC về NMCT cấp ở Việt Nam dao động từ 4,4% đến 6,2%. Nhằm giúp hiểu thêm về tác động của RN lên dự hậu của bệnh nhân NMCT cấp, chúng tôi tiến hành NC "Giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày của RN trong NMCT cấp". **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày của RN trong NMCT cấp.

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

**2.1 Thiết kế NC:** NC tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc ngắn hạn. Thời gian 08/2015-06/2016

**2.2 Đối tượng NC****- Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ BN NMCT cấp nhập viện tại bệnh viện Nhân Dân 115

+ BN có các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thỏa mãn các tiêu chuẩn đồng thuận toàn cầu NMCT cấp[5].

+ BN được lấy vào NC theo trình tự thời gian, không phân biệt tuổi, giới.

**- Cỡ mẫu:** tham khảo tỷ lệ RN ở BN NMCT cấp là 6,2%[2], ước tính  $p$  trong NC của chúng tôi khoảng 6,2%. Vì vậy, chọn  $p = 6,2\%$  và  $d=2\%$ .  $\Rightarrow n = 559$  trường hợp.

**- Các tiêu chuẩn chẩn đoán:** Tăng huyết áp (THA) dựa theo ASH/ISH 2014 hoặc đã được chẩn đoán THA và đang dùng thuốc hạ áp. Chẩn đoán ĐTĐ theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2010. Rối loạn lipid máu dựa theo ATP III. Béo phì theo Tổ chức y tế thế giới cho người châu Á khi chỉ số khối cơ thể (BMI)  $\geq 25$ .

**+ Tiêu chuẩn về điện tim:** đo điện tim chuẩn 12 chuyển đạo và chuyển đạo DII dài, vào

\*Bệnh viện Chợ Rẫy

\*\*Bệnh viện Nhân dân 115

\*\*\*Bộ Môn Nội Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phượng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 3.5.2017

các thời điểm: 1. Ngay khi vào viện. 2. Ít nhất hai điện tim liên tiếp. 3. Khi đau ngực, khó thở, bất thường khác về lâm sàng. 4. Trước xuất viện. Làm thêm chuyển đạo V<sub>3R</sub>, V<sub>4R</sub> và V<sub>7</sub>, V<sub>8</sub>, V<sub>9</sub> nếu nghi ngờ có NMCT thất phải.

**+ Tiêu chuẩn chẩn đoán RN:** 1. Hoạt động nhĩ không đều, không có các sóng P rõ ràng, khoảng R-R không đều (khi còn dẫn truyền nhĩ thất). RN từ trước: RN trong giai đoạn nằm viện và ghi nhận có tiền căn RN trước đây. RN mới khởi phát: RN trong giai đoạn nằm viện và không có tiền căn RN trước đây. RN kịch phát: cơn RN kéo dài dưới 7 ngày. RN dai dẳng: RN xuất hiện liên tục trong thời gian nằm viện và kéo dài hơn 7 ngày. Thời gian khởi phát RN (đối với RN mới khởi phát): tính từ lúc nhập viện đến khi xuất hiện RN.

**+ Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp:** Chẩn đoán NMCT khi phát hiện có sự tăng lên và/hoặc giảm xuống của troponin I với ít nhất một giá trị cao hơn bách phân vị 99th của URL, kèm với ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

- Đau ngực và/hoặc khó thở.

- Biến đổi có ý nghĩa của ST-T mới hoặc có khả năng mới xuất hiện, hoặc block nhánh trái mới.

- Xuất hiện sóng Q bệnh lý trên điện tim.

**+ Tiêu chuẩn biến cố lâm sàng:** Phân độ suy tim theo Killip: từ độ 1-> độ 4 Tử vong 30 ngày: Gọi điện thoại cho người thân BN vào ngày 30 từ lúc nhập viện để xác định BN còn sống hay tử vong (tử vong do tất cả nguyên nhân)

**2.3 Xử lý số liệu:** Sử dụng chương trình phần mềm thống kê SPSS 22, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**2.4 Đạo đức NC:** đây là NC quan sát, không làm tổn hại tinh thần, thể xác đối tượng nghiên cứu, các thông tin liên quan đến BN đều được bảo mật. Vì thế vẫn đảm bảo vấn đề y đức trong NC.

### III. KẾT QUẢ

Từ 08/2015 đến 06/2016, NC trên 560 BN NMCT cấp, trong đó có 48 BN RN.

- Tiên lượng tử vong 30 ngày của RN trong NMCT cấp

Liên quan giữa RN và tử vong 30 ngày

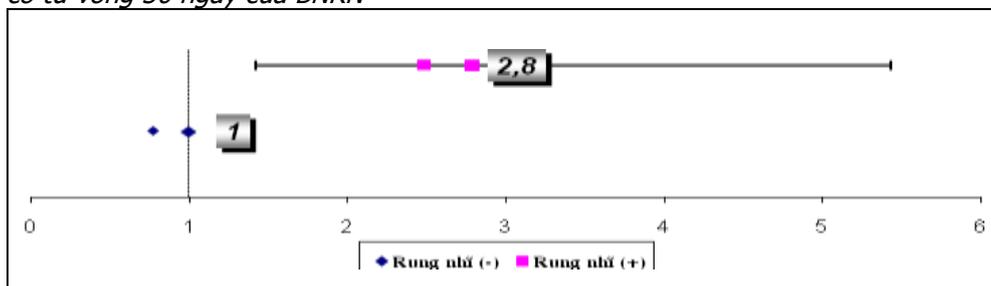
**Bảng 1.** Liên quan giữa RN và tử vong 30 ngày

| RN \ Tử vong | Tử vong (-) | Tử vong (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|--------------|-------------|-------------|------|----------|-----------|
| RN (-)       | 305         | 122         | 427  |          |           |
| RN (+)       | 18          | 20          | 38   |          |           |
| <b>Tổng</b>  | 323         | 142         | 465  |          |           |

+ Tỷ lệ mất dấu là 17,0% gồm 95 BN không liên hệ được sau xuất viện.

+ Tỷ lệ tử vong 30 ngày nhóm RN là 52,6% lớn hơn tử vong nhóm không RN là 28,6%. Có sự liên quan giữa RN và tử vong với p=0,003.

*Nguy cơ tử vong 30 ngày của BNRN*



**Biểu đồ 1.** Nguy cơ tử vong 30 ngày của BNRN

BNRN có nguy cơ tử vong 30 ngày gấp 2,8 lần so với người không RN với khoảng tin cậy 95% là 1,4-5,4; p=0,003.

### IV. BÀN LUẬN

NC chúng tôi đã ghi nhận tỷ lệ tử vong 30 ngày là 30,5%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của Trần Hòa và Nguyễn Quốc Thái lần lượt là 5,9% và 2,78%[1,3]. Điều này có thể do NC của Trần Hòa và Nguyễn Quốc Thái trên đối tượng can thiệp mạch vành đã loại trừ

các TH nặng như nhiều bệnh phổi hợp nặng, chóng tim hay can thiệp hẹp thân chung động mạch vành trái > 50%. Trong khi đó, dân số NC của chúng tôi là nhiều bệnh nặng do bệnh viện chúng tôi là bệnh viện tuyến cuối của thành phố, đồng thời nhận một lượng bệnh nặng từ các tỉnh thành chuyển đến. NC của chúng tôi có tỷ lệ suy

tim sung huyết (Killip  $\geq 2$ ) khá cao là 60,7% và điểm số GRACE trung bình là 185,1; đồng thời tỷ lệ can thiệp mạch vành thấp chỉ có 13,6%.

NC chúng tôi đã ghi nhận tỷ lệ tử vong ở nhóm RN là 52,6% cao hơn tử vong nhóm còn lại là 28,6% với  $p=0,003$ . Điều này đã được chứng minh từ NCGUSTO-III với 13 858 BN NMCT cấp, theo dõi trong 30 ngày có tỷ lệ tử vong nhóm RN là 15% cao hơn nhóm không RN là 6% ( $p=0,001$ ). Việt Nam cần thêm nhiều NC với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu rõ hơn về nguyên nhân tử vong của BNRN sau NMCT cấp, từ đó có chiến lược điều trị tốt hơn.

NC chúng tôi đã ghi nhận tỷ số chênh tử vong 30 ngày của RN là 2,8, khoảng tin cậy 95% 1,4-5,4. Tương tự, NCGUSTO - III cũng đã cho thấy tỷ số chênh tử vong 30 ngày của RN là 1,6, khoảng tin cậy 95% 1,3-2,0. Thử nghiệm OPTIMAAL cũng chứng minh RN làm tăng tử vong 30 ngày (HR 3,8, khoảng tin cậy 95% 1,4-2,4)[6]. Crenshaw, Mrdovic và Lin cùng nhận định như vậy[4,7]. RN là một yếu tố tiên lượng nặng ở BN NMCT cấp.

## V. KẾT LUẬN

Qua NC trên 560 BN được chẩn đoán xác định NMCT cấp, nhập viện tại bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 8-2015 đến tháng 6-2016, chúng tôi ghi nhận kết quả sau:

Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của BN NMCT cấp có RN là 52,6%. Tỷ số chênh OR tử vong trong 30 ngày của RN là 2,8 với khoảng tin cậy 95% là 1,4-5,4 và  $p=0,003$ .

Vì thế, RN có giá trị tiên lượng xấu đối với tử vong 30 ngày, tỷ số chênh tử vong trong 30 ngày của RN là 2,8 [1,4-5,4] với  $p<0,05$ .

## HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

- Trong nghiên cứu này, chủ yếu chúng tôi chỉ khảo sát RN có triệu chứng.

- Cỡ mẫu tương đối ít nên chưa đánh giá đầy đủ tiên lượng RN, chưa hiệu chỉnh được các yếu tố có thể gây nhiễu lên các tỷ số chênh.

- Tỷ lệ mất dấu cao (17,0%) cũng ảnh hưởng phần nào đến kết quả tử vong 30 ngày.

## KIẾN NGHỊ

- Cần NC với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn về tiên lượng tử vong 30 ngày.

- NC đánh giá tỷ lệ và tiên lượng của RN không triệu chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hòa và các cộng sự. (2012)**, "Kết quả can thiệp động mạch vành tiên phát (thì đầu) trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh Viện Đại học Y Dược thành Phố Hồ Chí Minh", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 16(1), tr. 94-100.
2. **Nguyễn Văn Tân (2015)**, "Nghiên cứu sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nhồi máu cơ tim cấp ở bệnh nhân trên và dưới 65 tuổi", Luận án tiến sĩ y học.
3. **Nguyễn Quốc Thái (2011)**, "Nghiên cứu hiệu quả can thiệp động mạch vành của Stent phủ thuốc trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp", Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
4. **Crenshaw BS, Ward SR và Granger CB (1997)**, "Atrial fibrillation in the setting of acute myocardial infarction: the GUSTO-I experience", JACC 30(2), pp 406-13.
5. **ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force (2012)**, "Third universal definition of myocardial infarction", European Heart Journal 33, pp 2551-2567.
6. **Lehto M, Snapinn S và Dickstein K (2005)**, "Prognostic risk of atrial fibrillation in acute myocardial infarction complicated by left ventricular dysfunction: the OPTIMAAL experience", European Heart Journal 26, pp 350-356.
7. **Lin CJ, Liu CF và Kung CT (2011)**, "The prognostic value of atrial fibrillation on 30-day clinical outcome in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention", Int Heart J. 52, pp 153-158.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH BẰNG SIÊU ÂM KIỂU XOAY CHO DẠNG ĐỤC NHÂN TRẮNG

Nguyễn Quốc Đạt\*

## TÓM TẮT

\*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2017

Nghiên cứu thực hiện trên 780 mắt của 430 bệnh nhân sau 16 tuổi trong thời gian 12 tháng tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng, từ tháng 9/2014 đến 8/2015. Trước kia với phương pháp tán nhuyễn thể thủy tinh (TTT) với siêu âm truyền thống, ngày nay có kỹ thuật tán nhuyễn TTT kiểu xoay. Do có nhiều phẫu thuật

Ngày duyệt bài: 4.5.2017

viên rất lo ngại và băn khoăn khi dùng kỹ thuật mới này với nhân đục trắng nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả của tán nhuyễn TTT kiểu xoay và đề xuất chế độ cài đặt máy hợp lý và an toàn cho trường hợp đục TTT nhân trắng. **Phương pháp:** Mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Thị lực (TL) được cải thiện đáng kể và nhanh chóng: 01 ngày sau phẫu thuật không còn mắt mù, sau 01 tuần có 82,8% và sau 01 tháng có 89,6% đạt TL cao  $\geq 7/10$ . Không gặp biến chứng nặng xảy ra, các biến chứng đều khắc phục được. Tính hiệu quả của kỹ thuật còn thể hiện ở tổng năng lượng, thời gian tán nhuyễn và lượng dịch dịch sử dụng đều ở mức thấp an toàn. **Kết luận:** Đây là kỹ thuật hiệu quả và đáng được áp dụng cho đục TTT nhân trắng.

**Từ khóa:** Đục thể thủy tinh trắng, tán nhuyễn thể thủy tinh bằng siêu âm kiểu xoay.

## SUMMARY

### EVALUATION ON THE RESULTS OF TORSIONAL EMULSIFICATION TECHNIQUE FOR THE WHITE CATARACT

The research was launched on 780 eyes of 430 patients above 16 years of age during the time of 12 months, from Sep. 2014 to Aug. 2015. Formerly, the traditional emulsification commonly used; nowadays, the torsional technique become to new modern. Because a lot of phaco surgeons were hesitant and worried about this technique for white cataract, the research were conducted on. **Purpose:** evaluating the outcome of torsional emulsification for the white cataract and suggesting the suitable set up to surgeons. **Method:** Prospective description, noncontrol clinical trial. **Results:** The visual acuity (VA) restored quickly, postoperative one-day there was no blind eye any more, one week: 82.8% and one month: 89.6% attained VA more and equal 7/10. There was no severe complication and these light complications would be overcome. The efficiency of the technique was also recognized that total of emulsification energy, time of ultrasound and solution volume used were at safety level. **Conclusion:** This is the effective technique and worthy of application for white cataract.

**Keywords:** White cataract, torsional phaco technique.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những nguyên nhân gây mù hàng đầu là đục thể thủy tinh (ĐTTT), có 4 nhóm ĐTTT theo nguyên nhân: do tuổi già, do bẩm sinh, do bệnh lý và do chấn thương. Tất cả các nguyên nhân đều bao gồm nhiều dạng ĐTTT với màu sắc khác nhau. Trên lâm sàng ĐTTT có màu trắng rất thường gặp và là một thách thức cho phẫu thuật viên ở tất cả các thì [1]. ĐTTT trắng thường có bao TTT rất mỏng, khó quan sát, áp lực trong lòng bao thường cao [2], [3]. Kỹ thuật tán nhuyễn TTT bằng siêu âm đã bắt đầu thịnh

hành từ 20 năm nay tại Việt nam, trải qua nhiều bước tiến của kỹ thuật máy và kỹ thuật phẫu thuật. Tuy nhiên rất nhiều phẫu thuật viên đang quen với kỹ thuật tán nhuyễn truyền thống cho nhân đục trắng nay chuyển sang tán nhuyễn TTT kiểu xoay ban đầu cảm thấy khó khăn lúng túng. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả của tán nhuyễn TTT kiểu xoay đối với ĐTTT trắng.
- Đề xuất mức cài đặt các thông số kỹ thuật hợp lý cho phẫu thuật này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả mắt ĐTTT trắng được phẫu thuật 12 tháng, từ tháng 9/2014 đến 8/2015 tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Đục TTT nhân trắng
- Có chỉ định phẫu thuật tán nhuyễn TTT
- Có điều kiện theo dõi tái khám

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các bệnh lý toàn thân: đái tháo đường, tăng huyết áp, lao...
- Có các bệnh lý tại mắt: giả long bao, đồng tử không giãn... đã cắt bè hay can thiệp nội nhãn khác...
- Cận thị trực, chấn thương, glôcôm...
- Trẻ em dưới 16 tuổi.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng.

### 2.2.1. Tiêu chuẩn đánh giá

- Thời gian sử dụng và tổng năng lượng siêu âm cho từng mắt phẫu thuật, TL trước và sau phẫu thuật, thời gian hồi phục TL cao nhất sau phẫu thuật, biến chứng trong và sau phẫu thuật (rách bao sau, vết mổ hở, xẹp tiền phòng...)
- Tổng năng lượng siêu âm, thời gian và lượng dịch trung bình được sử dụng.
- Theo dõi: 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng có phiếu theo dõi riêng.

### 2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

- Máy phaco Infiniti (Alcon), dùng chế độ Ozil với IP mặc định ở 95%.
- Bộ vi phẫu phaco, thể thủy tinh nhân tạo mềm một mảnh, nhầy phẫu thuật Duovics, vết mổ nhỏ với dao mổ 2.2MM
- Máy siêu âm A và B. Nhãn áp kế Schiotz.
- Kính hiển vi phẫu thuật OMS-800
- Máy đo khúc xạ giác mạc: tính K1 và K2
- Kỹ thuật: tán nhuyễn tán nhuyễn bằng siêu âm: Stop & Chop, tê cạnh nhãn cầu, thuốc KS

trong mỡ Vancomycin 1mg/0,1ml. Sau mổ: nhỏ Vigamox, Tobradex.

**2.2.3. Xử lý số liệu**

- Sử dụng phần mềm SPSS11.5
- Kiểm định:  $\chi^2$  hiệu chỉnh, Fisher chính xác, t student, trị số p.

**2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:** Toàn văn đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Công nghệ về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện thông qua.

Trong thời gian 12 tháng, từ tháng 9/2014 đến 8/2015 chúng tôi đã tiến hành cho 780 mắt của 430 bệnh nhân, trong đó 350 bệnh nhân được phẫu thuật cả 2 mắt, đục nhân trắng được phẫu thuật tán nhuyễn TTT bằng siêu âm theo tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ nêu ra. Tỷ lệ đục trắng cả 2 mắt được phẫu thuật là 81,4%.

**3.1. Đặc điểm về giới tính và tuổi:** Nam có 225 bệnh nhân (52,3%), nữ có 205 bệnh nhân (47,7%).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Tuổi và giới**

| Tuổi             | Nam        |              | Nữ         |              | Tổng cộng  |               |
|------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
|                  | Số lượng   | Tỷ lệ %      | Số lượng   | Tỷ lệ %      | Số lượng   | Tỷ lệ %       |
| 16-40            | 41         | 9,5%         | 57         | 13,3%        | 98         | 22,8%         |
| 41-60            | 144        | 33,5%        | 101        | 23,4%        | 245        | 56,9%         |
| 61-80            | 32         | 7,4%         | 35         | 8,2%         | 67         | 15,6%         |
| >80              | 8          | 1,9%         | 12         | 2,8%         | 20         | 04,7%         |
| <b>Tổng cộng</b> | <b>225</b> | <b>52,3%</b> | <b>205</b> | <b>47,7%</b> | <b>430</b> | <b>100,0%</b> |

Tuổi nhỏ nhất là 16, lớn nhất là 95. Tuổi trung bình là 47,76 ± 9,41. Có 56,9% thuộc lứa tuổi 41-60. Có xu hướng ít dần sau tuổi 60. Tỷ lệ các nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.2. Thị lực trước và sau phẫu thuật**

**Bảng 2. Thị lực trước và các thời điểm sau phẫu thuật**

| Thị lực     | Trước PT   |             | 1 ngày     |             | 1 tuần     |             | 1 tháng    |             |
|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
|             | SL         | Tỷ lệ %     |
| ST(+) <-3m  | 316        | 40,5        | 0          | 0           | 0          | 0           | 0          | 0           |
| 3m - <1/10  | 269        | 34,5        | 0          | 0           | 0          | 0           | 0          | 0           |
| 1/10 - 3/10 | 192        | 24,6        | 43         | 5,5         | 7          | 0,9         | 1          | 0,1         |
| 4/10 - 6/10 | 3          | 0,4         | 270        | 34,6        | 127        | 16,3        | 80         | 10,3        |
| ≥ 7/10      | 0          | 0           | 467        | 59,9        | 646        | 82,8        | 699        | 89,6        |
| <b>TC</b>   | <b>780</b> | <b>100%</b> | <b>780</b> | <b>100%</b> | <b>780</b> | <b>100%</b> | <b>780</b> | <b>100%</b> |

(Ghi chú: ĐNT = đếm ngón tay, m = mét; ST = sáng-tối)

- Trước phẫu thuật TL rất thấp: theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới ĐNT < 3m được gọi là mù, ở đây có 40,5%. Có 100% thuộc TL thấp, không có mắt nào TL bình thường (≥ 7/10).

- Vào 01 ngày sau phẫu thuật: TL cải thiện đáng kể, không còn mắt TL kém trầm trọng, không còn mắt mù. Tỷ lệ hồi phục TL bình thường lên đến 59,9%.

- Vào 01 tuần sau phẫu thuật: các nhóm TL cao tăng thêm, có 82,8% TL bình thường.

- Vào 01 tháng sau phẫu thuật: chỉ còn 01 mắt có TL 3/10 còn 99,9% có TL từ 4/10 trở lên, trong đó có 89,6% TL bình thường (≥ 7/10).

So sánh tỷ lệ các nhóm TL lúc 1 tháng sau

phẫu thuật với trước phẫu thuật thì có sự khác biệt ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

**3.3. Hiệu quả của kỹ thuật tán nhuyễn kiểu xoay**

- Tổng năng lượng siêu âm (E):

Tổng năng lượng siêu âm trung bình: E = 20,13 ± 7,01

- Thời gian siêu âm (tính bằng giây) trung bình một ca phẫu thuật: 61,91 ± 10,25 giây

- Lượng dịch sử dụng trung bình một ca phẫu thuật: sử dụng 81,13 ± 20,27ml

Nhờ cài đặt hợp lý, rút ngắn thời gian phẫu thuật giúp cho lượng dịch sử dụng vừa đủ

**3.4. Biến chứng**

**Bảng 3. Biến chứng phẫu thuật**

| Giai đoạn | Các biến chứng      | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-----------|---------------------|----------|---------|
| Trong mổ  | Bỏng vết mổ         | 19       | 2,4%    |
|           | Rách bao sau        | 7        | 0,9%    |
|           | Rách mống mắt       | 6        | 0,7%    |
|           | Các biến chứng khác | 0        | 0,0%    |

|  |                     |      |           |              |
|--|---------------------|------|-----------|--------------|
| Sau mổ   | Xẹp tiền phòng      |      | 5         | 0,6%         |
|  | Phù giác mạc        | Nặng | 0         | 0,0%         |
|  |                     | Vừa  | 7         | 0,9%         |
|  |                     | Nhẹ  | 46        | 5,9%         |
|  | Loạn dưỡng giác mạc |      | 0         | 0,0%         |
| Các biến chứng khác (viêm MBD, xuất huyết nội nhãn, mù nội nhãn, bong võng mạc...) |                     | 0    | 0,0%      |              |
| <b>TC</b>  |                     |      | <b>90</b> | <b>11,5%</b> |

- Biến chứng phù giác mạc nhẹ có tỷ lệ cao nhất (5,9%), gặp ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật, không có trường hợp nào phù nặng. Bong vết mổ có 2,4% nhưng chỉ có 0,6% xẹp tiền phòng trong ngày thứ nhất, xử lý bơm hơi tiền phòng.

- Thị lực đạt  $\geq 7/10$  sau 1 ngày và sau 1 tuần: hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên sau 01 tháng so với sau 01 tuần thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nữa với  $p > 0,05$ .

- **Nhãn áp:** không có mắt nào tăng nhãn áp sau mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tuổi và giới:** Trong nghiên cứu này chúng tôi không nghiên cứu mắt trẻ em dưới 16 tuổi vì hầu hết đục TTT dạng này chỉ cần rửa hút chứ không phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật tán nhuyễn. Ở đây nam chiếm 52,3% xấp xỉ với nữ 205 bệnh nhân (47,7%).

Đục TTT trắng là một dạng đục bệnh lý làm giảm TL trầm trọng vì ánh sáng khó xuyên qua TTT để hội tụ được trên võng mạc, hội chứng đồng tử trắng thấy rõ trên lâm sàng. Tuy giảm TL nặng nhưng hầu như tế bào của bao TTT và nhân TTT đã bất hoạt về tính chất chuyển hóa nên ít xảy ra biến chứng phản ứng viêm [5].

Tuổi càng lớn ít gặp đục trắng, nhưng khi gặp thì thực tế họ đã đến quá muộn không có chỉ định phẫu thuật [6].

**4.2. Thị lực trước và sau phẫu thuật:** Tán nhuyễn TTT bằng siêu âm là một phương pháp phẫu thuật ĐTTT hiện đại, TL ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật đã hồi phục rõ rệt. Sự nhanh chóng này thể hiện ở chỗ không còn mắt mù nữa và tất cả đều có TL từ 1/10 trở lên. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Khúc Thị Nhụ [1].

Thời gian từ sau 01 tuần và sau 01 tháng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ) chứng tỏ sự ổn định TL rất sớm của phẫu thuật. Có thể nói chúng ta yên tâm kết quả sau 1 tuần. Sau 01 tháng không thấy có sự thay đổi TL nữa cho nên chỉ cần theo dõi các biến chứng muộn như đục bao sau, tăng nhãn áp...

Có những trường hợp phẫu thuật rất tốt nhưng 1- 2 ngày sau phẫu thuật TL chưa cao vì

chúng tôi có chèn bóng hơi trong tiền phòng, bóng hơi này sẽ được hấp thụ sau một vài ngày.

**4.3. Hiệu quả của kỹ thuật tán nhuyễn kiểu xoay:** Trong phương pháp tán nhuyễn TTT bằng siêu âm các thông số luôn được quan tâm là tổng năng lượng siêu âm đã được sử dụng, thời gian siêu âm tác động lên nhân và lượng dịch vào ra mắt bệnh nhân trong phẫu thuật. Các yếu tố trên đây càng lớn thì sự tác động lên tổ chức giác mạc, vết mổ, mống mắt càng xấu đi. Nếu sử dụng năng lượng càng ít, trong thời lượng ngắn và sử dụng lượng dịch ít thì kết quả phẫu thuật sẽ tốt [5].

- Tổng năng lượng siêu âm trung bình:  $20,13 \pm 7,01$ . Theo các tác giả nước ngoài thì khi tổng năng lượng sử dụng vượt quá 50 thì mới có nguy cơ phù giác mạc [3]. Ở đây dù đục trắng nhưng chỉ sử dụng khoảng 20 trong tán nhuyễn kiểu xoay nên rất an toàn. Kỹ thuật kiểu xoay nhờ tác dụng cắt nhân nhanh gấp đôi vì chiều sang phải và chiều sang trái của đầu kim siêu âm vẫn cắt và hút tốt. Trong khi đó tán nhuyễn truyền thống thì sự dao động của kim siêu âm là chỉ một chiều tới còn chiều lui thì không tác dụng cắt.

- Thời gian siêu âm (tính bằng giây) trung bình một ca phẫu thuật:  $61,91 \pm 10,25$  giây. Đây là ưu điểm của tán nhuyễn kiểu xoay, trung bình chỉ khoảng 01 phút, không đủ lâu để gây tác hại cho các tổ chức nội nhãn. Thời gian này thấp hơn các tác giả vì chúng tôi sử dụng máy thể hệ mới Infinity và chế độ Ozil [1].

- Lượng dịch sử dụng trung bình một ca phẫu thuật: sử dụng  $81,13 \pm 20,27$  ml. Chúng tôi sử dụng dịch muối Ringer Lactate cho tất cả các trường hợp chứ không dùng dung dịch lý tưởng BSS do đắt tiền. Nhưng với lượng nước này không làm tổn thương nội nhãn và phù hoàng điểm dạng nang. Điều này phù hợp với lý luận của Berdahl JP et al [2] và Vasavada AR [5].

**4.4. Biến chứng:** Có tất cả 90 mắt có biến chứng liên quan đến phẫu thuật, chủ yếu là phù giác mạc nhẹ. Thông thường các dạng phù này là do ngấm nước trong quá trình phẫu thuật nhưng đều mất đi vài ngày sau khi sử dụng các thuốc chống viêm corticoid tại chỗ như thuốc

nhỏ mắt Tobradex 0,3%, có vài trường hợp chích cạnh nhãn cầu Dexamethason 5mg/1ml 1 lần trong 2-3 ngày liên tiếp hậu phẫu. Đa số bệnh nhân được ra viện ngày hôm sau.

Chế độ tán nhuyễn kiểu xoay nhờ có hướng chuyển động đầu phaco tip qua lại của kim Kelman 20 độ cong, vát 60 độ, d= 0.9mm, xoay ngang qua lại 32000 lần/s (cả 2 chiều đều tác dụng cắt: 64000/s) nên tác dụng cắt nhân rất hiệu quả, hạn chế được biến chứng phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi: gặp nhiều ở tuổi trẻ, từ 16 đến 60. Tuổi già ít gặp đục trắng hơn

- Thị lực: Cải thiện rất nhanh chóng, chỉ cần một ngày sau phẫu thuật và mắt ổn định sau 01 tháng.

- Hiệu quả: Sử dụng năng lượng siêu âm rất ít, thời gian tác dụng của tia siêu âm ngắn và lượng dung dịch Ringer Lactate cũng ít.

- Biến chứng: Các biến chứng dù phụ thuộc vào tay nghề của phẫu thuật viên nhưng hầu hết đều khắc phục được.

Vậy chúng ta có thể mạnh dạng dùng kỹ thuật này cho các trường hợp ĐTTT trắng mà không nên lo sợ, băn khoăn.

## KIẾN NGHỊ

1. Triển khai rộng rãi kỹ thuật này áp dụng cho ĐTTT trắng, luôn luôn có thuốc nhuộm bao ở thì xé bao trước cho an toàn cuộc phẫu thuật kiểu xoay.

2. Nên cài đặt các thông số thông dụng sau đây cho tất cả các phẫu thuật viên mới:

- Thì đào rãnh nhân: Vacuum = 80mmHg, Power (Ozil continuous) = 100%, Flow Rate (lực hút) = 34ml/phút

- Thì Chop và hút nhân: Vacuum = 380mmHg, Ozil Burst : limit=100, on 120, off 20, flow rate = 38ml/phút

- Thì lấy lớp Epi: Vacuum = 200mmHg, Ozil continuous = 50%, flow rate = 30ml/phút.

Tổng năng lượng giảm đi vì tác dụng cắt cả hai hướng qua lại của phaco tip, dùng Burst hạn chế thời gian phí ("công vô ích") và các thì đều có cài đặt giới hạn dưới cho các chỉ số [5]. Chính vì thế tổng năng lượng được giảm đi đáng kể và rút ngắn thời gian phaco mặc dù có cài đặt chế độ IP (intelligent phaco) với ngưỡng 95% để hạn chế tắc nghẽn nhân trong kim siêu âm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khúc T Nhun (2006)**, "Tán nhuyễn TTT bằng siêu âm phối hợp đặt TTT nhân tạo qua đường rạch giác mạc bậc thang phía thái dương". *Luận án TS Y học*, ĐH Y Hà Nội.
2. **Berdahl JP et al (2008)**, "Comparision of a torsional handpiece through microincision versus standard clear corneal cataract wounds", *Ophthalmic Surg. chap. 4, pp 56-65*.
3. **Hoffman R S., Fine I H., (2010)**, New phacoemulsification technology, *Current Ophthalmol*, 16 (1): 38-43.
4. **Kuszek JR, Costello MJ (2006)** "Embryology and Anatomy of Human lenses". *Duane's Ophthalmology on CD-ROM Chapter 71 A*.
5. **Vasavada AR, Raj SM, Patel U, et al.(2010)**, "Comparison of torsional and microburst longitudinal phacoemulsification: a prospective, randomized, masked clinical trial" *Ophthalmic Surg. Lasers Imaging*, 41(1):109-114.
6. **Richard A Zorab and cs (2013)**, "Exfoliation syndrome", *Lens and Cataract section 11*, American of Academy Ophthalmology, pp.61-62.

## MỘT SỐ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ TRONG BỆNH TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Văn Dũng\*

### TÓM TẮT

Trầm cảm là những rối loạn thường gặp nhất trong các rối loạn tâm thần ở người cao tuổi. Rối loạn giấc ngủ là một trong những triệu chứng quan trọng và thường gặp trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi. **Mục tiêu:** Mô tả biểu hiện lâm sàng của rối loạn

giấc ngủ trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu ở 51 bệnh nhân được chẩn đoán trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi. **Kết quả nghiên cứu:** rối loạn giấc ngủ ở những bệnh nhân trầm cảm cao tuổi là 100%. Thời gian vào giấc kéo dài: trung bình là 115 ± 12.0 phút; Thời gian ngủ được trung bình mỗi đêm ngắn, trung bình 3.6 ± 0.2 giờ; 100% bệnh nhân biểu hiện mệt mỏi khi thức giấc; Điểm trung bình thang PSQI là 15.5 ± 0.4 điểm. Mất ngủ trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi thường xảy ra trước hoặc cùng các triệu chứng khác của bệnh. **Kết luận** Trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi chủ yếu là mất ngủ (100%), nhất là

\* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdrung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.1.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2017

Ngày duyệt bài: 3.5.2017

mất ngủ đơn thuần và biểu hiện ở cả 3 giai đoạn của giấc ngủ (80,4%).

**Từ khóa:** PSQI, giấc ngủ, tuổi cao

## SUMMARY

### CLINICAL MANIFESTATIONS SOME SLEEP DISORDERS IN DEPRESSION IN THE ELDERLY

Depression is the most common disorder of mental disorders in the elderly. Sleep disturbances are one of the key symptoms and disorders common in depression in the elderly. **Objective:** Describe the clinical manifestations of sleep disorders in depression disorders in the elderly. **Methods:** The study describes, in 51 prospective patients diagnosed onset of depression in the elderly. **Findings:** sleep disorders in the elderly depressed patients is 100%. Time to sleep lasts:  $115 \pm 12.0$  average minutes; The average sleep time per night is short, averaging  $3.6 \pm 0.2$  hours; 100% of patients expressed fatigue when awake; GPA scale was  $15.5 \pm 0.4$  points PSQI. Insomnia in depressive disorders in the elderly often occurs before or along with other symptoms of the disease. Conclusion In depressive disorders in the elderly are mainly insomnia (100%), especially insomnia alone and expression in all 3 phases of sleep (80.4%).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn hay gặp trong thực hành tâm thần học cũng như trong thực hành đa khoa. Theo WHO và nhiều tác giả có từ 3 đến 5% dân số trên thế giới (khoảng 100 triệu người) có các triệu chứng trầm cảm ở một giai đoạn nào đó trong cuộc đời. Hơn nữa, người ta còn thấy tỷ lệ tái phát của trầm cảm là 50 đến 80% các trầm cảm đơn cực và cao hơn nữa ở rối loạn cảm xúc lưỡng cực.... Rối loạn giấc ngủ (RLGN) là một triệu chứng rất hay gặp trong thực hành tâm thần học như các rối loạn tâm thần nội sinh, rối loạn tâm thần thực thể, rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng chất, rối loạn liên quan stress... và đặc biệt thường gặp trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

Mặt khác, khi mất ngủ kéo dài có thể dẫn tới suy nhược nặng, và nguy cơ tự sát có thể xảy ra. Mất ngủ mạn tính làm giảm chất lượng cuộc sống. Người bệnh mệt mỏi, giảm tập trung chú ý, giảm trí nhớ... ảnh hưởng đến chất lượng công việc hàng ngày. rối loạn giấc ngủ kéo dài nếu không được điều trị sẽ là nhân tố làm khởi phát các bệnh lý khác.

Rối loạn giấc ngủ là một trong những triệu chứng quan trọng trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, nhưng cho đến nay ở nước ta chưa có công trình nào nghiên cứu một cách đầy đủ và hệ thống. Để làm sáng tỏ hơn rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả biểu hiện lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong bệnh trầm cảm ở người cao tuổi.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả trên các bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú tại Viện SKTT Bệnh viện Bạch Mai với các tiêu chuẩn lựa chọn như sau:

+ Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi Theo ICD- 10 với F32. F33

+ Có rối loạn giấc ngủ biểu hiện bằng ngủ nhiều, mất ngủ, ác mộng...;

+ Điểm tổng cộng của thang Pittsburgh > 5.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

- Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 51 bệnh nhân.

- Nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 – 69 tuổi, chiếm tỷ lệ 27.5 %; tiếp đến là nhóm từ 70 – 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 25.4%.

- Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam (66.7% và 33.3%).

**Bảng 1: Độ tuổi trung bình khởi phát bệnh theo giới**

| Gới \ Tuổi | $\bar{X} \pm SD$ | Nhỏ nhất | Lớn nhất | p        |
|------------|------------------|----------|----------|----------|
| Nam        | $65.0 \pm 3.7$   | 65       | 68       | p < 0.05 |
| Nữ         | $60.6 \pm 1.9$   | 60       | 65       |          |
| Chung      | $67.7 \pm 1.8$   | 60       | 68       |          |

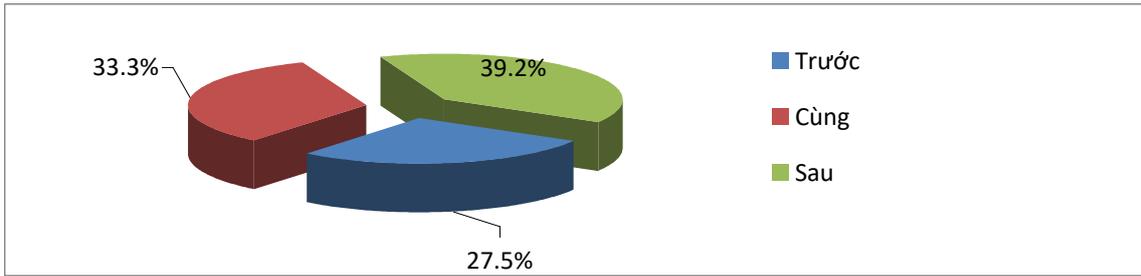
Nữ giới có tuổi khởi phát các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi muộn hơn, trung bình  $60.6 \pm 1.9$  tuổi, nam giới có khởi phát các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi trung bình là  $62 \pm 3.7$  tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

### 2. Đặc điểm lâm sàng RLGN trong các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

**Bảng 2: Loại RLGN**

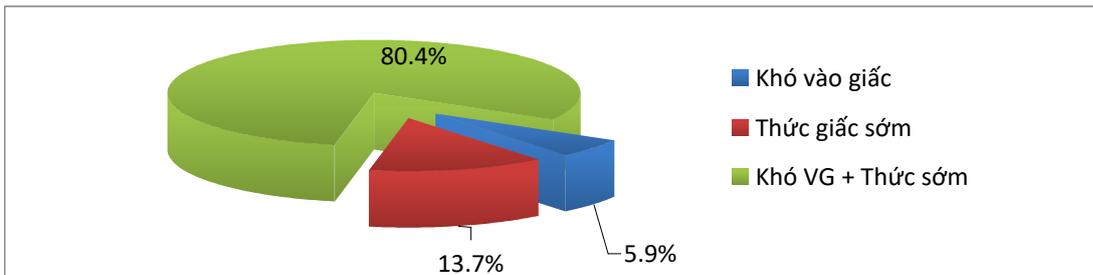
| Loại rối loạn giấc ngủ | n         | Tỷ lệ %    |
|------------------------|-----------|------------|
| Mất ngủ đơn thuần      | 41        | 80.4       |
| Mất ngủ + Ac mộng      | 10        | 19.6       |
| <b>Cộng</b>            | <b>51</b> | <b>100</b> |

- Tỷ lệ mất ngủ đơn thuần là cao nhất, chiếm 80.4% số bệnh nhân.
- Mất ngủ kèm theo có ác mộng chiếm tỷ lệ 19.6% số bệnh nhân.



**Biểu đồ 1: Thời gian xuất hiện RLGN với các triệu chứng của trầm cảm**

39.2% bệnh nhân có RLGN xảy ra sau các triệu chứng khác và 33.3% bệnh nhân có RLGN xảy ra cùng các triệu chứng khác của bệnh (biểu đồ 3.1).



**Biểu đồ 2: cách thức mất ngủ trong mẫu nghiên cứu**

- Vừa mất ngủ đầu giấc, vừa thức giấc sớm có tỷ lệ cao nhất (80.4%).
- Khó vào giấc ngủ đơn thuần hoặc chỉ thức giấc sớm chiếm tỷ lệ thấp (5.9%, 13.7%).

**Bảng 3: Thời gian từ lúc đi ngủ đến lúc ngủ thực sự theo thể bệnh của trầm cảm (thời gian vào giấc ngủ)**

| Các giai đoạn trầm cảm  | $\bar{x} \pm SD$ | Ngắn nhất | Dài nhất | p      |
|-------------------------|------------------|-----------|----------|--------|
| Giai đoạn trầm cảm nặng | 123.6 ± 18.6     | 20        | 360      | p>0.05 |
| Giai đoạn trầm cảm vừa  | 240 ± 0          | 240       | 240      |        |
| Giai đoạn trầm cảm nhẹ  | 97.1 ± 12.1      | 15        | 180      |        |
| Chung                   | 115 ± 12.0       | 15        | 360      |        |

- Ở giai đoạn trầm cảm vừa có thời gian vào giấc trung bình là 115 ± 12 phút. Trong đó giai đoạn trầm cảm nặng là 123.6 ± 18.6 phút; các giai đoạn trầm cảm nhẹ là 97.1 ± 12.1 phút.

**Bảng 4: Thời gian ngủ được mỗi đêm theo các thể bệnh trầm cảm**

| Các giai đoạn trầm cảm  | $X \pm SD$ | Ngắn nhất | Dài nhất | p      |
|-------------------------|------------|-----------|----------|--------|
| Giai đoạn trầm cảm nặng | 3.5 ± 0.3  | 1         | 7        | p>0.05 |
| Giai đoạn trầm cảm vừa  | 4 ± 0      | 4         | 4        |        |
| Giai đoạn trầm cảm nhẹ  | 3.7 ± 0.2  | 1         | 5        |        |
| Chung                   | 3.6 ± 0.2  | 1         | 7        |        |

- Thời gian ngủ được trung bình mỗi đêm của Bệnh nhân là 3.6 giờ, trong đó, các trầm cảm nặng có thời gian ngủ trung bình mỗi đêm là 3.5 giờ; các Giai đoạn trầm cảm nhẹ là 3.7 giờ.

**Bảng 5: Tình trạng buổi sáng của bệnh nhân trầm cảm**

| Triệu chứng          | n  | Tỷ lệ % |
|----------------------|----|---------|
| Mệt mỏi              | 51 | 100.0   |
| Giảm tập trung chú ý | 45 | 88.2    |
| Hay quên             | 38 | 74.5    |
| Đề cập gắt           | 30 | 58.8    |
| Lo sợ mất ngủ        | 16 | 31.4    |

100% bệnh nhân rối loạn trầm cảm có biểu hiện mệt mỏi sau khi thức giấc. Biểu hiện hay gặp thứ hai là triệu chứng giảm tập trung chú ý, chiếm tỷ lệ 88.2%.

**Bảng 6: Điểm trung bình PSQI trong các rối loạn trầm cảm theo giới**

| Giới  | X ± SD     | Cực tiểu | Cực đại | p      |
|-------|------------|----------|---------|--------|
| Nam   | 14.9 ± 0.9 | 6        | 20      | p>0.05 |
| Nữ    | 15.8 ± 0.4 | 9        | 19      |        |
| Chung | 15.5 ± 0.4 | 6        | 20      |        |

- Điểm PSQI chung bệnh nhân rối loạn trầm cảm của mẫu nghiên cứu là 15.5 ± 0.4 điểm. Điểm PSQI của nữ giới 15.8 ± 0.4 điểm, cao hơn điểm PSQI của nam giới 14.9 ± 0.9. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 51 bệnh nhân. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 – 69 tuổi, chiếm tỷ lệ 27.5 %; tiếp đến là nhóm từ 70 – 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 25.4%.

- Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam (66.7% và 33.3%). Nữ giới có tuổi khởi phát các rối loạn trầm cảm muộn hơn, trung bình 62.6 ± 1.9 tuổi, nam giới có tuổi khởi phát các rối loạn trầm cảm trung bình là 65 ± 3.7 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Tuy nhiên, độ tuổi lúc nhập viện còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như xa nơi khám bệnh, kinh tế khó khăn, nhận thức của người bệnh về bệnh tật, sự quan tâm của bệnh nhân về bệnh tật... làm trì hoãn thời gian đi khám bệnh.

##### 2. Đặc điểm lâm sàng RLGN trong các rối loạn trầm cảm

Mất ngủ đơn thuần có tỷ lệ cao nhất chiếm 80.4% số bệnh nhân. Mất ngủ kèm theo có ác mộng chiếm tỷ lệ 19.6% số bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào ngủ nhiều, điều này khác với một số rối loạn tâm thần khác. Ví dụ như lo âu và đặc biệt là các rối loạn trầm cảm thực tổn. 39.2% bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ xảy ra sau các triệu chứng khác và 33.3% bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ xảy ra cùng các triệu chứng khác của bệnh (biểu đồ 1).

Điều này phù hợp với nghiên cứu của Ohayon M.M và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu vai trò của mất ngủ mạn tính trong tiến triển và tiên lượng rối loạn lo âu và trầm cảm thực tổn, ông cho rằng trong các rối loạn lo âu mất ngủ xuất hiện hầu hết cùng thời gian (>38%) hoặc sau (>34%) triệu chứng bệnh. Cũng trong nghiên cứu này ông khẳng định trong hầu hết các rối loạn khí sắc mất ngủ xuất hiện trước (>40%) hoặc cùng thời gian (>22%) với các triệu chứng của rối loạn khí sắc.

Như vậy có sự khác biệt về thời gian xuất hiện RLGN giữa các giai đoạn trầm cảm và các rối loạn khí sắc khác, một rối loạn cũng khá phổ biến trong tâm thần học. Trong giai đoạn trầm

cảm, RLGN thường xuất hiện cùng hoặc sau triệu chứng bệnh còn trong rối loạn khí sắc, RLGN thường xuất hiện trước các triệu chứng bệnh.

Về cách thức mất ngủ của nhóm đối tượng nghiên cứu chúng tôi ghi nhận giống như nhận xét của nhiều tác giả: vừa mất ngủ đầu giấc, vừa thức giấc sớm có tỷ lệ cao nhất (80.4%). Khó vào giấc ngủ đơn thuần hoặc chỉ thức giấc sớm chiếm tỷ lệ thấp (5.9%, 13.7%).

**Về thời gian ngủ:** Các rối loạn trầm cảm vừa có thời gian vào giấc trung bình là 115 ± 12 phút. Trong đó các rối loạn trầm cảm nặng là 123.6 ± 18.6 phút; các rối loạn trầm cảm nhẹ là 97.1 ± 12.1 phút... Theo y văn với các bệnh nhân rối loạn trầm cảm vào giấc đã khó nhưng khi ngủ được thì giấc ngủ thường nông, chập chờn, dễ thức giấc. Thời gian ngủ được trung bình mỗi đêm của các bệnh nhân rối loạn trầm cảm vừa trong nghiên cứu của chúng tôi là 3.6 giờ, trong đó, các rối loạn trầm cảm nặng có thời gian ngủ trung bình mỗi đêm là 3.5 giờ; các rối loạn trầm cảm nhẹ là 3.7 giờ.

**Hậu quả:** 100% bệnh nhân rối loạn trầm cảm có biểu hiện mệt mỏi sau khi thức giấc. Biểu hiện hay gặp thứ hai là triệu chứng giảm tập trung chú ý, chiếm tỷ lệ 88.2%.

Điểm PSQI chung trong các rối loạn trầm cảm của mẫu nghiên cứu là 15.5 ± 0.4 điểm. Điểm PSQI của nữ giới 15.8 ± 0.4 điểm, cao hơn điểm PSQI của nam giới 14.9 ± 0.9. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả.

#### V. KẾT LUẬN

✓ Trong các rối loạn trầm cảm biểu hiện mất ngủ là chủ yếu (100%). Trong đó, 80.4% mất ngủ đơn thuần, 19.6% mất ngủ kèm theo ác mộng, không gặp trường hợp nào ngủ nhiều.

✓ 60.8% bệnh nhân rối loạn trầm cảm có biểu hiện mất ngủ xảy ra trước và cùng các triệu chứng khác của bệnh.

✓ 80.4% bệnh nhân trong các rối loạn trầm cảm biểu hiện mất ngủ qua cả 3 giai đoạn của giấc ngủ: khó vào giấc ngủ, giấc ngủ nông, dễ thức giấc và thức giấc sớm.

- *Thời gian vào giấc:* trung bình là  $115 \pm 12.0$  phút. Trong đó các rối loạn trầm cảm nặng là  $123.6 \pm 18.6$  phút; các rối loạn trầm cảm nhẹ là  $97.1 \pm 12.1$  phút. Nhóm 70 – 79 tuổi có thời gian vào giấc ngủ dài nhất, trung bình  $158 \pm 33$  phút.

- *Giai đoạn trong giấc ngủ:* bệnh nhân ngủ nông, chập chờn, dễ thức giấc chiếm tỷ lệ 96.1%. Thời gian ngủ được trung bình mỗi đêm là  $3.6 \pm 0.2$  giờ.

- *Tình trạng buổi sáng khi thức giấc:* người bệnh mệt mỏi, uể oải (100%), chất lượng làm việc giảm (66.7%).

✓ Điểm tổng cộng PSQI trong các RLLQS là  $15.5 \pm 0.4$  điểm, nam  $14.9 \pm 0.9$  điểm; nữ  $15.8 \pm 0.4$  điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Hữu Bình (2005), *Rối loạn giấc ngủ không thực tổn*. (Tài liệu giảng dạy sinh viên Y5, Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội), trang: 245 - 251.

2. Chan S.W, Chiu H.F, Chien W.T, Thompson D.R (2012). "Quality of life in Chinese elderly people with depression". *Lam L. Int J Geriatr Psychiatry*. Apr;21(4):p 312-8.

3. Kaplan Sadock (1997). "Geriatric psychiatry", *Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins, Seventh Edition. page 1155 – 1171.

4. Kasper S, de Swart H, Friis Andersen H (2010). "Escitalopram in the treatment of depressed elderly patients". *Am J Geriatr Psychiatry*. Oct;13(10):884-91.

5. Barbara A. Phillips (2011), *Sleep - wake cycle: Its physiology and Impact on health*. US National Sleep Foundation.

6. Buysse D et al (2009), *The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research*. Vol 28, Psychiatry Research, p: 193 - 213.

7. Martin R et al (2012), *Medical and Psychiatric disorders and Sleep*. Evaluation and Management of Sleep Disorders, Third Edition. Panther Publishers Private Limited, p: 171-196.

## NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHI SỐT DENGUE CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Lê Minh Dũng\*, Nguyễn Duy Thăng\*\*, Nguyễn Quang Duật\*\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Xuất huyết tiêu hóa trong sốt Dengue ở bệnh nhi là một trong những biến chứng nguy hiểm dẫn đến hậu quả nặng nề thậm chí tử vong. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm chỉ ra những đặc điểm lâm sàng giúp chẩn đoán sớm và tiên lượng xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** So sánh đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhi có xuất huyết tiêu hóa với nhóm không có xuất huyết tiêu hóa. **Kết quả:** Một số đặc điểm lâm sàng có liên quan trong xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em bao gồm: hay gặp trong khoảng 6 - 10 tuổi; hay xuất hiện ở trẻ có sốt nhẹ, có triệu chứng nôn, đau bụng, có xuất huyết dưới da; nhưng ít xuất hiện ban dát đỏ. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng liên quan với xuất huyết tiêu hóa có ý nghĩa trong việc phát hiện sớm và tiên lượng bệnh nhi có xuất huyết tiêu hóa.

### SUMMARY

\*BV sản nhi Trà Vinh

\*\*BV nông nghiệp Hà Nội

\*\*\*Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Dũng

Email: bsleminhdung67@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 8.5.2017

### CLINICAL FEATURES OF DENGUE FEVER IN PEDIATRIC PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE

**Background:** Gastrointestinal bleeding in Dengue fever in pediatric patients is one of the serious complications leading to severe consequences and even death. **Objective:** The study is to point out the clinical features help early diagnosis and prognosis of gastrointestinal bleeding in children. **Subjects and Methods:** Comparison of clinical characteristics among patients with gastrointestinal bleeding with no gastrointestinal bleeding. **Results:** A number of clinical features involved in gastrointestinal bleeding in children include: common in about 6-10 years old; or appear in children with mild fever, with symptoms of vomiting, abdominal pain, bleeding under the skin; but few appear red in laid board. **Conclusion:** The clinical characteristics associated with gastrointestinal bleeding is significant in the early detection and prognosis of patients with gastrointestinal bleeding.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc phát hiện sớm xuất huyết tiêu hóa có vai trò quan trọng trong công tác điều trị sốt Dengue ở trẻ em đặt biệt là phòng những biến chứng nặng nề có thể xảy ra như sốc, suy đa tạng... Xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em và một số đặc điểm lâm sàng đi kèm có thể là những yếu tố gợi ý cho phát hiện sớm xuất huyết tiêu hóa.

Tuy nhiên việc nghiên cứu về xuất huyết tiêu hóa do sốt xuất huyết Dengue nói chung và ở bệnh nhi nói riêng tại Việt nam còn chưa nhiều mặc dù thực tế rất thường gặp trong lâm sàng. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm góp phần nâng cao việc chẩn đoán phát hiện sớm và tiên lượng những trường hợp bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue có xuất huyết tiêu hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 119 bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng I trong thời gian 12/2014-12/2015 được chẩn đoán xuất huyết Dengue theo tiêu chuẩn chẩn đoán Bộ y tế năm 2011 [2] được gia đình hoặc người giám hộ đồng ý cho bệnh nhi tham gia nghiên cứu. Đối tượng được chia thành 2 nhóm tương đương nhau về tuổi và giới:

- Nhóm nghiên cứu gồm 59 bệnh nhi có xuất huyết tiêu hóa.
- Nhóm chứng gồm 60 bệnh nhi không có xuất huyết tiêu hóa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có so sánh đối chứng.

#### 2.2.2. Các chỉ số về đặc điểm chung

- Tuổi
- Giới
- Số ngày mắc bệnh lúc nhập viện

#### 2.2.3. Các dấu hiệu lâm sàng

- Mức độ sốt: sốt nhẹ ( $37,5^{\circ}\text{C} < t^{\circ} \leq 38^{\circ}\text{C}$ ); sốt vừa ( $38^{\circ}\text{C} < t^{\circ} \leq 39^{\circ}\text{C}$ ); sốt cao ( $t^{\circ} > 39^{\circ}\text{C}$ )

- Tiêu hóa
- + Chán ăn
- + Buồn nôn và nôn
- + Đau bụng
- + Gan to
- Biểu hiện xuất huyết
- + Xuất huyết dưới da
- + Chảy máu mũi
- + Chảy máu răng
- + Chảy máu tiết niệu
- Tuần hoàn
- + Mạch: đơn vị tính là chu kỳ/ phút. Giá trị bình thường mạch quay của bệnh nhi được xác định theo tuổi, mạch của từng bệnh nhân được chia thành: không bắt được, bình thường, tăng.

+ Huyết áp: đơn vị tính là mmHg

+ Sốc

-Đau cơ

-Ban dát đỏ

**2.3. Xử lý số liệu nghiên cứu:** Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình tính toán chuyên dụng SPSS 13 (Statistical Package for Social Sciences). Khác biệt so sánh giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

#### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của nhóm nghiên cứu**

| Nhóm tuổi       | Nhóm nghiên cứu (n=59) |        | Nhóm chứng (n=60) |        | P    |
|-----------------|------------------------|--------|-------------------|--------|------|
|                 | SL                     | Tỷ lệ% | SL                | Tỷ lệ% |      |
| < 1 tuổi        | 1                      | 1,7    | 7                 | 11,7   | 0,19 |
| 1 – 5 tuổi      | 17                     | 28,8   | 15                | 25,0   |      |
| 6 – 10 tuổi     | 29                     | 49,2   | 26                | 43,3   |      |
| 11 – 15 tuổi    | 12                     | 20,3   | 12                | 20,0   |      |
| Tuổi trung bình | 7,29 ± 3,38            |        | 7,04 ± 4,25       |        | 0,72 |

**Nhận xét:** Trong cả nhóm nghiên cứu nhóm chứng, độ tuổi hay gặp nhất là 6 - 10 tuổi chiếm tỉ lệ 49,2% và 43,3%, thấp nhất là ở độ tuổi < 1 tuổi. Không có sự khác biệt về lứa tuổi giữa 2 nhóm ( $P > 0,05$ ).

**Bảng 2. Đặc điểm về giới tính**

| Giới tính   | Nhóm nghiên cứu (n=59) |               | Nhóm chứng (n=60) |               | P |
|-------------|------------------------|---------------|-------------------|---------------|---|
|             | SL                     | Tỷ lệ %       | SL                | Tỷ lệ %       |   |
| Nam         | 27                     | 45,8          | 28                | 46,7          | 1 |
| Nữ          | 32                     | 54,2          | 32                | 53,3          |   |
| <b>Tổng</b> | <b>59</b>              | <b>100.00</b> | <b>60</b>         | <b>100.00</b> |   |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhi nữ cao hơn nam ở cả hai nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên không có sự khác biệt về giới tính giữa nhóm có và không có xuất huyết tiêu hóa.

#### 3.1.2. Số ngày mắc bệnh trước khi vào viện

**Bảng 3. Đặc điểm số ngày mắc bệnh trước khi vào viện**

| Số ngày mắc bệnh | Nhóm nghiên cứu (n=59) |        | Nhóm chứng (n=60) |        | P    |
|------------------|------------------------|--------|-------------------|--------|------|
|                  | SL                     | Tỷ lệ% | SL                | Tỷ lệ% |      |
| ≤ 5              | 39                     | 66,1   | 38                | 63,3   | 0,85 |

|            |             |      |            |      |      |
|------------|-------------|------|------------|------|------|
| > 5        | 20          | 33,9 | 22         | 36,7 |      |
| Tổng       | 59          | 100  | 60         | 100  |      |
| Trung bình | 5,14 ± 1,11 |      | 5,2 ± 0,95 |      | 0,73 |

**Nhận xét:** Khoảng 2/3 số bệnh nhân nhập viện dưới 5 ngày ở cả hai nhóm nghiên cứu. Số ngày trung bình của bệnh nhi trước khi vào viện là 5,14 ± 1,11 ở nhóm nghiên cứu và 5,2 ± 0,95 ở nhóm chứng. Không có sự khác biệt 2 giữa nhóm có và không có xuất huyết tiêu hóa.

### 3.2. Các dấu hiệu lâm sàng

#### 3.2.1. Sốt

**Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng sốt**

| Mức độ sốt                            | Nhóm nghiên cứu (n=58) |              | Nhóm chứng (n=59) |              | p       |
|---------------------------------------|------------------------|--------------|-------------------|--------------|---------|
|                                       | SL                     | Tỷ lệ %      | SL                | Tỷ lệ %      |         |
| Sốt nhẹ ( $\leq 38^{\circ}\text{C}$ ) | 46                     | 79,3         | 26                | 44,1         | < 0,001 |
| Sốt vừa ( $\leq 39^{\circ}\text{C}$ ) | 1                      | 1,8          | 7                 | 11,8         |         |
| Sốt cao ( $>39^{\circ}\text{C}$ )     | 11                     | 18,9         | 26                | 44,1         |         |
| <b>Tổng</b>                           | <b>58</b>              | <b>100,0</b> | <b>59</b>         | <b>100,0</b> |         |

**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa chủ yếu sốt ở mức độ nhẹ ( $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$ ) chiếm 79,3%; trong khi ở nhóm không có xuất huyết tiêu hóa chủ yếu sốt mức độ vừa và nặng ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ) chiếm 55,9%. Sự khác biệt là có ý nghĩa với  $p < 0,001$ .

#### 3.2.2. Triệu chứng tiêu hóa

**Bảng 5. Đặc điểm về triệu chứng tiêu hóa**

| Đặc điểm lâm sàng | Nhóm nghiên cứu (n=59) |         | Nhóm chứng (n=60) |         | p    |       |
|-------------------|------------------------|---------|-------------------|---------|------|-------|
|                   | SL                     | Tỷ lệ % | SL                | Tỷ lệ % |      |       |
| Chán ăn           | Không                  | 49      | 83                | 51      | 85   | 0,81  |
|                   | Có                     | 10      | 17                | 9       | 15   |       |
| Nôn               | Không                  | 5       | 8,5               | 17      | 28,3 | 0,008 |
|                   | Có                     | 54      | 91,5              | 43      | 71,7 |       |
| Đau bụng          | Không                  | 11      | 18,6              | 29      | 48,3 | 0,001 |
|                   | Có                     | 48      | 81,4              | 31      | 51,7 |       |
| Gan to            | Không                  | 10      | 17                | 9       | 15   | 0,81  |
|                   | Có                     | 49      | 83                | 51      | 85   |       |

**Nhận xét:** Triệu chứng nôn, đau bụng ở nhóm xuất huyết tiêu hóa cao hơn ở nhóm không có xuất huyết tiêu hóa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p < 0,05$ ).

#### 3.2.3. Triệu chứng xuất huyết

**Bảng 6. Đặc điểm về triệu chứng xuất huyết**

| Đặc điểm lâm sàng  | Nhóm nghiên cứu (n=59) |        | Nhóm chứng (n=60) |        | p    |      |
|--------------------|------------------------|--------|-------------------|--------|------|------|
|                    | SL                     | Tỷ lệ% | SL                | Tỷ lệ% |      |      |
| Xuất huyết dưới da | Không                  | 19     | 32,2              | 8      | 13,3 | 0,02 |
|                    | Có                     | 40     | 67,8              | 52     | 86,7 |      |
| Chảy máu mũi       | Không                  | 43     | 72,9              | 52     | 86,7 | 0,07 |
|                    | Có                     | 16     | 27,1              | 8      | 13,3 |      |
| Chảy máu răng      | Không                  | 39     | 66,1              | 47     | 78,3 | 0,16 |
|                    | Có                     | 20     | 33,9              | 13     | 21,7 |      |
| Chảy máu tiết niệu | Không                  | 57     | 96,6              | 59     | 98,3 | 0,62 |
|                    | Có                     | 2      | 3,4               | 1      | 1,7  |      |

**Nhận xét:** Triệu chứng xuất huyết dưới da ở nhóm nghiên cứu thấp hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

#### 3.2.4. Triệu chứng tuần hoàn

**Bảng 7. Kết quả đo mạch quay của bệnh nhi**

| Mạch           | Nhóm nghiên cứu (n=59) |         | Nhóm chứng (n=60) |         | p      |
|----------------|------------------------|---------|-------------------|---------|--------|
|                | SL                     | Tỷ lệ % | SL                | Tỷ lệ % |        |
| Không bắt được | 2                      | 3,4     | 0                 | 0       | 0,18   |
| Bình thường    | 10                     | 16,9    | 6                 | 10      |        |
| Tăng           | 47                     | 79,7    | 54                | 90      |        |
| Trung bình     | 132,76 ± 32,61         |         | 158,15 ± 9,64     |         | <0,001 |

**Nhận xét:** Mạch trung bình ở nhóm nghiên cứu là  $132,76 \pm 32,61$  lần/ phút thấp hơn so với nhóm chứng là  $158,15 \pm 9,64$  ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 8. Kết quả đo huyết áp**

| Huyết áp (HA) | Nhóm nghiên cứu (n=59)<br>Mean $\pm$ SD | Nhóm chứng (n=60)<br>Mean $\pm$ SD | p    |
|---------------|---|------------------------------------|------|
| HA tâm thu    | 84,37 $\pm$ 22,47                       | 80,22 $\pm$ 9,01                   | 0,19 |
| HA tâm trương | 63,76 $\pm$ 18,97                       | 63,27 $\pm$ 9,81                   | 0,86 |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về huyết áp tâm thu trung bình và huyết áp tâm trương trung bình giữa 2 nhóm.

**Bảng 9. Tỷ lệ bệnh nhân bị sốt**

| Sốt         | Nhóm nghiên cứu (n=59) |               | Nhóm chứng (n=60) |               | p    |
|-------------|------------------------|---------------|-------------------|---------------|------|
|             | SL                     | Tỷ lệ%        | SL                | Tỷ lệ%        |      |
| Có          | 53                     | 89,8          | 50                | 83,3          | 0,42 |
| Không       | 6                      | 10,2          | 10                | 16,7          |      |
| <b>Tổng</b> | <b>59</b>              | <b>100.00</b> | <b>60</b>         | <b>100.00</b> |      |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có sốt ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khá cao chiếm (89,8% và 83,3%), tuy nhiên không có sự khác biệt có nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

**3.2.5. Các triệu chứng khác**

| Đặc điểm lâm sàng | Nhóm nghiên cứu (n=59) |        | Nhóm chứng (n=60) |        | p     |
|-------------------|------------------------|--------|-------------------|--------|-------|
|                   | SL                     | Tỷ lệ% | SL                | Tỷ lệ% |       |
| Đau cơ            | Không                  | 3      | 5,1               | 0      | 0,12  |
|                   | Có                     | 56     | 94,9              | 60     |       |
| Ban dát đỏ        | Không                  | 50     | 84,8              | 27     | 0,001 |
|                   | Có                     | 9      | 15,2              | 33     |       |

**Nhận xét:** Triệu chứng đau cơ không có sự khác biệt giữa hai nhóm, trong khi ban dát đỏ ở nhóm chảy máu tiêu hóa thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có xuất huyết tiêu hóa ( $p < 0,01$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi hay gặp nhất là 6 -10 tuổi chiếm 49,2%, tuổi < 1 chỉ có 1 trường hợp chiếm 1,7%. Tuổi trung bình mắc bệnh  $7,29 \pm 3,38$  tuổi. Không có sự khác biệt về lứa tuổi giữa nhóm có và không có xuất huyết tiêu hóa. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác [6],[3]. Tuổi là một biến quan trọng trong kết quả của nhiễm Dengue thứ phát. Tỷ lệ nhập viện và tử vong do DHF/ DSS là cao nhất ở trẻ nhỏ và người già. Rủi ro dẫn đến tử vong ở trẻ em do nhiễm Dengue thứ cấp cao gấp gần 15 lần so với người lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi nữ (54,2%) cao hơn nam (45,8%). Không có sự khác biệt về giới tính giữa nhóm có và không có xuất huyết tiêu hóa. Tỷ lệ nam/ nữ = 0,85. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác so với nghiên cứu của Trần Thị Thúy và cộng sự (2007) tỉ lệ nam/nữ là 1,27/1. Nghiên cứu của Lê Minh Dũng và cộng sự (2010) [4] tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Nhưng kết quả của chúng tôi lại tương tự nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Duy Liêm, Lâm Thị Mỹ (2010) [6] tỷ lệ nam/nữ là 1/1,2. Sở dĩ ít nhiều có những sự khác biệt về tuổi và giới tính giữa các nghiên cứu khác nhau, theo chúng tôi là

do các nghiên cứu khác nhau có tiêu chuẩn lựa chọn khác nhau.

Sốt là một dấu hiệu quan trọng và hay gặp trong nhiễm Dengue, đây cũng là lý do chính mà phần lớn bệnh nhân đi khám. Về mức độ sốt, ở nhóm bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa, chủ yếu bệnh nhân sốt mức độ nhẹ ( $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$ ) chiếm 79,3%; trong khi ở nhóm không có xuất huyết tiêu hóa chủ yếu bệnh nhi sốt mức độ vừa và nặng ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ) chiếm 55,9%. Sự khác biệt là có ý nghĩa với  $p < 0,001$ . Triệu chứng này hay gặp trong nhiễm Dengue ở các nghiên cứu trong và ngoài nước [1]. Tuy nhiên chưa thấy có nghiên cứu nào chỉ ra mức độ sốt liên quan đến xuất huyết tiêu hóa. Trong nghiên cứu này những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa thường có sốt nhẹ, ngược lại những bệnh nhi không có xuất huyết tiêu hóa thường sốt vừa và nặng. Cơ chế của sự khác biệt này vẫn chưa được làm rõ và cần có nghiên cứu sâu hơn để giải thích đặc điểm này.

Trong sốt Dengue biểu hiện của đường tiêu hóa rất đa dạng với nhiều mức độ khác nhau như buồn nôn, nôn, gan to, đau vùng gan, đau bụng, ỉa chảy... trong đó 3 dấu hiệu gan to  $>2\text{cm}$ , nôn nhiều và đau bụng vùng gan là các dấu hiệu có ý nghĩa để theo dõi và dự đoán

dengue nặng. Những triệu chứng này đều xuất hiện ở cả hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên triệu chứng nôn và đau bụng xuất hiện với tỉ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có xuất huyết tiêu hóa, như vậy có thể dựa vào những yếu tố này để dự báo nguy cơ xuất huyết tiêu hóa.

Kết quả khảo sát 59 bệnh nhi nhiễm Dengue có xuất huyết tiêu hóa trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy xuất huyết dưới da gặp phổ biến (67,8%), tiếp theo là chảy máu chân răng (33,9%), chảy máu mũi (27,1%), chảy máu tiết niệu (3,4%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước đó [3],[5],[7]. Đặc biệt tất cả các biểu hiện xuất huyết trên ở nhóm bệnh nhi có xuất huyết tiêu hóa đều gặp cao hơn so với nhóm bệnh nhi không có xuất huyết tiêu hóa, trong đó tỷ lệ xuất huyết dưới da là cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p=0,02$ ). Đây là đặc điểm mới trong nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy xuất huyết tiêu hóa có đi kèm với sự phổ biến hơn về các triệu chứng xuất huyết và những yếu tố này có thể dựa vào đó để dự đoán yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hóa.

Trong các triệu chứng về tuần hoàn, tần số mạch trung bình ở nhóm xuất huyết tiêu hóa thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có xuất huyết tiêu hóa ( $p < 0,001$ ), trong khi không có sự khác biệt về huyết áp hay tỉ lệ sốc. Như vậy yếu tố máu mất do xuất huyết tiêu hóa không lớn và không phải là yếu tố chính chi phối mạch, có thể ở đây liên quan đến mức độ sốt. Nhóm không có xuất huyết tiêu hóa có mức độ sốt vừa và cao lớn hơn nhóm có xuất huyết tiêu hóa vì thế có thể sẽ khiến mạch cao hơn, tuy nhiên đây mới chỉ là giả thuyết, để kiểm định điều này cần phải có nghiên cứu sâu hơn nữa về cơ chế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ban dát đỏ xuất hiện ít hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có xuất huyết tiêu hóa ( $p = 0,001$ ). Triệu chứng này thường gặp ở giai đoạn sốt.

## V. KẾT LUẬN

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG DO MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH

Vũ Minh Hải\*, Phạm Thị Tĩnh\*

## TÓM TẮT

Ở bệnh nhân nhi sốt Dengue có xuất huyết tiêu hóa có một số đặc điểm về lâm sàng như sau: độ tuổi hay gặp nhất là 6 - 10 (49,2%) và thấp nhất là nhỏ hơn 1 tuổi (1,7%); tỉ lệ bệnh nhi nữ (54,2%) cao hơn nam (45,8%). Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa hầu hết là sốt nhẹ (37,5 - 38<sup>o</sup>C) chiếm 79,3% trong khi những bệnh nhân không có xuất huyết tiêu hóa chủ yếu là sốt vừa và sốt cao (> 38<sup>o</sup>C) chiếm 55,9%. Triệu chứng nôn đau bụng xuất hiện với tỉ lệ cao hơn ở nhóm có xuất huyết tiêu hóa so với nhóm không có xuất huyết tiêu hóa. Các biểu hiện xuất huyết (dưới da, chân răng, chảy máu mũi, tiết niệu) có tỉ lệ cao hơn ở nhóm có xuất huyết tiêu hóa trong đó nổi bật nhất là tỉ lệ xuất huyết dưới da. Tần số mạch trung bình ở nhóm xuất huyết tiêu hóa thấp hơn so với nhóm không xuất huyết. Tỉ lệ ban dát đỏ ở nhóm xuất huyết tiêu hóa xuất hiện ít hơn so với nhóm không xuất huyết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anh, N.T.K. and Trần Thị Hoa Phượng, *Đặc điểm sốt xuất huyết dengue ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện nhi đồng 2*. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2012. 16(4).
2. Bộ Y tế, *Quyết định 458 QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue"*. 2011.
3. Cam, B.V., Lâm Thị Mỹ, and Nguyễn Minh Tiên, *Tổn thương các cơ quan trong sốc sốt xuất huyết dengue kéo dài*. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2006. 10(1): p. 143 - 151.
4. Dũng, L.M., Nguyễn Thanh Hùng, and Lâm Thị Mỹ, *Nhận xét kết quả điều trị của sốt xuất huyết không sốc có truyền dịch tại Bệnh viện Nhi đồng 1*. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010. 14(1): p. 57 - 61.
5. Hung, N.T., et al., *Volume replacement in infants with dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome*. Am. J. Trop. Med. Hyg., 2006. 74(4): p. 684 - 691.
6. Liêm, H.N.D. and Lâm Thị Mỹ, *Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở trẻ em bị sốc sốt xuất huyết có rối loạn đông máu*. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010. 14(1): p. 67 - 74.
7. Lưu, L.T. and cộng sự, *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết tại khoa truyền nhiễm - Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên 2009 - 2010*. Khoa học và công nghệ, 2009. 85(09): p. 83 - 89.

**Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố liên quan kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 39 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính được mổ giải tỏa não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** 39 bệnh nhân gồm 34 nam (87,2%), tuổi trung bình  $48 \pm 18,3$  (từ 17-80 tuổi). Đánh giá sau mổ tốt là 35,9% (GOS độ 4 và 5); trung bình (GOS 3) 28,2% và xấu là 35,9% (gồm GOS 1,2). Các yếu tố liên quan kết quả xấu sau mổ là tình trạng tri giác xấu, giãn đồng tử 2 bên, cắt lớp vi tính sọ não có hình ảnh xóa bể đáy, di lệch đường giữa  $>10\text{mm}$ . **Kết luận:** Các yếu tố liên quan kết quả xấu sau mổ chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính là tình trạng tri giác xấu, giãn đồng tử 2 bên, cắt lớp vi tính sọ não có hình ảnh xóa bể đáy, di lệch đường giữa  $>10\text{mm}$ .

**Từ khóa:** Chấn thương sọ não nặng, yếu tố tiên lượng chấn thương sọ não

## SUMMARY

### SOME FACTORS TO PROGNOSTICATE SURGICAL OUTCOME IN SEVERE BRAIN TRAUMATIC INJURY DUE TO ACUTE SUBDURAL HEMATOMA

**Objective:** Reviewing some factors prognosticating TBI surgical outcome of severe brain injury due to acute subdural hematoma. **Method:** cross-sectional study was conducted among 39 severe TBI patients with acute subdural hematoma operated by decompressive craniectomy in Thai Binh general hospital. **Results:** 39 patients included 34 men (87.2%), 5 female, mean age  $48 \pm 18.3$  (from 17-80 years old). Good postoperative assessment was 35.9% (GOS 4 and 5); average outcome (GOS 3) was 28.2% and bad outcome was 35.9% (GOS 1 or 2). The adversely postoperative prognostic factors were bad mental status, both side mydriasis, loss of basilar cisterns in CTscan, midline shift  $>10\text{mm}$ . **Conclusion:** The adversely postoperative prognostic factors of severe TBI due to acute subdural hematoma were bad mental status, both side mydriasis, loss of basilar cisterns in CTscan, midline shift  $>10\text{mm}$ .

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) nặng là tổn thương sọ não có tri giác theo thang điểm Glasgow Coma Scan  $\leq 8$  điểm. Trong CTSN thì máu tụ dưới màng cứng cấp tính có tỉ lệ tử vong và di chứng cao.

Điều trị CTSN nặng tại bệnh viện bao gồm hồi sức nội khoa, hồi sức thần kinh chống phù não,

chống thiếu máu và tránh tổn thương thứ phát. Phẫu thuật bao gồm: Phẫu thuật lấy máu tụ chèn ép, phẫu thuật giải phóng chèn ép não...

Tuy nhiên với CTSN nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính thì kết quả tử vong và di chứng còn cao, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu để nâng cao chất lượng điều trị và tiên lượng kết quả loại chấn thương này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Địa bàn, thời gian nghiên cứu:** Từ 1/12/2013 đến 30/6/2015 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

**2. Đối tượng nghiên cứu:** 39 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính được mổ giải tỏa não

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc; Ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị; Đánh giá kết quả mổ theo thang điểm GOS sau 6 tháng khám lại bệnh nhân.

\*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Kết quả phục hồi sau mổ theo thang điểm GOS**

| Kết quả (GOS)         | n         | %           |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Tốt (GOS độ 4,5)      | 14        | 35,9%       |
| Trung bình (GOS độ 3) | 11        | 28,2%       |
| Xấu (GOS độ 1,2)      | 14        | 35,9%       |
| <b>Tổng số</b>        | <b>39</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Có 14 bệnh nhân có kết quả xấu chiếm tỷ lệ 35,9%

**Bảng 3.2. Liên quan giữa tri giác trước mổ và tử vong sau mổ**

| Tri giác trước mổ | N (39BN) | Tử vong chung (12 BN) | Tỉ lệ tử vong theo nhóm GCS (%) |
|-------------------|----------|-----------------------|---------------------------------|
| GCS 4-6 điểm      | 16       | 7                     | 43,7                            |
| GCS 7-8 điểm      | 23       | 5                     | 21,7                            |

**Nhận xét:** Bệnh nhân điểm Glasgow 4-6 điểm tỷ lệ tử vong cao (43,7%) hơn nhóm Glasgow 7-8 điểm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.3. Dấu hiệu về đồng tử và tri giác**

| Đồng tử \ GCS  | 4-6 điểm  |            | 7-8 điểm  |            | Tổng số   |             |
|----------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
|                | n         | %          | n         | %          | n         | %           |
| Bình thường    | 0         | 0%         | 3         | 7,7%       | 3         | 7,7%        |
| Giãn một bên   | 14        | 35,9%      | 19        | 48,7%      | 33        | 84,6%       |
| Giãn hai bên   | 2         | 5,1%       | 1         | 2,6%       | 3         | 7,7%        |
| <b>Tổng số</b> | <b>16</b> | <b>41%</b> | <b>23</b> | <b>59%</b> | <b>39</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Bệnh nhân có giãn đồng tử 1 bên chiếm tỷ lệ cao nhất (84,6%), tuy nhiên 3 bệnh nhân giãn đồng tử 2 bên đều tử vong.

**Bảng 3.4. Di lệch đường giữa và kết quả điều trị**

| Di lệch đường giữa \ Kết quả | Tử vong   |              | Sống      |             | Tổng số   |            |
|------------------------------|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|------------|
|                              | n         | %            | n         | %           | n         | %          |
| 5-10 mm                      | 2         | 5,3%         | 20        | 48,7%       | 22        | 56,4%      |
| >10 mm                       | 10        | 25,6%        | 7         | 17,9%       | 17        | 43,6%      |
| <b>Tổng số</b>               | <b>12</b> | <b>30,8%</b> | <b>27</b> | <b>69,2</b> | <b>39</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Có 17 bệnh nhân (43,6%) có đường giữa di lệch > 10mm thì tỷ lệ tử vong 10 bệnh nhân (25,6%). Sự khác biệt về tử vong với nhóm di lệch đường giữa 5-10mm là có ý nghĩa ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.5. Tình trạng bề đáy và kết quả điều trị**

| Bề đáy \ Kết quả | Tử vong   |              | Sống      |              | Tổng số   |            |
|------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
|                  | n         | %            | n         | %            | n         | %          |
| Bề đáy còn       | 7         | 17,9%        | 27        | 69,2%        | 34        | 87,2%      |
| Xóa bề đáy       | 5         | 12,8%        | 0         | 0%           | 5         | 12,8%      |
| <b>Tổng số</b>   | <b>12</b> | <b>30,8%</b> | <b>27</b> | <b>69,2%</b> | <b>39</b> | <b>100</b> |

Có 5 bệnh nhân có tình trạng xóa bề đáy đều tử vong (12,8%). Sự khác biệt với nhóm bệnh nhân không có xóa bề đáy là có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ .

### IV BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16/39 bệnh nhân tri giác đánh giá theo thang điểm Glasgow Coma Scale 4-6 điểm (41%), trong số này tỷ lệ tử vong là 7/16 (43,7%). Có 23/39 bệnh nhân GCS 6-8 điểm thì 5/23 (21,7%) bệnh nhân tử vong. Theo Yoo DS. và cộng sự cho rằng bệnh nhân mê từ đầu, điểm GCS 4-6 điểm thì tỷ lệ tử vong cao gấp 2 lần so với bệnh nhân có khoảng tỉnh và tri giác xấu dần [4]. Ohta T và cộng sự cho biết tỷ lệ tử vong của máu tụ dưới màng cứng cấp tính mê từ đầu là 83%, trong khi

có khoảng tỉnh chỉ là 27,0% [1]. Như vậy điểm Glasgow Coma Scale càng thấp thì tỷ lệ tử vong càng cao, đây là một yếu tố tiên lượng nặng.

Giãn đồng tử một bên có ý nghĩa trong việc chẩn đoán máu tụ và xác định vị trí tổn thương, đồng tử thường giãn cùng bên với máu tụ, do cuốn não trong của thùy thái dương (hồi hải mã) lọt vào khe Bichat gây đè ép rễ hoặc nhân của dây thần kinh số III. Nếu phù não do giập não hoặc khối máu tụ đè ép tăng dần, đồng tử sẽ giãn tối đa, mất phản xạ ánh sáng và sẽ nhanh chóng gây giãn đồng tử cả hai bên, não mất bù,

tiên lượng rất nặng. Theo Elke Munch, Peter H và cộng sự thì tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có đồng tử đều, bình thường là 35% và tăng lên 75% ở nhóm bệnh nhân có hiệu ứng giãn đồng tử cả hai bên. 85% bệnh nhân tử vong khi có biểu hiện giãn tối đa cả hai đồng tử [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33/39 bệnh nhân (84,6%) có giãn đồng tử cùng bên với khối máu tụ. Khi có giãn đồng tử và liệt nửa người bên đối diện và tri giác giảm nhanh là đã có hiện tượng tụt kẹt. Vì vậy đây là các yếu tố quan trọng để theo dõi bệnh nhân chấn thương sọ não, cũng như những bệnh nhân khi nhập viện đã được chẩn đoán máu tụ trong sọ nhưng chưa có chỉ định phẫu thuật. Khi đã có hiện tượng tụt kẹt mà không giải quyết sẽ dẫn đến rối loạn hô hấp, tiên lượng sẽ nặng hơn. Theo bảng 3.3 trong 39 bệnh nhân thì có 3 bệnh nhân có giãn đồng tử 2 bên đều tử vong sau phẫu thuật (7,7%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Elke M.(2000), Waltraud K. (1993) [3, 5]. Như vậy giãn đồng tử 2 bên là một yếu tố tiên lượng nặng.

Sự chèn ép của khối máu tụ kèm phù não trong chấn thương làm cho đường giữa bị di lệch. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đường giữa bị đẩy lệch 5-10mm chiếm 56,4%, còn lại là trên 10mm. Ở mức độ đè đẩy dưới 5mm không có bệnh nhân nào. Theo bảng 3.4 cho thấy mức độ di lệch đường giữa càng lớn thì tỷ lệ tử vong càng cao. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê. Theo Miller và cộng sự nếu đường giữa bị đẩy lệch > 5mm trên chụp cắt lớp vi tính thì áp lực nội sọ có thể tăng tới 30mmHg hoặc hơn. Elsenberg HM. và cộng sự [2] cho rằng đối với máu tụ dưới màng cứng cấp tính có phối hợp với đưng giập não mà thương tổn đè đẩy đường giữa > 5mm thì cần phải lấy bỏ khối máu tụ, nếu không sẽ nguy cơ tử vong. Hầu hết nghiên cứu của các tác giả đều ghi nhận tiên lượng xấu nếu di lệch đường giữa càng nhiều.

Xóa ổ máu tụ là tình trạng não phù nặng làm mất hình ảnh các bể dịch não tủy trên phim chụp

cắt lớp vi tính với triệu chứng lâm sàng tri giác xấu, nguy cơ tử vong cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân tổn thương xóa ổ máu tụ (12,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Massaro. F cho rằng ổ máu tụ bị xóa thì 90% đến 100% bệnh nhân tử vong [7]. Bullock thấy rằng xóa ổ máu tụ trên phim chụp cắt lớp vi tính thì áp lực nội sọ tăng cao, thân não bị đè ép, tưới máu não giảm, tụt kẹt não thường xảy ra [6].

## V KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan kết quả xấu sau mổ chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính là tình trạng tri giác xấu, giãn đồng tử 2 bên, cắt lớp vi tính sọ não có hình ảnh xóa ổ máu tụ, di lệch đường giữa >10mm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ohta T. (1995), Head injury, Illustrated neurosurgery, Kinpodo, pp. 51-81
2. Elsenberg HM, et al (1990), "Initial CT finding in 753 patients with severe head injury", Journal of Neurosurgery, 73, pp.688-98.
3. Waltraud Kleist., Convert J., Mottolese c., et al (1993), "Evaluation of the clinical benefit of decompression hemi craniectomy in intracranial hypertension not controlled by medical treatment", Neurochirurgie, 39, pp. 304-10.
4. Yoo DS., Kim DS., Cho KS., et al (1999), "Ventricular pressure monitorina during bilateral decompression with dural expansion", J. Neurosurg, 91, pp. 953-59
5. Elke Miinch., Peter H., Ludwig, Richard H (2000), "Management severe traumatic brain injury by decompressive craniectomy", Neurosurgery, 47(2) pp. 315-23.
6. Bullock. M R (2006), "Surgical management of traumatic brain injury", Neurosurg, vol 58(3), pp 52-57.
7. Massaro F, Lanotte M, Faccani G, Triolo C (1996), "One hundred and twenty-seven case of acute subdural haematoma operated on: Correlation between CT scan findings and outcome", Acta Neurochir, vol 138, pp.185-91.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TƯ VẤN, KHÁM SÀNG LỌC, PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ Ở NỮ GIỚI TẠI TP. HÀ NỘI VÀ CÁC TỈNH LÂN CẬN

Phạm Cẩm Phương\*, Mai Trọng Khoa\*, Nguyễn Thị Hoa Mai\*

### TÓM TẮT

\*TT Y học Hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai  
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương

Email: phamcmaphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 4.5.2017

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả tư vấn, khám sàng lọc, phát hiện sớm ung thư vú ở nữ giới tại thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 1.609 phụ nữ trên địa bàn thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận từ tháng 5/2015 đến tháng 12/2015. **Kết quả:** 72,6% trường hợp có độ tuổi từ 40-59, độ tuổi dưới 30 chiếm 2,9% (47 trường hợp). 20,1% phụ nữ tự khám vú hàng tháng. Qua khám sàng lọc: 82,3% trường hợp không phát hiện thấy bất thường và 17,7% trường hợp có bất thường trong đó chủ yếu phụ nữ nằm trong độ tuổi từ 30-59 tuổi (93,7%), độ tuổi trên 60 và dưới 30 ít gặp (6,3%). Trong các trường hợp phát hiện có u vú chỉ có 92 phụ nữ tự khám và phát hiện thấy bất thường chiếm 32,3%. Phát hiện thấy 5 trường hợp ung thư vú chiếm 1,8% trong đó 3 bệnh nhân giai đoạn I, 1 bệnh nhân giai đoạn II và 1 bệnh nhân giai đoạn III. **Kết luận:** Nên có các hoạt động tư vấn khám sàng lọc định kỳ cho phụ nữ trên 30 tuổi, đặc biệt đối tượng nguy cơ cao để giúp phát hiện sớm các trường hợp bệnh lý tại vú từ đó nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị ung thư vú.

**Từ khóa:** ung thư vú, tự khám vú, phụ nữ, khám sàng lọc

## SUMMARY

### ASSESSING THE RESULTS OF CONSULTATION, SCREENING, EARLY DETECTION OF WOMEN BREAST CANCER IN HA NOI AND OTHER NEARBY PROVINCES

**Purpose:** Evaluating the results of consultation, screening, early detection of women breast cancer in Ha Noi city and other nearby provinces. **Methods:** Cross description 1,609 women in Ha Noi city and other nearby provinces from 5/2015 to 12/2015. **Results:** 72.6% of cases aged 40-59 and the age of 30 accounted for 2.9% (47 cases). 20.1% of women had monthly breast self-examination. Through screening, 82.3% of women were normal and 17.7 % of cases had abnormal in which mainly women in age from 30 to 59 (93.7%), age over 60 and under 30 were rare (6.3%), only 92 (32.3%) women had self-examination and found abnormalities. We detected 5 cases with breast cancer (1.8%) including three with stage I patients, one stage II and one stage III patients. **Conclusion:** Screening should be done for women over 30 years old, especially high-risk case to early detect breast cancer, then improving the quality of diagnosis and treatment.

**Keyword:** breast cancer, breast self-examination, women, screening

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u vú thường được phát hiện qua thăm khám lâm sàng, có thể lành tính hoặc ác tính. Các khối u vú lành tính thường gặp nhất là: U xơ tuyến vú: 50%, loạn sản lành tính tuyến vú: 13%. Ung thư tuyến vú chiếm khoảng 10% trường hợp [1]. Các tổn thương lành tính tuyến vú có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất là độ tuổi 15-30. Ước tính có khoảng 7 -13% nữ giới trong độ

tuổi sinh đẻ có u xơ tuyến vú, chiếm 50% các trường hợp tiểu phẫu lấy u vú [2].

Ung thư vú là ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới. Ở Mỹ, năm 2014 có khoảng 232,670 trường hợp mắc mới và 40430 phụ nữ chết vì căn bệnh này [3]. Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2008 ung thư vú là loại đứng đầu trong các ung thư ở nữ giới ở Miền Bắc với tỉ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 27,3/100.000 người, ở Miền Nam tỉ lệ này là 17,1/100.000 người, đứng thứ hai sau ung thư cổ tử cung [4]. Các yếu tố nguy cơ gây ung thư vú bao gồm: tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú, có kinh nguyệt lần đầu sớm, mãn kinh muộn, sinh con đầu lòng muộn, sử dụng thuốc tránh thai kéo dài, chiếu xạ vào vùng ngực,...[3],[5]. Mặc dù tỉ lệ bệnh gia tăng nhanh chóng nhưng tỷ lệ chết vẫn giữ ở mức ổn định nhờ các tiến bộ trong sàng lọc phát hiện sớm và những thành tựu đạt được trong điều trị, đặc biệt là điều trị đa mô thức: phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, điều trị đích. Ung thư vú là bệnh có thể chữa khỏi nếu được phát hiện sớm. Các phương pháp sàng lọc nhằm phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm bao gồm: tự khám vú hằng tháng, khám định kỳ sau 30 tuổi và đặc biệt chụp X quang tuyến vú có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện các khối u vú mà trên lâm sàng có thể chưa thấy được [4].

Vì vậy, chúng tôi phối hợp với quỹ "Ngày mai tươi sáng", "Hội Thầy thuốc trẻ Hà Nội" tiến hành tư vấn, khám sàng lọc cho gần 1.700 phụ nữ trên địa bàn tỉnh thành phố Hà Nội với mục đích: tư vấn, phát hiện sớm bệnh ung thư vú và các bất thường tại vú.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** 1.609 phụ nữ >15 tuổi trên địa bàn thành phố Hà Nội và một số tỉnh lân cận.

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

**Nội dung nghiên cứu:** Khám sàng lọc và phát hiện sớm bệnh ung thư vú

**Phương tiện, kỹ thuật:** Khám lâm sàng tuyến vú; Siêu âm tuyến vú; Chụp X-quang tuyến vú.

**Thực hiện nghiên cứu:** Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu - Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: Đợt I (8/3/2015): Khám cho 300 phụ nữ tại Bệnh viện đa khoa huyện Phúc Thọ - HN.

+ Đợt II (24/10/2015; 31/10/2015; 7/11/2015; 14/11/2015): Khám cho 1.309 phụ

nữ tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu-Bệnh viện Bạch Mai.

**Xử lý số liệu:** số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1 Tỷ lệ phụ nữ các tỉnh tham gia khám sàng lọc

**Bảng 3.1: Phân bố theo địa phương**

| Địa phương    | n            | Tỉ lệ %    |
|---------------|--------------|------------|
| Hà Nội        | 1.004        | 62,4       |
| Các tỉnh khác | 605          | 37,6       |
| <b>Tổng</b>   | <b>1.609</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong tổng số 1.609 phụ nữ được khám sàng lọc có 1.004 đối tượng đến từ Hà Nội, chiếm 62,4%. Còn lại 37,6% phụ nữ đến từ các tỉnh khác.

##### 3.1.2 Tỷ lệ phụ nữ phân bố theo nhóm tuổi

**Bảng 3.2: Phân bố theo nhóm tuổi**

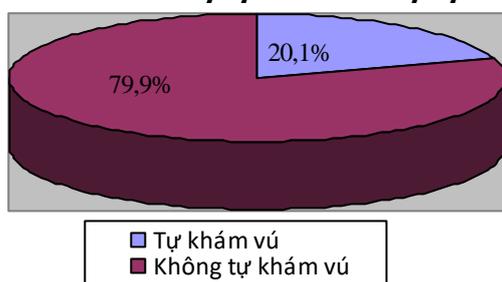
| Nhóm tuổi   | n            | Tỷ lệ %    |
|-------------|--------------|------------|
| ≤29         | 47           | 2,9        |
| 30-39       | 258          | 16,0       |
| 40-49       | 724          | 45,0       |
| 50-59       | 444          | 27,6       |
| ≥ 60        | 136          | 8,5        |
| <b>Tổng</b> | <b>1.609</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Độ tuổi gặp nhiều nhất là nhóm tuổi từ 40-49 tuổi có 724 phụ nữ (45,0%), tiếp đó là nhóm tuổi 30-39 và nhóm tuổi 50-59 có 702 trường hợp (43,6%). Thấp nhất là nhóm tuổi dưới 29 chỉ chiếm 2,9%.

#### 3.2 Kết quả chương trình khám sàng lọc

##### 3.2.1 Tỷ lệ tự khám vú ở phụ nữ

**Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ tự khám vú ở phụ nữ**



**Nhận xét:** Đa số phụ nữ (1.285 đối tượng) được sàng lọc không có ý thức tự khám vú hàng tháng chiếm 79,9%

##### 3.2.2 Tỷ lệ phát hiện bất thường qua thăm khám sàng lọc

**Bảng 3.3: Tỷ lệ phát hiện bất thường qua khám lâm sàng**

|                     | n            | Tỷ lệ %    |
|---------------------|--------------|------------|
| Có bất thường       | 285          | 17,7       |
| Không có bất thường | 1.324        | 82,3       |
| <b>Tổng</b>         | <b>1.609</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Đa số các trường hợp không phát hiện thấy bất thường chiếm 82,3%.

##### 3.2.3 Tỷ lệ phân bố u theo nhóm tuổi

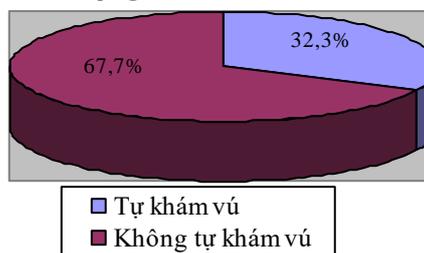
**Bảng 3.4 Phân bố u vú theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi   | n          | Tỷ lệ %    |
|-------------|------------|------------|
| ≤29         | 3          | 1,0        |
| 30-39       | 50         | 17,5       |
| 40-49       | 151        | 53,0       |
| 50-59       | 66         | 23,2       |
| ≥60         | 15         | 5,3        |
| <b>Tổng</b> | <b>285</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong tổng số 285 trường hợp phát hiện thấy u vú qua thăm khám lâm sàng, độ tuổi hay gặp nhất là từ 30-59 tuổi, chiếm 93,7%, độ tuổi trên 60 và dưới 29 tuổi ít gặp chiếm 6,3%.

##### 3.2.4 Tỷ lệ phụ nữ tự khám vú trong nhóm đối tượng có u

**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ tự khám vú trong nhóm đối tượng có u**



**Nhận xét:** Trong tổng số 285 trường hợp phát hiện có u vú chỉ có 92 phụ nữ tự khám và phát hiện thấy bất thường chiếm 32,3%, còn lại đa số trường hợp không có thói quen tự khám vú hàng tháng chiếm 67,7%.

##### 3.2.5 Phân bố u theo độ tuổi mãn kinh và chưa mãn kinh

**Bảng 3.5 Phân bố u vú theo độ tuổi mãn kinh và chưa mãn kinh**

| Nhóm tuổi     | n          | Tỷ lệ %    |
|---------------|------------|------------|
| Mãn kinh      | 64         | 22,5       |
| Chưa mãn kinh | 221        | 77,5       |
| <b>Tổng</b>   | <b>285</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Các khối u vú thường gặp ở phụ nữ chưa mãn kinh, chiếm tỉ lệ 77,5%. Ít gặp ở phụ nữ đã mãn kinh (22,5%).

##### 3.2.6 Tỷ lệ phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai trong nhóm có u

**Bảng 3.6: Tỷ lệ dùng thuốc tránh thai trong nhóm có u**

| Nhóm                           | n          | Tỷ lệ %    |
|--------------------------------|------------|------------|
| Có sử dụng thuốc tránh thai    | 45         | 15,8       |
| Không sử dụng thuốc tránh thai | 240        | 84,2       |
| <b>Tổng</b>                    | <b>285</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong tổng số 285 phụ nữ phát hiện thấy u vú chỉ có 45 đối tượng trong tiền sử có sử

dụng thuốc tránh thai chiếm 15,8%; còn lại 84,2% phụ nữ không sử dụng thuốc tránh thai.

### 3.2.7 Tỷ lệ ung thư vú qua khám sàng lọc

**Bảng 3.7** Tỷ lệ ung thư vú trong những trường hợp có u

| Nhóm                 | n          | Tỷ lệ %    |
|----------------------|------------|------------|
| Ung thư vú           | 5          | 1,8        |
| Tổn thương lành tính | 280        | 98,2       |
| <b>Tổng</b>          | <b>285</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong số 285 trường hợp bất thường, chúng tôi phát hiện ra 5 trường hợp là ung thư vú, chiếm tỉ lệ 1,8 % trong đó có 3 bệnh nhân giai đoạn I, 1 bệnh nhân giai đoạn II, 1 bệnh nhân giai đoạn III và không có bệnh nhân nào giai đoạn IV.

## IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 1.609 phụ nữ được khám sàng lọc có 62,4% đối tượng đến từ Hà Nội; 37,6% đến từ các tỉnh khác. Chủ yếu phụ nữ đến thăm khám nằm trong độ tuổi từ 40-59 tuổi (72,6%), trong khi đó dưới 30 tuổi và trên 60 tuổi chỉ có 283 trường hợp (11,4%).

Qua quá trình sàng lọc, chúng tôi phát hiện được 285 trường hợp có u trên lâm sàng chiếm 20,1% cao hơn so với nghiên cứu của Ron Greenberg và cộng sự cho thấy tỉ lệ u xơ vú chiếm tỉ lệ 7- 13% [2]. Độ tuổi có u hay gặp nhất là từ 30-59 tuổi (93,7%), độ tuổi trên 60 và dưới 30 ít gặp (6,3%). Sự khác biệt này có thể do ở các nước phát triển khám sàng lọc vú được triển khai rộng rãi, phát hiện được các trường hợp bất thường sớm trong khi hầu hết các trường hợp đến khám trong nghiên cứu của chúng tôi đều nằm trong độ tuổi 40-59, do vậy phát hiện được bất thường ở độ tuổi muộn hơn.

U vú là khối u có thể phát hiện dễ dàng qua thăm khám lâm sàng khi khối u có kích thước >1cm và thường do người bệnh tự sờ thấy. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 324/1.609 phụ nữ tự khám vú hàng tháng (20,1%), còn lại đa số phụ nữ không có ý thức tự khám vú (79,9%). Trong 285 trường hợp được khám và phát hiện thấy u vú, chỉ có 92/285 đối tượng có ý thức tự khám vú và phát hiện thấy tổn thương (32,3%), còn lại 67,7% trường hợp không tự phát hiện thấy u vú. Đây là một trong những lý do dẫn đến việc ở nước ta đa phần ung thư vú phát hiện ở giai đoạn muộn. Vì vậy cần có thêm chương trình tuyên truyền nhằm nâng cao ý thức tự khám vú cho phụ nữ.

Nguyên nhân của u xơ tuyến vú chưa được biết rõ, nó có thể liên quan đến sự biến đổi của hormon sinh dục. Các khối u xơ tăng kích thước trong thời gian mang thai, trước chu kì hành kinh

hoặc ở những phụ nữ sử dụng liệu pháp hormon và giảm dần kích thước sau khi mãn kinh [2], [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự phù hợp đó. Có 221 phụ nữ chưa mãn kinh phát hiện có u vú (77,5%) trong khi đó ở phụ nữ đã mãn kinh chỉ phát hiện được 64 trường hợp (22,5%). Tuy nhiên, trong số trường hợp phát hiện có u chỉ có 45 phụ nữ có tiền sử dùng thuốc tránh thai (15,8%), còn lại 84,2% không sử dụng thuốc đó. Điều này có thể do thói quen sử dụng biện pháp tránh thai bằng thuốc ở Việt Nam chưa phổ biến, chủ yếu phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở nước ta vẫn dùng các biện pháp khác. Qua chương trình khám sàng lọc, phát hiện thấy 5 trường hợp ung thư vú chiếm tỉ lệ 1,8%. Tỉ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu của nước ngoài [1], song cao hơn các nghiên cứu trong nước. Theo Trần Văn Thuấn và cộng sự nghiên cứu xu hướng của bệnh ung thư vú tại Việt Nam trên đối tượng phụ nữ tại 6 tỉnh thành cho thấy: Hà Nội có tỷ lệ mắc ung thư vú chuẩn theo tuổi ở nữ cao nhất 146/100.000, tiếp đó là TP. Hồ Chí Minh 131,5/100.000, Cần Thơ 128,1/100.000, Thừa Thiên Huế 95,6/100.000, Hải Phòng 88,9/100.000, Thái Nguyên 80,4/100.000 [6]. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu đó chưa đủ lớn, đồng thời liên quan đến một số yếu tố dịch tễ như dùng thuốc tránh thai, tuổi sinh con, tuổi mãn kinh... Các bệnh nhân phát hiện ung thư vú qua sàng lọc đều nằm trong độ tuổi từ 30 đến 59 tuổi. Tiến hành đánh giá giai đoạn bệnh trước điều trị cho thấy 3 bệnh nhân giai đoạn I, 1 bệnh nhân giai đoạn II và 1 bệnh nhân giai đoạn III có u xâm lấn thành ngực. Kết quả này cho thấy ý thức tự khám và phát hiện ung thư vú ở phụ nữ chưa cao, 1 trường hợp ung thư vú được phát hiện qua khám sàng lọc có khối u kích thước lớn (5 cm), khối u đã xâm lấn thành ngực, không thể phẫu thuật được. Bên cạnh đó cũng cho thấy rằng khám sàng lọc phát hiện được ung thư vú ở những giai đoạn rất sớm (giai đoạn I, II) có khả năng điều trị khỏi bệnh hoàn toàn.

Thông qua chương trình tư vấn, khám sàng lọc và phát hiện sớm, chúng tôi đã hướng dẫn cách tự khám vú hàng tháng cho các đối tượng, đồng thời phát tờ rơi tuyên truyền cách tự khám và phát hiện sớm các bất thường tại vú.

## V. KẾT LUẬN

- Trong tổng số 1609 phụ nữ được tư vấn, khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh ung thư vú có 72,6% phụ nữ trong độ tuổi từ 40- 59.

- 20,1% phụ nữ tự khám vú hàng tháng

-17,7% trường hợp có bất thường tại tuyến vú và cần được làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán. Chủ yếu phụ nữ có bất thường nằm trong độ tuổi chưa mãn kinh từ 30- 59 tuổi (93,7%).

-Trong các trường hợp phát hiện có bất thường tại vú chỉ có 32,3% phụ nữ tự khám vú hàng tháng.

-Phát hiện 5 trường hợp ung thư vú. 4 bệnh nhân giai đoạn I và II, 1 bệnh nhân giai đoạn III

### KIẾN NGHỊ

Nên có các hoạt động tư vấn khám sàng lọc định kỳ cho phụ nữ trên 30 tuổi, đặc biệt đối tượng nguy cơ cao, phát tờ rơi tuyên truyền cách tự khám vú để giúp phát hiện sớm các trường hợp bệnh lý tại vú từ đó nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị sớm bệnh ung thư vú.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mitchell, Richard Sheppard, Kumar, et al (2007).** Robbins Basic Pathology. Philadelphia: Saunders. 8th edition. 2007.
2. **Ron Greenberg, Yehuda Skornick, Ofer Kaplan, et al (1998).** Management of Breast Fibroadenomas. J Gen Intern Med. 640-645.
3. **National Comprehensive Cancer Network (2015).** Breast cancer, version 2. Clinical Practice guideline in Oncology.
4. **Mai Trọng Khoa, Nguyễn Xuân Cử (2012).** Một số tiến bộ về kỹ thuật xạ trị ung thư và ứng dụng trong lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
5. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuần, Nguyễn Tuyết Mai (2010).** Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.
6. **Trần Văn Thuần, Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, và cộng sự (2012).** Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020. Tạp chí ung thư học.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN CHẢY MÁU SAU ĐẺ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số nguyên nhân chảy máu sau đẻ tại BVPSTW trong 2 năm 2015-2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** rau cài răng lược chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,2%, tiếp theo là nguyên nhân do đờ tử cung chiếm 23,7%, rau tiền đạo chiếm 20,5%, rách đường sinh dục dưới 6,9%, tụ máu đường sinh dục dưới 3,7%, tai biến do mổ đẻ 3,7%, vỡ tử cung 3,2%, sót rau, rau bong non, rau bám chặt chiếm tỷ lệ thấp. **Kết luận:** Nguyên nhân chảy máu sau đẻ hay gặp nhất là rau cài răng lược, đờ tử cung và rau tiền đạo.

**Từ khóa:** Chảy máu sau đẻ

### SUMMARY

#### STUDY ON CAUSES OF POST-PARTUM HEAMORRAGE AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

**Objective:** To determine causes of post-partum heamorrhage at National hospital of Obstetrics and Gynecology from 2015 to 2016. **Methods:** this is a cross-sectional study. **Results:** Placenta accreta account for highest level with 31,2%, uterine atony 23,7%, placenta previa 20,5%, perineal tear 6,9%, vaginal bleeding 3,7%, complication due to C-section 3,7%, uterine rupture 3,2%, retained placenta,

premature separation of placenta recorded very low proportion. **Conclusion:** The most common causes of post-partum heamorrhage are placenta accreta, uterine atony and placenta previa.

**Keywords:** Post-partum heamorrhage.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ là một trong 5 tai biến sản khoa nặng nề, nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong cho mẹ [1]. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong mẹ do chảy máu sau đẻ chiếm 10,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ do các biến chứng sản khoa [2]. Tại Việt Nam, tử vong do chảy máu sau đẻ chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ, tỉ lệ tử vong do chảy máu sau đẻ chiếm 27,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ [3]. Có nhiều nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ như: đờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục dưới, vỡ tử cung, rau bong non, rau cài răng lược... Nếu không được phát hiện sớm, xử trí đúng và kịp thời sẽ dẫn đến tử vong mẹ hoặc để lại những di chứng nặng nề. Do tính chất cấp cứu và mức độ nguy hiểm như vậy, việc hiểu rõ nguyên nhân chảy máu sau đẻ là hết sức cần thiết. Do vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu một số nguyên nhân chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương"

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

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 19.5.2017

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh án của các trường hợp được chẩn đoán là chảy máu sau đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có truyền máu từ tháng 1/01/2015 – 30/06/2016 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Tuổi thai từ 22 tuần trở lên đẻ đường âm đạo hoặc mổ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản TW.
- Bệnh án được chẩn đoán là chảy máu sau đẻ và được truyền máu.
- Hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ các thông tin cần thiết.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân chảy máu sau đẻ do các Bệnh viện khác chuyển đến.
- Bệnh nhân cắt tử cung kết hợp trong mổ lấy thai do các bệnh lý phụ khoa không có chảy máu trong mổ (ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, u xơ tử cung...)

- Bệnh nhân có truyền máu vì các bệnh lý nội khoa mà không có tình trạng chảy máu sau đẻ: các bệnh về rối loạn đông máu (xuất huyết giảm tiểu cầu, Hemophilie, rối loạn sinh tủy, suy tủy...), viêm gan cấp...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện không xác suất: lấy mẫu toàn bộ các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ tháng 1/01/2015 – 30/06/2016.

**2.2.3. Địa điểm nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ tháng 1/01/2015 – 30/06/2016, có 215 bệnh nhân chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, kết quả thu được như sau:

**Bảng 1. Phân bố nguyên nhân trong chảy máu sau đẻ**

| Nguyên nhân                | Tổng số    |            |
|----------------------------|------------|------------|
|                            | n          | %          |
| Đờ tử cung                 | 51         | 23,7       |
| Vỡ tử cung                 | 7          | 3,2        |
| Sốt rau                    | 4          | 1,9        |
| Rau tiền đạo               | 44         | 20,5       |
| Rau cài răng lược          | 67         | 31,2       |
| Rau bám chặt               | 4          | 1,9        |
| Rau bong non               | 4          | 1,9        |
| Rách đường sinh dục dưới   | 15         | 6,9        |
| Tụ máu đường sinh dục dưới | 8          | 3,7        |
| Chảy máu móm cắt TC        | 3          | 1,4        |
| Tai biến do mổ đẻ          | 8          | 3,7        |
| <b>Tổng</b>                | <b>215</b> | <b>100</b> |

Trong số 215 trường hợp chảy máu sau đẻ có truyền máu được phân làm 11 nguyên nhân trong đó rau cài răng lược chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,2%, tiếp theo là nguyên nhân do đờ tử cung chiếm 23,7%, rau tiền đạo chiếm 20,5%.

**Bảng 2. Phân bố nguyên nhân chảy máu sau đẻ và phương pháp đẻ**

| Nguyên nhân                     | Đẻ thường |            | Mổ đẻ      |            | Forceps  |            | Tổng số    |            |
|---------------------------------|-----------|------------|------------|------------|----------|------------|------------|------------|
|                                 | n         | %          | n          | %          | n        | %          | n          | %          |
| Đờ tử cung                      | 18        | 39,1       | 31         | 19,5       | 2        | 22,2       | 51         | 23,7       |
| Vỡ tử cung                      | 4         | 8,7        | 2          | 1,2        | 1        | 11,1       | 7          | 3,3        |
| Do rau                          | 8         | 17,4       | 115        | 71,9       | 0        | 0          | 123        | 57,2       |
| Chấn thương đường sinh dục dưới | 16        | 34,8       | 1          | 0,6        | 6        | 66,7       | 23         | 10,7       |
| Chảy máu móm cắt TC             | 0         | 0          | 3          | 1,8        | 0        | 0          | 3          | 1,4        |
| Tai biến do mổ đẻ               | 0         | 0          | 8          | 5,0        | 0        | 0          | 8          | 3,7        |
| <b>Tổng</b>                     | <b>46</b> | <b>100</b> | <b>160</b> | <b>100</b> | <b>9</b> | <b>100</b> | <b>215</b> | <b>100</b> |

Ở nhóm đẻ thường nguyên nhân chảy máu hay gặp nhất là đờ tử cung chiếm 39,1%, chấn thương đường sinh dục dưới chiếm 34,8%, nhóm nguyên nhân do rau chiếm 17,4%. Nhóm forceps nguyên nhân hay gặp nhất là chấn thương đường sinh dục dưới chiếm 66,7%, tiếp theo là đờ tử cung chiếm 22,2%. Nhóm mổ đẻ nguyên nhân chảy máu sau đẻ do rau chiếm 71,9%, tiếp theo là đờ tử cung với 19,5%.

**Bảng 3. Phân bố nguyên nhân chảy máu sau đẻ do rau**

| Nguyên nhân       | Đẻ thường |            | Mổ đẻ      |            | Forceps  |          | n          |
|-------------------|-----------|------------|------------|------------|----------|----------|------------|
|                   | n         | %          | n          | %          | n        | %        |            |
| Sốt rau           | 4 (100%)  | 50,0       | 0          | 0          | 0        | 0        | 4          |
| Rau tiền đạo      | 0         | 0          | 44 (100%)  | 38,3       | 0        | 0        | 44         |
| Rau cài răng lược | 0         | 0          | 67 (100%)  | 58,2       | 0        | 0        | 67         |
| Rau bám chặt      | 4 (100%)  | 50,0       | 0          | 0          | 0        | 0        | 4          |
| Rau bong non      | 0         | 0          | 4 (100%)   | 3,5        | 0        | 0        | 4          |
| <b>Tổng số</b>    | <b>8</b>  | <b>100</b> | <b>115</b> | <b>100</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>123</b> |

Có 123 trường hợp chảy máu sau đẻ do nguyên nhân là rau trong đó nhóm đẻ thường hay gặp do sốt rau, tiếp đến là rau bám chặt. Nhóm mổ đẻ nguyên nhân rau cài răng lược hay gặp nhất, tiếp đến là rau tiền đạo, rau bong non.

**Bảng 4. Phân bố nguyên nhân chảy máu sau đẻ do chấn thương đường sinh dục+vỡ TC**

| Nguyên nhân                | Đẻ thường  |            | Mổ đẻ     |      | Forceps   |      |
|----------------------------|------------|------------|-----------|------|-----------|------|
|                            | n          | %          | n         | %    | n         | %    |
| Vỡ tử cung                 | 4 (57,1%)  | 20         | 2 (28,6%) | 66,7 | 1 (14,3%) | 14,3 |
| Rách đường sinh dục dưới   | 10 (66,7%) | 50         | 0         | 0    | 5         | 71,4 |
| Tụ máu đường sinh dục dưới | 6 (75%)    | 30         | 1 (12,5%) | 33,3 | 1 (12,5%) | 14,3 |
| <b>Tổng số</b>             | <b>20</b>  | <b>100</b> | <b>3</b>  |      | <b>7</b>  |      |

Vỡ tử cung gặp nhiều nhất ở nhóm đẻ thường với 57,1%, nhóm mổ đẻ với 28,6%, nhóm đẻ forceps ít gặp nhất với 14,3%. Rách đường sinh dục dưới gặp ở nhóm đẻ thường với 66,7% và nhóm đẻ forceps với 33,3%. Tụ máu đường sinh dục dưới chủ yếu gặp ở nhóm mổ đẻ với 75%.

#### IV. BÀN LUẬN

Đờ tử cung vẫn là 1 trong những nguyên nhân hàng đầu gây CMSĐ. CMSĐ do đờ tử cung đứng hàng thứ 2 sau rau cài răng lược với tỷ lệ 23,7%. Theo Phạm Thị Xuân Minh (2004), nghiên cứu từ năm 1999 – 2004, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ chảy máu sau đẻ do đờ tử cung chiếm 31,6% [4]. Theo Phạm Thị Hải, nghiên cứu từ năm 2004 – 2007, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ chảy máu sau đẻ do đờ tử cung chiếm 27,8% [5]. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu khác vì 2 lý do. (1) đối tượng trong nghiên cứu là các trường hợp CMSĐ có truyền máu nên gặp nhiều những trường hợp nặng hơn như rau cài răng lược và rau tiền đạo. (2) việc khuyến cáo của WHO về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ đã được triển khai rộng rãi cùng với nhiều loại thuốc dự phòng và điều trị đờ tử cung có tác dụng tốt được sử dụng như Duratocin, oxytocin, ergometrin, misoprostol đã giảm đáng kể tỉ lệ cũng như mức độ nghiêm trọng CMSĐ do đờ tử cung.

Tỉ lệ CMSĐ do rau cài răng lược hay gặp nhất với 67 trường hợp chiếm tỷ lệ 31,2%. Theo Phạm Thị Xuân Minh (2004), nghiên cứu từ năm 1999 – 2004, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ chảy máu sau đẻ do rau cài răng lược chiếm 6,6% [4]. So sánh với các nghiên cứu khác tỉ lệ CMSĐ trong nghiên cứu này là cao nhất. Ngày nay tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng cao đặc biệt là mổ lần 2, lần 3 làm tăng đáng kể tỷ lệ rau cài răng lược.

Rau tiền đạo chiếm 20,5% các nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ. Cũng giống như rau cài răng lược, tỷ lệ rau tiền đạo cũng tăng lên cùng với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai. Theo Phạm Thị Xuân Minh (2004), tỷ lệ rau tiền đạo chiếm 14,2%, tỷ lệ CMSĐ do rau tiền đạo của chúng tôi là 20,5% [4].

Sốt rau gây CMSĐ chiếm 1,9%. Theo Trần Châu Hà thì sốt rau chiếm 9,2% nguyên nhân gây CMSĐ xếp hàng thứ 3 trong các nguyên nhân [6]. Phạm Thị Xuân Minh cũng chỉ ra sốt rau là nguyên nhân thứ 3 gây CMSĐ với 11,4% [4]. Theo Pernoll M.L thì tỷ lệ này là 5-10% trường hợp CMSĐ, gặp sau đẻ thường, đẻ non, thai chết lưu, cũng có thể sau mổ đẻ [7]. Trong nghiên cứu này 100% CMSĐ do sốt rau gặp sau đẻ thường, đó là những trường hợp đẻ thai non tháng và có tiền sử đẻ và hút thai nhiều lần.

Rau bong non chiếm tỷ lệ 1,9% các nguyên nhân gây CMSĐ. Các trường hợp này đều được chẩn đoán trước mổ và tiến hành mổ lấy thai cấp cứu. Rau bong non thường xảy ra ở bệnh nhân tiền sản giật. Có 2 trường hợp rau bong non ở bệnh nhân có hội chứng HELLP, 1 trường hợp tiền sản giật. chiếm 75% trong số trường hợp CMSĐ do rau bong non.

Rách tầng sinh môn- âm đạo-cổ tử cung đứng thứ 4 trong các nguyên nhân gây CMSĐ chiếm tỷ lệ 16,1%. Theo Phạm Thị Xuân Minh, nguyên nhân này đứng hàng thứ 4 gây CMSĐ với tỷ lệ là 9% [4]. Trong nhóm đẻ forceps, CMSĐ do rách TSM- Âm- CTC có 5 trường hợp đều là rách phức tạp. Các trường hợp đẻ forceps thường do thai

suy, tiền sản giật, rặn đẻ lâu gây phù nề đường sinh dục dưới vì vậy khi can thiệp thủ thuật dễ gây rách đường sinh dục. Do đó người thầy thuốc cần tôn trọng các giai đoạn sinh lý của cuộc chuyển dạ, can thiệp thủ thuật đúng chỉ định, đúng kỹ thuật.

Tụ máu đường sinh dục dưới là nguyên nhân đứng thứ 5 gây CMSĐ với tỷ lệ là 3,72%. Sau đẻ đường dưới khối máu tụ hình thành có thể do các tổ chức dập nát và khi khâu TSM- ẤĐ- CTC không khâu hết các lớp giải phẫu, sót mạch máu chưa khâu nên máu vẫn tiếp tục chảy tạo nên khối máu tụ. Khối máu tụ có thể gặp vài giờ hoặc vài ngày sau đẻ do máu chảy từ từ, khối máu tụ to dần lên, máu không chảy ra ngoài nên không phát hiện sớm.

Vỡ tử cung trong trường hợp đẻ thường xảy ra ở 3 trường hợp không có vết mổ cũ ở tử cung những ở người con dạ và con so đẻ song thai, 1 trường hợp có vết mổ đẻ cũ 2 lần, đình chỉ thai 24 tuần bằng truyền oxytocin vì thai dị tật. Trường hợp đẻ forceps vỡ tử cung do đặt càn forceps không đúng kỹ thuật. Qua đó chúng ta thấy chỉ định gây chuyển dạ đối với trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung có nguy cơ vỡ tử cung cao ngay cả khi thai rất non tháng. Vỡ tử cung ở nhóm mổ đẻ có 2 trường hợp trong đó đều có sẹo mổ cũ ở tử cung. Cả 2 trường hợp này đều vỡ tử cung khi chuyển dạ. Điều này nói lên cần quản lý thai nghén chặt chẽ ở những trường hợp có nguy cơ vỡ tử cung như: tiền sử mổ đẻ hay bóc nhân xơ tử cung.

CMSĐ do tai biến mổ đẻ chiếm tỷ lệ 0,9% với 2 trường hợp. Trong đó 1 trường hợp mổ đẻ vì đầu không lọt, lấy thai khó khăn, đầu có bثور huyết thanh, kỹ thuật lấy thai chưa tốt, gây rách đoạn dưới tử cung nhiều. Điều này nói lên khi mổ đẻ ở những trường hợp có nguy cơ chảy máu sau mổ như: tiền sản giật, tăng huyết áp thì cần lưu ý khâu đúng kỹ thuật. Chảy máu tại vết mổ tử cung do khâu phục hồi vết mổ lấy thai không tốt hoặc do nhiễm trùng làm bục vết mổ đoạn dưới tử cung gây chảy máu vết mổ.

Chảy máu diện gờ dính gây CMSĐ chiếm 0,5% xảy ra ở bệnh nhân có tiền sử mổ cũ 2 lần,

tử cung dính vào thành bụng, bàng quang treo cao dính vào tử cung gờ dính khó khăn, diện gờ dính cầm máu khó khăn. CMSĐ do tụ máu thành bụng chiếm tỷ lệ 0,5%. Khối máu tụ thành bụng gây ra do kỹ thuật đóng vết mổ thành bụng chưa tốt gây khối máu tụ lớn ở thành bụng. Những trường hợp này phải mở lại vết mổ thành bụng lấy máu tụ và khâu phục hồi vết mổ thành bụng.

Có 3 trường hợp trong đó 1 trường hợp chảy máu ở mỏm cắt 2 phần phụ, 2 trường hợp chảy máu ở mỏm cắt sau cắt TCBP thấp ở bệnh nhân rau cài răng lược. Các trường hợp này đều phát hiện trong vòng 24 giờ đầu sau mổ và đều phải mổ lại cầm máu. Nguyên nhân do kỹ thuật đóng mỏm cắt và buộc cuống động mạch không tốt nên chảy máu từ đó hoặc máu chảy từ phần thấp đoạn dưới tử cung trong rau tiền đạo, rau cài răng lược.

## V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân chảy máu sau đẻ hay gặp nhất là rau cài răng lược, vỡ tử cung và rau tiền đạo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AbouZahr C, Wardlaw T (2004)**, Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNPFPA, Geneva: World Health Organization.
2. **Abdrabbo SA (1994)**, Stepwise uterine devascularization: A novel technique for management of uncontrollable postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*, 171, 694-70
3. **Lê Diễm, Trần Thị Phúc (1991)**, Tình hình tử vong 5 năm (1986-1990) tại Viện BVBM TSS. *Công trình nghiên cứu khoa học Viện BVBM TSS*, 1-7.
4. **Phạm Thị Xuân Minh (2004)**, *Tình hình chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1999-2004*. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II
5. **Phạm Thị Hải (2004-2007)**, *Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương*. Luận văn thạc sĩ y học, trường ĐHYHN.
6. **Trần Chân Hà (2001)**, *Nghiên cứu tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVBM TSS trong 5 năm (1999-2000)*, Luận văn thạc sĩ Y học.
7. **Pernoll ML (1991)**, Current obstetric & gynecologic: Diagnosis & treatment 7<sup>th</sup> edition, *Appleton & Langue*, California, 27, 568-576.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO HAI DÂY CHẰNG CHÉO KHỚP GỐI MỘT THÌ BẰNG GÂN TỰ THÂN VỚI KỸ THUẬT NỘI SOI

Lê Hồng Hải\*, Lê Hanh\*

### TÓM TẮT

\*Bệnh viện TƯQĐ 108

**Mục đích:** Đánh giá kết quả tái tạo hai dây chằng chéo khớp gối. **Phương pháp:** 38 bệnh nhân (21 nam và 17 nữ) được tái tạo hai dây chằng chéo khớp gối từ tháng 8 năm 2008 đến tháng 6 năm 2015. Thời gian theo dõi tối thiểu 1 năm (từ 12-68 tháng). **Kết quả:** Theo phân loại theo IKDC-2000, tại thời điểm theo dõi có 3 BN xếp loại A, 20 BN xếp loại B, 13 BN xếp loại C, 2 BN xếp loại D so với 38 loại D thời điểm trước phẫu thuật. Theo thang điểm của Lyshom, điểm trung bình tại thời điểm theo dõi là  $81,9 \pm 9,5$  điểm so với trước mổ là  $40,7 \pm 9,3$  (cụ thể có 3 rất tốt, 21 tốt, 12 BN kết quả trung bình và 2 BN kết quả kém). **Kết luận:** Phẫu thuật tái tạo hai dây chằng chéo khớp gối tuy không thể phục hồi hoàn toàn như trước khi bị chấn thương nhưng hầu hết bệnh nhân phục hồi chức năng ổn định và đã cải thiện đáng kể chức năng khớp gối so với tình trạng trước phẫu thuật của họ.

**Từ khóa:** tái tạo đồng thời hai dây chằng chéo, tổn thương nhiều dây chằng khớp gối

## SUMMARY

### OUTCOME OF SIMULTANEOUS ARTHROSCOPIC ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT AND POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION WITH AUTOGRAFT

**Purpose:** The purpose of this study was to evaluate the clinical outcome after reconstructions of the anterior and posterior cruciate ligaments (ACL, PCL). **Methods:** We reviewed 38 patients (21 men and 17 women) were reconstructed Combined ACL/PCL from August 2008 to June 2015. The minimum follow-up time of 1 years (range, 12 to 68 months). **Results:** Knee Documentation Committee (IKDC) score At final IKDC evaluation, 3 patients were graded level A (normal), 20 patients were graded level B (nearly normal), 13 patients level C (abnormal), and 2 patients level D (grossly abnormal). The mean postoperative subjective Lysholm score was  $81,9 \pm 9,5$  points. 3 patients excellent, 21 patients good, 12 patients fair, and 2 patients poor. **Conclusions:** Combined chronic ACL/PCL instabilities can be successfully treated with 1-stage arthroscopic cruciate ligament reconstruction combined. Although current reconstruction techniques are not able to restore normal tibiofemoral kinematics, most patients recover a functionally stable knee and have considerably improved knee function compared.

**Key Words:** Combined ACL/PCL reconstruction structures—Multiple ligament injured knee

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt hai dây chằng chéo (DCC) khớp gối là tổn thương lớn, gây mất vững khớp gối, ảnh hưởng nhiều đến khả năng vận động của bệnh nhân

(BN). Vấn đề tái tạo lại hai DCC bị tổn thương là cần thiết và rất quan trọng. Từ năm 2008 tại khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện TƯQĐ 108 đã thực hiện phẫu thuật tái tạo hai DCC khớp gối qua nội soi và đạt được những kết quả và kinh nghiệm nhất định. Để đánh giá quá trình điều trị loại tổn thương này chúng tôi đã theo dõi và nghiên cứu các trường hợp được điều trị nhằm mục đích:

- Đánh giá kết quả tái tạo hai dây chằng chéo khớp gối qua nội soi.

- Rút ra một số nhận xét về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 38 bệnh nhân (21 nam và 17 nữ) từ 20-58 tuổi đứt hai DCC khớp gối được phẫu thuật tái tạo hai DCC tại khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 8/2008 đến 6/2015.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đơn, mô tả, không có nhóm chứng. Nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên lâm sàng.

- Đánh giá tổn thương trước mổ theo hồ sơ nghiên cứu gồm: Tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương, chi tổn thương, cơ chế gây tổn thương. Các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng: XQ khớp gối thẳng và nghiêng, XQ khớp gối nghiêng kéo tạ ra trước và ra sau, chụp cộng hưởng từ, đo mức độ di lệch lõi cầu đùi mâm chày với máy KT 1000.

- Tổng hợp và đánh giá tình trạng từng bệnh nhân trước mổ theo thang điểm Lyshom và IKDC.

- Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân theo thang điểm Lyshom và IKDC sau khi kết thúc thời gian luyện tập từ 9-12 tháng và theo dõi thời gian xa hơn.

**2.3. Kỹ thuật mổ:** Kỹ thuật mổ dựa theo mô tả của Fanelli G.C.

**2.4. Chăm sóc, luyện tập sau mổ:** Các bệnh nhân được hướng dẫn luyện tập và theo dõi trong quá trình luyện tập theo 4 giai đoạn trong 9 tháng

**2.5. Đánh giá kết quả:** Kết quả phẫu thuật được đánh giá vào thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng và thời gian từ sau 1 năm theo thang điểm Lysholm và IKDC 2000.

## III. KẾT QUẢ

**3.1 Tình trạng tổn thương:** Trước mổ điểm Lyshom trung bình của 38 BN là  $40,7 \pm 9,3$  (từ 21-55 điểm), theo thang điểm IKDC 2000 tất cả các bệnh nhân đều nằm ở nhóm D.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Hải

Email: bshaib108@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 18.5.2017

Trong 38 bệnh nhân có 25 trường hợp đứt hai dây chằng chéo, 12 trường hợp đứt thêm dây chằng bên trong, 1 trường hợp đứt thêm dây chằng bên ngoài. Có 9 trường hợp rách SC gồm 4 trường hợp rách hai SC và 4 trường hợp rách SC ngoài, 1 trường hợp rách sụn chêm trong. Có 8 trường hợp thoái hóa khớp độ 2.

#### Kết quả với các tổn thương phối hợp

**Bảng 1. Tổn thương thoái hóa với kết quả theo Lyshom (n=38).**

| Xếp loại        | Rất tốt | Tốt | Trung bình | Kém |
|-----------------|---------|-----|------------|-----|
| Thoái hóa       | 0       | 2   | 5          | 1   |
| Không thoái hóa | 3       | 19  | 7          | 1   |

**Bảng 2. Tổn thương thoái hóa với kết quả theo IKDC (n=38).**

| Xếp loại        | A | B  | C | D |
|-----------------|---|----|---|---|
| Thoái hóa       | 0 | 2  | 5 | 1 |
| Không thoái hóa | 3 | 18 | 8 | 1 |

**Bảng 3. Tổn thương DCB với kết quả theo xếp loại Lyshom (n=38).**

| Xếp loại        | Rất Tốt | Tốt | Trung bình | Kém |
|-----------------|---------|-----|------------|-----|
| Đứt 2DCC        | 2       | 15  | 8          | 0   |
| Đứt 2DCC + DCBT | 1       | 5   | 4          | 2   |
| Đứt 2DCC + DCBN | 0       | 1   | 0          | 0   |

**Bảng 4. Tổn thương DCB với kết quả theo IKDC (n=38).**

| Xếp loại        | A | B  | C | D |
|-----------------|---|----|---|---|
| Đứt 2DCC        | 2 | 14 | 9 | 0 |
| Đứt 2DCC + DCBT | 1 | 5  | 4 | 2 |
| Đứt 2DCC + DCBN | 0 | 1  | 0 | 0 |

**Kết quả luyện tập sau mổ:** Tại thời điểm đánh giá sau từ 12 tháng có 22BN phục hồi hoàn toàn biên độ vận động, 16 BN còn tình trạng hạn chế gấp gối với các mức độ khác nhau nhưng đều gấp được gối trên 115°, 6 BN hạn chế duỗi nhẹ khớp gối (<5°). Sức cơ tứ đầu đùi có 10 trường hợp sức cơ phục hồi gần như bên lành, 23 trường hợp còn tình trạng cơ yếu hơn bên lành nhưng vẫn có thể chạy mức độ nhẹ và trung bình, năm trường hợp sức cơ yếu nhiều hơn trong đó có 3 trường hợp đi lại sinh hoạt được, 2 trường hợp yếu nhiều bên chân phẫu thuật.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về kết quả điều trị:** Kết quả của một số tác giả như Noyers F.R.(1997) báo cáo 11 trường hợp được phẫu thuật tái tạo hai DCC, theo dõi trung bình 4,5 năm (từ 2,5 đến 6,9 năm). Kết quả với tư thế gối gấp 20° có 10 trường hợp di lệch lồi cầu đùi so với mâm chày < 3mm, 1 trường hợp 7mm, 5 trong 7 BN chấn thương cấp tính có thể trở lại hoạt động hàng ngày và chơi được thể thao. Fanelli G.C. (2002) báo cáo 35 trường hợp mổ tái tạo hai DCC theo dõi từ 2-10 năm. Kết quả điểm Lysholm trung bình là 91,2. Mức độ di lệch của mâm chày và lồi

**3.2 Kết quả sau phẫu thuật:** Với thời gian theo dõi trung bình 37,1 tháng (12-62 tháng) của 38 BN, theo điểm Lyshom có 3 rất tốt, 21 tốt, 12 trung bình, 2 kém, điểm trung bình 81,9 ±9,5 (51-95 điểm). Theo thang điểm của IKDC có 3 loại A, 20 loại B, 13 loại C và 2 loại D. Trong đó còn 13 trường hợp mức độ di lệch lồi cầu đùi mâm chày 6-10mm, 2 trường hợp di lệch hơn 10mm.

cầu đùi: 11 ca di lệch 0-3 mm (loại A theo IKDC), 5 ca 4-5mm (loại B), 4 ca 6-10mm (loại C) và 1 ca >10mm (loại D). Hayashi R. năm 2008 phẫu thuật tái tạo hai DCC cho 19 BN, theo dõi 18 trường hợp với thời gian trung bình 3,5 năm. Kết quả điểm Lysholm trung bình là 95, theo IKDC có 3 BN loại A, 11 loại B, 3 loại C, và 1 loại D. Tác giả nhận xét kết quả điều trị cho thấy cho thấy tính hiệu quả và an toàn của điều trị phẫu thuật tổn thương hai DCC đồng thời khôi phục chức năng khớp gối thỏa đáng.

Chúng tôi theo dõi 38 BN trung bình 37,1 tháng (12-62 tháng) được kết quả: điểm Lyshom trung bình tại thời điểm đánh giá là 81,9±9,5 (24 BN rất tốt và tốt, 12 BN trung bình và 2 BN kém). Theo IKDC-2000, tại thời điểm theo dõi có 3 BN loại A, 20 BN loại B, 13 BN loại C, 2 BN loại D so với 38 loại D thời điểm trước phẫu thuật. Về mức độ di lệch lồi cầu đùi với mâm chày khi gấp gối 30° có kết quả: 3 trường hợp 1-2 mm, 20 trường hợp 3-5mm, 13 trường hợp 6-10mm và 2 trường hợp > 10mm. Qua so sánh với kết quả của một số tác giả chúng tôi thấy kết quả phẫu thuật của các BN trong nghiên cứu là khả quan.

Có hai BN thất bại (kém theo Lysholm hay D theo IKDC), nguyên nhân do lỏng khớp gây mất

vững, tình trạng lỏng lẻo và đau gập nhiều trong khi vận động, một BN nam 37 tuổi và 1 BN nữ 49 tuổi. Hai BN này có độ di lệch ra của mâm chày so với lồi cầu đùi trong đều >12 mm (độ IV). BN nam sau phẫu thuật hơn 1 năm đã phẫu thuật chỉnh nâng mâm chày phía sau. BN nữ sau mổ 1 năm được chúng tôi tái tạo lại DCCS bằng gân đồng loại. Như vậy tuy phẫu thuật khó phục hồi hoàn toàn chức năng khớp gối như trước khi bị chấn thương, đa số BN hài lòng và chấp nhận được kết quả phẫu thuật, phần lớn BN có thể quay lại hoạt động với mức độ và cường độ mà BN chấp nhận được.

**4.2. Về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị:** Các tác giả Fanelli G.C., Noyers FR cũng cho rằng với tổn thương càng nhiều dây chằng kèm theo thì mức độ chấn thương khớp càng lớn thì thời gian phẫu thuật càng kéo dài hơn và kết quả điều trị cũng ảnh hưởng nhiều hơn. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi theo bảng 1 và bảng 2, nhóm BN không thoái hóa có kết quả tốt hơn nhóm BN có thoái hóa khớp, theo bảng 3 và 4 chúng tôi cho rằng nhóm BN tổn thương đơn thuần hai DCC cho kết quả khả quan hơn nhóm có thêm tổn thương dây chằng bên trong hoặc bên ngoài.

Về 1 trường hợp BN nam 37 tuổi xếp loại D theo IKDC và kém theo Lysholm là sai sót trong quá trình chẩn đoán và điều trị. BN có lún xương mâm chày phía sau nhưng chỉ tiến hành tái tạo lại hai DCC và DCBT, không phát hiện và xử trí xương lún. Sau 1 năm BN còn mất vững khớp nặng, đã được chỉnh nâng mâm chày phía sau, sau phẫu thuật BN cải thiện chức năng khớp gối, tuy không thể chơi thể thao nhưng chức năng vận động BN chấp nhận được. BN nữ 49 tuổi lỏng dây chằng chéo sau sau phẫu thuật nguyên nhân do quá trình cố định mảnh ghép dây chằng chéo sau không tốt gây lỏng đã phải tái tạo lại DCCS bằng gân đồng loại, chức năng vận động sau mổ lần 2 tốt hơn trước,

Luyện tập phục hồi chức năng sau mổ tái tạo hai DCC rất quan trọng ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị. Sau thời gian điều trị trong bệnh viện các BN đều tự luyện tập, không được

theo dõi để có những điều chỉnh kịp thời, không phải toàn bộ các BN đều tuân thủ theo chương trình tập, nên hiệu quả chưa cao. Tại thời điểm kiểm tra sau ít nhất 12 tháng chúng tôi còn 16 trường hợp hạn chế gập từ 6-15°, 6 trường hợp hạn chế duỗi 3-5°, cơ lực của nhiều BN vẫn yếu hơn bên lành.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị tái tạo hai dây chằng chéo cho 38 bệnh nhân chúng tôi thấy điều trị phẫu thuật tái tạo hai dây chằng chéo và bên bị đứt là cần thiết, trả lại chức năng cho khớp gối.

Các tổn thương kèm theo như thoái hóa, đứt các dây chằng bên. Luyện tập phục hồi chức năng chưa đầy đủ, phù hợp và đúng phương pháp. Bỏ sót tổn thương, và sai sót trong phẫu thuật ảnh hưởng kém đến kết quả phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fanelli G.C. (2000).** "Treatment of combined anterior cruciate ligament – posterior cruciate ligament lateral side injuries of the knee". *Clinics in Sports Medicine* Volume 19, Issue 3, 1 July, Pages 493–502
2. **Fanelli GC, Edson C.J.(2002).** "Arthroscopically assisted combined anterior and posterior cruciate ligament reconstruction in the multiple ligament injured knee: 2- to 10-year follow-up". *Arthroscopy* .18:703-714.
3. **Fanelli GC, Edson C.J.(2004).** "Combined posterior cruciate ligament-posterolateral reconstructions with Achilles tendon allograft and biceps femoris tendon tenodesis: 2- to 10-year follow-up". *Arthroscopy*. Apr;20(4):339-45.
4. **De-Cheng Shao, Bai-Cheng Chen, Shi-Jun Gao, Xiao-Feng Wang, Ran Sun (2008).** "Arthroscopic simultaneous reconstruction of posterior cruciate ligament using double femoral tunnel technique and anterior cruciate ligament with achilles allograft". *Journal: Zhonghua wai ke za zhi January 15, 46 (2): 94-97* [Chinese journal of surgery].
5. **Hara K, Kubo T, Shimizu C, Suginosita T, Minami G, Hirasawa Y(1999).** "A new arthroscopic method for reconstructing the anterior and posterior
6. **Noyers FR, Barber-Westin S.D(1997).** "Reconstruction of the anterior and posterior cruciate ligaments after knee dislocation". *Am J Sports Med*. 7. 25:769.

## ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY KIỂM TRA SAU MỔ KHỐI DỊ DẠNG MẠCH MÁU NÃO (Nghiên cứu trên 225 bệnh nhân được chụp kiểm tra sau phẫu thuật)

Nguyễn Thế Hào\*, Võ Hồng Khôi\*

**TÓM TẮT**

**Mục đích:** Đánh giá vai trò của chụp cắt lớp vi tính đa dãy có dựng mạch não kiểm tra sau phẫu thuật dị dạng thông động tĩnh mạch não. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm hồi cứu và tiền cứu 225 trường hợp chụp CLVT đa dãy kiểm tra sau mổ dị dạng mạch máu não tại Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2013 đến 12/2016. **Kết quả:** 225 bệnh nhân được chụp CLVT đa dãy kiểm tra sau mổ. Thời điểm chụp trung bình là 3,4 ngày sau mổ. Kết quả 87,6% có hình ảnh rõ nét, nhiều ảnh ở 12,4%. Dấu hiệu đau đầu, chóng mặt thoáng qua chiếm 3,1%. Không có sốc thuốc hay dị ứng thuốc cản quang khi chụp CLVT đa dãy kiểm tra. Kết quả CLVT đa dãy có dựng mạch não kiểm tra cho thấy phẫu thuật đạt kết quả tốt phẫu thuật đạt kết quả tốt ở 89,8%, và 5,3% có biến chứng tắc ĐMN sau mổ và 4,9% còn hình ảnh tồn dư khối AVM. **Kết luận:** Chụp CLVT đa dãy kiểm tra sau mổ là phương pháp hiệu quả và ít biến chứng, để đánh giá kết quả sau mổ dị dạng mạch máu não.

**Từ khóa:** dị dạng mạch não, cắt lớp đa dãy, kiểm tra sau mổ mạch não

**SUMMARY****EVALUATION OF ROLE OF POSTOPERATIVE MSCTSCANNER IN CEREBRAL ARTERIO-VEINOUS MALFORMATION SURGERY**

**Objective:** Assessing role of the postoperative multislice-CTscanner in cerebral arteriovenous malformation surgery. **Methods:** Retrospective and Prospective study of 225 cases of postoperative MSCTscanner in cerebral arteriovenous malformation surgery who admitted to the Bach Mai hospital between 10/2013 to 12/2016. **Results:** 225 patients were examined postoperation by MSCTscanner. Mean timing 3.4 days. Clear images reveal in 87.6%. Artefact images were in 12.4%. There are headache and dizzies in 3.1% of patients. There are any patients who suffer from allergic medication. In corner to postoperative images, cerebral MSCTscan shows good results in 89.8%, and complication including vascular occlusion in 5.3% and resident in 4.9%. **Conclusions:** The postoperative MSCTscanner in cerebral arteriovenous malformation surgery what can be performed safely and low rate of complications, shows one effective procedure in order to evaluate result of cerebral arteriovenous malformation surgery.

**Keyword:** cerebral arteriovenous malformation, multislice-CTscanner.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Phẫu thuật cắt bỏ khối dị dạng cho đến nay vẫn còn là phương pháp triệt để và hiệu quả

*\*Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: ngthehao2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

nhất để điều trị khối dị dạng thông động tĩnh mạch não. Phẫu thuật thường đơn giản khi cắt bỏ những khối dị dạng nhỏ, và ở nông, nhưng đối với những khối dị dạng mạch não lớn và ở vùng chức năng hoặc ở sâu thì phẫu thuật vẫn còn phức tạp và khó khăn. Việc đánh giá kết quả điều trị dựa trên các phương pháp khám lâm sàng và chụp mạch kiểm tra. Trên thế giới phương pháp chụp động mạch não số hóa (DSA) vẫn được coi là phương pháp chủ yếu để đánh giá kết quả sau mổ dị dạng mạch não. Sự xuất hiện các phương pháp thăm dò hình ảnh mới, tiến bộ, nhất là chụp CLVT đa dãy có dựng mạch não dần dần thể hiện được vai trò của mình trong chẩn đoán, kiểm tra và theo dõi sau mổ. Chụp CLVT đa dãy có ưu điểm là không gây sang chấn, dễ thực hiện, ít nguy cơ hơn chụp động mạch não DSA, vì hạn chế được nguy cơ bị sốc thuốc, và nguy cơ tắc mạch chỉ sau chụp. Mặt khác, khi chụp CLVT đa dãy có dựng mạch cho phép vừa kiểm tra được não vừa kiểm tra được hệ mạch máu não sau mổ.

Tại Bệnh viện Bạch Mai, chụp cắt lớp vi tính đa dãy có dựng hệ động mạch não kiểm tra sau mổ là một phương pháp đánh giá kết quả sau phẫu thuật dị dạng mạch não. Chúng tôi nghiên cứu 225 bệnh nhân được chụp CLVT đa dãy kiểm tra sau mổ nhằm đánh giá vai trò của phương pháp này trong phẫu thuật dị dạng mạch não.

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 225 bệnh nhân có chụp CLVT đa dãy có dựng mạch não kiểm tra sau mổ dị dạng mạch não từ tháng 10/2013 đến tháng 12/2016.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm cả hồi cứu và tiền cứu. Hồi cứu dựa trên hồ sơ lưu trữ tại Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2013 đến 12/2015 và tiền cứu từ 11/2015 đến 12/2016.

**Quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân trong mổ được xác định loại clip, số lượng, hình dạng, kích thước clip sử dụng, vị trí đặt. Sau mổ được chụp CLVT 64 dãy, có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:** Thời điểm chụp CLVT kiểm tra, vị trí khối dị dạng mạch não, kết quả chụp CLVT 64 dãy có dựng mạch não: không còn hay còn tồn dư khối dị dạng, hệ mạch máu não toàn vẹn hay bị tắc các ĐMN, các yếu tố liên quan, các biến chứng của chụp CLVT đa dãy.

**III. KẾT QUẢ**

Trên 225 bệnh nhân được chụp CLVT đa dãy có dựng mạch não kiểm tra sau mổ. Kết quả có

hình ảnh đẹp và rõ nét trong 197 bệnh nhân (87,6% các trường hợp). Hiện tượng nhiễu ảnh được thấy ở 28 bệnh nhân (12,4%).

### 1. Thời điểm chụp

| Thời điểm chụp | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|----------------|--------------|---------|
| < 1 tuần       | 184          | 81,8%   |
| 1- 4 tuần      | 32           | 14,2%   |
| > 4 tuần       | 9            | 4%      |

Sớm nhất là ngày thứ 3 sau mổ và muộn nhất là 34 ngày sau mổ. Có 81,8% bệnh nhân được chụp kiểm tra trong tuần đầu sau mổ, và 4% bệnh nhân chụp sau 4 tuần. Thời gian trung bình là 3,4 ngày sau mổ.

### 2. Vị trí khối dị dạng mạch đã mổ được chụp ĐMN kiểm tra

| Vị trí khối AVM | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|-----------------|--------------|---------|
| Trán            | 43           | 19,1%   |
| Thái dương      | 36           | 16%     |
| Thùy đảo        | 8            | 3,5%    |
| Trán-Thái dương | 27           | 12%     |
| Chẩm            | 30           | 13,3%   |
| Đỉnh            | 19           | 8,4%    |
| Đường giữa      | 21           | 9,3%    |
| Não thất        | 18           | 8%      |
| Hố sau          | 23           | 10,2%   |

Trong số 225 bệnh nhân kiểm tra, khối AVM ở trán chiếm 19,1%, ở thái dương chiếm 16%, ở vùng chẩm chiếm 13,3% và ở hố sau chiếm 10,2%.

### 3. Các biến chứng của chụp CLVT đa dây kiểm tra:

| Biến chứng chụp CLVT đa dây  | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|------------------------------|--------------|---------|
| Đau đầu chóng mặt            | 7            | 3,1%    |
| Dấu hiệu thần kinh khu trú   | 0            | 0       |
| Di ứng và số thuốc cản quang | 0            | 0       |

Dấu hiệu đau đầu, chóng mặt thoáng qua xuất hiện ở 7 bệnh nhân (3,1%). Không có bệnh nhân nào có dấu hiệu thần kinh, không có bệnh nhân bị sốc thuốc hay dị ứng thuốc cản quang khi chụp CLVT đa dây kiểm tra.

### 4. Kết quả chụp CLVT đa dây có dựng hệ mạch não kiểm tra:

| Kết quả chụp           | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|------------------------|--------------|---------|
| Kết quả tốt            | 202          | 89,8%   |
| Tồn dư khối AVM        | 11           | 4,9%    |
| Tắc mạch máu chính não | 12           | 5,3%    |
| Co thắt mạch máu       | 24           | 10,7%   |
| Phù não                | 97           | 43,1%   |
| Chảy máu sau mổ        | 22           | 9,8%    |
| Giãn não thất          | 2            | 0,08%   |

Đánh giá trên phim chụp CLVT đa dây có dựng mạch não kiểm tra cho thấy phẫu thuật đạt kết quả tốt ở 202 bệnh nhân (89,8%), 12 bệnh nhân

(5,3%) có biến chứng tắc ĐMN sau mổ và 11 bệnh nhân (4,9%) còn hình ảnh tồn dư khối AVM.

## IV. BÀN LUẬN

Vì những ưu điểm của chụp động mạch não số hóa (DSA) nên phương pháp này vẫn còn được coi là cách truyền thống và kinh điển để đánh giá sự thành công về mặt kỹ thuật sau mổ khối dị dạng mạch máu não. Đây còn là một phương pháp góp phần tiên lượng bệnh nhân sau mổ. Tuy nhiên chụp CLVT có dựng mạch và tái tạo không gian 3 chiều cho phép phân tích rõ ràng khối dị dạng đã được cắt bỏ hoàn toàn, sự toàn vẹn của các ĐMN, và là một trong những phương pháp đánh giá kết quả sau mổ dị dạng thông động tĩnh mạch não có hiệu quả. Thực vậy, chụp CLVT đa dây có dựng hệ mạch não kiểm tra sau mổ là phương pháp hiệu quả để đánh giá kết quả sau mổ về mặt giải phẫu vì cho biết vị trí chính xác của clip, khối dị dạng mạch đã được loại bỏ hoàn toàn hay còn tồn dư; có làm tắc các ĐMN; và phát hiện những tổn thương khác của hệ thống mạch máu não có thể bị bỏ sót trong phim chụp lần đầu. Khác với chụp DSA vì độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp CLVT đa dây không cao bằng, những lợi tránh được các nguy cơ của chụp DSA, vì chụp DSA là một thủ thuật phức tạp và gây khó chịu, và thậm chí gây sang chấn cho người bệnh, có thể xảy ra biến chứng trong và sau khi chụp. Các biến chứng thần kinh như: giảm thị lực, yếu nửa người, nói khó, nhìn đôi, chóng mặt, dấu hiệu nystagmus... có tính chất tạm thời, hoặc một số tồn tại vĩnh viễn. Các biến chứng khác như: chảy máu và khối máu tụ ở vị trí chọc catheter, dị ứng, tắc mạch chi... rất ít gặp. Một nghiên cứu trong nước cho thấy tỉ lệ các biến chứng của chụp ĐMN kiểm tra sau mổ mạch não là dấu hiệu đau đầu, chóng mặt thoáng qua ở 17,9% bệnh nhân, 1,3% bệnh nhân xuất hiện dấu hiệu thần kinh khu trú [1]. Theo Alexander [3] có 1% bệnh nhân có biến chứng chụp ĐMN kiểm tra, còn theo Tang và cộng sự [7] chỉ 0,4% có biến chứng liên quan với chụp ĐMN. Kể từ cuối năm 2013 chúng tôi tiến hành chụp kiểm tra sau mổ dị dạng mạch não bằng phương pháp chụp CLVT đa dây có dựng mạch. Chúng tôi thường tiến hành chụp sớm ngay sau mổ, nhằm mục đích vừa kiểm tra được tình trạng não, vừa kiểm tra được hệ thống mạch máu não. Thời điểm chụp sớm nhất là 3 ngày sau mổ và muộn nhất là 34 ngày sau mổ. Chúng tôi có 68,9% bệnh nhân được chụp kiểm tra trong tuần đầu sau mổ, và

21,3% bệnh nhân chụp sau 4 tuần. Thời gian trung bình là 3,4 ngày sau mổ. Theo Thines.L [8] thì thời gian trung bình từ khi phẫu thuật đến khi chụp CLVT đa dãy là 3,6 ngày, trong khi đó chụp DSA là 5,1 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả hình ảnh đẹp và rõ nét ở 87,6% bệnh nhân và hiện tượng nhiễu ảnh được thấy ở 12,4% bệnh nhân. Tỷ lệ nhiễu ảnh trong chụp CLVT đa dãy trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác không có sự khác biệt lớn. Hạn chế lớn phương pháp nhất của các phương pháp không sang gây sang chấn là hiện tượng nhiễu liên quan với clip ở vị trí mổ. Hai yếu tố gây nhiễu liên quan clip và số lượng clip và loại clip. Càng nhiều clip thì độ nhiễu càng cao. Theo Thines và cộng sự [8] thì hiện tượng nhiễu ảnh xảy ra tới 60% bệnh nhân dùng nhiều clip. Nhiễu liên quan với loại clip, cobalt-alloy nhiều hơn titanium. Một nhược điểm nữa của chụp MSCTscan là khó đánh giá sự toàn vẹn của các mạch bên, và khó đánh giá kết quả đối với các khối AVM ở tuần hoàn sau [4]. Chúng tôi nhận thấy cũng rất khó đánh giá đối với 4,4% bệnh nhân có AVM ở tuần hoàn sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật đạt kết quả tốt ở 89,8%, tuy nhiên có 12 bệnh nhân (5,3%) có biến chứng tắc ĐMN sau mổ và 11 bệnh nhân (4,9%) còn hình ảnh tồn dư khối AVM. Các nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ tắc mạch máu não thay đổi từ 6–12% [1],[2],[6],[7]. Nguyên nhân chủ yếu là do bị clip kẹt, hay huyết khối [2]. Kích thước tồn dư càng lớn thì việc phát hiện sau mổ càng cao. Nếu không phát hiện được tồn dư khối dị dạng trên phim chụp ĐMN kiểm tra (kể cả chụp DSA) cũng không thể loại trừ khả năng bệnh nhân vẫn có thể xuất hiện những tổn thương khác, do vậy sự theo dõi lâu dài sau mổ bằng phương pháp

không xâm lấn là chụp CLVT đa dãy định kỳ 1 năm 1 lần có thể lợi ích hơn đối với bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT đa dãy kiểm tra sau mổ là phương pháp hiệu quả, an toàn và ít biến chứng, để đánh giá kết quả sau mổ khối dị dạng thông động tĩnh mạch não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Đặng Việt Sơn (2012)** "Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chảy máu não do vỡ khối dị dạng mạch não" Y học thực hành, 844, 343-346.
2. **Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Trần Trung Kiên, Phạm Văn Thành Công, Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn (2015)**, "Kết quả điều trị khối dị dạng mạch não bằng phẫu thuật phối hợp với nút mạch" Y học TPHCM, 6, tập 19, 10-14.
3. **Alexander.TD ; Macdonald.RL, Weir.B ; Kowalczyk.A (1996)**: Intraoperative angiography in cerebral aneurysm surgery: A prospective study of 100 craniotomies. Neurosurgery, 39, 10-18.
4. **Golitz.P, Struffert.T, Ganslandt.O, et al (2012)** « Optimized angiographic computed tomography with intravenous contrast injection : an alternative to conventional angiography in the follow-up of clipped aneurysms ? », J.Neurosurg, 117, 29-36.
5. **Joo.SP, Kim.TS, Moon.KS, Lee.JK, Kim.SH (2006)** "Clinical utility of multislice computed tomographic angiography for detection of cerebral vasospasm in acute subarachnoid haemorrhage" In Minim.Invas.Neurosurg, 49, 286-290.
6. **Klopfenstein.J.D, Spetzler.R.F, Kim.L.J (2004)**, "Comparison of routine and selective use of intraoperative angiography during aneurysm surgery: a prospective assessment", J.Neurosurg, 100, 230-235.
7. **Tang.G; Cawley.M; Dion.JE; Barrow.DI (2002)**: Intraoperative angiography during aneurysm surgery: a prospective evaluation of efficacy. J. Neurosurg, 96, 993-999.

## TỶ LỆ VÀ MỐI LIÊN QUAN CỦA RUNG NHĨ TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Huỳnh Kim Phượng\*, Phạm Tú Quỳnh\*\*, Nguyễn Thanh Hiền\*\*, Lê Công Tấn\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Rung nhĩ (RN) là một rối loạn nhịp thường gặp nhất trong dân số. Ở Việt Nam theo thống kê sơ bộ tỷ lệ RN trong cộng đồng là 0,3-0,44. RN tăng theo tuổi và biến chứng chủ yếu là thuyên tắc huyết khối. RN cũng thường gặp ở BN nhồi máu cơ tim (NMCT) với tỷ lệ từ 5% đến 23%. **Mục tiêu:** đánh giá tỷ lệ và các mối liên quan của RN trong NMCT. **Phương pháp NC:** NC tiến cứu mô tả từ 08/2015 đến 06/2016 trên 560 BN NMCT cấp theo tiêu chuẩn đồng thuận toàn cầu về NMCT, điều trị tại các khoa hồi sức và tim mạch bệnh viện Nhân dân 115. Sử dụng phần mềm SPSS 22. **Kết quả:** Tỷ lệ RN trong NMCT cấp là 8,6% (48/560); trong đó RN mới khởi phát chiếm 6,8% dân số NC và đạt 79,2% tổng số RN, tỷ lệ RN kịch phát trong số các trường hợp RN mới khởi phát là 78,9%. Tuổi trung bình của nhóm RN 73,4±12,3 cao hơn so với nhóm không RN 68,2±13,0 có ý nghĩa thống kê ( $p=0,009$ ). Nhóm RN có tỷ lệ suy tim sung huyết (Killip≥2), giảm chức năng thận ( $GFR<60\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ ), phân độ Killip, NMCT ST chênh lên, đường kính nhĩ trái, hở van 2 lá (≥2/4), điểm Grace trung bình, suy tim sung huyết, sốc tim cao hơn nhóm không RN có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). **Kết luận:** Có sự liên quan giữa RN và tuổi trung bình, tiền căn suy tim, sốc tim, suy tim sung huyết, giảm chức năng thận, phân độ Killip, NMCT ST chênh lên, đường kính nhĩ trái, hở van 2 lá, điểm Grace trung bình, suy tim sung huyết, sốc tim.

### SUMMARY

#### INCEDENCE AND RELATIONS OF ATRIAL FILLIBRATION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

**Background:** Atrial fillibration (AF) is the most common arrhythmia. In Viet Nam, preliminary estimates are that incidence of AF is 0,3-0,44% in population, AF is increasing followed to aging and common complication of AF is thrombosis embolization. The incidence of AMI-associated AF is around 5%-23%. **Objective:** Assessing incidence and relations of AF in AMI. **Method:** the prospective descriptive study from Aug. 2015 to June 2016 of 560 acute myocardial infarction (AMI) patients that based

on Global Consensus diagnostic Standard of AMI at intensive care department and cardiology department of People's hospital 115. Using software SPSS 22. **Results:** The incidence of AF in AMI group is 8.6%; in which new onset AF is 6.8% in research population and 79.2% of all AF cases; paroxysmal AF is 78.9% of new onset AF cases. The mean age of AF group is higher than of non-AF group ( $73.4\pm 12.3$  vs  $68.2\pm 13.0$ ) with  $p$  value=0,009. Incidence of heart failure (Killip≥2), kidney function failure ( $GFR<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ), Killip class, elevated ST AMI, left atrial diameter, mitral valve regurgitation (≥2/4), mean Grace score, congestive heart failure, heart collapse in AF group is significantly higher than these in non-AF group ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** relations between AF and mean age, heart failure (Killip≥2/4), kidney function failure, Killip class, ST elevated AMI, left atrial diameter, mitral valve regurgitation, mean Grace score, congestive heart failure, heart collapse.

**Key words:** Acute myocardial infarction, atrial fibrillation, main cardiovascular outcome, 30-day mortality.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

RN là loại rối loạn nhịp thường gặp nhất trong dân số. RN không những làm giảm chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng tử vong và bệnh tật tim mạch. Biến chứng chủ yếu của RN là thuyên tắc huyết khối, đặc biệt là đột quy, để lại tiên lượng xấu và di chứng thần kinh nặng nề. RN tương đối thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. RN trên bệnh nhân NMCT cấp có ý nghĩa đặc biệt quan trọng.

Hiện nay, Việt Nam với những đặc điểm riêng về chủng tộc, kinh tế xã hội vẫn chưa có nhiều NC chuyên biệt về RN ở bệnh nhân NMCT cấp, chúng tôi tiến hành NC "Tỷ lệ và mối liên quan của RN trong NMCT cấp". Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát tỷ lệ và các mối liên quan của RN trong NMCT cấp.*

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

**2.1 Thiết kế NC:** NC tiến cứu, mô tả, thời gian từ 08/2015 đến 06/2016

#### 2.2 Đối tượng NC

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ BN NMCT cấp nhập viện tại bệnh viện Nhân Dân 115

+ BN có các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thỏa mãn các tiêu chuẩn đồng thuận toàn cầu NMCT cấp 2012.

\* Bệnh viện Chợ Rẫy

\*\* Bệnh viện Nhân dân 115

\*\*\* Bộ Môn Nội Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phượng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 4.5.2017

- **Cỡ mẫu:** tham khảo tỷ lệ RN ở BN NMCT cấp là 6,2% [4], do đó chọn  $p = 6,2\%$  và  $d = 2\%$ .  
 $\Rightarrow n = 559$  trường hợp.

- **Các tiêu chuẩn chẩn đoán:** Tăng huyết áp (THA) dựa theo ASH/ISH 2014 hoặc đã được chẩn đoán THA và đang dùng thuốc hạ áp. Chẩn đoán ĐTĐ theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2010. Rối loạn lipid máu dựa theo ATP III. Béo phì theo WHO cho người châu Á khi BMI  $\geq 25$ .

+ **Tiêu chuẩn chẩn đoán RN** theo ACC/AHA/HRS 2015: 1. Hoạt động nhĩ không đều, không có các sóng P rõ ràng, khoảng R-R không đều (khi còn dẫn truyền nhĩ thất). RN từ trước: RN trong giai đoạn nằm viện và ghi nhận có tiền căn RN trước đây. RN mới khởi phát: RN trong giai đoạn nằm viện và không có tiền căn RN trước đây. RN kịch phát: cơn RN kéo dài dưới 7 ngày. RN dai dẳng: RN xuất hiện liên tục trong thời gian nằm viện và kéo dài hơn 7 ngày. Thời gian khởi phát RN (đối với RN mới khởi phát): tính từ lúc nhập viện đến khi xuất hiện RN.

+ **Tiêu chuẩn về siêu âm tim:** dựa theo Hội siêu âm châu Âu 2005.

+ **Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp:** Chẩn đoán NMCT khi phát hiện có sự tăng lên và/hoặc giảm xuống của troponin I với ít nhất một giá trị cao hơn bách phân vị 99th của URL, kèm với ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: Đau ngực và/hoặc khó thở, biến đổi có ý nghĩa của ST-T mới hoặc có khả năng mới xuất hiện, hoặc block nhánh trái mới, xuất hiện sóng Q bệnh lý trên điện tim.

+ **Tiêu chuẩn biến cố lâm sàng:** Phân độ suy tim theo Killip: từ độ 1 -> độ 4

**2.3 Xử lý số liệu:** Sử dụng chương trình phần mềm thống kê SPSS 22, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**2.4 Đạo đức NC:** đây là NC quan sát, không làm tổn hại tinh thần, thể xác đối tượng nghiên cứu, các thông tin liên quan đến BN đều được bảo mật. Vì thế vẫn đảm bảo vấn đề y đức trong NC.

### III. KẾT QUẢ

Từ 08/2015 đến 06/2016, NC trên 560 BN NMCT cấp, trong đó có 48 BN bị RN.

#### 3.1 Đặc điểm đối tượng NC (560 TH NMCT cấp)

- **Tuổi:** tuổi trung bình  $68,7 \pm 13,0$  (nhỏ nhất là 35, lớn nhất là 95). Nhóm tuổi 70-79 là nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 27,1%. Tỷ lệ BN lớn tuổi ( $\geq 65$  tuổi) là 61,4%.

- **Giới tính:** Tỷ lệ nam giới 52,0%.

Phân bố theo tuổi và giới: Tuổi trung bình của nam  $64,6 \pm 13,3$  thấp hơn so với nữ là  $73,1 \pm 11,1$

có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,000$ )

- **Các yếu tố nguy cơ tim mạch:** RLLM chiếm tỷ lệ cao nhất 72,1%.

#### 3.2 Tỷ lệ RN trong nhĩ trong NMCT cấp

+ Tỷ lệ RN trong NMCT cấp là 8,6% (48/560)

+ RN mới khởi phát và RN từ trước: RN mới khởi phát chiếm 6,8% (38/560) và chiếm 79,2% (38/48) trong RN.

+ Thời gian khởi phát RN ( $n = 38$ ): RN mới khởi phát xuất hiện chủ yếu trong vòng 24 giờ nhập viện, chiếm tỷ lệ 65,8%.

+ Tỷ lệ RN kịch phát ( $n = 38$ ): Tỷ lệ RN kịch phát trong số các TH RN mới khởi phát là 78,9%.

#### 3.3 Liên quan giữa RN với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

+ Liên quan giữa phân độ suy tim Killip với RN: tỷ lệ suy tim sung huyết (Killip  $\geq 2$ ) trong NC khá cao, chiếm 60,7%. Nhóm RN có tỷ lệ suy tim sung huyết (Killip  $\geq 2$ ) là 87,5% cao hơn nhóm không RN (58,2%) có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,000$ ). Và nhóm RN có phân độ Killip cao hơn nhóm không RN có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,000$ ).

+ Liên quan giữa RN với suy giảm chức năng thận: nhóm RN có suy giảm chức năng thận  $< 60 \text{ ml/ph}/1,73 \text{ m}^2$  cao hơn nhóm không RN ( $p = 0,004$ )

+ Liên quan giữa RN với tần số tim: nhóm RN có tần số tim khi nhập viện cao hơn nhóm không RN có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,002$ ).

+ Liên quan giữa RN với một số thay đổi điện tim: BN RN có tỷ lệ NMCT ST chênh lên thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không RN ( $p = 0,012$ ).

+ Liên quan giữa một số dấu hiệu siêu âm tim với RN ( $n = 532$ ): BN RN có đường kính nhĩ trái và tỷ lệ hở van hai lá ( $\geq 2/4$ ) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không RN ( $p = 0,000$ ). Một số BN tử vong sớm nên chưa làm được siêu âm tim.

+ Liên quan giữa RN với thang điểm GRACE ( $n = 560$ ): điểm GRACE trung bình của BN RN là 185,1. Điểm TB GRACE nhóm RN là 208,4 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không RN 182,9 ( $p = 0,000$ ).

### IV. BÀN LUẬN

**4.1 Đặc điểm đối tượng NC:** Tuổi BN càng cao thì khả năng bị bệnh mạch vành càng lớn. Tuổi trung bình của nhóm BN RN là  $68,7 \pm 13,0$  (nhỏ nhất là 35, lớn nhất là 95). Tần suất cao nhất là nhóm BN từ 70 - 79 tuổi, chiếm 27,1%. Nhiều NC và hướng dẫn đồng thuận chọn ngưỡng 65 tuổi làm mốc người lớn tuổi. Do vậy, tỷ lệ BN lớn tuổi của chúng tôi ( $\geq 65$  tuổi) là 61,4%. Tuổi trung bình trong NC của chúng tôi tương đồng với tuổi trong NC của MEDI-ACS ( $67,0 \pm 13,0$ ) và Nguyễn Văn Tân ( $69,2 \pm 13,3$ ) cùng Nguyễn Lê Hoa ( $66,0 \pm 12,0$ ) [2,4,5].

NC chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam là 52,0% thấp hơn tỷ lệ nam trong NCMEDI-ACS (66%) và tác giả Nguyễn Văn Tân (68,1%) cũng như Nguyễn Lê Hoa (66,7%)[2,4,5]. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nữ trong dân số NC của chúng tôi cao hơn. Tuy nhiên, so sánh tuổi ở hai giới đã ghi nhận tuổi trung bình của BN nam ( $64,6 \pm 13,3$ ) thấp hơn so với BN nữ ( $73,1 \pm 11,1$ ) có ý nghĩa thống kê ( $p=0,000$ ), phù hợp với ý kiến vì nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mạch vành hơn nữ giới nên bệnh mạch vành xảy ra sớm hơn so với nữ và hormone sinh dục nữ (estrogen) có tác dụng bảo vệ, giúp làm giảm nguy cơ xơ vữa động mạch. Các yếu tố nguy cơ tim mạch trong dân số nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận THA chiếm tỷ lệ 67,1%, ĐTĐ 27,5%, RLLM 72,1% và béo phì là 17,6%. NC chúng tôi có tỷ lệ yếu tố nguy cơ tương đồng với một số tác giả Việt Nam và nước ngoài.

**4.2 Tỷ lệ RN trong NMCT cấp:** Tỷ lệ RN được báo cáo dao động từ 5% đến 23%[6]. Tần suất RN khác nhau trong các NC có thể do sự khác nhau về dân số NC, phương pháp tái tưới máu, các thuốc ngừa NMCT thứ phát, cũng như cách phát hiện và thời gian theo dõi RN. Tỷ lệ RN trong NC chúng tôi là 8,6% tương đồng với một số NC Việt Nam. Tuy nhiên, tỷ lệ RN ở BN NMCT cấp ở Việt Nam thấp hơn các nước tiên tiến trên thế giới. Tỷ lệ này tùy thuộc vào khả năng phát hiện RN bằng điện tim.

**RN mới khởi phát và RN từ trước:** NC của chúng tôi có tỷ lệ RN mới khởi phát là 6,8%, chiếm 79,2% tổng số RN. Tuy nhiên, việc phân biệt RN mới khởi phát và RN từ trước chỉ có tính tương đối. Nhiều BN trước đây có RN kịch phát hay RN không triệu chứng cũng có thể không được chẩn đoán RN cho đến khi nhập viện vì NMCT, nên có thể nhầm là RN mới khởi phát.

Tỷ lệ RN mới khởi phát trong nhóm RN thay đổi đáng kể từ 39,1% đến 93,9%. Tỷ lệ này có sự biến thiên rộng gián tiếp cho thấy việc xác định chính xác RN mới khởi phát mang tính tương đối.

**Tỷ lệ RN kịch phát:** Asanin nhận định RN mới khởi phát là loại RN kịch phát[7]. Asanin cũng lưu ý đến 22,5% RN kịch phát có tái phát trong thời gian nằm viện. Tuy nhiên, một số tác giả ghi nhận RN mới khởi phát có tỷ lệ không nhỏ 26,3%-33,1% là RN dai dẳng. Như phần trên đã đề cập, việc xác định RN mới khởi phát là tương đối. BN có thể đã có những cơn RN kịch phát hay RN không triệu chứng trước khi NMCT cấp nhưng không được chẩn đoán nên có thể

nhầm lẫn là RN mới khởi phát, và các cơn RN tái phát nhiều lần này theo thời gian sẽ diễn tiến thành RN dai dẳng.

Tỷ lệ RN kịch phát của chúng tôi là 78,9% và còn lại dai dẳng là 21,1%, tương đồng với Wi.

#### **4.3 Liên quan giữa RN với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng**

##### **Liên quan giữa RN với rối loạn chức năng thận:**

Chúng tôi nhận thấy nhóm RN có tỷ lệ rối loạn chức năng thận (70,8%) cao hơn nhóm không RN (49,2%) có ý nghĩa thống kê  $p=0,004$ . Wi cũng chứng minh giảm chức năng thận có liên quan đến RN trong NMCT cấp.

##### **Liên quan giữa RN với phân độ suy tim Killip:**

Tỷ lệ suy tim sung huyết (Killip  $\geq 2$ ) trong NC chúng tôi khá cao là 60,7%. Tỷ lệ này cao hơn 18,9% của Trần Việt An, 30% của NCMEDI-ACS và 49,2% của tác giả Huỳnh Kim Phượng[1, 3, 5]. Chúng tôi nhận thấy độ Killip ở nhóm RN cao hơn nhóm không RN có ý nghĩa thống kê. Bahouth đã ghi nhận phân độ Killip có liên quan đến RN trong NMCT cấp.

##### **Liên quan giữa RN và tần số tim:**

Thử nghiệm GRACE và GUSTO-IIb đã chứng minh tần số tim và trị số huyết áp lúc nhập viện có liên quan đến dự hậu hội chứng vành cấp. Chúng tôi ghi nhận tần số tim trung bình là 92,2; trong đó nhóm RN có tần số tim là 105,1 cao hơn nhóm không RN 91,0 có ý nghĩa thống kê  $p=0,002$ .

##### **Liên quan giữa RN với một số dấu hiệu điện tim:**

Tỷ lệ BN NMCT cấp ST chênh lên trong NC là 35,2%, số còn lại là NMCT ST không chênh. Tỷ lệ này thấp hơn khi so với 48,4% BN NMCT cấp ở bệnh viện Thống Nhất TPHCM của Nguyễn Văn Tân, và 68,5% BN NMCT cấp ở Viện Tim quốc gia Việt Nam của Nguyễn Lê Hoa. So sánh về tuổi giữa 3 NC không khác biệt đáng kể. Tuy nhiên, có sự khác biệt nhiều về thành phần giới. NC của chúng tôi, tỷ lệ nam tương đương nữ không như hai NC còn lại là nam chiếm đa số (nam/nữ xấp xỉ bằng 2) [2,4]. Điều này cho thấy sự khác biệt về dân số NC có thể ảnh hưởng đến kết quả chúng tôi.

##### **Liên quan giữa RN với một số dấu hiệu siêu âm tim:**

Chúng tôi ghi nhận đường kính trung bình nhĩ trái ở nhóm RN là 37,5 lớn hơn có ý nghĩa so với 32,9 ở nhóm không RN. Asanin cho thấy nhóm RN có đường kính trung bình nhĩ trái là 39,5mm lớn hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê là 37,8mm[7].

##### **Liên quan giữa RN với thang điểm GRACE:**

GRACE trung bình trong NCI chúng tôi là 185,1. Điểm GRACE của chúng tôi cao hơn Trần

Viết An thực hiện ở bệnh viện trung ương Huế là 168,5 ở NMCT ST chênh lên và 118,6 ở BN NMCT ST không chênh lên[1]. Điểm số GRACE của chúng tôi cao hơn có thể do tỷ lệ suy tim sung huyết trong NC chúng tôi là 60,7% cao hơn 18,9% của Trần Viết An. Điểm trung bình GRACE nhóm RN là 208,4 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không RN 182,9 với  $p=0,000$ . Tương tự, Stambul cũng chứng minh nhóm RN có điểm số GRACE cao hơn nhóm nhịp xoang.

## V. KẾT LUẬN

### 5.1 Đặc điểm đối tượng NC

- Tuổi trung bình  $68,7 \pm 13,0$ ; tỷ lệ nam giới 52,0% (560 BN NMCT cấp)
- Tỷ lệ RN được phát hiện trong nghiên cứu
- + Tỷ lệ RN chung là 8,6%.
- + Tỷ lệ RN mới khởi phát là 6,8%.
- + Tỷ lệ RN từ trước là 1,8%.
- Đặc điểm RN mới khởi phát
- + RN khởi phát chủ yếu trong vòng 24 giờ, chiếm tỷ lệ 65,8%.
- + RN mới khởi phát chủ yếu là RN kịch phát với tỷ lệ 78,9%.

**5.2 Mối liên quan giữa RN với tuổi.** Tỷ lệ suy tim sung huyết (Killip $\geq$ 2), phân độ Killip, suy giảm chức năng thận ( $GFR < 60 \text{ml/ph}/1,73 \text{m}^2$ ), tần số tim khi nhập viện, NMCT ST chênh lên, đường kính nhĩ trái, hở van 2 lá ( $\geq 2/4$ ), điểm trung bình GRACE ( $p < 0,05$ ).

### HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

- Chúng tôi chủ yếu chỉ khảo sát RN có triệu chứng.
- Cỡ mẫu tương đối ít nên chưa đánh giá đầy đủ tiên lượng RN, chưa hiệu chỉnh được các yếu tố có thể gây nhiễu lên các tỷ số chênh.
- Tỷ lệ mất dấu cao (17,0%) cũng ảnh hưởng phần nào đến kết quả tử vong 30 ngày.

## KIẾN NGHỊ

- Cần NC với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn về tiên lượng tử vong 30 ngày.
- NC đánh giá tỷ lệ và tiên lượng của RN không triệu chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Viết An, Trần Hữu Dàng và Huỳnh Văn Minh (2012)**, "Nồng độ NT-proBNP huyết thanh và thang điểm nguy cơ GRACE trong tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân hội chứng vành cấp", *Kỷ yếu hội nghị tim mạch toàn quốc*. lần thứ 12.
2. **Nguyễn Lê Hoa, Hà Anh Đức và Phan Tuấn Đạt (2014)**, "Sex differences in clinical characteristics, hospital management practices, and in-hospital outcomes in patients hospitalized in a Vietnamese hospital with a first acute myocardial infarction", *PLoS ONE*. 9(4), tr. e95631.
3. **Huỳnh Kim Phượng và Trương Thành Viễn (2016)**, "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên bị nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường Type 2", *Chuyên đề tim mạch học*. tháng 5.
4. **Nguyễn Văn Tân (2015)**, "Nghiên cứu sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nhồi máu cơ tim cấp ở bệnh nhân trên và dưới 65 tuổi", *Luận án tiến sĩ y học*.
5. **Phạm Nguyễn Vinh và các cộng sự. (2011)**, "Nghiên cứu quan sát điều trị bệnh nhân nhập viện do hội chứng động mạch vành cấp (MEDI- ACS study)", *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*. 58.
6. **Angeli F, Reboldi G và Garofoli M (2012)**, "Atrial fibrillation and mortality in patients with acute myocardial infarction: a systematic overview and meta-analysis", *Curr Cardiol Rep*. published online 21 July.
7. **Asanin M, Perunicic J và Mrdovic I (2005)**, "Prognostic significance of new atrial fibrillation and its relation to heart failure following acute myocardial infarction", *The European Journal of Heart Failure* 7, pp 671– 676.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI ĐƯỢC CAN THIỆP NỘI TĨNH MẠCH

Đình Quang Huy\*, Phạm Thái Giang\*\*

### TÓM TẮT

\*Bệnh viện Tim Hà Nội

\*\* Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đình Quang Huy

Email: [handuongvtm@gamil.com](mailto:handuongvtm@gamil.com)

Ngày nhận bài: 19.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 8.5.2017

**Mục tiêu:** nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 75 bệnh nhân (có 135 chân bệnh) được chẩn đoán suy tĩnh mạch nông chi dưới tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 11/2016 đến 03/2017. **Kết quả:** tỷ lệ mắc nữ/nam là 2,75/1. Giai đoạn lâm sàng C2 và C3

theo bảng phân độ CEAP chiếm tần suất cao nhất, tuổi phổ biến suy tĩnh mạch từ 40 đến 60. Triệu chứng thực thể gặp với tỷ lệ cao nhất là giãn tĩnh mạch khu trú (70,37%); phù mắt cá trong (25,93%). Có các yếu tố nguy cơ liên quan với nghề nghiệp. Bệnh nhân bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ cao hơn (90%) so với tĩnh mạch hiển bé (10%). **Kết luận:** suy tĩnh mạch chủ yếu gặp ở nữ, có liên quan đến nghề nghiệp, với triệu chứng thường gặp là giãn tĩnh mạch khu trú.

**Từ khóa:** suy tĩnh mạch chi dưới, siêu âm Doppler.

## SUMMARY

### CLINICAL ASPECT AND RISK FACTORS OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF LOWER EXTREMITY

**Objective:** This study was conducted for the purpose of investigating the clinical characteristics and risk factors of patients with chronic venous insufficiency who were treated by intravenous intervention.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional study of 75 patients (with 135 affected legs) who were clinically diagnosed as chronic venous insufficiency and confirmed by Doppler ultrasonography at Hanoi Heart Hospital from 11/2016 to 03/2017.

**Results:** Female/male rate was 2,75/1. Clinical stage CEAP C2 & C3 have been seen in majority of cases, the age of common varicose veins ranges from 40-69. The clinical manifestations: Local varices 70,37%, ankle edema 25,93%. There are risk factors associated with the occupation. The great saphenous vein patients account for 90% and the small saphenous vein patients account for 10%.

**Conclusion:** Chronic venous insufficiency are mainly found in women, which are related to occupational with the focal varicose vein is common symptom.

**Key words:** chronic venous insufficiency, echo-Doppler.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch chi dưới ngày càng nhiều trên thế giới. Ở Việt Nam, tới nay chưa có thống kê chính xác tỉ lệ dân số bị suy tĩnh mạch chi dưới. Nguyên nhân chủ yếu của suy tĩnh mạch mạn chi dưới là do tình trạng tăng áp lực trong lòng tĩnh mạch do suy van, gây ra hiện tượng trào ngược tại chỗ đổ vào tĩnh mạch đùi của tĩnh mạch hiển lớn, chỉ một số ít do suy tĩnh mạch hiển bé hoặc xuyên. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của bệnh là giãn các tĩnh mạch nông ở chi dưới, chiếm tỉ lệ từ 30-60% người lớn. Các yếu tố nguy cơ kết hợp với sự phát triển của bệnh chính là nghề nghiệp, giới nữ, thai kỳ, tuổi già... Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị suy tĩnh mạch như tiêm xơ, laser nội tĩnh mạch, sóng cao tần. Tuy nhiên cần khám lâm sàng kỹ ngay khi bệnh nhân có triệu chứng để lựa chọn thời điểm thích hợp nhất làm can thiệp. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** 75 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là suy tĩnh mạch hiển có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch từ 11/2016 đến tháng 3/2017 tại bệnh viện Tim Hà Nội được khám lâm sàng và siêu âm mạch máu chi dưới.

- **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới**

| Tuổi  | Giới | Nam (n=20) | Nữ (n=55) | p      |
|-------|------|------------|-----------|--------|
| <40   |      | 4(20%)     | 12(21,8%) | > 0,05 |
| 40-69 |      | 13(65%)    | 30(54,6%) | > 0,05 |
| ≥70   |      | 3(15%)     | 13(23,6%) | > 0,05 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ nữ giới bị suy tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao (73%), tỷ lệ nữ/nam: 2,75. Bệnh nhân bị suy tĩnh mạch phổ biến ở độ tuổi 40-69.

**Bảng 2. Đặc điểm nghề nghiệp**

| Nghề nghiệp         | n         | %          |
|---------------------|-----------|------------|
| Nhân viên văn phòng | 24        | 32%        |
| Giáo viên           | 10        | 13%        |
| Quân nhân           | 6         | 8%         |
| Công nhân may       | 15        | 20%        |
| Nghề khác           | 20        | 27%        |
| <b>Tổng</b>         | <b>75</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Bệnh nhân bị suy tĩnh mạch hay gặp ở những nghề nghiệp đứng lâu.

**Bảng 3. Thời gian từ khi bị bệnh tới thời điểm can thiệp**

| Thời gian  | Số lượng | %   |
|------------|----------|-----|
| Dưới 5 năm | 15       | 20% |

|             |           |            |
|-------------|-----------|------------|
| 5-10 năm    | 30        | 40%        |
| Trên 10 năm | 30        | 40%        |
| <b>Tổng</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** bệnh nhân suy tĩnh mạch khi đến khám và được can thiệp có thời gian bị bệnh chủ yếu trên 5 năm.

**Bảng 4. Các triệu chứng lâm sàng**

| Triệu chứng lâm sàng     | Số chân bị bệnh (n=135) | %     |
|--------------------------|-------------------------|-------|
| Nặng chân                | 135                     | 100   |
| Đau chân                 | 120                     | 88,9  |
| Giãn tĩnh mạch nông      | 95                      | 70,37 |
| Chuột rút                | 40                      | 29,63 |
| Phù chân                 | 35                      | 25,93 |
| Tê chân                  | 35                      | 25,93 |
| Rối loạn sắc tố da       | 10                      | 7,41  |
| Loét da                  | 0                       | 0     |
| Huyết khối nhánh TM nông | 5                       | 3,7%  |

**Nhận xét:** triệu chứng suy tĩnh mạch hay gặp nhất là nặng chân, đau chân và giãn các nhánh tĩnh mạch nông. Có 5 bệnh nhân có huyết khối trong các nhánh TM nông.

**Bảng 5. Phân bố các giai đoạn lâm sàng theo phân độ CEAP**

| Phân độ | Số chân bị bệnh (n=135) | %     |
|---------|-------------------------|-------|
| C0      | 0                       | 0     |
| C1      | 0                       | 0     |
| C2      | 85                      | 62,96 |
| C3      | 38                      | 28,15 |
| C4      | 10                      | 7,41  |
| C5      | 2                       | 1,48  |
| C6      | 0                       | 0     |

**Nhận xét:** bệnh nhân bị suy tĩnh mạch được can thiệp hay gặp nhất ở giai đoạn C2 và C3, các giai đoạn còn lại chiếm tỷ lệ ít hơn.

**Bảng 6. Đặc điểm suy tĩnh mạch**

| Đặc điểm        | n   | %  |
|-----------------|-----|----|
| Suy TM 1chân    | 15  | 20 |
| Suy TM 2 chân   | 60  | 80 |
| Suy TM hiển lớn | 135 | 90 |
| Suy TM hiển nhỏ | 15  | 10 |

**Nhận xét:** hầu hết bệnh nhân bị suy tĩnh mạch ở cả 2 chân, suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm đa số.

#### IV. BÀN LUẬN

- **Giới và tuổi:** nữ giới có nguy cơ bị bệnh cao hơn nam giới. Các yếu tố nguy cơ xuất hiện nhiều ở nữ như thai kỳ, đa sản, dùng thuốc ngừa thai có estrogen, đảm nhận công việc đòi hỏi phải đứng lâu, ngồi lâu hơn so với nam giới như nấu ăn, thợ giặt, thư ký văn phòng. Tuổi càng cao nguy cơ bị suy tĩnh mạch cũng tăng lên. Pannier nghiên cứu trên 65 BN tại ĐH Bonn Đức từ 1/2003-5/2005[1], tỷ lệ nữ/nam là 1,5 lần. Theo Hồ Khánh Đức[2] nghiên cứu trên 120 bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch thì tỷ lệ nữ bị bệnh cao hơn nam 1,7 lần, tuổi bị suy tĩnh mạch phổ biến nhất từ 40-60 (chiếm 42,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ bị bệnh gấp 2,75 lần nam. Bệnh nhân có độ tuổi từ 40-69 tuổi bị suy

tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao nhất. Khi phân chia theo độ tuổi để nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ nữ giới bị bệnh ở lứa tuổi cao hơn nam giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

- **Yếu tố nguy cơ từ nghề nghiệp:** nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh suy tĩnh mạch chi dưới có liên quan với nghề nghiệp phải đứng lâu, ngồi nhiều và ít di chuyển như nhân viên văn phòng, giáo viên, công nhân. Kết quả này cũng giống như nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu và cộng sự [3] khi nghiên cứu trên 105 bệnh nhân bị suy tĩnh mạch chi dưới. Nghiên cứu của Trần Hồng Quang[4] trên 45 bệnh nhân suy tĩnh mạch được điều trị bằng sóng cao tần cũng cho kết quả tương tự. Việc đứng lâu, ít di chuyển làm cho bơm cơ kém hoạt động nên không ép máu

tĩnh mạch về dẫn tới ứ trệ máu tĩnh mạch, do đó tỉ lệ gặp suy TM sẽ nhiều hơn.

- *Thời gian bị bệnh*: theo nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh nhân suy tĩnh mạch có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch có thời gian bị bệnh chủ yếu trên 5 năm. Nghiên cứu của Trần Hồng Quang trên 45 bệnh nhân suy tĩnh mạch được điều trị bằng sóng cao tần thì bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 66,6%, bị bệnh từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ 22,2%. Theo Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam[5], tỷ lệ trên 10 năm chiếm tới 50%. Có sự khác biệt về thời gian bị bệnh giữa các nghiên cứu này có lẽ do đặc điểm dân trí từng vùng và số lượng BN nghiên cứu còn ít.

- *Triệu chứng lâm sàng*: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân chủ yếu có triệu chứng nặng chân 100%, đau chân 88,9% và giãn tĩnh mạch nông 77,37%, những triệu chứng này gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Một số bệnh nhân mất ngủ kéo dài vì hay bị chuột rút về đêm, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ có triệu chứng chuột rút chiếm tới 29,63%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Hồ Khánh Đức [2] và Trần Hồng Quang

[4]. Có một tỉ lệ nhỏ BN bị huyết khối nhánh TM nông kích thước nhỏ ở ngoại vi (3,7%), đây là những BN vẫn có chỉ định can thiệp nội mạch bằng RF và phẫu thuật lấy bỏ những tĩnh mạch bị huyết khối này.

- *Phân độ suy tĩnh mạch chi dưới theo CEAP*: nghiên cứu của Trần Hồng Quang cho thấy bệnh nhân có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch chủ yếu ở giai đoạn C2, C3 chiếm tỷ lệ cao là 24,4% và 66,6%. Theo Hồ Khánh Đức nghiên cứu trên 120 bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch thì giai đoạn C2 chiếm tỷ lệ cao nhất 60,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao ở giai đoạn C2 (62,96%), giai đoạn C4; C5 có tỷ lệ thấp hơn là 7,41% và 1,48%. Alessandra Puggioni và cộng sự [6] tại Mayo Clinic trong nghiên cứu trên 53 chân được làm RFA từ 2001 tới 2004 có 94% C2-4 và 6% C5-6. Trong khi đó, nghiên cứu của Chen tỉ lệ BN phân loại C4 chiếm tới 90,3%[7]. Kết quả này có sự khác biệt, có thể do nghiên cứu này số lượng bệnh nhân còn ít (31 BN).

| C1        | C2     | C3     | C4    | C5    | C6 |
|-----------|--------|--------|-------|-------|----|
| Chen [7]  | 3,2%   | 6,5%   | 90,3% | 0%    | 0% |
| Chúng tôi | 62,96% | 28,15% | 7,41% | 1,48% | 0% |

- *Phân bố tĩnh mạch bị suy*: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân chủ yếu bị suy tĩnh mạch hiển lớn cả 2 chân (80%), tỷ lệ suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tới 90% và tỷ lệ bị suy tĩnh mạch hiển bé chiếm tỷ lệ ít (10%). Nghiên cứu của Hồ Khánh Đức có 29,5% bệnh nhân bị suy tĩnh mạch hiển ở cả 2 chân, trong đó suy TM hiển lớn chiếm 94% còn TM hiển bé 6%.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới có chỉ định can thiệp nội tĩnh mạch thường đến khám với các triệu chứng đau, nặng chân, giãn tĩnh mạch nông trong một thời gian dài hay gặp ở các nghề nghiệp phải đứng lâu ít di chuyển. Vì vậy nên tiến hành khám, siêu âm mạch máu và tầm soát bệnh ngay từ khi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 **Pannier F, Rabe E (2008)**. "Mid-term results following endovenous laser ablation of saphenous veins with a 980-nm diode laser". *International Angiology*, vol 27, No 6, pp. 475-481.

2 **Hồ Khánh Đức (2013)**. "Đánh giá hiệu quả điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp Laser nội tĩnh mạch", Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

3 **Đặng Minh Thu (2014)**, "Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, số 66, tr. 175-88.

4 **Trần Hồng Quang (2014)** "Đánh giá kết quả điều trị bệnh suy giãn tĩnh mạch chi dưới mạn tính bằng sóng radio cao tần tại bệnh viện 175", *Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực*, số 7-2014, tr. 9-12.

5 **Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam (2007)**, "Kết quả điều trị ngoại khoa giãn tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính", *Y học TPHCM*. Tập 11, tr. 27-30.

6 **Alessandra Puggioni, MD, Manju Kalra, MBBS, Michele Carmo, MD, Geza Mozes, MD, Peter Gloviczki, MD (2005)**, "Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: Analysis of early efficacy and complications". *J Vasc Surg*, 42, pp. 488-93.

7 **Chen J-q, Xie H, Deng H-y, Yan K, Zhang J-w, Zhang H, Zhang L (2013)**. "Endovenous laser ablation of great saphenous vein with ultrasound-guided perivenous tumescence: early and midterm results". *Chinese Medical Journal*, Vol 126, pp. 421-425.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG KÍNH NỘI NHÃN ĐA TIÊU TRONG PHẪU THUẬT PHACO TẠI BỆNH VIỆN MẮT ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt\*

### TÓM TẮT

Phẫu thuật phaco ra đời với vết mổ nhỏ và kính nội nhãn (KNN) mềm đã hạn chế được rất nhiều biến chứng loạn thị, nguy cơ nhiễm khuẩn và phục hồi thị lực sớm. Sự phát triển nhanh chóng của phương pháp đòi hỏi nhiều kỹ thuật tiên tiến ra đời nhằm đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của bệnh nhân. Kính nội nhãn đơn tiêu chỉ giúp mắt nhìn rõ ở một tiêu diện, gây ra bất tiện trong sinh hoạt. Vì vậy KNN đa tiêu cự ra đời. **Mục tiêu:** Nghiên cứu với mục tiêu đánh giá thị giác hai mắt sau phẫu thuật phaco đặt KNN giả điều tiết AcrySof ReSTOR. **Phương pháp:** Mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, những bệnh nhân đều được phẫu thuật cả 2 mắt đặt kính AcrySof ReSTOR trong vòng 2 tháng. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 126 mắt của 63 bệnh nhân trong thời gian từ 6/2011 đến 11/2011 tại khoa Phaco Bệnh viện Mắt Đà Nẵng. Tuổi trung bình là 49,3±10,1 tuổi. TL nhìn xa chưa chỉnh kính và có chỉnh kính ≥8/10 là 117 mắt (92,8%) và 126 mắt (100%). Độ nhạy tương phản 01 tháng sau phẫu thuật nằm trong giới hạn bình thường. Cảm giác lóa sáng gặp ở 8 mắt nhưng không quá nặng, bệnh nhân chịu được. **Kết luận:** Đối với bệnh nhân có nhu cầu làm việc văn phòng thì KNN AcrySof ReSTOR giúp họ thuận lợi trong công việc. Tuy nhiên cần tay nghề cao của phẫu thuật viên và chọn lựa mắt không có bệnh lý kèm.

**Từ khóa:** Kính nội nhãn đa tiêu, phẫu thuật phaco

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF USING MULTIFOCAL INTRAOCULAR LENS IN PHACO SURGERY AT THE DANANG EYE HOSPITAL

Owing to invention of phaco surgery with small incision and intraocular lens (IOL), decreasing complications of astigmatism, risk of infection and soon visual acuity restoration. The quick development of surgical method demands many applied latest techniques to satisfy enhancing requirements from the patients. The monofocal IOL only can supply the clear vision with a focal field, this is inconvenient in activities of the patients. **Purpose:** To evaluate binocular vision after phaco surgery with multifocal AcrySof ReSTOR IOL. **Method:** Prospective description, non control clinical trial study. Applying to the patients with bilateral cataract indicated to phaco surgery inserting AcrySof ReSTOR IOL within 2 months. **Results:** The research consisted of 126 eyes

\*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

of 63 patients from Jun. 2011 to Nov. 2011 at Phaco Department, Danang Eye Hospital. The mean of age were 49.3±10.1. The uncorrected and corrected far visions, in turn, above 8/10 were 117 eyes (92.8%) and 126 eyes (100%). The color contrast sensibility on postoperative one-month belonged the normal limit. The feel of "halo" recognized on 8 patients but not severe and they accepted. **Conclusion:** For the patients with office works, AcrySof ReSTOR IOL may make convenience in working. However, the high skill of surgeons and selecting uncomplicated eyes are necessary.

**Key works:** Multifocal intraocular lens, phaco surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật phaco với vết mổ nhỏ mang lại kết quả tốt đẹp cho bệnh nhân đục thể thủy tinh (TTT). Bên cạnh sự đổi mới về chất liệu nhằm tránh sự bất tương thích sinh học với mô mắt người sự thay đổi liên tục về thiết kế KNN giúp cho thị giác sau phẫu thuật tốt hơn [5]. Đối với bệnh nhân tuổi trung niên đang làm việc văn phòng hay quản lý nhu cầu nhìn rõ ở nhiều cự ly thì ngoài việc monovision, đeo kính gọng điều chỉnh [1] nay rất cần các loại KNN đa tiêu cự khi họ bị đục TTT.

Bệnh viện Mắt Đà Nẵng KNN đa tiêu cự được sử dụng từ năm 2006, nhưng giá thành còn đắt và nhìn nhận của thầy thuốc cũng như bệnh nhân chưa xác đáng về loại KNN này. Ngày nay hai lĩnh vực phẫu thuật trong nhãn khoa đã song hành với nhau là phẫu thuật khúc xạ và TTT. Trong phẫu thuật TTT cần phải hướng tới khắc phục tật khúc xạ và luôn quan tâm tới thị giác hai mắt vì đây là yêu cầu về chất lượng sự nhìn của bệnh nhân. Phẫu thuật khúc xạ hiện nay đối với những trường hợp lão thị, hoặc cận thị nặng có thể lựa chọn phương pháp thay thế thủy tinh thể và đặt kính nội nhãn đa tiêu cự (kính đa tiêu khúc xạ, hoặc nhiều xạ, hoặc phối hợp khúc xạ - nhiều xạ). Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá thị giác hai mắt sau khi được đặt KNN AcrySof ReSTOR.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 126 mắt của 63 bệnh nhân được phẫu thuật cả hai mắt tại khoa Kỹ thuật Phaco Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ 6/2011 đến 11/2011.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Những bệnh nhân đục TTT cả hai đều có chỉ định phẫu thuật phaco, cách nhau trong vòng 02 tháng.

- Tuổi: từ 20 đến 60 tuổi.
- Bệnh nhân ở gần thuận lợi cho việc theo dõi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Có các bệnh lý võng mạc như đái tháo đường, tăng huyết áp, thoái hóa hắc võng mạc nặng, cận thị viễn thị nặng.
- Có những bệnh lý tại các môi trường trong suốt như sẹo giác mạc, đục dịch kính...
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân ở xa khó tái khám theo dõi.
- Loạn thị > 1,0 diop.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

**2.2.2. Cách tiến hành**

+ Phương tiện nghiên cứu: Máy phẫu thuật phaco Infinity, sử dụng chế độ pulse, burst. Dịch truyền Ringer Lactate, dao mổ Alcon 2.2mm, kính hiển vi phẫu thuật OMS 800, bộ vi phẫu phaco, máy Javal đo công suất giác mạc, máy siêu âm A đo trục nhãn cầu, siêu âm B quan sát bệnh lý phần sau.

+ Kỹ thuật: Chọc thủng giác mạc phía thái dương, bơm chất nhầy vào tiền phòng, xé bao trước hình tròn liên tục, thủy tách tổ chức dưới bao, xoay nhân, đảo đường rãnh ngang giữa, tách đôi nhân, chẻ và hút từng mảnh nhân. Rửa lớp vỏ nhân, đánh bóng bao sau và đặt KNN AcrySof ReSTOR, tái tạo tiền phòng bằng Ringer lactate.

+ KNN AcrySof ReSTOR: là kính đa tiêu phối hợp cả 2 nguyên lý khúc xạ và nhiễu xạ, gồm 11 bậc ở vùng trung tâm 3,6 mm, tạo thành 12 vùng nhiễu xạ với độ cao các bậc khác nhau,

giảm dần từ trung tâm ra ngoại biên, từ 1.3µm đến 0.2µm, và khoảng cách giữa các bậc cũng giảm dần, thiết kế này tạo ra công suất hiệu dụng thêm vào + 4D, tương ứng với + 3.2D đeo kính gọng, ánh sáng đi vào vùng ngoại biên của kính thích hợp với thị lực nhìn xa hơn, do đó làm giảm khó chịu của bệnh nhân khi nhìn xa vào ban đêm do đồng tử giãn.

**2.2.3. Các chỉ tiêu đánh giá**

- Thị lực nhìn xa có chỉnh kính và không chỉnh kính
- Thị lực nhìn gần có chỉnh kính và không chỉnh kính
- Độ nhạy cảm tương phản được đo bằng bảng FACT
- Mức độ phụ thuộc kính đeo
- Hiện tượng song thị hai mắt.
- Biến chứng của phẫu thuật.

**2.2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Các số liệu được thu thập và xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 18.0, và chương trình Epi Data 3.1; theo các phép thống kê y học.

**2.2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Có cam kết hợp tác nghiên cứu của bệnh nhân, không gây ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. Đề cương đã được thông qua Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

**III. KẾT QUẢ**

Thu thập được 63 bệnh nhân phẫu thuật cả hai mắt (126 mắt), dùng một phương pháp phaco như nhau với cùng một phẫu thuật viên. Có 34 bệnh nhân nữ (53,9%) và 29 bệnh nhân nam (46,1%), tuổi trung bình là 49,3±10,1 tuổi

**3.1. Thị lực**

**Bảng 1. Thị lực trước và các thời điểm sau phẫu thuật chưa chỉnh kính**

| Thị lực     | Trước PT   |             | 1 ngày     |             | 1 tuần     |             | 1 tháng    |             |
|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
|             | SL         | Tỷ lệ %     |
| ST(+)-<3m   | 19         | 15,1%       | 0          | 0           | 0          | 0           | 0          | 0           |
| 3m - <1/10  | 31         | 24,6%       | 0          | 0           | 0          | 0           | 0          | 0           |
| 1/10 - 3/10 | 64         | 50,8%       | 7          | 5,6%        | 3          | 2,4%        | 1          | 0,8         |
| 4/10 - 7/10 | 12         | 9,5%        | 44         | 34,9%       | 20         | 15,9%       | 8          | 6,4         |
| ≥ 8/10      | 0          | 0           | 75         | 59,5%       | 103        | 81,7%       | 117        | 92,8%       |
| <b>TC</b>   | <b>126</b> | <b>100%</b> | <b>126</b> | <b>100%</b> | <b>126</b> | <b>100%</b> | <b>126</b> | <b>100%</b> |

(Ghi chú: ĐNT = đếm ngón tay, m = mét; ST = sáng-tối)

Trên đây là tính độc lập từng mắt của 126 mắt cho thấy TL hồi phục rất nhanh sau phẫu thuật, trước phẫu thuật không có mắt nào đạt 8/10 nhưng ngày hôm sau có 59,5% đạt TL ≥ 8/10. Nhóm TL thấp giảm dần theo thời gian, ngược lại nhóm TL cao tăng dần lên. Đến 01 tháng sau phẫu thuật có đến 92,8% đạt TL ≥ 8/10.

**Bảng 2: Thị lực không và có chỉnh kính nhìn xa và gần sau 01 tháng**

| Cự ly đo | Số mắt đo | Tình trạng kính | Thị lực  |             | Tổng cộng |
|----------|-----------|-----------------|----------|-------------|-----------|
|          |           |                 | < 8/10   | ≥ 8/10      |           |
| Nhìn xa  | Từng mắt  | Không kính      | 9 (7,2%) | 117 (92,8%) | 126 mắt   |
|          |           | Có kính         | 0 (0,0%) | 126 (100%)  | 126 mắt   |

|          |          |            |          |             |          |
|----------|----------|------------|----------|-------------|----------|
|          | Hai mắt  | Không kính | 3 (4,8%) | 60 (95,2%)  | 63 người |
|          |          | Có kính    | 0 (0,0%) | 63 (100%)   | 63 người |
| Nhìn gần | Từng mắt | Không kính | 7 (5,6%) | 119 (94,4%) | 126 mắt  |
|          |          | Có kính    | 0 (0,0%) | 126 (100%)  | 126 mắt  |
|          | Hai mắt  | Không kính | 5 (7,9%) | 121 (96,1%) | 63 người |
|          |          | Có kính    | 0 (0,0%) | 63 (100%)   | 63 người |

**Nhận xét:** Không chỉnh kính TL nhìn xa cho kết quả  $\geq 8/10$  là 92,8%, nhìn gần đạt 94,4%. Khi sử dụng cả hai mắt một lúc thì TL tăng thêm. Với nhìn xa tăng từ 92,8% lên 95,2%. Còn TL nhìn gần tăng từ 94,4% lên 96,1%. Khi có chỉnh kính thích hợp thì nhìn xa hay nhìn gần đều 100% đạt TL  $\geq 8/10$ . Số kính trung bình cần chỉnh cho TL cao nhất: nhìn xa  $\pm 0,35$  đến  $\pm 1,00$ , nhìn gần  $\pm 0,45$  đến  $\pm 1,00$ .

**3.2. Độ nhạy tương phản**

Đo độ nhạy tương phản vào 01 tuần và 01 tháng sau phẫu thuật trong điều kiện ánh sáng bình thường.

Có 8 mắt cảm thấy chói sáng trong những ngày đầu tiên sau phẫu thuật, bệnh nhân được khuyên mang kính màu thì hiện tượng đỡ hơn. Nhìn ánh đèn ban đêm có vòng tán sắc xung quanh nhưng mức độ nhẹ.

**Bảng 3: Kết quả độ nhạy cảm tương phản (theo đơn vị log)**

| Tần Số không gian (chu kỳ/độ) | 01 tuần sau phẫu thuật        | 01 tháng sau phẫu thuật       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                               | Trung bình (đơn vị log) (ĐLC) | Trung bình (đơn vị log) (ĐLC) |
| 1.5                           | 1.75 $\pm$ 0.06               | 1.62 $\pm$ 0.10               |
| 3                             | 1.80 $\pm$ 0.08               | 1.78 $\pm$ 0.10               |
| 6                             | 1.77 $\pm$ 0.15               | 1.75 $\pm$ 0.10               |
| 12                            | 1.35 $\pm$ 0.20               | 1.29 $\pm$ 0.10               |
| 8                             | 0.83 $\pm$ 0.21               | 0.89 $\pm$ 0.10               |

Ngoài ra tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật, không có trường hợp nào yêu cầu phải thay đổi loại kính hoặc cần sử dụng kính hỗ trợ thêm trong công việc và sinh hoạt.

**3.3. Biến chứng phẫu thuật**

**Bảng 4. Biến chứng phẫu thuật**

| Giai đoạn        | Các biến chứng      | Số lượng  | Tỷ lệ %     |      |
|------------------|---------------------|-----------|-------------|------|
| <b>Trong mổ</b>  | Bỏng vết mổ         | 2         | 1,6%        |      |
|                  | Rách bao sau        | 0         | 0,9%        |      |
|                  | Rách mống mắt       | 0         | 0,7%        |      |
|                  | Các biến chứng khác | 0         | 0,0%        |      |
| <b>Sau mổ</b>    | Xẹp tiền phòng      | 1         | 0,8%        |      |
|                  | Phù giác mạc        | Nặng      | 0           | 0,0% |
|                  |                     | Vừa       | 1           | 0,8% |
|                  |                     | Nhẹ       | 6           | 4,7% |
|                  | Loạn dưỡng giác mạc | 0         | 0,0%        |      |
|                  | Các biến chứng khác | 0         | 0,0%        |      |
| <b>Tổng cộng</b> |                     | <b>10</b> | <b>7,9%</b> |      |

**Nhận xét:** Có 7,9% có biến chứng phẫu thuật, chỉ có 1 biến chứng xẹp tiền phòng phải xử lý mổ lại ngay ngày hôm sau để tái tạo tiền phòng bằng hơi. Các biến chứng phù giác mạc và bỏng vết mổ tự lành sau 1-2 ngày nhỏ thuốc corticoid.

**3.4. Mức độ phụ thuộc kính đeo:** Trong nghiên cứu của chúng tôi không phải tất cả số bệnh nhân này cần thiết đòi hỏi chúng tôi cấp đơn kính.

- Không cần kính đeo hỗ trợ: 116 bệnh nhân.
- Có nguyện vọng kính hỗ trợ để nhìn gần: 10 bệnh nhân, kính nhẹ: +0,5 - +1,00.
- Không có bệnh nhân nào có nguyện vọng mang kính nhìn xa.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Thị lực:** Bệnh nhân trong nghiên cứu là những bệnh nhân trẻ trong độ tuổi làm việc, hầu hết làm công sở và quản lý vì vậy chưa đến tuổi thoái hóa võng mạc hay các bệnh lý thoái hóa khác do tuổi già. Hơn nữa chúng tôi đã loại trừ tất cả các bệnh khác gây ra ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật, đã loại những bệnh nhân có tiền lượng kém hồi phục thị lực. Một lý do TL đều rất cao là vì KNN AcrySof ReSTOR đặt tiền, chưa phổ biến rộng rãi cho nhiều bệnh nhân và hạn chế số phẫu thuật viên tiến hành phẫu thuật đặt loại KNN này.

Khi không chỉnh kính, TL nhìn xa và nhìn gần đều tốt. Trong ngày đầu có những mắt chỉ đạt TL < 3/10 là do chúng tôi phải duy trì tiền phòng bằng hơi chưa tan kịp. Áp lực nội nhãn của người trẻ thường hồi phục nhanh nên xẹp tiền phòng có thể gặp. Kết quả của chúng tôi tương đương với Kohnen T., Allen F (97,5%) đạt TL cao và Sallett [6] khi chỉnh kính cũng đạt 100% TL cao như chúng tôi.

**4.2. Độ nhạy tương phản:** Độ nhạy tương phản có giá trị rất lớn về thị giác, dù có TL rất cao nhưng xảy ra hiện tượng lóa sáng sẽ làm cho bệnh nhân than phiền nhất là lái xe ban đêm. Chúng tôi gặp 8 bệnh nhân có cảm giác này nhưng ở mức nhẹ và mắt kia không bị lóa.

Vào một tháng sau phẫu thuật 8 mắt này giảm dần hiện tượng lóa sáng khi nhìn vào ngọn đèn, phản xạ đồng tử phục hồi tốt. Tỷ lệ lóa sáng của chúng tôi cũng tương đương với Alfonso JF [4]

Có 8 mắt cảm thấy chói sáng nhưng không thuộc trên cùng bệnh nhân nên khi sử dụng cả 2 mắt thì bệnh nhân không thấy khó chịu. Nhìn ánh đèn ban đêm có vòng tán sắc xung quanh nhưng mức độ nhẹ. Kết quả này tương đương như nghiên cứu của Trần Phương Thu [3].

**4.3. Biến chứng phẫu thuật:** Sờ dĩ biến chứng ít là tay nghề đã quen với hệ thống máy Infinity Alcon và chọn lựa rất kỹ những bệnh nhân không có bệnh kèm gì ở mắt và chúng tôi cho dùng thuốc chống viêm 5-7 ngày trước khi phẫu thuật.

Những mắt có phù giác mạc tự hồi phục sau 2-3 ngày. Đối với KNN đa tiêu AcrySof ReSTOR việc bảo tồn mống mắt khỏi phẫu chấn là hết sức quan trọng. Những trường hợp đồng tử không đáp ứng thuốc nhỏ giãn trước phẫu thuật chúng tôi cũng loại khỏi nghiên cứu.

**4.4. Mức độ phụ thuộc kính đeo:** Ngoài ra tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật, không có trường hợp nào yêu cầu phải thay đổi loại kính hoặc cần sử dụng kính hỗ trợ thêm trong công việc và sinh hoạt.

Đây là triệu chứng hết sức quan trọng. Sau khi tiến hành chỉnh kính tối ưu từng mắt một cho bệnh nhân thì dùng cách phỏng vấn để ghi nhận sự hài lòng. Dù đeo thêm kính sẽ tăng TL nhìn xa chút ít lần nhìn gần nhưng không phải tất cả số bệnh nhân này cần thiết đòi hỏi chúng tôi cấp đơn kính.

- Không cần kính đeo hỗ trợ nhìn gần: 116 bệnh nhân (92,1%).

- Có nguyện vọng kính hỗ trợ để nhìn gần: 10 bệnh nhân (7,9%, nhưng là kính rất nhẹ: +0,5 - +0,75.

- Không bệnh nhân nào cần mang thêm kính độ âm.

- Không có bệnh nhân nào có nguyện vọng mang kính nhìn xa.

- Sờ dĩ loạn thị không là vấn đề ở đây vì chúng tôi đã loại bỏ các loạn thị >1 diop ra khỏi nghiên cứu. Sau mổ có lẽ mắt bệnh nhân bù trừ được.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tính hiệu quả của kính nội nhãn AcrySof ReStor trong điều chỉnh thị lực nhìn xa, thị lực nhìn gần cho bệnh nhân bị đục TTT. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Khúc hị Nhụn [2].

Đối với các loại kính đa tiêu, giả điều tiết, ngoài các vấn đề về kỹ thuật phẫu thuật, yếu tố quan trọng để đạt được hiệu quả tốt là vấn đề lựa chọn bệnh nhân trước mổ và xác định công suất kính nội nhãn chính xác. Phẫu thuật này đang trong giai đoạn nghiên cứu ứng dụng nên còn để đặt trong lựa chọn và chỉ định phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

- Kính nội nhãn đa tiêu AcrySof ReSTOR mang lại thị lực nhìn xa tốt và ít phụ thuộc vào kính đeo cho nhìn gần.

- Biến chứng phẫu thuật rất thấp, khi xảy ra đều khắc phục được.

- Độ nhạy cảm tương phản trong một giới hạn bình thường.

- Hầu hết bệnh nhân hài lòng với chức năng thị giác đạt được sau phẫu thuật 01tháng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Tấn Lộc (2006)**, "Đánh giá kết quả mổ đục thể thủy tinh theo phương pháp hiệu chỉnh công suất thể thủy tinh nhân tạo để một mắt nhìn gần", *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội
2. **Khúc Thị Nhụn (2005)**, "Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh và đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu cự", *Tạp chí Nhân khoa Việt Nam*, số 4.
3. **Trần Phương Thu, Phạm Nguyên Huân (2005)**, "Đánh giá kết quả ban đầu phẫu thuật đục thể thủy tinh đặt kính nội nhãn giả điều tiết AcrySof ReSTOR", *Hội nghị Khoa học kỹ thuật 2005*, Hội Nhân khoa Việt nam.
4. **Alfonso JF., Fernandez-Vega L. (2010)**, Difference in visual performance of AcrySof ReSTOR IOL in high and lowmyopic eyes. *Eur J Ophthalmol*, 19(5),748-53
5. **Hoffman R S., Fine I H. (2005)**, New phacoemulsification technology. *Current Ophthalmol 2005 Feb*, 16 (1): 38-43.
6. **Kohnen T., Allen F (2006)**, "European multicenter study of the AcrySof ReStor apodized diffractive intraocular lens". *Ophthalmol*, 113:578-584.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN CẢM XÚC Ở BỆNH NHÂN LOẠN THẦN DO RƯỢU

Nguyễn Văn Dũng và cộng sự

### TÓM TẮT

Ở nước ta trong những năm gần đây, loạn thần do rượu (LTDR) có xu hướng ngày càng tăng, số bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị nội trú tăng từ 5% năm 2009 lên 10% năm 2014. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu và nhận xét diễn biến của rối loạn cảm xúc ở các thể lâm sàng thường gặp của loạn thần do rượu. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang, tiến hành trên 143 bệnh nhân điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần. **Kết quả:** 96 bệnh nhân có rối loạn cảm xúc, chiếm tỷ lệ 67,13%. Trong đó trầm cảm chiếm tỷ lệ cao nhất (55,2%), bao gồm: trầm cảm nhẹ 7,3%; trầm cảm vừa 37,5%; trầm cảm nặng 10,4%. Trầm cảm thường biểu hiện bằng mệt mỏi, mất sinh lực và giảm hoạt động kể cả tình dục (98,3%). Cũng rất thường gặp mất quan tâm thích thú (82,3%). Rối loạn giấc ngủ gặp ở 100% bệnh nhân loạn thần do rượu. **Kết luận:** Trầm cảm thường gặp trong loạn thần do rượu và cần phát hiện để điều trị sớm

### SUMMARY

#### CLINICAL RESEARCH CHARACTERISTICS EMOTIONAL DISORDER DO PATIENTS IN WINE PSYCHOSIS

In our country in recent years, alcohol-induced psychosis (LTDR) tends to increase, the number of alcohol-induced psychotic patient residential treatment increased from 5% in 2009 to 10% in 2014. The goal: Look clinical characteristics at emotional disorders in patients with alcohol-induced psychosis and comment movements emotional disorders in the clinical possible common alcohol-induced psychosis. Methods: cross-sectional descriptive, conducted on 143 patients treated at the Institute of Mental Health. Results: 96 patients with emotional disorders, accounting for 67.13% ratio. In that depression accounts for the highest proportion (55.2%), including 7.3% mild depression; 37.5% moderate depression; 10.4% severe depression. Thu-ong depression manifested by fatigue, loss of energy and decreased sexual activity, including (98.3%). Attackers also very excited having lost interest (82.3%). Sleep disturbances seen in 100% of patients with psychosis due ruou. Conclusions: Depression is common in alcoholic psychosis and should detect biological treatment soon.

\*Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng  
 Email: drdrungbm@yahoo.com  
 Ngày nhận bài: 13.01.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017  
 Ngày duyệt bài: 3.5.2017

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới, loạn thần do rượu chiếm 10% các trường hợp nghiện rượu mạn tính. Tại Nhật Bản và nhiều nước, số giường dành cho bệnh nhân loạn thần do rượu chiếm hơn 10% số giường bệnh tâm thần. Theo Hesselbrock M.N và Meyer R.E (2005), tỷ lệ bệnh nhân nghiện rượu mạn tính (NRMT) có rối loạn tâm thần trong đời là 77%.

Loạn thần do rượu biểu hiện bằng nhiều triệu chứng, trong đó rối loạn cảm xúc (RLCX) chiếm tỷ lệ trên 50% (Weissman & Olié). Adès tổng hợp các nghiên cứu của Pháp cho thấy rối loạn cảm xúc chiếm 12 - 98% các trường hợp loạn thần do rượu. Ở người nghiện rượu mạn tính nếu có thêm các rối loạn cảm xúc đặc biệt là trầm cảm sẽ làm trầm trọng thêm tiên lượng của bệnh

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về loạn thần do rượu, nhưng chưa có những nghiên cứu sâu về rối loạn cảm xúc trong loạn thần do rượu, Việc đánh giá đúng, đầy đủ các rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu giúp thầy thuốc có thái độ xử trí phù hợp, hạn chế tái phát & ngăn ngừa tự sát do rượu. Xuất phát từ các lý do trên, chọn để nghiên cứu với các mục tiêu sau đây: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu.*

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

143 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là loạn thần do rượu theo ICD. 10 (mục F10.4 và F10.5), có các rối loạn cảm xúc điều trị nội trú tại Viện Sức Khỏe Tâm thần từ 01 tháng 6 năm 2014 đến 12 tháng 7 năm 2015. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng cắt ngang. có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ chẩn đoán

**Các số liệu thu được sẽ xử lý** bằng phương pháp thống kê Y học có sử dụng chương trình xử lý số liệu EPI INFO 6.04.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $43 \pm 7,4$ , cao nhất là nhóm tuổi 31 - 50 (81,3%). Tất cả bệnh nhân đều là nam. Thời gian nghiện rượu trung bình là  $12,9 \pm 6,8$  năm, nhóm nghiện rượu từ 6 - 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (62,50%). Nghiện rượu mức độ nặng chiếm 72,92%, nghiện rượu mức độ trung bình là 27,08%.

**2. Đặc điểm lâm sàng.**

- **Rối loạn cảm xúc lúc vào viện ở bệnh nhân LTDR:** Trong số 143 bệnh nhân LTDR điều trị nội trú từ tháng 8 năm 2005 đến tháng 4

năm 2006, chúng tôi phát hiện được 96 bệnh nhân có RLCX (chiếm 67,13%), đáp ứng các tiêu chuẩn đã đặt ra.

**Bảng 1: Các rối loạn cảm xúc lúc vào viện.**

| Các rối loạn cảm xúc | n = 96 | %    |
|----------------------|--------|------|
| RL Trầm cảm          | 96     | 100  |
| Hưng cảm             | 0      | 0    |
| RL lo âu             | 40     | 41,7 |
| RL hoảng sợ          | 39     | 40,6 |

**Nhận xét:** Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu đều là rối loạn trầm cảm. Rối loạn lo âu và hoảng sợ chiếm tỷ lệ đáng kể.

- **Đặc điểm rối loạn trầm cảm.**

**Bảng 2: Các dạng RLTC lúc vào viện.**

| Các rối loạn trầm cảm | n  | %    | p < 0,001 |
|-----------------------|----|------|-----------|
| Trầm cảm nhẹ          | 7  | 7,3  |           |
| Trầm cảm vừa          | 36 | 37,5 |           |
| Trầm cảm nặng         | 10 | 10,4 |           |
| Rối loạn loạn khí sắc | 43 | 44,8 |           |
| <b>Cộng</b>           | 96 | 100  |           |

**Nhận xét:** Trong các dạng RLTC, rối loạn loạn khí sắc chiếm tỷ lệ cao nhất: 44,8%, thấp nhất là trầm cảm nhẹ chiếm 7,3%.

**Bảng 3: Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm ở BN LTDR.**

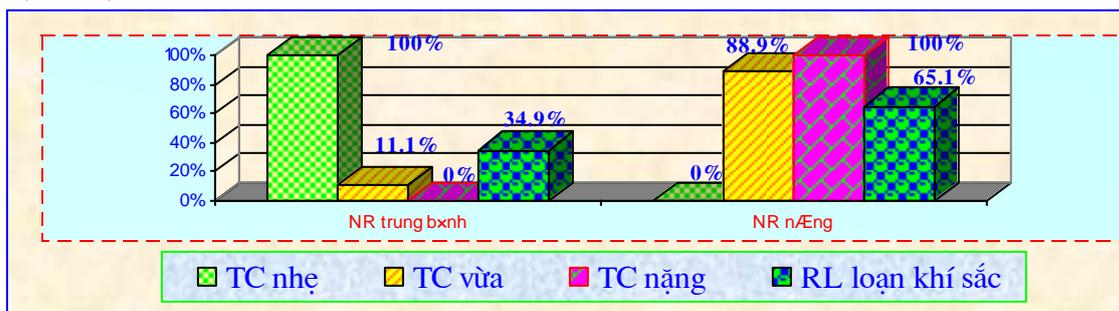
| Triệu chứng chủ yếu    | n = 96 | %    |
|------------------------|--------|------|
| Khí sắc giảm           | 69     | 71,9 |
| Mất quan tâm thích thú | 79     | 82,3 |
| Giảm năng lượng        | 90     | 93,8 |

**Nhận xét:** Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm đều gặp ở bệnh nhân LTDR với tỷ lệ cao: giảm năng lượng chiếm 93,8%, mất quan tâm thích thú: 82,3%, khí sắc giảm chỉ chiếm 71,9%.

**Bảng 4: Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm ở BN LTDR.**

| Triệu chứng phổ biến                  | n = 96 | %    |
|---------------------------------------|--------|------|
| Giảm sút sự tập trung chú ý           | 79     | 82,3 |
| Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin | 72     | 75   |
| Ý nghĩ có tội hoặc không xứng đáng    | 27     | 28,1 |
| Ý nghĩ âm ảm, bi quan về tương lai    | 21     | 21,9 |
| Rối loạn ăn uống                      | 66     | 68,8 |
| Rối loạn giấc ngủ                     | 96     | 100  |
| Y tưởng hoặc hành vi tự sát           | 11     | 11,5 |

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân nghiên cứu bị rối loạn giấc ngủ với: mất ngủ (71,9%) hoặc giấc ngủ không liên tục (91,7%). Hai triệu chứng phổ biến khác gặp với tỷ lệ cao là: giảm sút sự tập trung chú ý 82,3 % và giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin 75 %. Rối loạn ăn uống cũng là triệu chứng thường gặp (68,8%).



**Biểu đồ 1: Rối loạn trầm cảm và mức độ nghiện rượu**

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân trầm cảm nặng nghiện rượu mức độ nặng. 88,9% bệnh nhân trầm cảm vừa nghiện rượu mức độ nặng. Ở bệnh nhân rối loạn loạn khí sắc có 65,1% nghiện rượu mức độ nặng và 34,9% nghiện mức độ trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,001$ .

**Bảng 6: Thời gian thuyên giảm theo loại RLCX.**

| Loại RLCX       | Thời gian thuyên giảm trung bình | p        |
|-----------------|----------------------------------|----------|
| Trầm cảm nhẹ    | $8 \pm 2,4$ ngày                 | $< 0,05$ |
| Trầm cảm vừa    | $15 \pm 5,3$ ngày                |          |
| Trầm cảm nặng   | $22,5 \pm 7,0$ ngày              |          |
| RL loạn khí sắc | $19 \pm 7,1$ ngày                |          |

**Nhận xét:** Thời gian thuyên giảm trung bình của trầm cảm nhẹ:  $8 \pm 2,4$  ngày.

- Thời gian thuyên giảm lâu nhất là của trầm cảm nặng:  $22,5 \pm 7,0$  ngày.

- Thời gian thuyên giảm ở các mức độ trầm cảm có sự khác biệt với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

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

- **Giới:** Theo các tài liệu nước ngoài, LTDR gặp chủ yếu ở nam giới. Theo Kaplan H.I và Sadock B.J (1994), tỷ lệ rối loạn tâm thần do rượu ở nam/ nữ là 2/1 - 3/1.

- **Tuổi:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là  $43 \pm 7,4$ ; Nhóm tuổi 31 - 50 chiếm tỷ lệ cao: 81,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Cornelius J.R, Phạm Quang Lịch, Phạm Đức Thịnh và một số tác giả khác. (Phạm Quang Lịch 42,5 tuổi. Phạm Đức Thịnh:  $41,5 \pm 7,8$  tuổi, Cornelius J.R (1995):  $41,3 \pm 14,7$ )

- **Thời gian nghiện rượu:** Nhóm nghiên cứu có thời gian nghiện rượu trung bình là  $12,9 \pm 6,8$  năm; nhóm nghiện rượu từ 6 - 15 năm chiếm 62,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đa số tác giả trong và ngoài nước nhận xét rằng LTDR thường gặp ở người nghiện rượu trên 10 năm. Trần Viết Nghị (2000) cho thấy 61,5% xuất hiện loạn thần trên bệnh nhân nghiện rượu từ 10 năm trở lên. Nguyễn Viết Thiêm và cộng sự (1994) cho rằng thời gian nghiện rượu trên 10 năm chiếm 79,5%.

- **Mức độ nghiện rượu:** nghiện rượu mức độ nặng 72,9%, mức độ trung bình 27,1%. Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với nghiên cứu gần đây của tác giả Nguyễn Văn Tuấn nghiện rượu mức độ nặng chiếm 77,3%, trung bình chiếm 22,7%. Mức độ nghiện rượu thể hiện khả năng dung nạp, số lượng và thời gian sử dụng rượu, ảnh hưởng của rượu tới cuộc sống. MĐNR có thể còn là yếu tố để tiên lượng bệnh, nghiện rượu mức độ nặng ngoài nguy cơ về bệnh lý tâm thần còn tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ về các bệnh lý khác.

##### 2. Đặc điểm lâm sàng.

- **Các rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân LTDR:** Toàn bộ 96 bệnh nhân nghiên cứu đều được chẩn đoán là rối loạn trầm cảm, cả trên lâm sàng và trắc nghiệm tâm lý. Trên thực tế

lâm sàng, chúng tôi không gặp bệnh nhân loạn thần do rượu nào có triệu chứng hưng cảm rõ rệt. Một số bệnh nhân có biểu hiện hưng phấn trong một vài ngày đầu nhập viện, nhưng các triệu chứng này chỉ nhất thời, thoáng qua, không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán.

- **Các dạng RLTC lúc vào viện:** Theo Féline A (2010): rối loạn loạn khí sắc chiếm 53% các trường hợp LTDR, một số tác giả như Weissman M.M và cộng sự (2009), Olié J.P (2015) cho rằng tất cả các hình thái lâm sàng của trầm cảm đều có thể gặp ở bệnh nhân LTDR nhưng thường gặp nhất là rối loạn loạn khí sắc. Các biểu hiện của trầm cảm xuất hiện một cách âm ỉ, nặng dần với: khí sắc không ổn định, biến đổi tính cách, mất quan tâm, khó tập trung, không thoải mái, rối loạn giấc ngủ và giảm tình dục. Đây có thể là sự khác biệt giữa trầm cảm thứ phát do rượu và các dạng trầm cảm khác.

- **Các rối loạn lo âu và hoảng sợ:** Rối loạn lo âu và hoảng sợ chiếm 82,3% trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi Lindemann A(2011): 77,5%[1], Phạm Liên Hương (2002) nhận thấy ở bệnh nhân LTDR lo âu và hoảng sợ chiếm 74,1%. Nghiên cứu của Mullaney (1990) cho thấy lo âu chiếm 70% NRMT. Kết quả của chúng tôi tương tự như các tác giả nghiên cứu về LTDR và cao hơn những nghiên cứu về NRMT, chứng tỏ rối loạn tâm thần là một hậu quả nặng nề của NRMT.

- **Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm ở bệnh nhân LTDR.**

❖ Trong nhóm nghiên cứu, khí sắc giảm chiếm 71,9%, nghiên cứu của Lindemann A nhận thấy khí sắc giảm gặp ở 52,5% bệnh nhân LTDR. Theo Phạm Quang Lịch (2003) có 66,7% bệnh nhân NRMT có RLCX trong đó chủ yếu là giảm khí sắc, buồn rầu. Triệu chứng khí sắc giảm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số tác giả nghiên cứu về LTDR, có thể do đối tượng nghiên cứu không giống nhau, nhóm nghiên cứu của chúng tôi là LTDR có RLCX mà chủ yếu là trầm

cảm. Chúng tôi thấy triệu chứng giảm khí sắc ở bệnh nhân trầm cảm do rượu thường không điển hình; thường gặp: khí sắc giao động, buồn bực, bứt rứt, dễ kích thích, cầu kính, hần học.

❖ Triệu chứng mất quan tâm thích thú cũng rất thường gặp ở nhóm nghiên cứu (82,3%) và không khác nhiều so với trầm cảm nội sinh. Olié J.P cho rằng mất quan tâm thích thú rất thường gặp trong trầm cảm do rượu

❖ Giảm năng lượng dẫn đến dễ mệt mỏi và giảm hoạt động cũng thường gặp ở bệnh nhân trầm cảm do rượu cũng như các dạng trầm cảm khác. Chúng tôi gặp triệu chứng này ở 92,7% bệnh nhân nghiên cứu, cao hơn một số tác giả như: Phạm Liên Hương, mệt mỏi chiếm 67,2% số bệnh nhân LTDR, Nguyễn Mạnh Hùng: 67,5%.

#### **- Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm ở bệnh nhân LTDR.**

✦ Giảm sút sự tập trung chú ý gặp ở 82,3% bệnh nhân nghiên cứu, có khác biệt nhỏ về tỉ lệ so với các tác giả khác như: Nguyễn Văn Tuấn (2006): giảm chú ý gặp ở 96% bệnh nhân LTDR, Trần Việt Nghị: khó tập trung chú ý gặp ở 75% bệnh nhân sàng rượu.

✦ Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin gặp ở 75% bệnh nhân nghiên cứu. Triệu chứng cầu kính cũng rất thường gặp trong nhóm nghiên cứu, có lẽ đây cũng là sự khác biệt giữa trầm cảm do rượu và các trầm cảm khác. Theo Phan Thanh Nhuận và cộng sự giảm sút tính tự trọng, bê tha gặp ở 66,7% bệnh nhân LTDR.

✦ Rối loạn giấc ngủ gặp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu. Nguyễn Mạnh Hùng 100% bệnh nhân LTDR có rối loạn giấc ngủ, Phan Thanh Nhuận và cộng sự: khó ngủ hoặc ngủ ít gặp ở 100% bệnh nhân LTDR.

#### **- Thời gian thuyên giảm RLCX.**

**- Theo dạng RLCX:** Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.21 cho thấy thời gian thuyên giảm trung bình của trầm cảm nhẹ là  $8 \pm 2,4$  ngày, trầm cảm vừa là  $15 \pm 5,3$  ngày, trầm cảm nặng là  $22,5 \pm 7$  ngày và loạn khí sắc là  $19 \pm 7,1$  ngày. Thời gian thuyên giảm trung bình các RLCX theo dạng rối loạn trầm cảm khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy mức độ rối loạn cảm xúc càng nặng thì thời gian điều trị càng dài và ngược lại. Điều này gợi ý chúng ta trong việc phối hợp các thuốc chống trầm cảm để điều trị các rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu, đặc biệt là trầm cảm nặng và trầm cảm vừa.

**- Theo thể bệnh LTDR:** Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian thuyên giảm trung bình của các rối loạn cảm xúc ở các thể lâm sàng LTDR

thường từ 1 đến 3 tuần, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu đều được sử dụng thuốc chống loạn thần, chủ yếu là Haloperidol kết hợp với thuốc giải lo âu nhóm Benzodiazépine. Có 25 bệnh nhân (26%) được sử dụng thuốc chống trầm cảm, chủ yếu là các bệnh nhân LTDR có trầm cảm nặng và trầm cảm vừa. Ngoài ra các bệnh nhân còn được bổ xung thêm Vitamine nhóm B và bồi phụ nước, điện giải.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác cho thấy rượu là nguyên nhân gây trầm cảm. Khi nhập viện, bệnh nhân buộc phải cai rượu, nguyên nhân gây trầm cảm phần nào được loại bỏ, chính vì vậy các biểu hiện rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân LTDR có sự thuyên giảm tốt, mặc dù nhiều bệnh nhân chưa được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm.

## **V. KẾT LUẬN**

1. Bằng khám xét lâm sàng và trắc nghiệm Beck, Zung trên 143 bệnh nhân loạn thần do rượu điều trị nội trú tại Viện Sức Khỏe Tâm thần từ 01 tháng 6 năm 2014 đến 12 tháng 7 năm 2015, phát hiện được 96 bệnh nhân có rối loạn cảm xúc, chiếm tỷ lệ 67,13%. Trong đó:

- Trầm cảm chiếm tỷ lệ cao nhất: 55,2% (trầm cảm vừa 37,5%; trầm cảm nặng 10,4%.)

- Rối loạn loạn khí sắc chiếm tỷ lệ đáng kể 44,8%.

- Đặc điểm của rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu:

➢ Trầm cảm thường biểu hiện bằng mệt mỏi, mất sinh lực & giảm hoạt động kể cả tình dục (98,3%). Mất quan tâm thích thú cũng rất thường gặp (82,3%). Rối loạn giấc ngủ gặp ở 100% bệnh nhân. Giảm khí sắc thường không rõ rệt do vậy mà các rối loạn trầm cảm thường bị bỏ qua khi thăm khám lâm sàng loạn thần do rượu.

➢ Rối loạn loạn khí sắc thường kéo dài, thể hiện bằng cầu nhàu, bứt rứt, giận dữ hần học, công kích (97,7%).

2. Dưới tác động của điều trị chống loạn thần & ngừng sử dụng rượu thì rối loạn cảm xúc cũng thuyên giảm theo. Thời gian điều trị trung bình là 1 – 3 tuần.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lindemann A, Antille V, Clarke S (2011). Troubles cognitifs du patient alcoololo-dépendant, Dépistage et examen neuropsychologique. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1450-1454.
2. Nguyễn Việt Thiêm (2000), Lạm dụng rượu, Rối loạn tâm thần & hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Tập bài giảng dành cho sau đại học, Bộ môn tâm thần, Đại học Y Hà nội, tr. 103 – 111.

3. Kaplan H. I; Sadock B. J (1994), "Alcohol-Related Disorders", Substance-Related Disorders, Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, Seventh edition, p. 396 – 410.
4. Ades J; Lejoyeux M (1994), La depression est – elle une cause ou conséquence de l'alcoolisme?, L'Alcoolisme en questions, Edition Sanofi – Departement CLINDIPHAC, P. 51- 55.
5. Olié J. P; Poirier M. F; Loo H (1995), "Depression et Alcool", Les maladies dépressives – 2 e édition. Médecine Sciences Flammarion, p. 101- 105.
6. Reynaud M ; Parquet P. J ; Lagrue G (2000), "Le risque de dépendance " Les pratiques addictives – Usage, usage nosif et dépendance aux substances psychoactives, Edition Odile Jacobe, Fev, p. 121 – 132.
7. Green A, Garrick T, Sheedy D, et al (2010). The effect of moderate to heavy alcohol consumption on neuropsychological performances as measured by the repeatable battery for the assessment of neuropsychological status. *Alcohol Clin Exp Res* 2010, 34, 443-50.

## NHẬN XÉT GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY ĐỐI CHIẾU VỚI TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY

Phạm Văn Bình\*, Hà Hải Nam\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm hình ảnh tổn thương dạ dày trên cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) có đối chiếu với tổn thương giải phẫu bệnh lý sau mổ của bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân UTDD được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng 1- Bệnh viện K Tân Triều từ tháng 7/2016 đến tháng 12/2016. **Kết quả:** MSCT có giá trị cao trong chẩn đoán xâm lấn của u nguyên phát trong UTDD với độ chính xác là 80% (so với chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ). Giá trị của MSCT trong đánh giá di căn hạch là 47,3%. Vai trò của MSCT còn hạn chế trong đánh giá di căn phúc mạc. **Kết luận:** MSCT có giá trị chẩn đoán cao đối với tổn thương u nguyên phát trong ung thư dạ dày giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh trước phẫu thuật.

**Từ khóa:** cắt lớp vi tính đa dây, ung thư dạ dày

### SUMMARY

#### EVALUATING THE ROLE OF MULTI – SLIDE COMPUTED TOMOGRAPHY (MSCT) IN COMPARISON WITH PATHOLOGY RESULT IN POST-OPERATIVE GASTRIC CANCER PATIENT

**Objective:** Evaluate the image characteristic of stomach in MSCT, compare with pathology result in post-operative gastric cancer patient. **Methods:** Cross sectional survey-with 55 post-operated gastric cancer patients at Abdominal Department 1- National Cancer Hospital from July/2016 to December/2016. **Results:** This research show high value of MSCT in diagnosis stage of primary tumor, adequate accuracy 80%, and 47,3% with diagnosis stage lymph node, but restricted

value in examine peritoneal metastasis. **Conclusion:** MSCT have high adequate accuracy in diagnosis stage of primary tumor, thereby estimate stage of gastric cancer exactly.

**Key Words:** Multi – Slide Computed Tomography (MSCT), Gastric cancer

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lý ác tính đứng thứ 4 thế giới năm 2012, với 951.600 ca mắc mới. Tại Việt Nam UTDD là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 ở cả hai giới. Ước tính số ca mới mắc UTDD đến năm 2020 ở nam giới là 11502 ca, ở nữ giới là 5.512 ca [1]. Để đánh giá giai đoạn của UTDD trước phẫu thuật thường được thực hiện bởi siêu âm ổ bụng, chụp MSCT, siêu âm nội soi. SANS là phương pháp đánh giá rất tốt mức độ xâm lấn của khối u, nhưng hạn chế đánh giá mức độ di căn hạch và di căn xa[5]. Tuy vậy, MSCT cho ta hình ảnh nhanh hơn, ít phụ thuộc vào hô hấp, các lớp cắt mỏng hơn do đó hình ảnh thu được sẽ có độ chính xác cao hơn và có thể dựng hình ảnh 3D. Gần đây có các nghiên cứu so sánh chụp MSCT với siêu âm nội soi trong đánh giá giai đoạn T và thấy không có sự khác biệt, với độ chính xác của MSCT trong đánh giá T là 75%-90%, trong đánh giá N là 65% - 75%[3],[4]. Kỹ thuật này được khuyến khích sử dụng rộng rãi vì nó là kỹ thuật không xâm lấn, có thể thực hiện được ở hầu hết các bệnh nhân, giúp đánh giá chính xác giai đoạn UTDD trước mổ, là cơ sở cho việc lập kế hoạch điều trị. Để góp phần thêm làm rõ thêm về vai trò của MSCT trong UTDD, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "Nhận xét giá trị của cắt lớp vi tính đa dây đối chiếu với tổn thương giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ung thư dạ dày".

\*Bệnh viện K

\*\* Bộ môn ung thư – Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân chẩn đoán UTDD, được xác chẩn bởi mô bệnh học.
- Bệnh nhân UTDD được chụp MSCT.
- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch D2.
- Thông tin nghiên cứu yêu cầu được ghi nhận rõ ràng, đầy đủ.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không chụp MSCT
- Bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật
- Bệnh nhân chẩn đoán UTDD tái phát.
- Ung thư ở các tạng khác di căn hoặc xâm lấn tới dạ dày.
- Bệnh án không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

**2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiền cứu

**2.2. Cỡ mẫu:** Tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng 1-Bệnh viện K từ tháng 7/2016 đến tháng 12/2016.

### 2.3 Các biến nghiên cứu:

#### Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi, giới, đau bụng, gầy sút cân, thiếu máu, nôn, sờ thấy u.
- Có biểu hiện của biến chứng, di căn xa: Hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa, hạch thượng đòn, u Krukenberg.

#### Đặc điểm GPB

\*Tổn thương đại thể trong mổ: Do PTV mô tả trong biên bản phẫu thuật (vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của u, hạch, di căn xa).

\*Đánh giá tổn thương vi thể theo Phân loại giai đoạn TNM theo AJCC 2010

T-Tumor (U nguyên phát)

T1: U giới hạn ở lớp niêm mạc (T1a) hoặc hạ niêm mạc (T1b).

T2: U xâm lấn lớp cơ.

T3: U xâm lấn lớp dưới thanh mạc.

T4: U xâm lấn lớp thanh mạc (T4a) và/hoặc tổ chức lân cận (T4b).

#### Đặc điểm tổn thương trên CLVT

- Giai đoạn T trên CLVT[3],[6]

+T1 U khu trú ở lớp niêm mạc và hoặc lớp hạ niêm mạc.

T1a: Có thể không phát hiện trên MSCT, dày khu trú hoặc tăng mật độ cản quang của lớp trong thành dạ dày, không làm thay đổi lớp giảm tỷ trọng

T1b: Dày khu trú thành dạ dày phá vỡ dưới 50% lớp giảm tỷ trọng.

+T2 U xâm lấn đến lớp cơ, dày bất thường thành dạ dày phá vỡ lớn hơn 50% độ dày lớp giảm tỷ trọng.

+T3: Tổn thương xâm lấn lớp dưới thanh mạc, bờ ngoài lớp thanh mạc còn nhẵn có thể thâm nhiễm nhẹ vào lớp mỡ xung quanh.

+T4 U xâm lấn thanh mạc và hoặc cơ quan lân cận.

T4a: Tổn thương xâm lấn thanh mạc, thâm nhiễm mỡ quanh dạ dày.

T4b khối u xâm lấn các tạng lân cận như: gốc mạc treo đại tràng ngang, đại tràng ngang, gan, lách, tụy...

- Giai đoạn N:

+Kích thước hạch: hạch được coi là hạch bệnh lý khi đường kính trục ngắn của hạch >6mm đối với các hạch quanh dạ dày và >8mm đối với vị trí khác.

+Vị trí hạch: Bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, rốn gan, đầu tụy, vị trí khác.

- Xác định các chỉ số: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính của MSCT trong đánh giá giai đoạn T bằng phương pháp lập bảng.

Tính toán các giá trị dựa theo công thức sau:

+ Độ nhạy (Sensitivity):  $Sn = DT/(DT+AG)$

+ Độ đặc hiệu (Specificity):  $Sp = AT/(AT+DG)$

+ Độ chính xác (Accuracy):  $Acc = DT+AT/(DT+DG+AT+AG)$

+ Giá trị dự báo dương tính (Positive predictive value):  $PPV = DT/(DT+DG)$

+ Giá trị dự báo âm tính (Negative predictive value)  $NPV = AT/(AT+AG)$

**3. Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được xử lý với phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng**

| Đặc điểm          | Tỷ lệ %   |
|-------------------|-----------|
| Nam-nữ            | 52,7/47,3 |
| Đau thượng vị     | 100       |
| Sút cân           | 61,8      |
| Đầy bụng khó tiêu | 45,5      |

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc ung thư dạ dày ở nam cao hơn nữ, triệu chứng hay gặp nhất là đau thượng vị

**Bảng 2. Mối liên quan giữa thể u và mức độ xâm lấn.**

|      |                 | Cắt lớp vi tính |                | Tổng |
|------|-----------------|-----------------|----------------|------|
|      |                 | Thể khối        | Thể thâm nhiễm |      |
| GPB  | Có xâm lấn (T4) | 20              | 16             | 36   |
|      | Không xâm lấn   | 15              | 4              | 19   |
| Tổng |                 | 35              | 20             | 55   |

**Nhận xét:** Tỷ lệ xâm lấn ở thể khối là 20/35=57,1% ở thể thâm nhiễm là 16/20=80%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3. Giá trị chẩn đoán giai đoạn T trên CLVT**

| GPB- CLVT   | T1        | T2-3     | T4        | Tổng      |
|-------------|-----------|----------|-----------|-----------|
| T1          | 10        | 0        | 3         | 13        |
| T2-T3       | 0         | 6        | 5         | 11        |
| T4a         | 2         | 1        | 28        | 31        |
| <b>Tổng</b> | <b>12</b> | <b>7</b> | <b>36</b> | <b>55</b> |

**Nhận xét:** Độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán T = 44/55 khoảng 80%.

**Bảng 4. Liên quan giữa số lượng hạch trên CLVT và trên GPB**

|             |                      | Giải phẫu bệnh    |                | Tổng |
|-------------|----------------------|-------------------|----------------|------|
|             |                      | Không đi căn hạch | Có đi căn hạch |      |
| CLVT        | Không phát hiện hạch | 15                | 4              | 19   |
|             | Có 1 hoặc 2 hạch     | 4                 | 4              | 8    |
|             | Có 3-6 hạch          | 7                 | 9              | 16   |
|             | Có $\geq 7$ hạch     | 3                 | 9              | 12   |
| <b>Tổng</b> | <b>29</b>            | <b>26</b>         | <b>55</b>      |      |

**Nhận xét:** Có 19 ca không phát hiện hạch bất thường trên CLVT thì có 4 trường hợp có đi căn hạch trên GPB (chiếm 4/19=21,05%). Có 36 ca có đi căn hạch CLVT phát hiện 22 trường hợp (chiếm 22/36=61,1%).

**Bảng 5. Đánh giá di căn hạch trên CLVT**

| MBH- CLVT   | N0        | N1       | N2        | N3       | Tổng      |
|-------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| N0          | 15        | 1        | 3         | 0        | 19        |
| N1          | 4         | 2        | 1         | 1        | 8         |
| N2          | 7         | 2        | 4         | 3        | 16        |
| N3          | 3         | 1        | 3         | 5        | 12        |
| <b>Tổng</b> | <b>29</b> | <b>6</b> | <b>11</b> | <b>9</b> | <b>55</b> |

**Nhận xét:** Khả năng chẩn đoán đúng di căn hạch trên CLVT là 26/55 = 47,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện di căn xa trên CLVT.

#### IV. BÀN LUẬN

UTDD có xu hướng phát triển xâm lấn qua thanh mạc lan vào tổ chức mỡ quanh dạ dày và/hoặc dính vào các tạng lân cận. Tuy nhiên để đánh giá được tình trạng lớp mỡ quanh dạ dày không phải lúc nào cũng dễ dàng, với những bệnh nhân thể trạng gầy, lớp mỡ này rất mỏng và khó đánh giá.

- **Độ chính xác trong đánh mức độ xâm lấn (giai đoạn T):** Giai đoạn T1: chẩn đoán giai đoạn T1 trên MSCT có độ nhạy 83,33%, độ đặc hiệu 93,02%, độ chính xác 90,9%, giá trị dự báo dương tính 76,9%. Kết quả này đối với giai đoạn T2-3 và T4a lần lượt là 71,4%; 87,5%; 85,4%; 45,4% và 77,8%; 84%; 80%; 90,3%. Kết quả này thấp hơn so với Đỗ Thị Ngọc Hiếu (2014) độ nhạy, độ đặc hiệu của MSCT trong đánh giá giai đoạn T1 đều là 100%, nhưng tương đồng đối với T2,3,4[2]. Kết quả của chúng tôi tương đương

với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như In Joon Lee (2009), độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 90,5%, độ chính xác 87,3%, Tomoki Makino (2011) với độ chính xác trong chẩn đoán giai đoạn T1 là 95%, T2-3 là 76%, T4 là 92%. Theo SeiShi Kumaro (2012), giá trị chẩn đoán giai đoạn T1 của CLVT là 92%. Không có trường hợp nào xác định giai đoạn T4b trên MSCT do những trường hợp đó đã được chuyển điều trị hóa chất tiền phẫu. Nhìn chung độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T của chúng tôi là 80%, tỷ lệ này theo Đỗ Thị Ngọc Hiếu (2014) 77%[2]; In Joon Lee (2009) 83,6%; Tomoki Makino (2011) 90,9%, SeiShi Kumano (2012) 86%, Barros RHO (2015) 70%[3].

- **Vai trò của MSCT trong di căn hạch:** Trong nghiên cứu có 36/55 bệnh nhân phát hiện thấy hạch trên MSCT và phần lớn có kích thước từ >10mm. Liên quan giữa số lượng hạch với

mức độ di căn và nhận thấy tỷ lệ di căn hạch tỷ lệ thuận với số lượng hạch phát hiện được trên MSCT, tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ nên không có nhiều ý nghĩa. Giá trị của MSCT trong đánh giá di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Barros RHO (2015) từ 40,5% đến 60,6%[3]. Mặc dù có mối quan hệ rõ ràng giữa kích thước hạch và hạch di căn nhưng đánh giá hạch di căn là hạn chế của MSCT, nó không đánh giá được hạch viêm hay hạch di căn ung thư, hạch có kích thước lớn chưa chắc đã là hạch di căn (hạch viêm, hạch phản ứng), ngược lại hạch có kích thước nhỏ cũng có thể là hạch di căn[3].

**- Vai trò của MSCT trong di căn xa:** MSCT không xác định trường hợp nào trong số 55 BN có di căn xa. Hiện nay hạn chế lớn nhất của CLVT đó là xác định tình trạng di căn phúc mạc, tuy nhiên gần đây sự phát triển của nhiều kỹ thuật mới, lát cắt mỏng hơn, khả năng dựng hình đã làm tăng khả năng chẩn đoán di căn phúc mạc của CLVT. CLVT vẫn là phương thức được lựa chọn để chẩn đoán di căn phúc mạc trước phẫu thuật. Dịch cổ trướng là một trong những dấu hiệu thường gặp nhất. Biểu hiện của di căn phúc mạc bao gồm các nốt khu trú trên phúc mạc, dày lên bất thường của phúc mạc, mạc treo ruột và mạc nối.

Theo tác giả Su Jin Kim và cộng sự (2009) đánh giá di căn phúc mạc sử dụng máy CLVT 16 dãy và 64 dãy thì độ nhạy cũng chỉ là 28,3% và 50,9%[7], tỷ lệ này theo Hallinan (2013) là 75%, và 92%[4].

## V. KẾT LUẬN

CLVT đa dãy có giá trị chẩn đoán cao đối với tổn thương u nguyên phát trong ung thư dạ dày giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh trước phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Diệu** (2016), "Định hướng công tác phòng chống ung thư đến năm 2020", *Tạp Chí Ung thư Học Việt Nam* (1), tr. 13-19.
2. **Đỗ Thị Ngọc Hiếu** (2014), "Ung thư biểu mô dạ dày vai trò của cắt lớp điện toán trong phân giai đoạn u tại chỗ", *Y Học TP. Hồ Chí Minh* 18(1), tr. 225-229.
3. **Barros R. H. et al.** (2015), "Multidetector computed tomography in the preoperative staging of gastric adenocarcinoma", *Radiol Bras*, 48(2), pp. 74-80, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25987747>.
4. **Furukawa K. et al.** (2011), "Diagnosis of the invasion depth of gastric cancer using MDCT with virtual gastroscopy: comparison with staging with endoscopic ultrasound", *AJR Am J Roentgenol*, 197(4), pp. 867-75, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21940574>.
5. **Hallinan J. T. Venkatesh S. K.** (2013), "Gastric carcinoma: imaging diagnosis, staging and assessment of treatment response", *Cancer Imaging*, 13, pp. 212-27.
6. **Kim J. W. et al.** (2012), "Diagnostic performance of 64-section CT using CT gastrography in preoperative T staging of gastric cancer according to 7th edition of AJCC cancer staging manual", *Eur Radiol*, 22(3), pp. 654-62.
7. **Kim S. J. et al.** (2009), "Peritoneal metastasis: detection with 16- or 64-detector row CT in patients undergoing surgery for gastric cancer", *Radiology*, 253(2), pp. 407-15.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ GIẢM TIỂU CẦU CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN KHI CHUYỂN DẠ

Nguyễn Quảng Bắc\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu.** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu. **Kết quả:** Có 16 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 9,6%. Thai phụ ở nhóm có số lượng tiểu cầu 50-80 G/l là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 38,6%, nhóm có số lượng tiểu cầu dưới 20 G/l chiếm tỷ lệ 9,0%. Có 38 bệnh nhân có thiếu máu chiếm tỷ lệ 22,9%, có 128 bệnh nhân không thiếu

máu chiếm tỷ lệ 77,1%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ là xuất huyết dưới da biểu hiện ở dạng chấm và thiếu máu nhẹ. Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu 50-80 G/l là hay gặp nhất.

**Từ khóa:** Giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, xuất huyết dưới da.

### SUMMARY

#### RESEARCH THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH THROMBOCYTOPENIA IN LABOUR

**Objective:** Describe the clinical and subclinical characteristics of thrombocytopenia pregnant women in labour. **Methods:** this is a descriptive and

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbackvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 27.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

retrospective study. **Results:** 16 patients had symptoms of bleeding (9.6%). Level of platelet from 50-80 g/l was found in 38.6%, under 20 g/l was 9.0%. 38 patients with anemia (22.9%). 128 patient without signs of anemia (77.1%). **Conclusion:** Clinical and subclinical symptoms of thrombocytopenia during labour was bleeding under skin and anemia. Patients with a platelet from 50-80 g/l was the most common.

**Key words:** Unknown thrombocytopenia, bleeding under skin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ mang thai, giảm tiểu cầu là một trong những nguyên nhân có thể gây chảy máu sau đẻ thậm chí tử vong cho mẹ và sơ sinh do rối loạn quá trình đông cầm máu. Trên thế giới, giảm tiểu cầu ở phụ nữ mang thai đã được đề cập đến từ những năm 80 của thế kỷ trước trong nhiều lĩnh vực về lâm sàng, cận lâm sàng, cơ chế bệnh sinh cũng như theo dõi trên trẻ sơ sinh. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về giảm tiểu cầu ở phụ nữ có thai và đặc biệt là giảm tiểu cầu khi chuyển dạ. Do vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ.*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán là giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân đang mang thai và kết thúc thai nghén tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2016 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

**Bảng 1. Đặc điểm xuất huyết của thai phụ GTCCRNN**

| Đặc điểm            | Thời điểm    | Khi vào viện lần đầu |              | Khi chuyển dạ |              |
|---------------------|--------------|----------------------|--------------|---------------|--------------|
|                     |              | n                    | Tỷ lệ %      | n             | Tỷ lệ %      |
| XHDD                | Chấm         | 10                   | 6,0          | 9             | 5,4          |
|                     | Nốt          | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
|                     | Mảng         | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
|                     | Đa hình thái | 5                    | 3,0          | 5             | 3,0          |
| Xuất huyết niêm mạc |              | 8                    | 4,8          | 2             | 1,2          |
| Xuất huyết nội tạng |              | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
| Không xuất huyết    |              | 143                  | 86,2         | 150           | 90,4         |
| <b>Tổng số</b>      |              | <b>166</b>           | <b>100,0</b> | <b>166</b>    | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Khi vào viện lần đầu có 23 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 13,8%, có 143 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 86,2%.

- Khi chuyển dạ có 16 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 9,6%, có 150 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 90,4%.

- Xuất huyết dưới da biểu hiện chủ yếu là ở dạng chấm, xuất huyết niêm mạc biểu hiện chủ yếu ở dạng chảy máu chân răng.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng thiếu máu của bệnh nhân GTCCRNN**

| Thiếu máu | Thời điểm | Khi vào viện lần đầu |         | Khi chuyển dạ |         |
|-----------|-----------|----------------------|---------|---------------|---------|
|           |           | n                    | Tỷ lệ % | n             | Tỷ lệ % |

- Phụ nữ có thai, xét nghiệm máu ngoại vi có số lượng tiểu cầu  $\leq 100G/l$ .

- Sản phụ chỉ có 01 thai và có tuổi thai  $\geq 22$  tuần.

- Chuyển dạ đẻ tại bệnh viện phụ sản TW.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án ghi rõ ràng, đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các trường hợp giảm tiểu cầu do các bệnh lý khác: suy tủy xương, bệnh lý ác tính, bệnh hệ thống do virus, do thuốc...

- Các trường hợp giảm tiểu cầu đẻ ở nơi khác chuyển đến viện

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp cứu hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc.

- Hồi cứu: Từ 01/01/2013 đến 31/12/2015

- Tiến cứu: Từ 01/01/2016 đến 30/06/2016.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Lấy mẫu toàn bộ, toàn bộ các thai phụ được chẩn đoán là giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân được theo dõi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01 tháng 01 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2016.

**2.2.3. Địa điểm nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Trong nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 1-2013 đến hết tháng 6-2016 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 166 thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, đủ tiêu chuẩn lựa chọn có tuổi thai khi chuyển dạ đẻ từ 31 đến 42 tuần, kết quả thu được như sau:

|                |            |              |            |              |
|----------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Có             | 1          | 0,6          | 1          | 0,6          |
| Không          | 165        | 99,4         | 165        | 99,4         |
| <b>Tổng số</b> | <b>166</b> | <b>100,0</b> | <b>166</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu, ở thời điểm vào viện lần đầu và khi chuyển dạ tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu đều là 0,6%.

**Bảng 3. Bảng phân bố mức độ giảm tiểu cầu**

| Mức độ giảm tiểu cầu                                | Thời điểm | Vào viện lần đầu |              | Khi chuyển dạ |              |
|---|-----------|------------------|--------------|---------------|--------------|
|   |           | n                | Tỷ lệ %      | n             | Tỷ lệ %      |
| SLTC giảm nhẹ ( $80 < \text{SLTC} \leq 100$ )       |           | 43               | 25,9         | 46            | 27,7         |
| SLTC giảm trung bình ( $50 < \text{SLTC} \leq 80$ ) |           | 58               | 34,9         | 64            | 38,6         |
| SLTC giảm nặng ( $20 < \text{SLTC} \leq 50$ )       |           | 41               | 24,7         | 41            | 24,7         |
| SLTC giảm rất nặng ( $\text{SLTC} \leq 20$ )        |           | 24               | 14,5         | 15            | 9,0          |
| <b>Tổng số</b>                                      |           | <b>166</b>       | <b>100,0</b> | <b>166</b>    | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Trong số 166 bệnh nhân nghiên cứu vào viện lần đầu thì nhóm có số lượng tiểu cầu từ 50-80G/l là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 34,9%, nhóm có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l chiếm tỷ lệ 14,5%; Khi chuyển dạ nhóm có số lượng tiểu cầu 50-80G/l là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 38,6%, nhóm có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l chiếm tỷ lệ 9,0%.

**Bảng 4. Bảng phân bố mức độ thiếu máu (Hgb)**

| Mức độ thiếu máu                                      | Thời điểm                                 | Khi vào viện lần đầu |              | Khi chuyển dạ |              |
|---|---|----------------------|--------------|---------------|--------------|
|   |   | n                    | Tỷ lệ %      | n             | Tỷ lệ %      |
| Có thiếu máu  | Nhẹ ( $100 \leq \text{Hgb} < 110$ )       | 25                   | 15,1         | 25            | 15,1         |
|   | Trung bình ( $70 \leq \text{Hgb} < 100$ ) | 9                    | 5,4          | 13            | 7,8          |
|   | Nặng ( $\text{Hgb} < 70$ )                | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
| Không thiếu máu ( $\text{Hgb} \geq 110 \text{ g/l}$ ) |   | 132                  | 79,5         | 128           | 77,1         |
| <b>Tổng số</b>  |   | <b>166</b>           | <b>100,0</b> | <b>166</b>    | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Trong số 166 bệnh nhân khi vào viện lần đầu làm xét nghiệm máu thì có 34 bệnh nhân thiếu máu chiếm tỷ lệ 20,5%, có 132 bệnh nhân không có thiếu máu chiếm tỷ lệ 79,5%; Khi chuyển dạ có 38 bệnh nhân có thiếu máu chiếm tỷ lệ 22,9%, có 128 bệnh nhân không thiếu máu chiếm tỷ lệ 77,1%.

#### IV. BÀN LUẬN

Khi vào viện lần đầu có 23 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 13,9%. Trong số 23 bệnh nhân xuất huyết có 15 bệnh nhân xuất huyết dưới da chiếm tỷ lệ 65,2%, có 8 bệnh nhân xuất huyết niêm mạc chiếm tỷ lệ 34,8%, không có bệnh nhân nào xuất huyết nội tạng. Khi chuyển dạ số bệnh nhân xuất huyết giảm đi, có 16 bệnh nhân còn biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 9,6%, trong số đó có 2 bệnh nhân xuất huyết niêm mạc là có biểu hiện chảy máu chân răng, còn lại 90,4% bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết. Khi so sánh với một số tác giả khác, theo nghiên cứu của Kiều Thị Thanh (2006-2010) thì tỷ lệ bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết là 62,6% chiếm đa số, còn lại là xuất huyết dưới da và xuất huyết niêm mạc chiếm tỷ lệ 37,4%, không có trường hợp nào xuất huyết nội tạng.

Theo nghiên cứu của Webert. Kathryn E (2000) thì có 65,5% số bệnh nhân không có biểu

hiện xuất huyết, có 12,9% số bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết dưới da, có 18,1% số bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết niêm mạc và 3,5% số bệnh nhân là có biểu hiện xuất huyết nội tạng. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết trong nghiên cứu của tác giả này là cao hơn của chúng tôi, điều này có thể được giải thích là ở một số nước phát triển như Hàn Quốc, Canada những bệnh nhân giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân thường được khám và quản lý thai nghén tốt hơn ở Việt Nam nên việc phát hiện các triệu chứng này thường cao.

Theo kết quả bảng 2, tỷ lệ bệnh nhân khi vào viện lần đầu và khi chuyển dạ đều không có biểu hiện thiếu máu là 99,4%, thiếu máu nhẹ là 0,6%, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Như vậy đa số thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân vào Bệnh viện Phụ sản Trung ương là không có biểu hiện thiếu máu và nếu có thiếu máu thì hầu hết là thiếu máu nhẹ kết quả này là phù hợp vì đa số bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Kiều Thị Thanh (2010) trên những thai phụ giảm tiểu cầu.

Tại thời điểm vào viện lần đầu số lượng tiểu cầu trung bình của bệnh nhân là  $57,3 \pm 27,67 \text{ G/l}$ , bệnh nhân khi vào viện lần đầu có số lượng tiểu cầu thấp nhất và cao nhất lần lượt là 2G/l và 100G/l, đa số bệnh nhân có số lượng tiểu cầu từ

50-80G/l chiếm tỷ lệ cao nhất 34,9%, sau đó là các bệnh nhân có số lượng tiểu cầu từ 80-100G/l chiếm tỷ lệ 25,9%, thấp nhất là bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l chiếm tỷ lệ 14,5%. Khi chuyển dạ thì số lượng tiểu cầu trung bình của bệnh nhân là  $61,46 \pm 26,14$  G/l, bệnh nhân có số lượng tiểu cầu thấp nhất và cao nhất khi chuyển dạ lần lượt là 4G/l và 100G/l, bệnh nhân có số lượng tiểu cầu từ 50-80G/l cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 38,6%, sau đó là các bệnh nhân có số lượng tiểu cầu từ 80-100G/l chiếm tỷ lệ 27,7%, thấp nhất là các bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l chiếm tỷ lệ 9,0%.

Theo kết quả trên có thể nhận thấy số lượng tiểu cầu trung bình của bệnh nhân khi chuyển dạ tăng so với khi vào viện lần đầu là có ý nghĩa thống kê, điều này có thể giải thích là các bệnh nhân khi phát hiện giảm tiểu cầu ở thời điểm vào viện thì sẽ được điều trị nội khoa nhằm nâng cao số lượng tiểu cầu tránh gây chảy máu khi chuyển dạ.

Trong số 166 bệnh nhân khi vào viện lần đầu làm xét nghiệm máu thì có 34 bệnh nhân thiếu máu chiếm tỷ lệ 20,5%, trong đó có 25 bệnh nhân thiếu máu nhẹ là chiếm chủ yếu, có 9 bệnh nhân có thiếu máu trung bình, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Khi chuyển dạ có 38 bệnh nhân có thiếu máu chiếm tỷ lệ 22,9%, trong đó có 25 bệnh nhân thiếu máu nhẹ là chiếm chủ yếu, có 13 bệnh nhân thiếu máu trung bình, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi có những bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng nhưng lại có lượng huyết sắc tố giảm nhẹ điều này có thể được giải thích là do trong quá trình mang thai các sản phụ thường có tình trạng thiếu máu do thiếu sắt nên không có

biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng nhưng lại có lượng huyết sắc tố giảm nhẹ. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thấy có những sản phụ có số lượng tiểu cầu giảm nặng, nhưng lượng huyết sắc tố lại không giảm hay chỉ giảm nhẹ điều này chúng tôi chưa thấy mối liên quan nào giữa tình trạng thiếu máu với tình trạng giảm tiểu cầu nặng.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ là xuất huyết dưới da biểu hiện ở dạng chấm và thiếu máu nhẹ. Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu 50-80 G/l là hay gặp nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belkin A. levy A và Sheiner E (2009)**. Perinatal outcomes and complications of pregnancy in women with immune thrombocytopenic purpura. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 22 (11), 1080 - 1085.
2. **Silver R, Berkowitz R và Busel J (1999)**. Thrombocytopenia in pregnancy. *Practice bulletin, No 6. Chicago: American College of Obstetrics and Gynecology*.
3. **Jeffrey Levy, CPT, MC và cộng sự (2002)**. Thrombocytopenia in pregnancy.
4. **Kiều Trị Thanh (2006-2010)**. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí đối với thai phụ xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp cao học chuyên ngành sản phụ khoa Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Young - Woong Won và cộng sự (2005)**. Clinical aspect of pregnancy and Delivery in patients with Chronic Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 20, 129 - 134.
6. **E. Webert, R. Mittal, C. Sigouin và cộng sự (2003)**. A retrospective 11-year analysis of obstetric patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood*, 102 (13), 4306-4311.

## NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH TIÊU CHẢY Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TỈNH TRÀ VINH NĂM 2016

Trương Văn Dũng\*, Phạm Thế Hiền\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tại Việt Nam nói chung và tỉnh Trà Vinh nói riêng, viêm phổi và tiêu chảy vẫn là hai nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em, trong đó

tiêu chảy chiếm 10% tổng số tử vong ở trẻ dưới 5 và vẫn là vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Xác định tỷ lệ mắc tiêu chảy ở trẻ dưới 05 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2016. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến bệnh tiêu chảy ở trẻ dưới 05 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ngang trên mẫu ngẫu nhiên. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy của tỉnh Trà Vinh tại thời điểm nghiên cứu là 11,78%. Trẻ ở nhóm 07 đến 24 tháng tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng đạt 15,56%. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng đạt 66,44%. Có mối liên quan giữa mắc bệnh tiêu chảy của trẻ với

\*Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS Trà Vinh

\*\* Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien\_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2017

Ngày duyệt bài: 5.5.2017

các yếu tố: trình độ học vấn, thu nhập gia đình, số con, rửa tay, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, kiến thức và thức và thực hành đúng của bà mẹ. **Kết luận:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành đúng còn thấp. Tỷ lệ con của bà mẹ có trình độ học vấn cao, thu nhập gia đình ổn định, có ít con, thực hành rửa tay đúng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn con của bà mẹ khác. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng có con mắc tiêu chảy thấp hơn các bà mẹ có kiến thức không đúng. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng có con mắc tiêu chảy thấp hơn các bà mẹ có thực hành không đúng. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Tiêu chảy, dưới 5 tuổi, Trà Vinh

## SUMMARY

### RESEARCH SITUATION DIARRHEA IN CHILD UNDER 5 YEARS AND RELEVANT FACTORS IN TRA VINH PROVINCE 2016

**Background:** In Vietnam in general and in particular the province of Tra Vinh, pneumonia and diarrhea remain the major causes of death in children pneumonia and diarrhea remain the major causes of death in children, which accounts for 10% of diarrhea deaths among children under 5 and is still public health problems need attention. **Objective:** (1) Determine the incidence of diarrhea in children under 05 years old in Tra Vinh province in 2016. (2) Learn some of the factors related to diarrhea in children under 05 years old in Tra Vinh province in 2016 Learn some of the factors related to diarrhea in children under 05 years old in Tra Vinh province in 2016.

**Methods:** Research across a random sample. **The results:** The percentage of children under age 5 suffering from diarrhea of Tra Vinh province at the time of the study was 11,78%. Children at the age group of 07 to 24 months have a high morbidity rate. The rate of mothers has reached 66,44% right practice. The rate of mothers has reached 66,44% right practice. There is a relationship between the child's diarrhea with elements: academic level, family income, some children, handwashing, use sanitary latrines, knowledge and true knowledge and practice of mothers. **Conclusion:** The percentage of mothers with the knowledge and practice of true low. The proportion of mothers of children educated high, stable family income, have fewer children, practice proper hand washing and use latrines hygiene diarrhea lower than the other mothers. The rate of mothers with children have the knowledge right lower diarrhea mothers incorrect knowledge. The proportion of mothers with children to practice proper lower diarrhea mothers improper practices. This discrepancy has statistical significance at  $p < 0,05$ .

**Keywords:** diarrhea, under 5 years, Trà Vinh

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy là một bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa, phổ biến và thường gặp ở mọi lứa tuổi. Là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong cho trẻ em dưới 5 tuổi ở các

nước đang phát triển. Bệnh tiêu chảy là một vấn đề y tế toàn cầu, là gánh nặng kinh tế đối với các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế thế giới, trên toàn cầu có 7,6 triệu trẻ em dưới 5 tuổi tử vong hàng năm. Ở các nước đang phát triển, người ta ước tính có tới 1,3 ngàn triệu lượt trẻ em bị tiêu chảy và 4 triệu trẻ dưới 5 tuổi hàng năm chết vì bệnh tiêu chảy. Tại Việt Nam nói chung và tỉnh Trà Vinh nói riêng, viêm phổi và tiêu chảy vẫn là hai nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em, trong đó tiêu chảy chiếm 10% tổng số tử vong ở trẻ dưới 5 và vẫn là vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm. Để có cơ sở khoa học đề xuất những giải pháp cho công tác quản lý và định hướng cho công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng, chống tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi, nhằm kéo giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng và tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi theo chỉ tiêu của ngành Y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu tình hình tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Trà Vinh năm 2016" với 02 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ mắc tiêu chảy ở trẻ dưới 05 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2016.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến bệnh tiêu chảy ở trẻ dưới 05 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2016.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ dưới 5 tuổi và bà mẹ sống trên địa bàn tỉnh Trà Vinh năm 2016.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ngang trên mẫu ngẫu nhiên. Điều tra phỏng vấn và quan sát.

**2.2.1. Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{c^2} \text{ Trong đó:}$$

- n: Cỡ mẫu tối thiểu cần để nghiên cứu

- Z: mức tin cậy mong muốn 95%

- p : tỷ lệ mắc tiêu chảy ước lượng  $p = 0,5$

- c: mức chính xác của mong muốn  $c = 0,05$

- Cỡ mẫu  $n = 384,2 \times 2 = 768,4$

- Chúng tôi chọn  $n = 900$  để tiến hành nghiên cứu.

- Tiến hành nghiên cứu trên 09 huyện, thị xã, thành phố của tỉnh.

**2.2.2. Kỹ thuật thu thập số liệu**

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn về kiến thức, thực hành của bà mẹ bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi, dựa trên tài liệu hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em của Bộ Y tế.

- Phương pháp điều tra: Phỏng vấn trực tiếp và quan sát nơi ở của đối tượng.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm chương trình Excell với các test thống kê y học thông thường. Sử dụng phép kiểm định  $\chi^2$  và chọn mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Tỷ lệ mắc tiêu chảy của trẻ dưới 5 tuổi tại thời điểm nghiên cứu

**Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc tiêu chảy của trẻ dưới 5 tuổi (n=900)**

| Tỷ lệ mắc tiêu chảy của trẻ dưới 5 tuổi | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|---|--------|-----------|
| - Có tiêu chảy                          | 106    | 11,78     |
| - Không tiêu chảy                       | 794    | 88,22     |

Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy là 11,78%.

**Bảng 3.2. Hiểu biết đúng về phòng, chống bệnh tiêu chảy (n=900)**

| Hiểu biết đúng về phòng, chống bệnh tiêu chảy | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|---|--------|-----------|
| 1. Biết bệnh tiêu chảy                        | 582    | 64,67     |
| 2. Nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy             | 73     | 08,11     |
| 3. Đường lây bệnh tiêu chảy                   | 733    | 81,40     |
| 4. Bùn nước trong bệnh tiêu chảy              | 805    | 89,44     |
| 5. Các dung dịch dùng trong bệnh tiêu chảy    | 285    | 31,67     |
| 6. Dinh dưỡng trong bệnh tiêu chảy            | 166    | 18,44     |
| 7. Xử trí khi trẻ bị tiêu chảy                | 746    | 82,89     |
| 8. Dấu hiệu nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế   | 175    | 19,44     |
| 9. Phòng bệnh tiêu chảy                       | 517    | 57,44     |
| - Đúng  | 140    | 15,56     |
| - Không đúng                                  | 760    | 84,44     |

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng từ 7 đến 9 nội dung về phòng chống bệnh tiêu chảy đạt 15,56%.

**Bảng 3.3. Thực hành đúng về phòng, chống bệnh tiêu chảy (n=900)**

| Thực hành phòng, chống bệnh tiêu chảy | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|--------|-----------|
| 1. Cho trẻ bú mẹ                      | 739    | 82,11     |
| 2. Cho trẻ ăn dặm                     | 675    | 75,00     |
| 3. Cách pha và sử dụng gói ORS        | 279    | 31,00     |
| 4. Rửa tay đúng cách                  | 517    | 57,44     |
| 5. Sử dụng nguồn nước sạch            | 891    | 99,00     |
| 6. Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh       | 729    | 81,00     |
| 7. Vệ sinh nơi chế biến thức ăn       | 708    | 78,67     |
| - Đúng                                | 598    | 66,44     |
| - Không đúng                          | 302    | 33,56     |

Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng về phòng chống bệnh tiêu chảy đạt 66,44%.

#### 3.2. Một số yếu tố liên quan

##### 3.2.1. Một số yếu tố liên quan đến việc mắc bệnh tiêu chảy

**Bảng 3.4. Liên quan mắc bệnh tiêu chảy của trẻ với nghề nghiệp, học vấn của bà mẹ**

| Đặc tính n=900 |                     | Bệnh  |        | Không bệnh |        | $\chi^2, p$                     |
|----------------|---------------------|-------|--------|------------|--------|---------------------------------|
|                |                     | n=106 | 11,78% | n=794      | 88,22% |                                 |
| Nghề nghiệp    | - Làm ruộng (n=232) | 35    | 15,09  | 197        | 84,91  | $\chi^2 = 6,776$<br>$p > 0,05$  |
|                | - Buôn bán (n=154)  | 19    | 12,34  | 135        | 87,66  |                                 |
|                | - CBCCVC (n=87)     | 06    | 06,90  | 81         | 93,10  |                                 |
|                | - Nội trợ (n=285)   | 35    | 12,28  | 250        | 87,72  |                                 |
|                | - Công nhân (n=142) | 11    | 07,75  | 131        | 92,25  |                                 |
| Học vấn        | - BĐBV (n=90)       | 14    | 15,56  | 76         | 84,44  | $\chi^2 = 12,732$<br>$p < 0,05$ |
|                | - Tiểu học (n=189)  | 29    | 15,34  | 160        | 84,66  |                                 |
|                | - THCS (n=297)      | 41    | 13,80  | 256        | 86,20  |                                 |
|                | - THPT (n=231)      | 17    | 07,36  | 214        | 92,64  |                                 |
|                | - CĐĐH (n=93)       | 05    | 05,38  | 88         | 94,60  |                                 |

Kết quả nghiên cứu không thấy có mối liên quan của yếu tố nghề nghiệp của bà mẹ với mắc bệnh tiêu chảy của trẻ, nhưng có mối liên quan với yếu tố học vấn. Tỷ lệ con của các bà mẹ có trình độ học vấn cao, mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn con của các bà mẹ có trình độ học vấn thấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5. Liên quan mắc bệnh tiêu chảy của trẻ với tuổi, thu nhập và số con của bà mẹ**

| Đặc tính n=900 | Bệnh  |        | Không bệnh |        | $\chi^2, p$ |
|----------------|-------|--------|------------|--------|-------------|
|                | n=106 | 11,78% | n=794      | 88,22% |             |

|                   |                     |    |       |     |       |                             |
|-------------------|---------------------|----|-------|-----|-------|-----------------------------|
| Tuổi              | - 20 – 29 (n=576)   | 69 | 11,98 | 507 | 88,02 | $\chi^2 = 0,062$<br>p> 0,05 |
|                   | - ≥ 30 (n=324)      | 37 | 11,42 | 287 | 88,58 |                             |
| Thu nhập gia đình | - Hộ nghèo (n=111)  | 20 | 18,02 | 91  | 81,98 | $\chi^2 = 7,123$<br>p< 0,05 |
|                   | - Cận nghèo (n=235) | 32 | 13,62 | 203 | 86,38 |                             |
|                   | - Khá, giàu (n=554) | 54 | 09,75 | 500 | 90,25 |                             |
| Số con            | - 01 (n=447)        | 43 | 09,62 | 404 | 90,38 | $\chi^2 = 8,478$<br>p< 0,05 |
|                   | - 02 (n=427)        | 56 | 13,11 | 371 | 86,89 |                             |
|                   | - >02 (n=26)        | 07 | 26,92 | 19  | 73,08 |                             |

Kết quả nghiên cứu không thấy có mối liên quan của yếu tố tuổi của bà mẹ với mắc bệnh tiêu chảy của trẻ, nhưng có mối liên quan với yếu tố thu nhập gia đình và số con của bà mẹ. Tỷ lệ con của các bà mẹ có thu nhập gia đình ổn định, có ít con, mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn con của các bà mẹ có thu nhập gia đình không ổn định, có nhiều con. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với p<0,05.

**Bảng 3.6. Liên quan mắc bệnh tiêu chảy với thói quen rửa tay**

| Đặc tính n=900 |                 | Bệnh  |        | Không bệnh |        | $\chi^2, p$                 |
|----------------|-----------------|-------|--------|------------|--------|-----------------------------|
|                |                 | n=106 | 11,78% | n=794      | 88,22% |                             |
| Rửa tay        | - Có (n=517)    | 50    | 09,67  | 467        | 90,33  | $\chi^2 = 5,189$<br>p< 0,05 |
|                | - Không (n=383) | 56    | 14,62  | 327        | 85,38  |                             |

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan của yếu tố rửa tay của bà mẹ với mắc bệnh tiêu chảy của trẻ. Tỷ lệ con của bà mẹ có thói quen rửa tay đúng cách, mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn con của các bà mẹ không có thói quen rửa tay đúng cách. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với p<0,05.

**Bảng 3.7. Liên quan mắc bệnh tiêu chảy với sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh và vệ sinh nơi chế biến thức ăn**

| Đặc tính n=900               |                 | Bệnh  |        | Không bệnh |        | $\chi^2, p$                 |
|------------------------------|-----------------|-------|--------|------------|--------|-----------------------------|
|                              |                 | n=106 | 11,78% | n=794      | 88,22% |                             |
| Nhà tiêu hợp vệ sinh         | - Có (n=729)    | 76    | 10,43  | 653        | 89,57  | $\chi^2 = 6,755$<br>p< 0,05 |
|                              | - Không (n=171) | 30    | 17,54  | 141        | 82,46  |                             |
| Vệ sinh nơi chế biến thức ăn | - Có (n=708)    | 81    | 11,44  | 627        | 88,56  | $\chi^2 = 0,363$<br>p> 0,05 |
|                              | - Không (n=192) | 25    | 13,02  | 167        | 96,98  |                             |

Kết quả nghiên cứu không thấy có mối liên quan của yếu tố vệ sinh nơi chế biến thức ăn của bà mẹ với mắc bệnh tiêu chảy của trẻ, nhưng có mối liên quan với yếu tố nhà tiêu hợp vệ sinh. Tỷ lệ con của các bà mẹ có nhà tiêu hợp vệ sinh mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn con của các bà mẹ không có nhà tiêu hợp vệ sinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với p<0,05.

**3.2.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức**

**Bảng 3.8. Liên quan kiến thức đúng với mắc bệnh tiêu chảy**

| Bệnh tiêu chảy n=900 | Đúng  |        | Không đúng |        | $\chi^2, p$                 |
|----------------------|-------|--------|------------|--------|-----------------------------|
|                      | n=140 | 15,56% | n=760      | 84,44% |                             |
| - Bệnh (n=106)       | 09    | 08,49  | 97         | 91,51  | $\chi^2 = 4,566$<br>p< 0,05 |
| - Không bệnh (n=794) | 131   | 16,50  | 663        | 83,50  |                             |

Kết quả nghiên cứu có mối liên quan mắc bệnh tiêu chảy của trẻ với kiến thức đúng của bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng có con mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với p<0,05.

**3.2.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành**

**Bảng 3.9. Liên quan thực hành đúng với mắc bệnh tiêu chảy**

| Bệnh tiêu chảy n=900 | Đúng  |        | Không đúng |        | $\chi^2, p$                 |
|----------------------|-------|--------|------------|--------|-----------------------------|
|                      | n=598 | 66,44% | n=302      | 33,56% |                             |
| - Bệnh (n=106)       | 60    | 56,60  | 46         | 43,40  | $\chi^2 = 5,219$<br>p< 0,05 |
| - Không bệnh (n=794) | 538   | 67,76  | 256        | 32,24  |                             |

Kết quả nghiên cứu có mối liên quan mắc bệnh tiêu chảy của trẻ với thực hành đúng của bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng có con mắc bệnh tiêu chảy thấp hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với p<0,05.

**IV. KẾT LUẬN**

**4.1. Tỷ lệ mắc tiêu chảy của trẻ dưới 5 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2016:** Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy của tỉnh Trà Vinh tại thời điểm nghiên cứu là 11,78%.

**4.2. Kiến thức về phòng chống bệnh tiêu chảy:** Trong 9 nội dung về phòng chống bệnh tiêu chảy có:

- 04 nội dung đạt tỷ lệ từ 60% trở lên bao gồm: bù nước trong bệnh tiêu chảy (89,44%),

xử trí khi trẻ bị tiêu chảy (82,89%), đường lây truyền của bệnh tiêu chảy (81,40%) và biết thế nào là bệnh tiêu chảy (64,67%).

- 05 nội dung đạt tỷ lệ dưới 60% bao gồm: phòng bệnh tiêu chảy (57,44%), các dung dịch dùng trong bệnh tiêu chảy (31,67%), dấu hiệu nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế (19,44%), dinh dưỡng trong bệnh tiêu chảy (18,44%) và nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy (8,11%).

- Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng, nghĩa là số bà mẹ hiểu biết từ 7 đến 9 nội dung về phòng chống bệnh tiêu chảy đạt 15,56%.

**4.3. Thực hành về phòng chống bệnh tiêu chảy:** Trong 7 nội dung về phòng chống bệnh tiêu chảy có:

- 05 nội dung đạt tỷ lệ từ 70% trở lên bao gồm: sử dụng nguồn nước sạch (99%), cho trẻ bú mẹ (82,11%), sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh (81%), vệ sinh nơi chế biến thức ăn (78,67%) và cho trẻ ăn dặm (75%).

- 02 nội dung đạt tỷ lệ dưới 60% bao gồm: rửa tay đúng cách (57,44%) và cách pha và sử dụng gói ORS (31%).

- Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng, nghĩa là số bà mẹ thực hành đúng từ 5 đến 7 nội dung về phòng chống bệnh tiêu chảy đạt 66,44%.

**4.4. Một số yếu tố liên quan đến mắc bệnh tiêu chảy, kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh tiêu chảy:** Có mối liên quan giữa mắc bệnh tiêu chảy của trẻ với các yếu tố: trình độ học vấn, thu nhập gia đình, số con, rửa tay và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh của bà mẹ. Có mối liên quan giữa kiến thức đúng với các yếu tố: mắc bệnh tiêu chảy của trẻ. Có mối liên quan giữa thực hành đúng với các yếu tố: mắc bệnh tiêu chảy của trẻ.

#### KIẾN NGHỊ

1. Đối với Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe: tăng cường cung cấp các thông tin về:

cách phòng bệnh tiêu chảy, các dung dịch dùng trong bệnh tiêu chảy, các dấu hiệu nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế, vấn đề dinh dưỡng trong bệnh tiêu chảy và nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy để tăng tỷ lệ hiểu biết cho các bà mẹ. Cần có những buổi truyền thông trong đó có thực hành làm mẫu cho các bà mẹ về: rửa tay đúng cách, cách pha và sử dụng gói ORS để tăng tỷ lệ thực hành đúng cho các bà mẹ.

2. Đối với Trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố: tăng cường công tác phối hợp với cán bộ ban ngành, đoàn thể để công tác truyền thông giáo dục sức khỏe đạt kết quả tốt hơn, vì nguồn thông tin các bà mẹ nhận được từ cán bộ ban ngành, đoàn thể còn hạn chế.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2009), "Quyết định 4121/QĐ-BYT về việc ban hành Tài liệu hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em".
2. Bộ Y tế, (2009), "Cẩm nang phòng chống bệnh truyền nhiễm", tr 323-330.
3. Bộ Y tế, (2012), "Quyết định 2718/QĐ-BYT về việc phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011-2015".
4. Chính phủ, (2011), "Quyết định số 09/2011/QĐ-TTg Về việc ban hành chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015".
5. Đinh Thanh Huệ, (2004), "Phương pháp Dịch tễ học", Nxb Y học, tr.80 – 87
6. Mạc Hùng Tăng (2010), "Khảo sát kiến thức phòng chống tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở xã Thuận Hoá, huyện An Minh, tỉnh Kiên Giang năm 2010". *Tạp chí Y học thực hành* (816), số 4/2012.
7. Nguyễn Thị Kim Tiến, Huỳnh Thu Thủy, Lê Hoàng Sơn và cộng sự (2000) "Yếu tố nguy cơ tiêu chảy kéo dài của trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Cái Bè, tỉnh Tiền Giang", *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập X số 1 (43), tr.20-25.

## THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM NĂM 2015

Hà Ngọc Chiêu\*, Trương Mạnh Dũng\*,  
Vũ Mạnh Tuấn\*, Đinh Xuân Thành\*

Dân số người cao tuổi đã trở thành một trong những vấn đề được coi là quan trọng ở nhiều nước trong những thập niên qua, ở Đông Nam Á, có gần 8% dân số trên 60 tuổi còn ở Việt Nam hiện nay, tỷ lệ

#### TÓM TẮT

\*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hn  
Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu  
Email: hangocchieu@gmail.com  
Ngày nhận bài: 24.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017  
Ngày duyệt bài: 4.5.2017

người cao tuổi đã chiếm 10% dân số. **Mục tiêu:** nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng là 33,1%; tỷ lệ sâu răng ở nam giới là 29,5% thấp hơn nữ 35,4%; chỉ số DMFT là  $8,98 \pm 8,738$ ; nam là:  $8,40 \pm 8,468$  và nữ là  $9,37 \pm 8,891$ . Nhu cầu điều trị bệnh sâu răng là 9,57% trong khi 89,5% người cao tuổi có nhu cầu điều trị phục hình. **Kết luận:** tỷ lệ sâu răng ở người cao tuổi không cao nhưng tỷ lệ mất răng rất cao và nhu cầu điều trị phục hình lớn.

**Từ khóa:** sâu răng, người cao tuổi.

## SUMMARY

### REALITY OF DENTAL CARIES AND NEEDS TREATMENT OF ELDERLY PEOPLE IN VIETNAM 2015

The elderly population has become one of the issues to be considered important of many countries in recent decades, in Southeast Asia, nearly 8.0% of the population over 60 years old. In Vietnam, rate of the elderly population accounts for 10.0%. **Objectives:** To describe dental caries situation and needs treatment of elderly people in Vietnam 2015. **Methods:** This is an observational study, a cross-sectional study. **Results:** The dental caries rate was 33.1%; dental caries rate among men was 29.5%, lower than 35.4% female; DMFT index was  $8.98 \pm 8.738$ ; men were:  $8.40 \pm 8.468$  and  $9.37 \pm 8.891$  for females. The needs treatment of dental caries was 9.5% while 89.5% of which needs prosthetic treatment. **Conclusions:** The rate of dental caries is not high, but the rate of tooth loss in the elderly is very high and prosthetic treatment needs large.

**Tags:** dental caries, elder.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số người cao tuổi đã trở thành một trong những vấn đề được coi là quan trọng ở nhiều nước trong những thập niên qua, ở Đông Nam Á, có gần 8% dân số trên 60 tuổi còn ở Việt Nam hiện nay, tỷ lệ người cao tuổi đã chiếm 10% dân số [1]. Sự gia tăng dân số người cao tuổi đặt ra những thách thức lớn với các chương trình chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe răng miệng.

Sâu răng là một bệnh phổ biến, có tỷ lệ mắc cao ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo số liệu điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn có chiều hướng tăng theo tuổi, tỷ lệ sâu răng của đối tượng từ 45 tuổi trở lên là 78%, chỉ số DMFT dao động từ khoảng 6,09-11,66 [2]. Phan Văn Việt năm 2004 đã nghiên cứu trên 850 người cao tuổi ở Hà Nội cho thấy tỷ lệ sâu răng là 55,1%, chỉ số SMT là 12,6 [3]. Liu L. và cộng

sự (2013) nghiên cứu trên người cao tuổi vùng nông thôn ở ba tỉnh miền Bắc Trung Quốc cho tỷ lệ sâu răng là 67,5%, chỉ số DMFT là  $13,90 \pm 9,64$  [4]. Các kết quả nghiên cứu đơn lẻ khác tại Việt Nam cũng đều cho thấy thực trạng mắc bệnh răng miệng của người cao tuổi tại các vùng miền của Việt Nam đang ở mức cao, mỗi người cao tuổi thường kết hợp với ít nhất một bệnh lý toàn thân nên việc điều trị bệnh răng miệng cũng gặp nhiều khó khăn. Nhằm đánh giá một cách hệ thống tình trạng sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "mô tả thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là người cao tuổi (Luật người cao tuổi của Việt Nam năm 2009 quy định người cao tuổi là những người từ đủ 60 tuổi trở lên).

- Tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Những người < 60 tuổi, không đồng ý tham gia nghiên cứu và không có mặt trong khi điều tra, không đủ năng lực tham gia khám và trả lời phỏng vấn.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

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

- **Cỡ mẫu:** Trong đó: p: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng tại cộng đồng của người trên 45 tuổi (78%) [2]

d: Độ chính xác tuyệt đối (= 0,0273)

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha = 0,05$ , tương ứng với độ tin cậy là 95% thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . Do sử dụng kỹ thuật chọn mẫu 30 chùm ngẫu nhiên nên cỡ mẫu cần nhân với hệ số thiết kế mẫu (DE = 1,5)

Do vậy, cỡ mẫu cho 1 vùng là 1328 người cao tuổi. Nghiên cứu được tiến hành trên 6 vùng sinh thái và 2 thành phố lớn Hà Nội và Hồ Chí Minh ở cả nước, do vậy cỡ mẫu tối thiểu là 10624 người cao tuổi.

### 2.3. Các bước nghiên cứu

- Lập kế hoạch, lên danh sách và liên hệ mời NCT.
- Phỏng vấn NCT theo bảng câu hỏi.
- Khám lâm sàng: Thu thập thông tin theo mẫu phiếu khám.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng sâu răng ở người cao tuổi Việt Nam

**Bảng 3.1. Tỷ lệ sâu răng theo tuổi**

| Tuổi           | Tình trạng răng | Không sâu   |             | Có sâu      |             | Tổng số      |              |
|----------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
|                |                 | n           | %           | n           | %           | n            | %            |
| 60-64          |                 | 1828        | 61,8        | 1132        | 38,2        | 2960         | 27,4         |
| 65-74          |                 | 2882        | 66,9        | 1428        | 33,1        | 4310         | 39,9         |
| ≥75            |                 | 2519        | 71,4        | 1011        | 28,6        | 3530         | 32,7         |
| <b>Tổng số</b> |                 | <b>7229</b> | <b>66,9</b> | <b>3571</b> | <b>33,1</b> | <b>10800</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** tỷ lệ người có sâu răng chiếm 33,1%, trong đó độ tuổi 60-64 có tỷ lệ sâu răng cao nhất là 38,2%.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ sâu răng theo giới**

| Giới        | Tình trạng răng | Tình trạng răng |             | Tổng số      |
|-------------|-----------------|-----------------|-------------|--------------|
|             |                 | Không sâu       | Có sâu      |              |
| Nam         | Số lượng        | 3035            | 1268        | 4303         |
|             | Tỷ lệ (%)       | 70,5            | 29,5        | 100          |
| Nữ          | Số lượng        | 4194            | 2303        | 6497         |
|             | Tỷ lệ (%)       | 64,6            | 35,4        | 100          |
| <b>Tổng</b> | Số lượng        | <b>7229</b>     | <b>3571</b> | <b>10800</b> |
|             | Tỷ lệ (%)       | <b>66,9</b>     | <b>33,1</b> | <b>100</b>   |

**Nhận xét:** tỷ lệ sâu răng chung ở người cao tuổi là 33,1% trong đó nữ cao hơn nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.3. Tỷ lệ sâu răng theo khu vực sống**

| Khu vực sống | Tình trạng răng | Tình trạng răng |             | Tổng số<br>n |
|--------------|-----------------|-----------------|-------------|--------------|
|              |                 | Không sâu       | Có sâu      |              |
| Nông thôn    | Số lượng        | 3588            | 1843        | 5431         |
|              | Tỷ lệ (%)       | 66,1            | 33,9        | 100          |
| Thành thị    | Số lượng        | 3641            | 1728        | 5369         |
|              | Tỷ lệ (%)       | 67,8            | 32,2        | 100          |
| <b>Tổng</b>  | Số lượng        | <b>7229</b>     | <b>3571</b> | <b>10800</b> |
|              | Tỷ lệ (%)       | <b>66,9</b>     | <b>33,1</b> | <b>100</b>   |

**Nhận xét:** tỷ lệ sâu răng ở nông thôn là 33,9% cao hơn ở thành thị (32,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p(\chi^2) = 0,053 > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Phân bố bệnh sâu răng theo vùng sinh thái**

| Vùng sinh thái                                      | Tình trạng răng | Bệnh sâu răng |             | Tổng          |
|---|-----------------|---------------|-------------|---------------|
|   |                 | Không sâu     | Có sâu      |               |
| Hà Nội  | Số lượng        | 918           | 432         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 68,0          | 32,0        | 100,0         |
| Vùng đồng bằng Bắc Bộ (Hải Phòng)                   | Số lượng        | 898           | 452         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 66,5          | 33,5        | 100,0         |
| Vùng Miền núi phía Bắc (Yên Bái)                    | Số lượng        | 923           | 427         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 68,4          | 31,6        | 100,0         |
| Vùng Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung (T.T-Huế) | Số lượng        | 852           | 498         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 63,1          | 36,9        | 100,0         |
| Vùng Tây Nguyên (Đắk Lắk)                           | Số lượng        | 885           | 465         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 65,6          | 34,4        | 100,0         |
| TP. Hồ Chí Minh                                     | Số lượng        | 925           | 425         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 68,5          | 31,5        | 100,0         |
| Vùng Đông Nam Bộ (Bình Dương)                       | Số lượng        | 917           | 433         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 67,9          | 32,1        | 100,0         |
| Vùng Tây Nam Bộ (Cần Thơ)                           | Số lượng        | 911           | 439         | 1350          |
|   | Tỷ lệ %         | 67,5          | 32,5        | 100,0         |
| <b>Tổng</b>   | Số lượng        | <b>7229</b>   | <b>3571</b> | <b>10800</b>  |
|   | Tỷ lệ %         | <b>66,9</b>   | <b>33,1</b> | <b>100,0%</b> |

**Nhận xét:** tỷ lệ sâu răng cao nhất ở Huế (36,9%), thấp nhất ở thành phố Hồ Chí Minh (31,5%).

**Bảng 3.5. Chỉ số DMFT theo nhóm tuổi**

| Chỉ số | DT | MT | FT | DMFT |
|--------|----|----|----|------|
|--------|----|----|----|------|

| Nhóm tuổi | Mean±S.D   | Mean±S.D    | Mean±S.D   | Mean±S.D    |
|-----------|------------|-------------|------------|-------------|
| 60-64     | 0,95±1,830 | 5,42±7,129  | 0,14±0,937 | 6,52±7,272  |
| 65-74     | 0,88±1,903 | 7,29±8,263  | 0,11±0,705 | 8,26±8,298  |
| ≥75       | 0,73±1,730 | 11,15±9,606 | 0,09±0,833 | 11,93±9,528 |
| Chung     | 0,85±1,830 | 8,04±8,752  | 0,11±0,816 | 8,98±8,738  |

**Nhận xét:** chỉ số DMFT tăng dần theo nhóm tuổi, tuổi càng cao DMFT càng cao.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ sâu răng và chỉ số DMFT của người cao tuổi Việt Nam**

| Chi số         | Nông thôn |       |        | Thành thị |        |        | Toàn quốc |        |        |
|----------------|-----------|-------|--------|-----------|--------|--------|-----------|--------|--------|
|                | Nam       | Nữ    | Tổng   | Nam       | Nữ     | Tổng   | Nam       | Nữ     | Tổng   |
| Số lượng       | 2212      | 3219  | 5431   | 2091      | 3278   | 5369   | 4303      | 6497   | 10800  |
| D <sub>T</sub> | 0,80±     | 1,04± | 0,94 ± | 0,70±     | 0,79 ± | 0,75 ± | 0,75±     | 0,92 ± | 0,85 ± |
| Mean±S.D       | 1,912     | 2,071 | 2,012  | 1,600     | 1,633  | 1,620  | 1,768     | 1,867  | 1,83   |
| MT             | 8,14±     | 8,83± | 8,55±  | 6,97±     | 7,87±  | 7,52±  | 7,57±     | 8,34±  | 8,04±  |
| Mean±S.D       | 8,533     | 8,945 | 8,785  | 8,278     | 8,925  | 8,689  | 8,429     | 8,947  | 8,752  |
| FT             | 0,04±     | 0,05± | 0,05±  | 0,12±     | 0,21±  | 0,17±  | 0,08±     | 0,13±  | 0,11±  |
| Mean±S.D       | 0,530     | 0,559 | 0,547  | 0,699     | 1,170  | 1,014  | 0,619     | 0,923  | 0,816  |
| DMFT           | 8,97±     | 9,91± | 9,5 ±  | 7,80±     | 8,83±  | 8,43±  | 8,40±     | 9,37±  | 8,98±  |
| Mean±S.D       | 8,566     | 8,885 | 8,768  | 8,324     | 8,866  | 8,673  | 8,468     | 8,891  | 8,738  |

**Nhận xét:** chỉ số DMFT trung bình của người cao tuổi Việt Nam là 8,98 ± 8,738.

### 3.2. Nhu cầu điều trị

**Bảng 3.7. Nhu cầu điều trị sâu răng**

| Đặc điểm     | Nhu cầu   | Nhu cầu điều trị sâu răng |           |                  |           | Tổng số  |           |
|--------------|-----------|---------------------------|-----------|------------------|-----------|----------|-----------|
|              |           | Có nhu cầu                |           | Không có nhu cầu |           |          |           |
|              |           | Số lượng                  | Tỷ lệ (%) | Số lượng         | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Giới tính    | Nam       | 4262                      | 99,04     | 41               | 0,96      | 4303     | 100       |
|              | Nữ        | 6420                      | 98,81     | 77               | 1,19      | 6497     | 100       |
| Khu vực      | Thành thị | 5274                      | 98,10     | 95               | 1,90      | 5369     | 100       |
|              | Nông thôn | 5408                      | 98,23     | 23               | 1,77      | 5431     | 100       |
| <b>Chung</b> |           | 10682                     | 98,90     | 118              | 1,10      | 10800    | 100       |

**Nhận xét:** nhu cầu điều trị sâu răng ở mức rất cao (trên 98%). Nhu cầu ở nam và nữ, thành thị và nông thôn tương đương nhau.

**Bảng 3.8. Nhu cầu trám răng và phục hình**

| Đặc điểm     | Nhu cầu   | Nhu cầu điều trị sâu răng |           |                   |           | Tổng     |           |
|--------------|-----------|---------------------------|-----------|-------------------|-----------|----------|-----------|
|              |           | Nhu cầu trám răng         |           | Nhu cầu phục hình |           |          |           |
|              |           | Số lượng                  | Tỷ lệ (%) | Số lượng          | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Giới tính    | Nam       | 384                       | 9,01      | 3878              | 90,99     | 4262     | 100       |
|              | Nữ        | 638                       | 9,94      | 5782              | 90,06     | 6420     | 100       |
| Khu vực      | Thành thị | 476                       | 9,03      | 4798              | 90,97     | 5274     | 100       |
|              | Nông thôn | 546                       | 10,10     | 4862              | 89,90     | 5408     | 100       |
| <b>Chung</b> |           | 1022                      | 9,57      | 9660              | 90,43     | 10682    | 100       |

**Nhận xét:** nhu cầu trám răng tương đương ở nam và nữ, thành thị và nông thôn (khoảng 9-10%). Nhu cầu phục hình rất cao khoảng 90%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thực trạng bệnh sâu răng:** Tỷ lệ sâu răng ở người cao tuổi Việt Nam là 33,1%, tuổi càng cao thì tỷ lệ sâu răng càng giảm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  phản ánh số răng còn tồn tại trên cung hàm của người cao tuổi. Tuổi càng cao số răng còn lại càng ít vì vậy tỷ lệ sâu răng cũng giảm. Tỷ lệ sâu răng chung là 33,1% thấp hơn so với kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của Trần Văn Trường (78,0%) [2], Phạm Văn Việt năm 2004 (55,1%) [3] và của Liu L. và cộng sự năm

2013 tại Trung Quốc (67,5%) [4]. Tuy nhiên, điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của Trần Văn Trường là những người  $\geq 45$  tuổi, số răng trên cung hàm còn nhiều và sau nhiều năm, mức sống cũng như trình độ dân trí ở nước ta đã tăng lên đáng kể, người dân đã chú ý hơn tới vấn đề vệ sinh răng miệng và dự phòng bệnh sâu răng. Đối với Liu L., đây là một nghiên cứu được tiến hành ở những người từ 65-74 tuổi tại vùng nông thôn của ba tỉnh miền Bắc Trung Quốc, điều kiện kinh tế xã hội của hai nghiên

cứu là khác nhau nên có thể đã dẫn tới sự khác nhau về tỷ lệ bệnh sâu răng ở người cao tuổi.

Tỷ lệ sâu răng của nữ chiếm 35,4% cao hơn nam chiếm 29,5%, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với  $p=0,000<0,001$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Nguyễn Châu Thoa năm 2010 nghiên cứu tại miền Nam Việt Nam [5] và kết quả của Liu L. Tại Trung Quốc [4], các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ sâu răng của nữ cao hơn của nam.

Tỷ lệ sâu răng người cao tuổi ở khu vực nông thôn là 33,9% cao hơn khu vực thành thị là 32,2%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p(\chi^2) = 0,053>0,05$ . Điều đó có thể do ý thức vệ sinh răng miệng của người tuổi ở khu vực thành thị cao hơn, người cao tuổi ở thành thị cũng có nhiều cơ hội tiếp cận với các dịch vụ y tế trong đó có răng hàm mặt hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ sâu răng ở khu vực thành thị không thấp hơn nhiều so với khu vực nông thôn, có thể do ở khu vực nông thôn, người cao tuổi sử dụng thức ăn có nhiều chất xơ hơn nên khả năng làm sạch tự nhiên trong miệng tốt hơn đã làm giảm được tỷ lệ sâu răng trong cộng đồng.

**Chỉ số DMFT:** chỉ số DMFT của người cao tuổi là 8,98. Nhìn vào cơ cấu của chỉ số này chúng ta thấy số răng mất rất cao, răng sâu khá cao nhưng răng trám thấp. Thực trạng này có thể do sự thiếu quan tâm đến việc điều trị bảo tồn răng, tâm lý muốn nhổ hơn chữa, hoặc do thiếu hệ thống dịch vụ răng miệng đặc biệt ở nông thôn. Để giảm chỉ số này chúng ta cần quan tâm đến vấn đề giáo dục nha khoa cũng như tăng cường các cơ sở khám chữa bệnh răng miệng.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số mất răng (MT) là  $8,04\pm 8,752$ , chỉ số DMFT chung là  $8,98 \pm 8,738$  thấp hơn so với kết quả của các công trình nghiên cứu tại Châu Á, năm 2013 Liu L. và cộng sự điều tra 2376 người 65-74 tuổi tại Trung Quốc thấy chỉ số DMFT là  $13,90\pm 9,64$  (Nam:  $12,80\pm 9,32$ ; Nữ:  $15,00\pm 9,82$ ) [4]. Theo điều tra cơ bản toàn quốc lần thứ 2 tại Trung Quốc (2002), Wang H.Y và Cs cho thấy: ở lứa tuổi 65-74 chỉ số SMT theo răng là 12,4 [6], trong đó, nữ cao hơn nam.

**4.2. Nhu cầu điều trị sâu răng:** Bảng 3.7 cho thấy có tới 98,9% người cao tuổi có nhu cầu điều trị sâu răng (bao gồm nhu cầu trám răng, nhu cầu điều trị răng sâu, nhu cầu phục hình răng mất do sâu và do các nguyên nhân khác). Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Liu L. và cộng sự tại Trung Quốc, nhu cầu điều trị sâu răng nói chung là 97,91% [4].

Nhu cầu trám răng là 9,57% trong đó nhu cầu ở nữ cao hơn ở nam và vùng nông thôn cao hơn vùng thành thị. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Thanh Sơn năm 2007 tại Hà Nội với số răng cần trám là 8,33% [7]; thấp hơn nghiên cứu của Liu L. là 17,56% [4], điều này có thể do Liu L. nghiên cứu chủ yếu ở người cao tuổi sống ở vùng nông thôn, điều kiện sống khác hơn so với nghiên cứu của chúng tôi dẫn tới nhu cầu điều trị có khác nhau.

Theo kết quả bảng 3.6. số răng sâu trung bình của một người cao tuổi là  $0,85 \pm 1,83$  răng, tương ứng với số răng sâu hiện diện trên cung hàm của người cao tuổi trung bình là 1-2 răng, số lượng răng sâu hiện mắc trung bình của người cao tuổi nếu so sánh với các lứa tuổi khác thì thấp hơn nhiều, tuy nhiên đối với người cao tuổi có số răng còn lại trong khoang miệng thấp (thường dưới 20 răng) do hậu quả của mất răng do sâu hay do nha chu thì tỷ lệ số răng sâu trên tổng số răng lành lại tăng cao và rất đáng phải quan tâm nhằm đảm bảo sức nhai cho người cao tuổi.

Nhu cầu hướng dẫn và điều trị dự phòng: thông qua giáo dục và điều trị dự phòng nha khoa để hướng dẫn chế độ ăn uống, chải răng thích hợp, loại bỏ các thói quen răng miệng có hại, điều trị sớm các tổn thương răng miệng.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sâu răng ở người cao tuổi Việt Nam là 33,1%; Nam: 29,5%; Nữ: 35,4%
- Tỷ lệ sâu răng của NCT ở vùng nông thôn là 33,9% cao hơn ở thành thị: 32,2%
- Chỉ số DMFT là  $8,98 \pm 8,738$ , nam:  $8,40 \pm 8,468$ , nữ:  $9,37\pm 8,891$
- 98,90% người cao tuổi có nhu cầu điều trị sâu răng trong đó 90,43% NCT có nhu cầu điều trị phục hình, 9,57% có nhu cầu trám răng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011). Dự án nâng cao chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi thuộc chương trình mục tiêu quốc gia giai đoạn 2012-2015.
2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải và Cs (2002). *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Phạm Văn Việt (2004). *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi ở Hà Nội*, Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội, 14-15; 20-21; 68-69.
4. Liu L, Zhang Y, Wu W, Cheng M, Li Y, et al. (2013). Prevalence and Correlates of Dental Caries in an Elderly Population in Northeast China. *PLoS ONE* 8(11):e78723. doi:10.1371/journal.pone.0078723.
5. Thoa N.C, Witter DJ, Bronkhorst EM, Truong NB, Creugers NH (2010). Oral health status of

- adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study. *BMC Oral Health*,10:2.
6. **Wang H.Y (2002)**. The second National survey of oral health status of children and adults in China, *Int-Dent-J*, 52 (4), 283-90.
7. **Trần Thanh Sơn (2007)**. Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K.A.P và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai, Hà Nội, *Tạp chí y học thực hành*, 1, 77-81.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NỘI SOI LẤY SỎI QUA DA QUA ĐƯỜNG HẪM NHỎ VÀO THẬN TẠI BV ĐA KHOA TỈNH NGHỆ AN

Lê Huy Ngọc\*, Tôn Thất Hậu\*,  
Hò Trường Thắng\*, Nguyễn Tuấn Vinh\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da tiêu chuẩn điều trị sỏi thận đã phổ biến trên thế giới và đang áp dụng tại nhiều bệnh viện đầu ngành trong cả nước. Chảy máu vẫn còn là thách thức đáng lo ngại khi thực hiện phẫu thuật. Nhằm giảm thiểu chảy máu, nhiều cải tiến kỹ thuật đã được đề nghị trong đó có làm nhỏ đường hầm vào thận với bộ nội soi thận nhỏ tức Mini PCNL. Mini PCNL chưa được thực hiện nhiều tại Việt Nam. Từ 22/05/2016, BV chúng tôi cũng đã bắt đầu thực hiện phẫu thuật này. Chúng tôi báo cáo kết quả ban đầu với mục tiêu xác định tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da qua đường hầm vào thận nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** các BN bị sỏi thận có vị trí ở bể thận hoặc đài giữa hoặc đài dưới có kích thước sỏi  $\leq 30\text{mm}$ , thận không ứ nước hoặc ứ nước  $\leq$  độ 3. Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Công trình được thực hiện tại BV Đa Khoa Tỉnh Nghệ An từ 22/05/2016 – 14/08/2016. **Kết quả:** 05 trường hợp (TH) được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ = 3/2. Tuổi trung bình  $49,17 \pm 11,6$  (31 – 64). Kích thước sỏi trung bình  $23 \pm 4,9$  mm (15 – 30mm). Đa số vào thận bằng đài giữa trên xương sườn 12: 04 TH (80%). Đặt DJ xuôi dòng 04 TH (80%). Thời gian phẫu thuật trung bình  $87,50 \pm 19,13$  phút (60 – 120 phút). Thay đổi HGB trước và sau mổ trung bình:  $1,54 \pm 0,65\text{g/dL}$  (0,50 – 2,40g/dL). Kết quả sạch sỏi: sạch sỏi hoàn toàn ngay sau phẫu thuật: 04 TH (80%). Biến chứng theo phân độ Clavien Dindo cải biên 01 TH (20%) độ I. Ngày nằm viện trung bình  $6,58 \pm 1,16$  ngày (5 – 9 ngày). **Kết luận:** Mini PCNL là phẫu thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận. Đường vào thận nên chọn ưu tiên đài thận giữa. Thời gian phẫu thuật chấp nhận được. Tỷ lệ sạch sỏi cao (80%) khi tán sỏi bằng Laser Holmium.

**Từ khóa:** Sỏi thận, phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da qua đường hầm vào thận nhỏ.

**Từ viết tắt:** BN: bệnh nhân, BV: bệnh viện, TH: trường hợp, Mini PCNL: Mini percutaneous nephrolithotomy; phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da qua đường hầm vào thận nhỏ, DJ: Double J, HGB: hemoglobin, GW: Guide Wire: dây dẫn đường, KUB: Kidney Ureter Bladder, RIRS: Retrograde Intrarenal Surgery, URS: Ureterorenoscopy.

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

**Background and objective:** Standard percutaneous nephrolithotomy (PCNL) with a 28 – 30 F tract size is an established method for renal stone removal the world and in Vietnam. In order to decrease morbidity associated with larger instruments like blood loss, potential renal damage, a modification of the technique of standard PCNL has been developed. This is performed with a miniature endoscope via a small percutaneous tract (11–20F) and named as minimally invasive or mini – PCNL. From May 22<sup>th</sup> 2016, at Nghe An General Hospital, we have also done this operation. We report our initial experience of minimally invasive PCNL and initially evaluate the feasibility, the safety and the efficiency of the procedure. **Materials and methods:** This was a prospective case series descriptive study. All patients with renal pelvis stone or middle calyx stone or lower calyx stone, non-hydronephrosis or hydronephrosis from grade I to grade III, stone size  $\leq 30$  mm were included in the study. **Results:** There were 03 males and 02 females. The mean age was  $49.17 \pm 11.6$ . Average stone size:  $23 \pm 4.9$  mm (15–30). Stone site: renal pelvis 03 cases (60%) or middle calyx or lower calyx: 02 cases (20%). Non-hydronephrosis or hydronephrosis from grade I to grade II: 04 cases (80%). Antegrade DJ: 04 cases (80%). The mean operative time:  $87.50 \pm 19.13$  minutes (60–120). The mean decrease in hemoglobin level was  $1.54 \pm 0.65\text{g/dL}$  (0.50–2.40 g/dL). Stone free rate was 04 cases (80%), 01 cases (20%) had small residual fragments,  $< 4\text{mm}$  on postoperative KUB, but not require auxiliary treatment. There were 01 cases (20%) postoperative fever. No potential complications such as bleeding, surrounding organ injury in the thorax or the abdomen. Postoperative hospital stay was  $6.58 \pm 1.16$  days (5–9). **Conclusions:** Mini PCNL is the feasible, safe, effective procedure for the treatment of stones of the upper urinary system.

**Key words:** renal stone, minimally invasive percutaneous nephrolithotomy (Mini PCNL)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da (PCNL) tiêu chuẩn điều trị sỏi thận đã được thực hiện phổ biến trên thế giới và là một cuộc cách mạng trong điều trị sỏi đường tiết niệu cách đây hàng thập niên<sup>(1,7)</sup>. Đây là phẫu thuật ít xâm hại. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng, thách thức lớn nhất đối với phẫu thuật vẫn là vấn đề chảy máu khiến nhiều phẫu thuật viên niệu khoa ngần ngại thực

\*Khoa Ngoại Nội, BV Đa khoa Tỉnh Nghệ An

\*\*Bệnh Viện Bình Dân – TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Ngọc

Email: ngocngoainieu@gmail.com.vn

Ngày nhận bài: 6.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

hiện. Theo các chuyên gia về PCNL, tình trạng chảy máu và tổn thương thận khi làm PCNL tiêu chuẩn phụ thuộc nhiều yếu tố như tình trạng thận ứ nước, có nhiều đường vào và đặc biệt tỉ lệ thuận với kích thước đường vào chủ mô thận. Vì thế, để làm giảm chảy máu và giảm tổn thương thận, các tác giả đã thực hiện phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da bằng đường vào thận nhỏ<sup>(2,4)</sup>. Trên thế giới, việc thực hiện Mini PCNL hiện đã được nhiều tác giả như Ferakis, Li<sup>(2,4)</sup> thực hiện với kết quả tốt. Tại Việt Nam, Mini PCNL cũng đã dần được triển khai tại BV Bình Dân, BV Việt Đức,... với kết quả khả quan<sup>(5,6)</sup>. Tại BV Đa Khoa Tỉnh Nghệ An, chúng tôi cũng đã bắt đầu thực hiện phẫu thuật này từ 22/05/2016. Chúng tôi đánh giá kết quả ban đầu thực hiện Mini PCNL. Qua đó, xác định tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Công trình được thực hiện tại BV Tỉnh Nghệ An từ 22/05/2016 – 14/08/2016

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** các BN bị sỏi thận có vị trí ở bể thận hoặc đài giữa hoặc đài dưới có kích thước sỏi  $\leq 30\text{mm}$ , thận không ứ nước hoặc ứ nước  $\leq$  độ 3 có chỉ định làm Mini PCNL được đưa vào nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** nhiễm trùng niệu chưa được điều trị ổn, rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh, không đồng ý tham gia nghiên cứu, không theo dõi được.

**Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

**Các dữ liệu được thu thập** và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

**Quy trình kỹ thuật:** Thực hiện giống như PCNL tiêu chuẩn. Gây mê nội khí quản. BN được đặt thông niệu quản lên tới bể thận ở tư thế sản phụ khoa. Sau đó, đặt BN nằm sấp. Chọc dò vào đài thận (Hình 1). Đặt Guide Wire qua kim chọc dò. Rạch da 0,5 cm tại chỗ chọc kim. Nong bằng bộ nong nhựa đến số 18 (Hình 2). Đặt Amplatz số 18 (Hình 3). Qua đó đặt máy nội soi thận nhỏ tiếp cận sỏi. Tán sỏi bằng Laser Holmium của máy Sphinx jr. Đức (Hình 4) cho vỡ vụn. Gắp sỏi bằng kềm kết hợp với bơm rửa lấy sỏi. Rút thông niệu quản. Đặt DJ xuôi dòng hoặc ngược dòng. Mở thông thận ra da bằng Foley số 16. Khâu cố định ống dẫn lưu kết thúc cuộc mổ (Hình 5). Đặt BN trở lại tư thế nằm ngửa và chuyển về phòng hồi sức theo dõi, chăm sóc sau mổ giống như các trường hợp mổ khác.

Các biến số được ghi nhận: giới tính, tuổi, kích thước sỏi, vị trí sỏi, độ ứ nước của thận, thời gian mổ, ngày nằm viện, HGB trước và sau mổ, tình trạng sạch sỏi, biến chứng. Tình trạng sạch sỏi được xác định qua C-arm lúc kết thúc cuộc mổ và phim KUB sau mổ (Hình 7) so với trước mổ (Hình 6). Những trường hợp vào thận trên xương sườn 12 đều được chụp phim phổi thẳng kiểm tra sau mổ xác định biến chứng màng phổi – phổi nếu có.



H.1. Bộ dụng cụ NS thận nhỏ; H.2. Chọc dò vào đài thận giữa; H.3. Đặt Amplatz sheath số 18



H.4. Máy Laser Holmium Sphinx jr của Đức; H.5. Mở thận ra da bằng Foley số 16; H.6. KUB trước mổ; H.7. KUB sau mổ

## III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ 22/05/2016 đến 14/08/2016, tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Nghệ An, có 05 bệnh nhân bị sỏi thận có chỉ định phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da bằng đường hầm

nhỏ. Tất cả đều thực hiện thành công. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Tỉ lệ nam/nữ 3/2. Tuổi trung bình  $49,17 \pm 11,6$  (31 – 64).

Vị trí sỏi: sỏi bể thận đơn thuần 03 TH (60%), sỏi bể thận có nhánh đài giữa hoặc đài dưới 02 TH (40%).

Kích thước sỏi trung bình  $23 \pm 4,9\text{mm}$  ( $15 - 30\text{mm}$ ).

Độ ứ nước thận qua siêu âm: độ 0: 01 TH (20%), độ 1: 01 TH (20%), độ 2: 02 TH (40%), độ 3: 01 TH (20%).

Đường vào đài thận: đài giữa trên xương sườn 12: 04 TH (80%), đài dưới dưới xương sườn 12: 01 TH (20%).

Mở thận ra da qua đường vào đài thận tương ứng: 04 TH (80%). 01 TH (20%) đặt mono J.

Đặt DJ: Cả 05 TH (100%) đều đặt được JJ, xuôi dòng 04 TH (80%), ngược dòng 01 TH (20%).

Thời gian phẫu thuật trung bình  $87,50 \pm 19,13$  phút ( $60 - 120$  phút). Thay đổi HGB trước và sau mổ:  $1,54 \pm 0,65\text{g/dL}$  ( $0,50 - 2,40\text{g/dL}$ ).

Kết quả sạch sỏi: sạch sỏi hoàn toàn 04 TH (80%), còn vụn sỏi nhỏ  $< 4\text{mm}$  không có ý nghĩa về lâm sàng (CIRF: Clinical Insignificant Residual Fragment) 01 TH (20%) trên C-arm lúc mổ và trên phim chụp KUB sau mổ trước khi xuất viện.

Biến chứng theo phân độ Clavien Dindo cải biên có 01 TH (20%) độ I. Trường hợp này, BN có sốt hậu phẫu, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ, hậu phẫu ổn, tuy có ngày nằm viện dài (9 ngày).

Ngày nằm viện trung bình  $6,58 \pm 1,16$  ngày ( $5 - 9$  ngày).

#### IV. BÀN LUẬN

**Đường vào đài thận:** Chọn lựa đường vào đài thận thường dựa vào vị trí sỏi, kích thước sỏi, giải phẫu học đài thận và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong PCNL tiêu chuẩn, thường chọn đài dưới vì tiếp cận được sỏi đài dưới, bể thận, đài trên. Đài giữa chỉ được chọn khi sỏi nằm ở đài giữa hoặc ở bể thận. Mini PCNL thì khác, do đường vào thận và sử dụng máy soi thận nhỏ, vào thận bằng đài giữa trên xương sườn 12 có nhiều thuận lợi. Theo Li S.K.<sup>(4)</sup>, do có vị trí trung gian, vào thận bằng đài giữa với đường hầm và máy soi thận nhỏ có thể tiếp cận được bể thận, đài thận trên và đài thận dưới. Chỉ một số trường hợp chọn đài trên hoặc đài dưới vì theo tác giả, đường vào thận từ đài giữa dễ tiếp cận sỏi ở đài dưới và sỏi đoạn bể thận - niệu quản. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng<sup>(5)</sup> thì khác, trong 06 TH, 05 TH (83,3%) vào đài dưới, chỉ 01 TH (16,7%) vào đài giữa. Nguyễn Văn Ân<sup>(6)</sup> cũng tương tự, trong 20 TH, 16 TH (80%) vào đài dưới và chỉ 04 TH (20%) vào đài giữa. Chúng tôi thường vào thận bằng đài giữa trên xương sườn 12: 04 TH (80%), vào đài dưới dưới xương sườn 12 ít hơn: 01 TH (20%). Đường vào đài giữa trên xương sườn 12 theo chúng tôi dễ tiếp cận sỏi ở bể thận, ở niệu quản đoạn lưng, ở cả đài thận trên và đài

thận dưới khi làm Mini PCNL, thao tác dễ dàng thuận lợi, ít bị vướng do không đụng mô đặc biệt ở nữ, tán sỏi và bơm rửa mảnh sỏi vụn nhanh, lại đặt DJ xuôi dòng rất dễ dàng (dùng Guide Wire (GW) Nitinol khi đặt DJ thay vì dùng GW PTFE hay GW hydrophylic). Vào đài thận trên xương sườn 12 mặc dù có nguy cơ tổn thương phổi - màng phổi mà nhiều tác giả như Gupta R.<sup>(3)</sup>, Li<sup>(4)</sup>,... đề cập so với đường dưới xương sườn 12 nhưng qua 05 TH thực hiện, chúng tôi chưa gặp phải biến chứng này. Đường vào chủ mô đài dưới dưới xương sườn 12 mặc dù ít biến chứng, dễ chọc nhưng khi thao tác có thể gặp khó khăn do đụng mô, đặc biệt ở BN nữ hoặc BN có khoảng cách từ xương sườn 12 đến mào chậu ngắn.

**Chảy máu:** Để giảm thiểu biến chứng, đặc biệt biến chứng chảy máu do PCNL tiêu chuẩn gây ra, nhiều tác giả đã thực hiện Mini PCNL để điều trị sỏi có kích thước  $10 - 20\text{mm}$  với ống nội soi thận có kích cỡ  $11 - 20\text{F}$  thay vì  $24 - 30\text{F}$  của PCNL tiêu chuẩn<sup>(1,2)</sup>. Mất máu khi làm Mini PCNL thể hiện qua thông số HGB giảm sau mổ. Trong 05 TH phẫu thuật của chúng tôi, không có trường hợp nào phải truyền máu. HGB giảm trung bình  $1,54 \pm 0,65\text{g/dL}$  ( $0,50 - 2,40\text{g/dL}$ ). Nguyễn Văn Ân<sup>(6)</sup> có 20 TH làm Mini PCNL và Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng<sup>(5)</sup> với 06 TH Mini PCNL không có TH nào phải truyền máu. HGB theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng<sup>(5)</sup> khi làm Mini PCNL giảm trung bình  $1,2 \pm 0,82$  ( $0,4 - 2,4$ ). Như vậy, Mini PCNL đã làm giảm biến chứng chảy máu, giảm tỉ lệ mất máu đáng kể do đường hầm vào thận nhỏ, ít làm tổn thương chủ mô thận tại đường vào.

**Thời gian phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật tỉ lệ thuận với kích thước sỏi, phương tiện tán sỏi (xung hơi, siêu âm hay laser) và tỉ lệ nghịch với đường hầm vào thận. Do đường hầm vào thận nhỏ, nên sỏi phải được tán nhỏ mới có thể bơm rửa và gắp mảnh sỏi ra ngoài được. Vì thế, sẽ tốn không ít thời gian cho giai đoạn này. Nguyễn Văn Ân<sup>(6)</sup> có thời gian phẫu thuật trung bình  $111,25 \pm 22,74$  phút. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng<sup>(5)</sup> có thời gian phẫu thuật trung bình  $100 \pm 18,17$  phút ( $85 - 135$  phút). Chúng tôi  $87,50 \pm 19,13$  phút ( $60 - 120$  phút). Để rút ngắn thời gian phẫu thuật, Li S.K. và cộng sự<sup>(4)</sup> đã sử dụng máy bơm vòng (rotary pump) bơm nước muối sinh lý NaCl 0,9% qua máy nội soi thận để tạo áp lực dương trong đài bể thận kết hợp với bơm nước muối sinh lý NaCl 0,9% từ thông niệu quản đường dưới giúp tống sỏi vụn ra ngoài qua Amplatz Sheath.

**Tỉ lệ sạch sỏi:** Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng<sup>(5)</sup> trong 06 TH Mini PCNL đều sạch sỏi. Nguyễn Văn

Ân<sup>(6)</sup> 20 TH, tỉ lệ sạch sỏi 16 TH (80%) trong lần mổ đầu. Chúng tôi 05 TH, sạch sỏi 04 TH (80%). 01 TH (20%) còn vụn sỏi nhỏ < 4mm, không có ý nghĩa về lâm sàng. Các vụn sỏi này sẽ được đào thải dần theo đường tự nhiên và không cần phải thực hiện một phẫu thuật thủ thuật bổ sung nào như Second look Mini PCNL, tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), tán sỏi nội soi ngược dòng (RIRS hoặc URS). Tỉ lệ sạch sỏi theo chúng tôi, là tương đương giữa các tác giả.

**Thời gian nằm viện:** Theo Ferakis N.<sup>(2)</sup>, Mini PCNL ngoài làm giảm chảy máu do phẫu thuật, giảm đau sau mổ, còn làm giảm thời gian nằm viện. Ngày nằm viện theo tác giả dao động từ 1,7 – 4,6 ngày. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng<sup>(5)</sup> trong 06 TH Mini PCNL có thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $2,3 \pm 0,81$  ngày (2 – 4 ngày). Nguyễn Văn Ân<sup>(6)</sup> 20 TH có thời gian nằm viện trung bình 04 ngày. Chúng tôi 05 TH có thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $6,58 \pm 1,16$  ngày (5 – 9 ngày). Trong 05 TH, có 01 TH sốt sau mổ tuy điều trị kháng sinh ổn nhưng làm kéo dài thời gian nằm viện lên đến 9 ngày thay vì 5 ngày. Số ngày nằm viện của chúng tôi dài hơn các tác giả khác do đây là những trường hợp đầu tiên thực hiện Mini PCNL, chúng tôi giữ BN lại cho thật chắc chắn. Khi BN hoàn toàn ổn định, không sốt, tiểu trong, vết mổ khô mới cho xuất viện. Kể từ sau khi thực hiện 05 TH này, chúng tôi sẽ cho BN xuất viện sớm hơn nhằm thể hiện tính ưu việt của Mini PCNL so với PCNL tiêu chuẩn về thời gian nằm viện như các tác giả làm Mini PCNL đã xác định.

## V. KẾT LUẬN

Bước đầu thực hiện 05 TH phẫu thuật lấy sỏi qua da bằng đường hầm vào thận nhỏ, chúng tôi nhận thấy đây là phẫu thuật khả thi, an toàn và

hiệu quả. Đường vào thận nên chọn ưu tiên đài thận giữa. Thời gian phẫu thuật chấp nhận được. Tỉ lệ sạch sỏi cao (80%) khi tán sỏi bằng Laser Holmium. Chưa có trường hợp nào phải truyền máu. Tuy nhiên, để có thể kết luận chính xác, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi lâu hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Celik H., Tasdemir C., Altinkas R. (2015). An overview of percutaneous nephrolithotomy. EMJ Urol. V. 3(1), pp. 46 – 52.
2. Ferakis N., Stavropoulos M. (2015). Mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of renal and upper ureteral stones: Lessons learned from a review of the literature. Urol Ann. Vol. 7(2), pp. 141 – 148.
3. Gupta R., Kuma A., Kapoor R., Srivastava A., Mandhani A. (2002). Prospective evaluation of safety and efficacy of the supracostal approach for percutaneous nephrolithotomy. BJU International, V. 90, pp. 809 – 813.
4. Li S.K., Tai D., Chau L. and Fung B. (2006). Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy (MPCNL) according to the Chinese method, Chapter Interventional Management of Urological Diseases, V. 8 of the series Recent Advances in Endourology, pp. 41 – 63.
5. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Lê Trọng Khôi, Phan Trường Bảo, Nguyễn Tuấn Vinh (2016). Lấy sỏi thận qua da qua đường hầm nhỏ: kinh nghiệm ban đầu. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 20, số 2, tr. 110 – 115.
6. Nguyễn Văn Ân, Chung Tuấn Khiêm, Nguyễn Lê Quý Đông, Hoàng Thiên Phúc, Nguyễn Ngọc Châu (2016). Ban đầu đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp tán sỏi qua da bằng máy Miniperc lut®. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 20, số 2, tr. 126 – 130.
7. Ritter M., Krombach P., Michel M.S. (2011). Percutaneous Stone Removal. In European Urology Supplements, V. 10, pp. 433 – 439.

## ĐỐI CHIẾU TỔN THƯƠNG THỰC THỂ VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN CỦA UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG VỚI NHĨ ĐỒ

Vũ Trường Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Ung thư vòm mũi họng - Nasopharyngeal Carcinoma, hiếm gặp ở các nước Âu - Mỹ nhưng ở Việt Nam được xếp hàng đầu trong các ung thư vùng đầu

<sup>1</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Phong

Email: tapchitaimuihong@gamil.com

Ngày nhận bài: 12.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

cổ. **Mục tiêu:** 1. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với tổn thương thực thể khối u vòm mũi họng. 2. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại T và S trong NPC. **Đối tượng và phương pháp NC:** Mô tả loạt ca, tiến cứu. Gồm 374 tai trên 187 bệnh nhân NPC được điều trị tại khoa Xạ I Bệnh viện K từ tháng 5 năm 2006 đến tháng 7 năm 2007. **Kết quả và bàn luận:** 1- Khối u ở thành bên có ảnh hưởng đến tỷ lệ rối loạn TKVN là 40%. Ở thành sau trên 13,9%. 2. Nhĩ đồ bệnh lý tăng dần theo giai đoạn khối u: dạng IV ở T2 có 1 BN, T3 có 8 BN, T4 có 16 BN. Nhĩ đồ dạng III ở S II là 6,6%, S III là 18,7% và S IV là 13,3%. **Kết luận** Tỷ lệ rối loạn

TKVN tăng tỷ lệ thuận với giai đoạn khối u (T) và giai đoạn bệnh (S).

**Từ khóa:** Ung thư vòm mũi họng, NPC, Nhĩ đồ.

**SUMMARY**

**IN COMPARISON BETWEEN THE RESULTS OF TYMPANOGRAMS WITH CHARACTERISTICS OF TUMOR AND STAGES OF NPC**

Nasopharyngeal Carcinoma (NPC) is rare in European countries and The United States, but in Vietnam it is the first ranking among the head and neck cancers. **Objectives:** 1. Compare the results of tympanograms with characteristics of tumor. 2. Compare the results of tympanograms with the stages of tumor and disease. **Methods:** Case-series prospective description, including 187 patients with 374 ears in Vietnamese National Cancer Hospital from May 2006 to July 2007. **Results:** 1. In patients who have the tumors in lateral wall, the eustachian tubes dysfunction are appeared in 40% of the ears. Tumor in postero-superior wall, the eustachian tubes dysfunction are appeared in 13,9% of the ears. 2. One patient (Tumor T1), 8 patients (T3) and 16 patients (T4) have tympanogram type IV, 6,6% patients Stage II, 18,7% patients Stage III and 13,3% patients Stage IV, who have tympanograms type III. **Conclusion:** The numbers of abnormal tympanograms increased correspondingly to the stages of tumors and disease

**Keywords:** Nasopharyngeal Carcinoma, NPC, Tympanograms.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư vòm mũi họng (Nasopharyngeal Carcinoma - NPC) là ung thư hiếm gặp ở các nước Âu - Mỹ, nhưng lại hay gặp nhất trong các

ung thư Tai - Mũi - Họng và đầu cổ ở Việt Nam. NPC biểu hiện bằng các triệu chứng mưng của Tai, Mũi, hạch cổ to và liệt các dây thần kinh sọ não. Theo RF. Mould đưa ra tỷ lệ viêm tai giữa thanh dịch (Serous Otitis Media) sau xạ trị là 21%. Yi-Ho Young ở Đại học Quốc gia Đài Loan gặp viêm tai giữa ứ dịch (OME) 6 tháng sau xạ trị là 25%, nhưng sau 5 năm tăng lên 40%, trong đó 15% chuyển thành viêm tai giữa mãn tính (COM) [1],[2]. Đề tài: "Đối chiếu dạng nhĩ đồ với tổn thương thực thể khối u vòm mũi họng" với hai mục tiêu sau: 1. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với tổn thương thực thể khối u vòm mũi họng. 2. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại T và S trong NPC.

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

**2.1. Đối tượng NC:** Gồm 374 tai trên 187 bệnh nhân được điều trị tại khoa Xạ I Bệnh viện K từ tháng 5 năm 2006 đến tháng 7 năm 2007.

**2.1. Phương pháp NC:** Mô tả từng ca, tiến cứu BN được chẩn đoán xác định NPC qua lâm sàng nội soi và mô bệnh học tại khoa Giải phẫu bệnh bệnh viện K và bệnh viện Tai – Mũi – Họng Trung ương. Đo nhĩ đồ và thính lực đơn âm trên máy.

**2.3. Xử lý số liệu :** Sử dụng phần mềm xử lý số liệu EPIINFO 6.04 và STATA 9.2. Kiểm định tỷ lệ bằng thuật toán  $\chi^2$ .

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đối chiếu nhĩ đồ với tổn thương thực thể khối u vòm**

**3.1.1. Đối chiếu nhĩ đồ với vị trí khối u vòm.**

**Bảng 1. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với vị trí khối u vòm**

| Nhĩ đồ   | Vị trí u | Thành bên      |            | Thành sau trên | Không xác định | Σ          |
|----------|----------|----------------|------------|----------------|----------------|------------|
|          |          | Hố Rosenmuller | Gờ loa vòi |                |                |            |
| Dạng I   | n        | 75             | 27         | 155            | 7              | 264        |
|          | %        | 58,6           | 64,3       | 86,1           | 29,2           |            |
| Dạng II  | n        | 16             | 6          | 8              | 5              | 35         |
|          | %        | 12,5           | 14,3       | 4,4            | 20,8           |            |
| Dạng III | n        | 20             | 7          | 11             | 9              | 47         |
|          | %        | 15,6           | 16,7       | 6,1            | 37,5           |            |
| Dạng IV  | n        | 15             | 2          | 5              | 3              | 25         |
|          | %        | 11,7           |            |                | 12,5           |            |
| Thùng    |          | 2              |            | 1              |                | 3          |
| <b>N</b> |          | <b>128</b>     | <b>42</b>  | <b>180</b>     | <b>24</b>      | <b>374</b> |

Hình dạng nhĩ đồ không bình thường gặp do u hố Rosenmuller là 41,4%; gờ loa vòi là 35,7%, thành sau trên là 13,9%. Nhĩ đồ dạng III gặp nhiều nhất.

**3.1.2. Đối chiếu nhĩ đồ với hình thái khối u tới nhĩ đồ**

**Bảng 8. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với hình thái khối u**

| Nhĩ đồ | Thể u | Sùi | Loét | Phôi hợp | Thâm nhiễm |
|--------|-------|-----|------|----------|------------|
|        |       |     |      |          |            |
| Dạng I | n     | 181 | 2    | 62       | 19         |
|        | %     | 73  | 50   | 62       | 86,3       |

|              |   |     |    |     |      |
|--------------|---|-----|----|-----|------|
| Dạng II      | n | 23  |    | 12  |      |
|              | % | 9,3 |    | 12  |      |
| Dạng III     | n | 24  | 1  | 19  | 3    |
|              | % | 9,7 | 25 | 19  | 13,7 |
| Dạng IV      | n | 17  | 1  | 7   |      |
|              | % | 6,8 | 25 | 7   |      |
| <b>Thùng</b> |   | 3   |    |     |      |
| <b>N</b>     |   | 248 | 4  | 100 | 22   |

- Nhĩ đồ dạng I ở người bệnh có u dạng sùi 73%, loét 50%, thể thâm nhiễm là 22, thể phổi hợp 62%. Sự khác biệt nhĩ đồ bình thường ở những người bệnh có u thể thâm nhiễm là có ý nghĩa thống kê so với các nhóm còn lại (P<0,001).

**3.1.3. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với hướng lan khô u**

**Bảng 3. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với hướng lan khô u**

| Nhĩ đồ \ Hướng lan  | Họng miệng | Đáy sọ     | Mũi xoang | Chân bướm | Tai giữa | Mắt       | Σ          |
|---------------------|------------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Dạng I              | 12         | 57         | 77        | 22        | 2        | 10        | 180        |
| Dạng II             | 3          | 17         | 7         | 3         | 2        | 2         | 34         |
| Dạng III            | 4          | 19         | 9         | 4         | 3        | 4         | 43         |
| Dạng IV             | 1          | 13         | 4         | 3         |          | 4         | 25         |
| Thùng không đo được |            |            | 1         |           | 1        |           | 2          |
| <b>N</b>            | <b>20</b>  | <b>106</b> | <b>98</b> | <b>32</b> | <b>8</b> | <b>20</b> | <b>284</b> |

- Tỷ lệ rối loạn thông khí vòi nhĩ ở khối u vòm lan vào mũi xoang là 21,4%, lan lên đáy sọ 46,2%, họng miệng là 40%, vào hố chân bướm hàm là 31,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P < 0,005.

**3.2. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại khối u**

**3.2.1. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại T của khối u**

**Bảng 4. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại T của khối u**

| Dạng nhĩ đồ | Giai đoạn khối u |           |           |            | Σ          |
|-------------|------------------|-----------|-----------|------------|------------|
|             | T1               | T2        | T3        | T4         |            |
| Dạng I      | 82               | 62        | 47        | 73         | 264        |
| Dạng II     | 2                | 5         | 9         | 19         | 35         |
| Dạng III    | 5                | 4         | 15        | 19         | 47         |
| Dạng IV     |                  | 1         | 8         | 16         | 25         |
| Thùng       | 1                |           | 1         | 1          | 3          |
| <b>N</b>    | <b>90</b>        | <b>76</b> | <b>80</b> | <b>128</b> | <b>374</b> |

- Nhĩ đồ bình thường giảm dần theo giai đoạn u: T1 là 91,1%, T2 là 81,6%, T3 là 58,8% và T4 là 57%. Nhĩ đồ bệnh lý tăng dần theo giai đoạn khối u: dạng IV ở T2 có 1 BN, T3 có 8 BN, T4 có 16 BN. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

**3.2.2. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại S của khối u vòm**

**Bảng 5. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại S của khối u vòm**

| Nhĩ đồ   |   | Giai đoạn bệnh |              |               |              | Σ   |
|----------|---|----------------|--------------|---------------|--------------|-----|
|          |   | Giai đoạn I    | Giai đoạn II | Giai đoạn III | Giai đoạn IV |     |
| Dạng I   | n | 26             | 67           | 49            | 122          | 264 |
|          | % | 86,7           | 88,1         | 61,2          | 64,9         |     |
| Dạng II  | n | 1              | 3            | 9             | 22           | 35  |
|          | % |                |              | 11,2          | 11,7         |     |
| Dạng III | n | 2              | 5            | 15            | 25           | 47  |
|          | % |                |              | 18,7          | 13,3         |     |
| Dạng IV  | n |                | 1            | 7             | 17           | 25  |
|          | % |                |              |               |              |     |
| Thùng    |   | 1              |              |               | 2            | 3   |
| <b>N</b> |   | <b>30</b>      | <b>76</b>    | <b>80</b>     | <b>188</b>   |     |

- Nhĩ đồ bình thường ở SI là 86,7%, S II là 88,1%, S III là 61,2% và S IV là 64,9%. Nhĩ đồ dạng III ở S II là 6,6%, S III là 18,7% và S IV là 13,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đối chiếu nhĩ đồ với tổn thương**

**thực thể khối u vòm**

**4.1.1. Đối chiếu nhĩ đồ với vị trí khối u:**

Qua so sánh dạng nhĩ đồ của những tai ở hai

nhóm thành bên và thành sau trên cho thấy vị trí u có ảnh hưởng rõ rệt đến rối loạn TKVN. U thành bên vòm gây rối loạn thông khí nhiều hơn hẳn so với những u xuất phát ở thành sau trên, kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm giải phẫu liên quan giữa vòm nhĩ tai giữa với vị trí xuất phát của u vòm.

#### 4.1.2. Đối chiếu nhĩ đồ với hình thái khối

**u:** Tỷ lệ rối loạn TKVN ở người bệnh có u dạng sùi là 27%, trong đó nhĩ đồ dạng III là 9,7%; với u dạng sùi loét phổi hợp tỷ lệ rối loạn TKVN là 38%, dạng thâm nhiễm tỷ lệ này chỉ còn 13,7%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,001$ ) giữa tỷ lệ rối loạn TKVN ở nhóm u thâm nhiễm cho thấy với u càng phát triển, mức độ xâm lấn càng cao và khả năng ảnh hưởng đến cơ quan vòm nhĩ càng nhiều.

**4.1.3. Đối chiếu nhĩ đồ với hướng lan của khối u:** Khối u lan vào mũi xoang có tỷ lệ rối loạn TKVN là 21,4% thấp hơn những trường hợp u lan lên đáy sọ là 46,2%, u lan vào hố chân bướm là 31,3% và họng miệng 40%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Kết quả này cho thấy có thể do khối u lan vào mũi xoang ít xâm lấn đến lỗ vòi và những cấu trúc giải phẫu liên quan của vòm nhĩ như cơ và sụn vòi, nên mức độ rối loạn TKVN cũng ít hơn so với những trường hợp khác.

#### 4.2. Đối chiếu dạng nhĩ đồ với phân loại khối u

**4.2.1. Đối chiếu nhĩ đồ với phân loại khối u T:** Khối u giai đoạn T1 có tỷ lệ nhĩ đồ bình thường là 91,1%, nhưng u ở giai đoạn T2 còn 81,6%, giai đoạn T3 và T4 là 58,8% và 57%. Kết quả này chứng tỏ khi khối u càng phát triển lan rộng thì nhĩ đồ càng bị ảnh hưởng, trong đó nhĩ đồ dạng III – IV là những trường hợp có dịch trong hòm nhĩ ở giai đoạn u T1 chỉ có 5,5%; T 2 có 6,6% T3 là 28,7% và T4 là 27,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $P < 0,0001$ . Kết quả trên cũng cho thấy không những tỷ lệ rối loạn TKVN tăng theo sự phát triển của khối u mà cả mức độ rối loạn TKVN cũng tăng theo. Điều này

cũng phù hợp với sự biến đổi nhĩ đồ theo giai đoạn bệnh.

**4.2.2. Đối chiếu nhĩ đồ với giai đoạn bệnh:** Phân tích sự ảnh hưởng của giai đoạn u và giai đoạn bệnh tại nhĩ đồ trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn TKVN tăng tỷ lệ thuận với giai đoạn tiến triển khối u cũng như giai đoạn bệnh. Theo nhiều nghiên cứu của một số tác giả khác về mô hình bệnh NPC của nước ta thì tỷ lệ người mắc bệnh lại tăng theo giai đoạn bệnh hay nói cách khác càng giai đoạn muộn lại càng có nhiều người bệnh đến điều trị. Kết hợp hai đặc điểm này làm nặng thêm những ảnh hưởng của NPC tới chức năng thông khí vòm nhĩ của người bệnh ở nước ta [3],[4], [5]. Như vậy việc phát hiện chẩn đoán sớm NPC vừa tăng hiệu quả điều trị, vừa giảm những ảnh hưởng của NPC tới chức năng thông khí vòm nhĩ. [6]

## V. KẾT LUẬN

1. Khối u ở thành bên có ảnh hưởng đến tỷ lệ rối loạn TKVN là 40%. Ở thành sau trên 13,9%.
2. Tỷ lệ rối loạn TKVN tăng tỷ lệ thuận với giai đoạn khối u (T) và giai đoạn bệnh (S).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mould RF., THP Tai (2002), "Nasopharyngeal Carcinoma: Treatments and Outcomes in The 20<sup>th</sup> Century", *The British Journal of Radiology*, 75, pp. 307-339.
2. Mimi CY. and Jian Min Yuan (2002), "Epidemiology of Nasopharyngeal Carcinoma", *Cancer Biology*, 12, pp. 421-429.
3. Nguyễn Tân Phong (2005), "Hình ảnh CT Scan mũi xoang", *Điện quang chẩn đoán trong Tai Mũi Họng NXB YH*, tr. 134-174.
4. Nguyễn Việt Luân (2008), "Viêm tai giữa tiết dịch", *Tai Mũi Họng – quyển I – Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 515-531.
5. Nguyễn Hữu Thọ (1995), "Nghiên cứu xây dựng phác đồ điều trị ung thư vòm họng qua 458 bệnh nhân từ 1983 - 1993", *Luận án phó tiến sĩ khoa học Y dược - Trường Đại học Y khoa Hà Nội*.
6. Trần Hữu Tuấn (1994), "Những hình thái lâm sàng của ung thư vòm mũi họng thường gặp ở Việt Nam", *Tạp chí Y học thực hành số chuyên đề về ung thư vòm mũi họng. Bộ Y tế xuất bản*.

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA TYP VIRUS VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHI SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Lê Minh Dũng\*, Nguyễn Duy Thắng\*\*, Nguyễn Quang Duật\*\*\*

### TÓM TẮT

\*BV sản nhi Trà Vinh  
\*\*BV nông nghiệp Hà Nội

\*\*\*Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Dũng  
Email: bsleminhdung67@gmail.com  
Ngày nhận bài: 17.2.2017

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu mối liên quan giữa týp virus Dengue với các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhi còn rất ít ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

**Mục tiêu:** Nhằm khảo sát mối liên quan giữa týp virus Dengue với các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhi. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành định týp huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nhi có xuất huyết tiêu hóa và so sánh các biểu hiện lâm sàng theo týp virus. **Kết quả:** Cả bốn týp huyết thanh đều gây các triệu chứng lâm sàng ở các mức độ khác nhau như: sốt, các triệu chứng của hệ tiêu hóa, triệu chứng xuất huyết, triệu chứng trên hệ tuần hoàn, đau cơ, ban dát đỏ. Tuy nhiên không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm kể trên giữa các týp huyết thanh. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng không mang tính đặc trưng cho týp virus Dengue ở đối tượng trẻ em.

## SUMMARY

### CORRELATION OF SEROTYPE-SPECIFIC DENGUE VIRUS INFECTION WITH CLINICAL MANIFESTATIONS IN PEDIATRIC PATIENTS

**Background:** Studies the relationship between dengue virus type with the clinical characteristics of pediatric patients are very few in the world as well as in Vietnam. **Objective:** To examine the association between type Dengue virus with clinical features in pediatric patients. **Subjects and Methods:** Conducting the serotypes in pediatric patients with gastrointestinal bleeding and compare the clinical manifestations of type virus. **Results:** All four serotypes are causing clinical symptoms in varying degrees, such as: fever, symptoms of the digestive system, symptoms of bleeding, circulatory system symptoms, myalgia, originally built dirty. However there was no significant difference in the statistical characteristics above between serotypes. **Conclusion:** The clinical characteristics are non-specific to Dengue serotype at pediatric patients.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dengue được chia thành bốn type theo kháng nguyên huyết thanh khác nhau gồm týp1, týp 2, týp 3 và týp 4. Cho đến nay tất cả bốn týp virus của virus Dengue đã được thấy lưu hành tại Việt Nam. Theo các báo cáo từ Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương cho thấy týp 1 và 2 chiếm ưu thế và lưu hành hầu như hàng năm. Týp 3 xuất hiện vào cuối thập niên 1990 và là týp ưu thế trong đợt bùng phát dịch năm 1998, trong khi týp 4 cũng được phát hiện trong khoảng từ năm 1999-2003.

Hiện nay phần lớn các nghiên cứu vẫn chỉ tập trung vào các yếu tố ảnh hưởng đến tính trầm trọng của bệnh, trong khi việc nghiên cứu so sánh sự khác biệt trong biểu hiện lâm sàng giữa các týp virus của Dengue thì vẫn chưa nhiều và

chưa được rõ ràng, đặc biệt trên đối tượng trẻ em. Việc xác định týp virus chiếm ưu thế trong mỗi vụ dịch và các biểu hiện lâm sàng đặc trưng ứng với từng týp rất quan trọng trong việc quản lý dịch bệnh cũng như cho phép chúng ta đưa ra phương án giải quyết và điều trị phù hợp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 59 bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng I trong thời gian 12/2014-12/2015 được chẩn đoán xuất huyết Dengue theo tiêu chuẩn chẩn đoán Bộ y tế năm 2011[1] và hướng dẫn của Tổ chức y tế thế giới năm 2009[7] có xuất huyết tiêu hóa, được gia đình hoặc người giám hộ đồng ý cho bệnh nhi tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Các dấu hiệu lâm sàng

- Sốt
- Tiêu hóa: Chán ăn; Buồn nôn và nôn; Đau bụng; Gan to
- Biểu hiện xuất huyết: Xuất huyết dưới da; Chảy máu mũi; Chảy máu răng
- Tuần hoàn: Mạch: đơn vị tính là chu kỳ/phút; Huyết áp: đơn vị tính là mmHg; Sốc
- Đau cơ
- Ban dát đỏ

#### 2.2.2. Phương pháp sử dụng kỹ thuật Multiplex Reverse-Transcriptase PCR trong xác định týp virus của virus DENV.

- Bước lấy mẫu: mẫu máu của các đối tượng nghiên cứu được tách huyết thanh, bảo quản ở -80°C cho đến khi thực hiện tách RNA.
- Tách RNA của virus dengue: sử dụng kit thương mại GeneAll, 128-150. Quy trình làm theo hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Chọn môi và chương trình của phản ứng Multiplex RT-PCR cho định tuýp Dengue được làm theo nghiên cứu của Lanciotti và cộng sự [6]. Trình tự mỗi theo bảng sau:

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2017

Ngày duyệt bài: 3.5.2017

| Týp | Môi  | Trình tự môi                       | Kích thước sản phẩm PCR |
|-----|------|------------------------------------|-------------------------|
|     | Dcon | 5'-TCAATATGCTGAAACGCGCGAGAAACCG-3' |                         |
| 1   | D1   | 5'-CGTCTCAGTGATCCGGGGG-3'          | 482 bp                  |
| 2   | D2   | 5'-CGCCACAAGGGCCATGAACAG-3'        | 119 bp                  |
| 3   | D3   | 5'-TAACATCATCATGAGACAGAGC-3'       | 290 bp                  |
| 4   | D4   | 5'-CTCTGTTGTCTTAAACAAGAGA-3'       | 392 bp                  |

*Dcon: dengue conserved region*

**2.3. Xử lý số liệu nghiên cứu:** Được xử lý bằng chương trình tính toán chuyên dụng SPSS 13 (Statistical Package for Social Sciences). Khác biệt so sánh giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Sốt

**Bảng 1. Môi liên quan giữa týp vi rút với mức độ sốt**

| Týp vi rút  | 37 - < 38 <sup>o</sup> C |              | ≥ 38 <sup>o</sup> C |              | p    |
|-------------|--------------------------|--------------|---------------------|--------------|------|
|             | SL                       | Tỷ lệ%       | SL                  | Tỷ lệ%       |      |
| Týp 1       | 6                        | 13,0         | 4                   | 33,3         | 0,42 |
| Týp 2       | 28                       | 61,0         | 6                   | 50,1         |      |
| Týp 3       | 6                        | 13,0         | 1                   | 8,3          |      |
| Týp 4       | 6                        | 13,0         | 1                   | 8,3          |      |
| <b>Tổng</b> | <b>46</b>                | <b>100,0</b> | <b>12</b>           | <b>100,0</b> |      |

**Nhận xét:** Chưa thấy mối liên quan giữa týp vi rút Dengue với mức độ sốt của bệnh nhi.

#### 3.2. Triệu chứng tiêu hóa

**Bảng 2. Môi liên quan giữa týp 2 với týp khác về các triệu chứng tiêu hóa**

| Đặc điểm lâm sàng |       | Týp 2 (n=34) |        | Týp khác (n=25) |        | p    |
|-------------------|-------|--------------|--------|-----------------|--------|------|
|                   |       | SL           | Tỷ lệ% | SL              | Tỷ lệ% |      |
| Chán ăn           | Không | 27           | 79,4   | 22              | 88     | 0,49 |
|                   | Có    | 7            | 20,6   | 3               | 12     |      |
| Nôn               | Không | 4            | 11,8   | 1               | 4      | 0,38 |
|                   | Có    | 30           | 88,2   | 24              | 96     |      |
| Đau bụng          | Không | 7            | 20,6   | 4               | 16     | 0,75 |
|                   | Có    | 27           | 79,4   | 21              | 84     |      |
| Gan to            | Không | 6            | 17,6   | 4               | 16     | 1    |
|                   | Có    | 28           | 82,4   | 21              | 84     |      |

**Nhận xét:** không có sự khác biệt về biểu hiện triệu chứng tiêu hóa giữa các bệnh nhi nhiễm týp huyết thanh 2 so với các bệnh nhi nhiễm các týp huyết thanh khác.

#### 3.3. Triệu chứng xuất huyết

**Bảng 3. Môi liên quan giữa týp vi rút với biểu hiện xuất huyết dưới da (XHDD)**

| Týp         | XHDD | Có        |              | Không     |              | p    |
|-------------|------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|
|             |      | SL        | Tỷ lệ%       | SL        | Tỷ lệ%       |      |
| Týp 1       |      | 8         | 20,0         | 2         | 10,5         | 0,71 |
| Týp 2       |      | 22        | 55,0         | 12        | 63,2         |      |
| Týp 3       |      | 4         | 10,0         | 3         | 15,8         |      |
| Týp 4       |      | 6         | 15,0         | 2         | 10,5         |      |
| <b>Tổng</b> |      | <b>40</b> | <b>100,0</b> | <b>19</b> | <b>100,0</b> |      |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa týp vi rút Dengue với biểu hiện XHDD của bệnh nhi khi vào viện.

**Bảng 4. Môi liên quan giữa týp vi rút với biểu hiện chảy máu chân răng khi vào viện**

| Týp         | CM chân răng | Có        |            | Không     |              | p    |
|-------------|--------------|-----------|------------|-----------|--------------|------|
|             |              | SL        | Tỷ lệ%     | SL        | Tỷ lệ%       |      |
| Týp 1       |              | 5         | 25,0       | 5         | 12,8         | 0,51 |
| Týp 2       |              | 9         | 45,0       | 25        | 64,1         |      |
| Týp 3       |              | 3         | 15,0       | 4         | 10,3         |      |
| Týp 4       |              | 3         | 15,0       | 5         | 12,8         |      |
| <b>Tổng</b> |              | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>39</b> | <b>100,0</b> |      |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa týp vi rút Dengue với biểu hiện chảy máu chân răng của bệnh nhi khi vào viện.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tít vi rút với biểu hiện chảy máu mũi khi vào viện**

| Tít         | CM mũi | Có        |              | Không     |              | p    |
|-------------|--------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|
|             |        | SL        | Tỷ lệ%       | SL        | Tỷ lệ%       |      |
| Tít 1       |        | 1         | 6,3          | 9         | 20,9         | 0,31 |
| Tít 2       |        | 9         | 56,2         | 25        | 58,1         |      |
| Tít 3       |        | 2         | 12,5         | 5         | 11,6         |      |
| Tít 4       |        | 4         | 25,0         | 4         | 9,3          |      |
| <b>Tổng</b> |        | <b>16</b> | <b>100,0</b> | <b>43</b> | <b>100,0</b> |      |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa tít vi rút Dengue với biểu hiện chảy máu mũi của bệnh nhi khi vào viện.

### 3.4. Triệu chứng tuần hoàn

**Bảng 6. Mối liên quan giữa tít vi rút với mạch của bệnh nhi khi vào viện**

| Tít huyết thanh | Số lượng bệnh nhi | Mean $\pm$ SD     | p  |
|-----------------|-------------------|-------------------|--|
| Tít 1           | 10                | 133,5 $\pm$ 22,2  | p <sub>1</sub> p <sub>2</sub> = 0,55<br>p <sub>1</sub> p <sub>3</sub> = 0,29<br>p <sub>1</sub> p <sub>4</sub> = 0,55<br>p <sub>2</sub> p <sub>3</sub> = 0,08<br>p <sub>2</sub> p <sub>4</sub> = 0,21<br>p <sub>3</sub> p <sub>4</sub> = 0,64 |
| Tít 2           | 34                | 126,5 $\pm$ 38,2  |  |
| Tít 3           | 7                 | 150,6 $\pm$ 20,9  |  |
| Tít 4           | 8                 | 142,83 $\pm$ 17,4 |  |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa tít vi rút Dengue với mạch quay của bệnh nhi khi vào viện.

**Bảng 7. Mối liên quan giữa tít vi rút với huyết áp tâm thu của bệnh nhi khi vào viện**

| Tít huyết thanh | Số lượng bệnh nhi | Mean $\pm$ SD    | p  |
|-----------------|-------------------|------------------|--|
| Tít 1           | 10                | 90,8 $\pm$ 9,65  | p <sub>1</sub> p <sub>2</sub> = 0,21<br>p <sub>1</sub> p <sub>3</sub> = 0,77<br>p <sub>1</sub> p <sub>4</sub> = 0,97<br>p <sub>2</sub> p <sub>3</sub> = 0,45<br>p <sub>2</sub> p <sub>4</sub> = 0,27<br>p <sub>3</sub> p <sub>4</sub> = 0,81 |
| Tít 2           | 34                | 80,4 $\pm$ 27,8  |  |
| Tít 3           | 7                 | 87,6 $\pm$ 9,9   |  |
| Tít 4           | 8                 | 90,38 $\pm$ 12,4 |  |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa tít vi rút Dengue với huyết áp tâm thu của bệnh nhi khi vào viện.

**Bảng 8. Mối liên quan giữa tít vi rút với huyết áp tâm trương của bệnh nhi khi vào viện**

| Tít huyết thanh | Số lượng bệnh nhi | Mean $\pm$ SD   | p   |
|-----------------|-------------------|-----------------|---|
| Tít 1           | 10                | 68,7 $\pm$ 11,5 | p <sub>1</sub> p <sub>2</sub> = 0,22<br>p <sub>1</sub> p <sub>3</sub> = 0,9<br>p <sub>1</sub> p <sub>4</sub> = 0,92<br>p <sub>2</sub> p <sub>3</sub> = 0,35<br>p <sub>2</sub> p <sub>4</sub> = 0,21<br>p <sub>3</sub> p <sub>4</sub> = 0,84 |
| Tít 2           | 34                | 60,2 $\pm$ 22,2 |   |
| Tít 3           | 7                 | 67,6 $\pm$ 10,3 |   |
| Tít 4           | 8                 | 69,6 $\pm$ 15,6 |   |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa tít vi rút Dengue với huyết áp tâm trương của bệnh nhi khi vào viện.

**Bảng 9. Mối liên quan giữa tít vi rút với ngày vào viện xuất hiện sốc của bệnh nhi**

| Tít huyết thanh | Số lượng bệnh nhi | Mean $\pm$ SD (ngày) | p  |
|-----------------|-------------------|----------------------|--|
| Tít 1           | 6                 | 4,67 $\pm$ 0,82      | p <sub>1</sub> p <sub>2</sub> = 0,42<br>p <sub>1</sub> p <sub>3</sub> = 0,07<br>p <sub>1</sub> p <sub>4</sub> = 0,59<br>p <sub>2</sub> p <sub>3</sub> = 0,16<br>p <sub>2</sub> p <sub>4</sub> = 0,91<br>p <sub>3</sub> p <sub>4</sub> = 0,22 |
| Tít 2           | 17                | 5,06 $\pm$ 1,03      |  |
| Tít 3           | 5                 | 5,8 $\pm$ 1,3        |  |
| Tít 4           | 5                 | 5,0 $\pm$ 0,71       |  |

**Nhận xét:** Chưa thấy sự liên quan giữa tít vi rút Dengue với ngày vào viện xuất hiện sốc của bệnh nhi.

### 3.5. Các triệu chứng khác

**Bảng 10. Mối liên quan giữa tít huyết thanh với một số đặc điểm lâm sàng khác**

| Đặc điểm lâm sàng |       | Tít 2 (n=34) |        | Tít khác (n=25) |        | p    |
|-------------------|-------|--------------|--------|-----------------|--------|------|
|                   |       | SL           | Tỷ lệ% | SL              | Tỷ lệ% |      |
| Đau cơ            | Không | 32           | 94,1   | 24              | 96     | 1    |
|                   | Có    | 2            | 5,9    | 1               | 4      |      |
| Ban dát đỏ        | Không | 27           | 79,4   | 23              | 92     | 0,28 |
|                   | Có    | 7            | 20,6   | 2               | 8      |      |

**Nhận xét:** không có sự khác biệt về biểu hiện lâm sàng đau cơ hay ban dát đỏ giữa các bệnh nhi nhiễm týp huyết thanh 2 so với các bệnh nhi nhiễm các týp huyết thanh khác.

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân ở các týp khác nhau trong nghiên cứu của chúng tôi đều có sốt với các tỉ lệ khác nhau. Týp 2 có tỷ lệ cao nhất (33,3%) đến týp 2 (50,1%), týp 3 và 4 thấp nhất (8,3%). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các týp virus. Kết quả theo dõi về nhiệt độ của bệnh nhân ở một số nghiên cứu khác cũng cho thấy không có sự khác biệt giữa các týp virus. Điều đó cho thấy đặc điểm về thân nhiệt không mang tính đặc trưng cho týp virus của virus Dengue.

Trong nghiên cứu này các triệu chứng về tiêu hóa như chán ăn, nôn, đau bụng, gan to. chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt giữa các bệnh nhi nhiễm týp 2 so với các tuýp khác. Nghiên cứu của RajniKumaria (2010) cho thấy biểu hiện gan to và đau bụng là hai triệu chứng có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân nhiễm týp huyết thanh khác nhau. Khi phân tích sâu hơn, tác giả nhận thấy triệu chứng đau bụng là cao hơn đáng kể trong týp 2, chán ăn là cao hơn đáng kể trong týp 3, gan to là cao hơn đáng kể trong týp 2 và 3.

Khi so sánh các biểu hiện xuất huyết trong nhiễm các týp dengue khác nhau chúng tôi thấy không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhi nhiễm týp 2 so với các týp khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Angel B., tác giả chỉ ra rằng tần xuất gặp xuất huyết dạng chấm, nốt trong nhiễm týp 1 khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhiễm týp 2 [2]. Trong nghiên cứu của Chuang và cộng sự xuất huyết da xuất hiện ở 75% số người nhiễm Dengue, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xuất huyết giữa các týp virus [3]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,2% bệnh nhi nhiễm týp 2 có sốc, tỷ lệ này cao hơn so với nhóm nhiễm các týp khác (88%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu trước đó chỉ ra rằng týp 2 và týp 3 có nguồn gốc từ Đông Nam Á có liên quan đến tăng nguy cơ gây hội chứng sốc ở Châu Mỹ, Nam Thái Bình Dương, và Srilanka [4],[7]. Các triệu chứng về tuần hoàn khác như mạch, huyết áp trong

nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt giữa týp 2 và các týp còn lại.

Các triệu chứng khác như đau cơ hay ban dát đỏ cũng không có sự khác biệt giữa týp 2 và các týp còn lại. Theo thống kê của Halsey và cộng sự triệu chứng này xuất hiện khá phổ biến trên cả 4 týp virus: DENV-1 (89,8 %), DENV-2 (70,3 %), DENV-3 (91,7 %) và DENV-4 (92,3%), trong đó tỉ lệ đau cơ ở DENV-3 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các týp khác, ngược lại DENV-2 lại có tỉ lệ đau cơ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các týp còn lại [5].

#### V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng lâm sàng xuất hiện khá phong phú và phân bố ở đủ 4 týp huyết thanh của Dengue. Chúng tôi chưa tìm thấy có mối liên quan giữa týp virus với một triệu chứng lâm sàng cụ thể nào. Các đặc điểm lâm sàng không mang tính đặc trưng cho týp virus trong sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định 458 QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue".2011.
2. Angel Balmaseda, et al., Serotype-specific differences in clinical manifestations of dengue. Am. J. Trop. Med. Hyg., 2006. 74(3): p. 449 - 456.
3. Chuang V., et al., Review of dengue fever cases in Hong Kong during 1998 to 2005. Hong Kong Med J, 2008. 14(3): p. 170-7.
4. Diaz F. J., et al., Dengue virus circulation and evolution in Mexico: a phylogenetic perspective. Arch Med Res, 2006. 37(6): p. 760-73.
5. Halsey E. S., et al., Correlation of serotype-specific dengue virus infection with clinical manifestations. PLoS Negl Trop Dis, 2012. 6(5): p. e1638.
6. Lanciotti R. S., et al., Rapid detection and typing of dengue viruses from clinical samples by using reverse transcriptase-polymerase chain reaction. J Clin Microbiol, 1992. 30(3): p. 545-51.
7. Leitmeyer K. C., et al., Dengue virus structural differences that correlate with pathogenesis. J Virol, 1999. 73(6): p. 4738-47.

## THỰC TRẠNG RỐI LOẠN DINH DƯỠNG LIPID Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HUYỆN TƯƠNG DƯƠNG TỈNH NGHỆ AN NĂM 2014

Vũ Minh Hải\*, Ninh Thị Nhung\*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành từ 25-64 tuổi và một số yếu tố liên quan tại 2 xã huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An năm 2014. **Phương pháp:** mô tả có phân tích qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung là 41,4%. Tỷ lệ tăng Triglycerid là 25,8%; tăng cholesterol là 19,5%; tăng LDL-C là 13,3%. Một số yếu tố liên quan tới rối loạn lipid máu là: Nam giới, nơi sống có điều kiện kinh tế, sở thích ăn món xào, rán. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn dinh dưỡng lipid máu chung tương đối cao. Một số yếu tố liên quan tới rối loạn lipid máu là: nam giới cao hơn nữ, địa bàn sinh sống và thói quen ăn món xào, rán.

**SUMMARY****ACTUAL STATE OF DYSLIPIDEMIA OF ADULTS AND SOME RELATED FACTORS IN TUONG DUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2014**

**Objective:** Evaluating dyslipidemia among adults aged from 25 to 64 and some related factors in 2 commune of Tuong Duong district, Nghe An province in 2014. **Methods:** descriptive analysis via cross-sectional survey. **Results:** the percentage of dyslipidemia was 41.4%. the percentage of hypertriglyceridemia was 25.8%; hypercholesterolemia was 19.5%; excessive LDL-C was 13.3%. Some related factors to dyslipidemia were the higher risk of male, living areas, the habit of eating stir-fried and fried dishes. **Conclusions:** The rate of Dyslipidemia in general is relatively high. Some related factors are study areas, the eating habit.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rối loạn chuyển hoá lipid là vấn đề sức khoẻ được quan tâm của nhiều nước trên thế giới bởi sự tác động của nó tới sức khoẻ và liên quan đến các bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, tắc mạch và đột quỵ là gánh nặng của bệnh tật và tử vong [1], [2], [6].

Việt Nam có những thay đổi về kinh tế - xã hội, chế độ ăn, lối sống có nhiều thay đổi. Điều đó đã tác động tới mô hình bệnh tật và "những vấn đề sức khoẻ mới nảy sinh" cần được theo dõi, đánh giá kịp thời. Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành và một số yếu tố liên quan tại 2 xã của huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An năm 2014*".

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

*\*Đại học Y Dược Thái Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

**1. Địa bàn, thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại hai xã của huyện Tương Dương là xã Yên Na và xã Thạch Giám từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2014.

- Xã Thạch Giám đại diện cho vùng ngoài là vùng có điều kiện đường xá giao thông đi lại thuận tiện. Nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do (làm nê, làm thuê, làm vườn buôn bán nhỏ lẻ...)

- Xã Yên Na đại diện cho vùng trong là vùng sâu, xa, điều kiện đường xá giao thông đi lại khó khăn. điều kiện kinh tế khó khăn, lạc hậu, công việc chính của người dân là làm rẫy xa nhà 3-7 km đi bộ đường đồi núi.

**2. Đối tượng nghiên cứu:** Người trưởng thành từ 25-64 tuổi chia làm 4 nhóm tuổi: 25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45-54 tuổi, 55-64 tuổi và mỗi nhóm tuổi chia thành 2 giới, có thời gian cư trú tại địa phương ít nhất 5 năm.

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dịch tễ học mô tả có phân tích qua cuộc điều tra cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ rối loạn dinh dưỡng lipid máu và một số yếu tố liên quan.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

| Các biến số             | Nam (n=64) |      | Nữ (n=64) |      | Chung (n=128) |      |
|-------------------------|------------|------|-----------|------|---------------|------|
|                         | SL         | %    | SL        | %    | SL            | %    |
| <b>Nhóm tuổi</b>        |            |      |           |      |               |      |
| 25-34                   | 16         | 25,0 | 16        | 25,0 | 32            | 25,0 |
| 35-44                   | 16         | 25,0 | 16        | 25,0 | 32            | 25,0 |
| 45-54                   | 16         | 25,0 | 16        | 25,0 | 32            | 25,0 |
| 55-64                   | 16         | 25,0 | 16        | 25,0 | 32            | 25,0 |
| <b>Trình độ văn hóa</b> |            |      |           |      |               |      |
| Mù chữ                  | 3          | 4,7  | 7         | 10,9 | 10            | 7,8  |
| Tiểu học                | 24         | 37,5 | 30        | 46,9 | 54            | 42,2 |
| THCS                    | 27         | 42,2 | 19        | 29,7 | 46            | 35,9 |
| THPT                    | 4          | 6,2  | 8         | 12,5 | 12            | 9,4  |
| Trên THPT               | 6          | 9,4  | 0         | 0,0  | 6             | 4,7  |
| <b>Nghề nghiệp</b>      |            |      |           |      |               |      |
| LĐTD                    | 11         | 17,2 | 2         | 3,1  | 13            | 10,2 |
| Nông dân                | 49         | 76,6 | 58        | 90,7 | 107           | 83,6 |
| Buôn bán                | 1          | 1,6  | 2         | 3,1  | 3             | 2,3  |
| Công nhân               | 3          | 4,7  | 2         | 3,1  | 5             | 3,9  |

- Đối tượng nghiên cứu có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ 42,2%; trình độ trung học cơ sở chiếm 35,9%; các trình độ học vấn khác chiếm tỷ lệ thấp.

- Đối tượng nghiên cứu làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ 83,6%; lao động tự do chiếm tỷ lệ 10,2%; các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu rối loạn lipid máu theo giới tính**

| Các biến số      | Giới |      | Nam (n=64) |      | Nữ (n=64) |      | Chung (n=128) |      | p     |
|------------------|------|------|------------|------|-----------|------|---------------|------|-------|
|                  | SL   | %    | SL         | %    | SL        | %    | SL            | %    |       |
| Tăng cholesterol | 13   | 20,3 | 12         | 18,8 | 25        | 19,5 | 25            | 19,5 | >0,05 |
| Tăng Triglycerid | 20   | 31,2 | 13         | 20,3 | 33        | 25,8 | 33            | 25,8 | >0,05 |
| Giảm HDL-C       | 4    | 6,2  | 3          | 4,7  | 7         | 5,5  | 7             | 5,5  | >0,05 |
| Tăng LDL-C       | 8    | 12,5 | 9          | 14,1 | 17        | 13,3 | 17            | 13,3 | >0,05 |
| RLLM chung       | 30   | 46,9 | 23         | 35,9 | 53        | 41,4 | 53            | 41,4 | >0,05 |
| Tăng Glucose máu | 7    | 10,9 | 5          | 7,8  | 12        | 9,4  | 12            | 9,4  | >0,05 |

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị rối loạn lipid máu chung là 41,4%.

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tăng Triglycerid là 25,8%; tăng cholesterol là 19,5%; tăng LDL-C là 13,3%.

- Tỷ lệ đối tượng tăng Glucose máu là 9,4%.

- Sự khác biệt về các chỉ số rối loạn lipid máu ở 2 giới là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu rối loạn lipid máu theo khu vực**

| Các biến số      | Vùng trong (n=64) |      | Vùng ngoài (n=64) |      | Chung (n=128) |      | p     |
|------------------|-------------------|------|-------------------|------|---------------|------|-------|
|                  | SL                | %    | SL                | %    | SL            | %    |       |
| Tăng cholesterol | 5                 | 7,8  | 20                | 31,2 | 25            | 19,5 | <0,05 |
| Tăng Triglycerid | 11                | 17,2 | 22                | 34,4 | 33            | 25,8 | <0,05 |
| Giảm HDL-C       | 4                 | 6,2  | 3                 | 4,7  | 7             | 5,5  | >0,05 |
| Tăng LDL-C       | 3                 | 4,7  | 14                | 21,9 | 17            | 13,3 | <0,05 |
| RLLM chung       | 18                | 28,1 | 35                | 54,7 | 53            | 41,4 | <0,05 |
| Tăng Glucose máu | 3                 | 4,7  | 9                 | 14,1 | 12            | 9,4  | >0,05 |

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở vùng ngoài bị rối loạn lipid máu là 54,7% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với vùng trong chỉ chiếm 28,1% ( $p < 0,05$ ).

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở vùng ngoài tăng Triglycerid; tăng cholesterol; tăng LDL-C đều cao hơn so với vùng trong một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng hiện mắc các yếu tố chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo khu vực**

| Số yếu tố | Khu vực | Vùng trong (n=64) |   | Vùng ngoài (n=64) |   | Chung (n = 128) |   |
|-----------|---------|-------------------|---|-------------------|---|-----------------|---|
|           |         | SL                | % | SL                | % | SL              | % |

|                             |    |      |    |      |    |      |
|-----------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Không yếu tố                | 15 | 23,4 | 13 | 20,3 | 28 | 21,9 |
| 1 yếu tố                    | 26 | 40,6 | 27 | 42,2 | 53 | 41,4 |
| 2 yếu tố                    | 18 | 28,1 | 17 | 26,6 | 35 | 27,3 |
| Từ 3 yếu tố trở lên (HCCH)* | 5  | 7,8  | 7  | 10,9 | 12 | 9,4  |

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có một yếu tố chẩn đoán HCCH là 41,4%; tỷ lệ đối tượng có 2 yếu tố là 27,3%; tỷ lệ đối tượng có từ 3 yếu tố trở lên là 9,4%. Có 21,9% đối tượng nghiên cứu không có yếu tố chẩn đoán HCCH nào. Sự khác biệt về tỷ lệ đối tượng mắc các yếu tố nguy cơ chẩn đoán HCCH giữa 2 vùng là không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ đối tượng hiện mắc các yếu tố chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo giới**

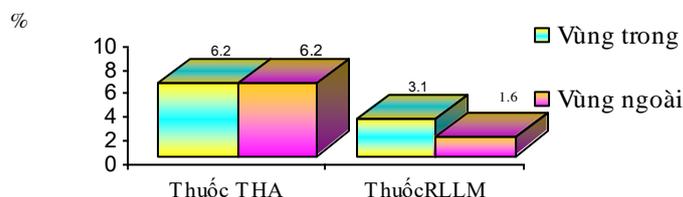
| Số yếu tố                   | Giới |      | Nam (n=64) |      | Nữ (n=64) |      | Chung (n = 128) |   |
|-----------------------------|------|------|------------|------|-----------|------|-----------------|---|
|                             | SL   | %    | SL         | %    | SL        | %    | SL              | % |
| Không yếu tố                | 17   | 26,6 | 11         | 17,2 | 28        | 21,9 |                 |   |
| 1 yếu tố                    | 25   | 39,1 | 28         | 43,8 | 53        | 41,4 |                 |   |
| 2 yếu tố                    | 17   | 26,6 | 18         | 28,1 | 35        | 27,3 |                 |   |
| Từ 3 yếu tố trở lên (HCCH)* | 5    | 7,8  | 7          | 10,9 | 12        | 9,4  |                 |   |

Qua bảng trên ta thấy tỷ lệ nam giới không có yếu tố chẩn đoán HCCH nào là 26,6% cao hơn ở nữ giới chiếm 17,2%; tỷ lệ nữ giới có 1 yếu tố chẩn đoán HCCH là 43,8% cao hơn so với nam giới chiếm 39,1%. Tuy nhiên các sự khác biệt trên là không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với giới tính**

| Giới       | Có RLLM |      | Ko RLLM |      | OR (CI 95%)      | p      |
|------------|---------|------|---------|------|------------------|--------|
|            | SL      | %    | SL      | %    |                  |        |
| Nam (n=64) | 30      | 46,9 | 34      | 53,1 | 0,6<br>(0,3-1,3) | > 0,05 |
| Nữ (n=64)  | 23      | 35,9 | 41      | 64,1 |                  |        |

Bảng trên cho thấy nam giới có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn nữ giới gấp 0,6 lần với CI 95% = 0,3-1,3.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng đang dùng thuốc hoặc biện pháp điều trị huyết áp, rối loạn mỡ máu theo khu vực**

- Tỷ lệ đối tượng đang dùng thuốc tăng huyết áp ở vùng trong và vùng ngoài là tương đương nhau chiếm 6,2%.

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đang dùng thuốc RLLM ở vùng trong là 3,1% và ở vùng ngoài là 1,6%.

**Bảng 3.7. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với địa bàn nghiên cứu**

| Địa bàn           | RLLM | Có rối loạn |      | Không rối loạn |      | OR (CI 95%)      | p     |
|-------------------|------|-------------|------|----------------|------|------------------|-------|
|                   |      | SL          | %    | SL             | %    |                  |       |
| Vùng trong (n=64) |      | 18          | 28,1 | 46             | 71,9 | 3,1<br>(1,5-6,4) | <0,01 |
| Vùng ngoài (n=64) |      | 35          | 54,7 | 29             | 45,3 |                  |       |

Vùng ngoài có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn vùng trong gấp 3,1 lần với 95%CI = 1,4-6,9. Sự khác biệt là rất có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

**Bảng 3.8. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với sở thích ăn uống**

| Sở thích             |              | Có rối loạn |      | Không rối loạn |      | OR (CI 95%)      | p     |
|----------------------|--------------|-------------|------|----------------|------|------------------|-------|
|                      |              | SL          | %    | SL             | %    |                  |       |
| Thích ăn món kho     | Có (n=50)    | 20          | 40,0 | 30             | 60,0 | 1,1<br>(0,5-2,3) | >0,05 |
|                      | Không (n=78) | 33          | 42,3 | 45             | 57,7 |                  |       |
| Thích ăn món xào rán | Có (n=66)    | 33          | 50,0 | 33             | 50,0 | 2,1<br>(1,1-4,3) | <0,05 |
|                      | Không (n=62) | 20          | 32,3 | 42             | 67,7 |                  |       |

- Bảng trên cho thấy những người thích ăn món kho có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn những người không thích gấp 1,1 lần với 95%CI

= 0,5-2,4. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- Những người thích ăn món xào có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn những người không thích gấp 2,1 lần với 95%CI = 1,0-4,6. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## IV BÀN LUẬN

**4.1. Thực trạng rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành:** Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 128 đối tượng được chia làm 4 nhóm tuổi bắt đầu từ 25 đến 64 tuổi với số lượng bằng nhau ở mỗi nhóm tuổi và ở 2 giới để đánh giá đúng thực trạng rối loạn dinh dưỡng lipid và so sánh các biến số giữa 2 giới. Đối tượng nghiên cứu có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ 42,2%; trình độ trung học cơ sở chiếm 35,9%; các trình độ học vấn khác chiếm tỷ lệ thấp. Đối tượng nghiên cứu làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ 83,6%; lao động tự do chiếm tỷ lệ 10,2%; các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp. Đây là cơ sở để phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị rối loạn lipid máu chung cao (41,4%) trong đó tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tăng Triglycerid là 25,8%; tăng cholesterol là 19,5%; tăng LDL-C là 13,3%; tỷ lệ đối tượng tăng Glucose máu là 9,4%. Điều này có thể do các đối tượng đang trong độ tuổi lao động, thường xuyên phải làm việc căng thẳng nhưng lại chưa có chế độ ăn hợp lý như ăn nhiều thức ăn có dầu mỡ, lòng lợn, trứng gà đầy đủ là những thức ăn giàu dinh dưỡng nhưng nếu ăn quá nhiều sẽ dẫn đến các chỉ số lipid trong máu tăng cao, khó kiểm soát. Ngoài ra còn do những đối tượng ở độ tuổi này thường xuyên sử dụng các chất kích thích như rượu, bia và bận công việc nên không có chế độ nghỉ ngơi, luyện tập hợp lý dẫn đến cơ thể tích lũy quá nhiều mỡ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở vùng ngoài bị rối loạn lipid máu là 54,7% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với vùng trong chỉ chiếm 28,1% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở vùng ngoài tăng Triglycerid; tăng cholesterol; tăng LDL-C đều cao hơn so với vùng trong một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Nghiên cứu của Trần Văn Hiến, Tạ Văn Bình cho kết quả tỷ lệ rối loạn lipid máu là 65,3%, trong đó tăng cholesterol máu toàn phần chiếm 53%, tăng Triglycerid chiếm 40%, tăng LDL - C chiếm 42,9% và giảm HDL-C chiếm 20% [5]. Theo nghiên cứu của Tô Văn Hải và Nguyễn Thị Phúc, tỷ lệ bệnh nhân tăng cholesterol chiếm 41,67%, tăng Triglycerid 38,89%, tăng LDL - C

chiếm 25% và giảm HDL - C chiếm 26,39% [3]. So với một số nghiên cứu trên, tỷ lệ giảm HDL - C trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự các tác giả trên. HDL - C bình thường hoặc tăng được xem là một yếu tố bảo vệ thành mạch, chống xơ vữa động mạch. Có thể do 62,1% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là làm ruộng nên tỷ lệ giảm HDL - C chỉ chiếm 24,2%. Mặt khác, bệnh nhân đang được điều trị bằng các thuốc hạ Glucose máu, trong đó đa số phối hợp giữa Sulfonylurea và Biguanid, vì thế có thể số lượng tăng Triglycerid không nhiều và giảm HDL - C không cao như các nghiên cứu khác.

Bảng 3.4 cho ta thấy tỷ lệ đối tượng hiện mắc các yếu tố chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo khu vực trong đó tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có một yếu tố chẩn đoán HCCH là 41,4%; tỷ lệ đối tượng có 2 yếu tố là 27,3%; tỷ lệ đối tượng có từ 3 yếu tố trở lên là 9,4%. Có 21,9% đối tượng nghiên cứu không có yếu tố chẩn đoán HCCH nào. Có rất nhiều tổ chức sử dụng những tiêu chuẩn khác nhau để chẩn đoán HCCH. Tuy nhiên trong phần bàn luận này chúng tôi chỉ lựa chọn những nghiên cứu cùng sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của NCEP ATP III có sự điều chỉnh tiêu chuẩn béo bụng đối với người châu Á để so sánh kết quả được chính xác hơn. Theo tiêu chuẩn của NCEP (National cholesterol Education Programme) thì HCCH được ước tính là 24% người trưởng thành ở Mỹ, trong đó tỷ lệ này ở người trên 50 tuổi chiếm tới 44%. Với định nghĩa của WHO, HCCH có mặt ở 7% - 36% đàn ông châu Âu và 5% - 22% phụ nữ tuổi 40 - 55. Nghiên cứu tại Hồng Kông đã xác định tỷ lệ HCCH ở các đối tượng trong độ tuổi lao động theo 3 tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO, NCEP và EGIR. Kết quả cho thấy, tỷ lệ HCCH dao động từ 8,9% đến 13,4% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán. Tỷ lệ mắc cũng tăng dần theo độ tuổi và có sự khác biệt giữa nam và nữ. Các nhóm tuổi dưới 50, HCCH gặp ở nam nhiều hơn ở nữ nhưng từ lứa tuổi 50 trở đi thì nữ lại gặp nhiều hơn nam. Nghiên cứu dân cư thành thị ở Ấn Độ sử dụng theo tiêu chuẩn NECP thì tỷ lệ HCCH là 41,1% trong đó yếu tố HDL-C thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (65,5%), sau đó là yếu tố huyết áp (55,4%), thấp nhất là dấu hiệu rối loạn đường máu khi đói (26,7%). Một nghiên cứu cắt ngang ở Venezuela đã đánh giá trên 3108 đối tượng từ 20 tuổi trở lên cho biết tỷ lệ mắc HCCH theo NECP 31,2% trong đó tỷ lệ nam cao hơn nữ. Tỷ lệ mắc tăng lên theo tuổi cùng với mức độ béo phì. Tỷ lệ này thấp hơn ở đàn ông da đỏ (17%) so với đàn ông da đen (27,2%), da trắng (33,3%) và đàn ông

lai nhưng không có sự khác biệt nào ở nữ. Nhìn chung, các yếu tố HDL-C (65,3%), béo bụng (42,9%) và yếu tố huyết áp (38,1%) là thường gặp nhất trong HCCH. Cách sống không lành mạnh cũng làm tăng nguy cơ của triệu chứng này. Nhiều nghiên cứu khác ở Anh, Mỹ Nhật, Hàn Quốc, Hy Lạp... cũng đều cho biết tỷ lệ mắc tương tự, tỷ lệ gặp ở nam nhiều hơn nữ. Tuy nhiên, nghiên cứu ở Iran cho kết quả ngược lại về tỷ lệ mắc theo giới. Ở đây, tỷ lệ mắc ở nữ lại cao hơn hẳn nam giới (tỷ lệ tương ứng là 42% và 24%) [7].

Bảng 3.5 cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng hiện mắc các yếu tố chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo giới trong đó tỷ lệ nam giới không có yếu tố chẩn đoán HCCH nào là 26,6% cao hơn ở nữ giới chiếm 17,2%; tỷ lệ nữ giới có 1 yếu tố chẩn đoán HCCH là 43,8% cao hơn so với nam giới chiếm 39,1%. Tuy nhiên các sự khác biệt trên là không có ý nghĩa thống kê. Ramachandran và cộng sự nghiên cứu trên những đối tượng tuổi từ 20 - 75 tại Ấn Độ cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 41,1% nữ cao hơn nam 36,4%. Kết quả điều tra hơn 40 nghìn đối tượng tuổi trên 20 tại Seoul cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 13,1%, sau khi điều chỉnh tuổi và BMI thì tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn nam, nhất là lứa tuổi trên 50.

Nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ đối tượng đang dùng thuốc hoặc biện pháp điều trị huyết áp, rối loạn mỡ máu theo khu vực cho kết quả rằng tỷ lệ đối tượng đang dùng thuốc tăng huyết áp ở vùng trong và vùng ngoài là tương đương nhau chiếm 6,2%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đang dùng thuốc RLLM ở vùng trong là 3,1% và ở vùng ngoài là 1,6%.

Rõ ràng là, sự gia tăng một số bệnh mạn tính không lây nhiễm ở nước ta trong thời gian qua có nhiều nguyên nhân, trong đó có liên quan tới tình trạng rối loạn lipid.

#### **4.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành**

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 3 yếu tố liên quan tới rối loạn lipid máu là: giới tính, kinh tế địa phương và thói quen ăn uống.

Nam giới có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn nữ giới gấp 0,6 lần với CI 95% = 0,3-1,3. Điều này phù hợp với thực tế hiện nay, khi xã hội càng phát triển đời sống con người càng cao, người dân không những ăn no mà còn ăn ngon mà thức ăn ngon thường là những thực phẩm

giàu chất béo như đồ chiên rán, quay, lòng lợn... những thực phẩm này đều là nguyên nhân tăng lipid máu, hơn nữa những thực phẩm này cùng với rượu bia thường có những bữa ăn của nam giới nên nam giới có nguy cơ mắc rối loạn mỡ máu cao hơn nữ giới.

Vùng ngoài có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn vùng trong gấp 3,1 lần với 95%CI = 1,4-6,9. Sự khác biệt là rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Điều này do vùng ngoài giao thông thuận lợi nên người dân có thuận tiện cho việc đi lại mua sắm các thực phẩm do đó thực phẩm đa dạng phong phú hơn và các thức ăn giàu chất béo cũng xuất hiện nhiều hơn trong các bữa ăn còn vùng trong thường xuyên sử dụng thực phẩm có sẵn trong vườn như rau xanh và ít trao đổi buôn bán hơn nên nguy cơ rối loạn mỡ máu thấp hơn vùng ngoài.

#### **V KẾT LUẬN**

- Tỷ lệ rối loạn dinh dưỡng lipid máu chung tương đối cao.

- Một số yếu tố liên quan tới rối loạn lipid máu là: giới tính, đời sống kinh tế địa phương và thói quen ăn món xào, rán.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Công Khẩn (2006), "Chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 3+4, tr. 6-13.
2. Hà Huy Khôi (2006), *Một số vấn đề dinh dưỡng cộng đồng ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, HN.
3. Tô Văn Hải, Nguyễn Thị Phúc (2003), "Rối loạn lipid máu ở người bệnh đái tháo đường", Hội nghị khoa học toàn quốc lần II, tr. 262-266.
4. Khâm Pheng Phun Ma Keo, Hoàng Trung Vinh (2006), "Đặc điểm lâm sàng, hoá sinh máu và biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại một số bệnh viện Viêng Chăn - Lào", *Tạp chí Y học thực hành*, (548), tr. 179-184.
5. Trần Văn Hiền, Tạ Văn Bình và cộng sự (2007), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 lần đầu được phát hiện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3, tr. 66-669.
6. CDC (2012), "Prevalence of cholesterol screening and high blood cholesterol among adults--United States, 2005, 2007, and 2009", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 61, pp. 697-702.
7. Gabriel S. E. and Michaud K. (2009), "Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases", *Arthritis Res Ther*, 11(3), pp. 229.

## **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TƯ VẤN, KHÁM SÀNG LỌC VÀ PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ Ở PHỤ NỮ TRÊN 40 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI**

## VÀ CÁC TỈNH LÂN CẬN NĂM 2016

Phạm Cẩm Phương\*, Mai Trọng Khoa\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả tư vấn, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú ở phụ nữ trên 40 tuổi tại thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận năm 2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 768 phụ nữ trên 40 tuổi tại thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận được tư vấn, khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai trong bốn ngày thứ 7 từ 22/10 đến 12/11 năm 2016. **Kết quả:** 85,4% phụ nữ trong độ tuổi từ 40 – 59, 27,9% phụ nữ tự khám vú hàng tháng. 166 trường hợp phát hiện bất thường (chiếm 21,6%), trong đó 90,3% phụ nữ trong độ tuổi từ 40 – 59 và 65,7% phụ nữ chưa mãn kinh. Trong các trường hợp phát hiện có bất thường tại vú chỉ có 34,3% phụ nữ tự khám vú hàng tháng (57 trường hợp); Tổn thương hay gặp nhất qua khám lâm sàng là viêm xơ (70 trường hợp, chiếm 42,2%) và u xơ (59 trường hợp, chiếm 35,5%). Phát hiện thấy 5 trường hợp ung thư vú, chiếm 0,7% trong tổng số trường hợp tham gia khám sàng lọc. **Kết luận:** nên tổ chức định kỳ các hoạt động khám sàng lọc ung thư vú cho phụ nữ trên 40 tuổi, tuyên truyền về cách tự khám vú hàng tháng để phát hiện và điều trị ung thư vú tốt hơn.

**Từ khóa:** ung thư vú, tự khám vú, phụ nữ, khám sàng lọc.

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RESULTS OF CONSULTATION, SCREENING AND EARLY DETECTION OF BREAST CANCER FOR WOMEN OVER 40 YEARS OLD IN HA NOI CITY AND NEIGHBORING PROVINCES, 2016

**Objective:** Evaluating the results of consultation, screening and early detection of breast cancer for women over 40 years old in Ha Noi city and neighboring provinces, 2016. **Methods:** a cross-sectional study of 768 more than 40 years of age in Ha Noi city and neighboring provinces women, who were consulted, screened and detected early of breast cancer in the Nuclear medicine and oncology center, Bach Mai hospital on 4 Saturdays from 22<sup>nd</sup> October to 12<sup>th</sup> November in 2016. **Results:** 85.4% of women aged 40-59, 27.9% of women perform monthly breast self-examination. Through screening, 166 cases of breast abnormalities were detected (21.6%), in which 90.3% of women ages 40-59 years and 65.7% of women without menopausal. In the case of detecting

breast abnormalities, only 34.3% of women perform monthly breast self-examination (57 cases); the most common injury through clinical examination is fibrositis (70 cases: 42.2%) and fibroids (59 cases: 35.5%). 5 cases of breast cancer, accounting for 0.7% of total cases were found. **Conclusion:** The activities of breast cancer screening should be periodically organized for women over 40 years old, dissemination of monthly self breast exam to detect and treat breast cancer better.

**Keyword:** breast cancer, breast self-examination, women, screening.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến thứ hai trên thế giới chỉ sau ung thư phổi. Tuy nhiên ung thư vú hoàn toàn có thể chữa khỏi nếu được phát hiện sớm. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư năm 2010, tỷ lệ mắc ung thư vú chuẩn theo tuổi là 29,9/10<sup>5</sup> và chủ yếu gặp lứa tuổi dưới 50 [2].

Phương pháp tự khám vú hàng tháng sau sạch kinh hoặc khám định kỳ vú 6 tháng một lần tại các cơ sở y tế đã được khuyến khích thực hiện để phát hiện ung thư vú ở giai đoạn sớm và làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú. Chụp X quang tuyến vú và xét nghiệm tế bào học cũng là các phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán, có thể phát hiện sớm khối u vú trước khi phát hiện trên lâm sàng [3]. Đặc biệt đối với phụ nữ nguy cơ cao mắc bệnh: độ tuổi ngoài 40, tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú, dậy thì sớm, mãn kinh muộn, tiền sử sử dụng thuốc tránh thai, chiếu xạ vào vùng ngực... [1], [2], [6]. Việc khám sàng lọc định kỳ rất quan trọng trong phát hiện sớm các tổn thương ở vú. Các khối u vú lành tính thường gặp là u xơ tuyến vú (chiếm 50%) và loạn sản lành tính tuyến vú (chiếm 13%). Trong khi đó tổn thương ác tính ung thư tuyến vú chiếm khoảng 10% trường hợp. Theo kết quả khám sàng lọc ung thư vú năm 2015 trên hơn 1.600 phụ nữ trên 40 tuổi tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai, 17,7% trường hợp có bất thường vùng vú, trong đó chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 40- 59 tuổi. Trong các trường hợp phát hiện có u vú, thì 1,8% trường hợp là ung thư [3].

Do vậy cần có thêm nhiều hoạt động tư vấn khám sàng lọc định kỳ cho các đối tượng nguy cơ cao, đặc biệt là phụ nữ trên 40 tuổi, giúp phát hiện sớm các bất thường vùng vú. Tiếp nối thành công của chương trình khám sàng lọc ung thư vú năm 2015, chúng tôi tiếp tục thực hiện khám sàng lọc và tư vấn cho gần 800 phụ nữ trên địa

\*Tt Y học Hạt nhân và Ung Bướu, Bệnh viện Bạch Mai  
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương  
 Email: phamcamphuong@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 8.3.2017  
 Ngày phản biện khoa học: 26.4.2017  
 Ngày duyệt bài: 15.5.2017

bàn Hà Nội và các khu vực lân cận năm 2016 với mục tiêu là phát hiện sớm bệnh ung thư vú và các bất thường tại vú.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** 768 phụ nữ  $\geq$  40 tuổi tại thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Phụ nữ  $\geq$  40 tuổi. 2) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai trong bốn ngày thứ bảy từ 22/10 đến 12/11 năm 2016

**2.3 Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

**2.4 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, phỏng vấn trực tiếp đối tượng các thông tin cá

nhân, tiền sử gia đình và bệnh tật. Sau đó, tiến hành khám lâm sàng tuyến vú, siêu âm tuyến vú cho 100% đối tượng tham gia và chụp X-quang tuyến vú với những trường hợp nghi ngờ mắc ung thư vú.

**2.5 Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được thống kê bằng phần mềm EXCEL 2016 và phân tích bằng STATA 12.0.

**2.6 Đạo đức nghiên cứu:** Các đối tượng được cung cấp thông tin cụ thể về mục đích, mục tiêu của nghiên cứu, quyền lợi khi tham gia và quyền đồng ý hoặc từ chối tham gia nghiên cứu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng**

| Đặc điểm            |                       | n          | Tỷ lệ %    |
|---------------------|-----------------------|------------|------------|
| Địa phương          | Hà nội                | 505        | 65,8       |
|                     | Các tỉnh khác         | 263        | 34,2       |
| Trình độ văn hóa    | Cấp I                 | 24         | 3,1        |
|                     | Cấp II                | 175        | 22,8       |
|                     | Cấp III               | 240        | 31,3       |
|                     | Trung cấp, cao đẳng   | 109        | 14,2       |
|                     | Đại học, sau đại học  | 220        | 28,6       |
| Nghề nghiệp         | Nông, lâm, ngư nghiệp | 135        | 17,6       |
|                     | Công nhân             | 91         | 11,9       |
|                     | Buôn bán              | 113        | 14,7       |
|                     | Sự nghiệp hành chính  | 232        | 30,2       |
| Tình trạng hôn nhân | Khác                  | 197        | 25,6       |
|                     | Không chồng           | 16         | 2,1        |
|                     | Đang có chồng         | 700        | 91,2       |
|                     | Chồng chết            | 36         | 4,7        |
| Tổng                | Ly thân, ly dị        | 16         | 2,0        |
|                     |                       | <b>768</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong tổng số 768 đối tượng tham gia khám sàng lọc, các đối tượng chủ yếu đến từ Hà Nội (chiếm 65,8%), trình độ văn hóa học hết cấp 3 (31,3%) và hiện đang có chồng (chiếm 91,2%).

**Bảng 2: Tiền sử bệnh tật của đối tượng nghiên cứu**

| Tiền sử bệnh tật                                   |       | n          | Tỷ lệ %    |
|--|-------|------------|------------|
| Tiền sử bản thân bị ung thư vú/ung thư buồng trứng | Có    | 45         | 5,9        |
|  | Không | 723        | 94,1       |
| Tiền sử có mẹ hoặc chị em gái bị ung thư vú        | Có    | 40         | 5,2        |
|  | Không | 726        | 94,8       |
| Tổng   |       | <b>768</b> | <b>100</b> |

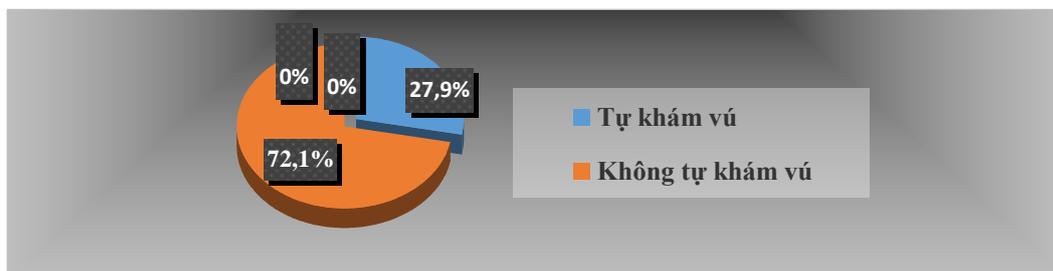
**Nhận xét:** Số lượng đối tượng có tiền sử bản thân cũng như tiền sử gia đình mắc ung thư vú tham gia khám sàng lọc ít (5,9% và 5,2%).

**Bảng 3: Phân bố theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi      | n          | Tỷ lệ %    |
|----------------|------------|------------|
| 40-49 tuổi     | 361        | 47,0       |
| 50-59 tuổi     | 295        | 38,4       |
| $\geq$ 60 tuổi | 112        | 14,6       |
| <b>Tổng</b>    | <b>768</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Nhóm tuổi tham gia nhiều nhất là từ 40 – 49 tuổi, có 361 phụ nữ chiếm 47,0%, tiếp đó là độ tuổi từ 50-59 tuổi, chiếm 38,4% với 295 đối tượng tham gia. Thấp nhất là nhóm tuổi trên 60 tuổi, chỉ có 112 người tham gia, chiếm 14,6%.

### 3.2 Kết quả chương trình khám sàng lọc



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ tự khám vú ở phụ nữ**

**Nhận xét:** Trong số những phụ nữ tham gia khám sàng lọc, đa số phụ nữ (chiếm 72,1%) không có ý thức tự khám vú hàng tháng.

**Bảng 4: Tỷ lệ phát hiện bất thường theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi   | Bình thường |            | Bất thường |            |
|-------------|-------------|------------|------------|------------|
|             | n           | Tỷ lệ %    | n          | Tỷ lệ %    |
| 40-49       | 266         | 44,2       | 95         | 57,2       |
| 50-59       | 240         | 39,9       | 55         | 33,1       |
| ≥ 60        | 96          | 15,9       | 16         | 9,7        |
| <b>Tổng</b> | <b>602</b>  | <b>100</b> | <b>166</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong 166 trường hợp phát hiện những tổn thương bất thường ở vú qua thăm khám lâm sàng, độ tuổi hay gặp nhất là từ 40 – 49 tuổi, chiếm 57,2%, độ tuổi ít gặp nhất là nhóm tuổi trên 60 tuổi, chỉ phát hiện có 16 trường hợp, chiếm 9,7%.

**Bảng 5: Tỷ lệ tự khám vú trong nhóm đối tượng phát hiện bất thường và không phát hiện bất thường**

|                  | Bình thường |            | Bất thường |            |
|------------------|-------------|------------|------------|------------|
|                  | n           | Tỷ lệ %    | n          | Tỷ lệ %    |
| Tự khám vú       | 158         | 26,2       | 57         | 34,3       |
| Không tự khám vú | 444         | 73,8       | 109        | 65,7       |
| <b>Tổng</b>      | <b>602</b>  | <b>100</b> | <b>166</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng phát hiện u vú qua khám lâm sàng, chỉ có 57 trường hợp (chiếm 34,3%) tự khám vú hàng tháng.

**Bảng 6: Tiền sử bản thân và gia đình ở nhóm đối tượng phát hiện bất thường và không phát hiện bất thường**

| Đặc điểm   |       | Bình thường |            | Bất thường |            |
|--|-------|-------------|------------|------------|------------|
|  |       | n           | Tỷ lệ %    | n          | Tỷ lệ %    |
| Tiền sử bản thân bị ung thư vú/ung thư buồng trứng | Có    | 26          | 4,3        | 19         | 11,5       |
|  | Không | 576         | 95,7       | 147        | 88,5       |
| Tiền sử có mẹ hoặc chị em gái bị ung thư vú        | Có    | 24          | 4,0        | 16         | 9,6        |
|  | Không | 578         | 96,0       | 150        | 90,4       |
| <b>Tổng</b>  |       | <b>602</b>  | <b>100</b> | <b>166</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong tổng số phụ nữ khám thấy u vú, những đối tượng có tiền sử bản thân hoặc tiền sử gia đình (có mẹ hoặc chị em gái) bị ung thư vú chỉ chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 11,5% (19 đối tượng) và 9,6% (16 đối tượng).

**Bảng 7: Tỷ lệ bất thường phát hiện qua khám lâm sàng**

| Tổn thương      | n  | Tỷ lệ % |
|-----------------|----|---------|
| Viêm xơ         | 70 | 42,2    |
| U xơ            | 59 | 35,5    |
| U nang          | 27 | 16,3    |
| Ung thư vú      | 5  | 3,0     |
| Tổn thương khác | 5  | 3,0     |

|             |            |            |
|-------------|------------|------------|
| <b>Tổng</b> | <b>166</b> | <b>100</b> |
|-------------|------------|------------|

**Nhận xét:** Trong những tổn thương phát hiện qua khám lâm sàng, tổn thương hay gặp nhất là viêm xơ (chiếm 42,2%) và u xơ (chiếm 35,5%). Có 5 trường hợp ung thư vú, chiếm 3,0%.

Trong tổng số phụ nữ tham gia khám sàng lọc, phát hiện ra 5 trường hợp ung thư vú, chiếm tỷ lệ 0,7% và cả 5 bệnh nhân này đều được phát hiện sớm ở giai đoạn I.

**Bảng 8: Phân bố tổn thương tại vú theo tình trạng mãn kinh và chưa mãn kinh**

| Đặc điểm      | n          | Tỷ lệ %    |
|---------------|------------|------------|
| Mãn kinh      | 57         | 34,3       |
| Chưa mãn kinh | 109        | 65,7       |
| <b>Tổng</b>   | <b>166</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Thường gặp các bất thường tại vú ở những phụ nữ chưa mãn kinh (65,7%).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã khám sàng lọc cho 768 đối tượng với độ tuổi chủ yếu là từ 40 – 49 tuổi, chiếm 47,0%, trong khi đó độ tuổi trên 60 chỉ chiếm 14,6%. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu đến từ Hà Nội (chiếm 65,8%) và có trình độ văn hóa khá cao: 31,3% đối tượng có trình độ tốt nghiệp cấp ba và có đến 42,5% đối tượng có trình độ cao đẳng, đại học trở lên.

Quá trình khám sàng lọc đã phát hiện 166 trường hợp có tổn thương bất thường ở vú, độ tuổi hay gặp nhất là từ 40 – 49 tuổi, chiếm 57,2%, độ tuổi ít gặp nhất là nhóm tuổi trên 60 tuổi, chỉ phát hiện có 16 trường hợp, chiếm 9,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các tác giả trên thế giới (u vú hay gặp ở độ tuổi 15- 30). Điều này được giải thích là do chương trình khám Sàng lọc Ung thư vú chỉ lựa chọn những đối tượng phụ nữ trên 40 tuổi – là các bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư vú. Trong những tổn thương phát hiện qua khám lâm sàng, viêm xơ hay gặp nhất, có 70 trường hợp, chiếm 42,2%, tiếp đến là u xơ có 59 trường hợp, chiếm 35,5%. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác, sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào đối tượng phụ nữ trên 40 tuổi, nên các bất thường phát hiện muộn hơn và tỷ lệ bất thường vú khác nhau ở các lứa tuổi khác nhau. Hơn nữa, việc sàng lọc ung thư vú được chú trọng nhiều hơn ở các nước phát triển giúp tăng khả năng phát hiện sớm các bất thường vùng vú ngay từ khi còn trẻ.

Chương trình sàng lọc ung thư vú năm 2016 phát hiện 166/768 trường hợp bất thường, chiếm tỷ lệ 21,6% thấp hơn so với chương trình Sàng lọc ung thư vú năm 2015 tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ này là 32,3% [3]. Như vậy, có thể thấy cùng với các chương trình hướng dẫn và khám sàng lọc khác, đã có cải thiện đáng kể hiểu biết của phụ nữ về việc tự khám vú thường xuyên và đúng cách. Nhờ đó phụ nữ có thể sớm tự phát hiện các tổn thương vùng vú. Tuy nhiên tỷ lệ đối

tượng có ý thức tự khám vú hàng tháng còn thấp, chỉ có 57 trường hợp (chiếm 34,3%) và có đến 66,7 % đối tượng không có ý thức tự khám vú. Đây chính là một trong những lý do đa phần ung thư vú ở Việt Nam chỉ phát hiện được ở giai đoạn muộn.

Một trong những nguyên nhân u xơ tuyến vú được cho là có liên quan đến sự thay đổi hormon sinh dục. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các khối u vú thường gặp ở những phụ nữ chưa mãn kinh, có 109/768 trường hợp (chiếm 14,2%), nhóm tuổi đã mãn kinh ít gặp hơn, chỉ có 57 trường hợp (chiếm 7,4%). Trong tổng số 166 trường hợp có bất thường, phát hiện ra 5 trường hợp ung thư vú, chiếm tỷ lệ 3,0% và tính trên tổng số đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ ung thư vú là 0,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Thuấn và cộng sự cho thấy: Hà Nội có tỷ lệ mắc ung thư vú chuẩn theo tuổi ở nữ cao nhất 146/100.000, tiếp đó là TP.Hồ Chí Minh 131,5/100.000 [4]. Sự khác biệt này là những phụ nữ có nguy cơ cao đã có ý thức tự đi khám vú trong chương trình của chúng tôi, còn nghiên cứu dịch tễ của tác giả Trần Văn Thuấn là trên số lượng toàn dân. Các trường hợp phát hiện ung thư vú trong chương trình sàng lọc này đều ở giai đoạn I. Đây là giai đoạn sớm và có khả năng điều trị khỏi bệnh hoàn toàn.

Thông qua chương trình tư vấn, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú, chúng tôi đã hướng dẫn cách tự khám vú hàng tháng thường xuyên và đúng cách cho các đối tượng. Từ đó nâng cao nhận thức và tuyên truyền phòng bệnh và phát hiện sớm các bất thường vùng vú, đặc biệt là ung thư vú.

#### V. KẾT LUẬN

- 85,4% phụ nữ trong độ tuổi từ 40- 59.
- 553 phụ nữ không có ý thức tự khám vú hàng tháng chiếm tỷ lệ 72,1%, chỉ có 215 trường hợp khám vú hàng tháng (chiếm 27,9%).

-166/768 trường hợp phát hiện những tổn thương bất thường ở vú (chiếm 21,6%). Đa số những trường hợp bất thường nằm trong độ tuổi từ 40 – 59 tuổi, chiếm 90,3% và chưa mãn kinh, chiếm 65,7%.

-Trong các trường hợp phát hiện có bất thường tại vú chỉ có 34,3% phụ nữ tự khám vú hàng tháng.

-Tổn thương hay gặp nhất qua khám lâm sàng là viêm xơ 70 trường hợp (chiếm 42,2%) và u xơ 59 trường hợp (chiếm 35,5%).

-Phát hiện thấy 5 trường hợp ung thư vú, chiếm 0,7% trong tổng số trường hợp tham gia khám sàng lọc và 3% trong số các trường hợp có bất thường.

### KIẾN NGHỊ

Nên tổ chức các hoạt động khám sàng lọc ung thư vú cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đặc biệt là những phụ nữ trên 40 tuổi và những phụ nữ có nguy cơ cao. Lồng ghép vào đó là những buổi tuyên truyền về sự cần thiết và tác dụng của việc tự khám vú hàng tháng cho phụ nữ để phòng ngừa và phát hiện sớm ung thư vú, nâng cao tỷ lệ cũng như chất lượng trong quá

trình phát hiện và điều trị ung thư vú, giảm gánh nặng cho gia đình, xã hội.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai (2010). *Điều trị nội khoa bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học
2. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chân Hùng, Huỳnh Quyết Thắng và cộng sự (2004). *Kết quả bước đầu nghiên cứu dịch tễ học mô tả một số bệnh ung thư tại 6 vùng địa lý Việt Nam giai đoạn 2001 - 2003*. Tạp chí Y học thực hành, (498), 27 - 31.
3. Mai Trọng Khoa, Phạm Cẩm Phương, Nguyễn Thị Hoà Mai và cs (2015). *Đánh giá kết quả tư vấn, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú ở nữ giới tại thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận năm 2015*.
4. Trần Văn Thuận, Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, và cộng sự (2012). *Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020*. Tạp chí ung thư học.
5. American Cancer Society (2015). *Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016*. Atlanta: American Cancer Society.
6. DeSantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A (2014). *Breast Cancer Statistics 2013*, CA Cancer J Clin. 2014 Jan-Feb;64(1):52-62.
7. GLOBOCAN 2012, Estimated cancer incidence mortality and prevalence worldwide in 2012, International Agency for Research on Cancer.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG HỖ TRỢ CỦA PLASMA LẠNH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ THÀNH BỤNG SAU MỔ LẤY THAI

Nguyễn Quảng Bắc\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả hỗ trợ của plasma lạnh trong điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai. **Phương pháp:** nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng chiếu tia plasma lạnh kết hợp điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thường quy trên từng bệnh nhân. **Kết quả:** Có 28 bệnh nhân được khâu lại vết mổ thành bụng chiếm 84,8%. Thời gian lên tổ chức hạt vết mổ từ 3-5 ngày chiếm 81,8%. Thời gian trung bình khâu lại vết mổ là  $4,1 \pm 0,6$  ngày. Thời gian hết sốt từ 1-2 ngày chiếm 72,7%. Thời gian nằm viện trung bình là  $5,2 \pm 2,2$  ngày. **Kết luận:** Điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai kết hợp chiếu tia plasma lạnh giúp vết mổ nhanh liền và rút ngắn thời gian điều trị.

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn vết mổ, plasma lạnh.

### SUMMARY

#### EVALUATE EFFICIENCY OF MEDICAL PLASMA IN TREATMENT OF POST C-SECTION WOUND INFECTION

**Objective:** To evaluate efficiency of medical plasma in treatment of post C-section wound infection.

**Methods:** This is clinical trial using medical plasma in combination with routine protocol in treatment of post C-section wound infection. **Results:** 28 patients treated with wound resutured (84,8%). Granulation formation from 3 to 5 days: 81,8%. Average length of resutured was  $4,1 \pm 0,6$  days. Fever lasted for 1-2 days: 72,7%. Average length of hospitalization was  $5,2 \pm 2,2$  days. **Conclusion:** Combining medical plasma with routine protocol in treatment of post C-section wound infection help to reduce length of hospitalization and boost-up healing rate.

**Key words:** post C-section wound infection, medical plasma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là một biến chứng nặng sau mổ, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ gây những hậu quả nặng nề ảnh hưởng tới kinh tế gia đình và xã hội. Mổ lấy thai tuy là một cuộc mổ sạch nhưng vẫn có một tỷ lệ bị nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ, theo Bagratee và Moodley[1], nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 13,3% trong các nhiễm khuẩn sau mổ đẻ. Theo

nghiên cứu của Chủ Quang Độ [1] thì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2001 là 18,08%. Tuy nhiên, việc sử dụng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng gây ra mối quan ngại về điều trị nhiễm khuẩn trong tương lai. Trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển, vấn đề kháng thuốc đã trở nên báo động. Trong đó, nghiên cứu ứng dụng plasma trong diệt khuẩn rất đáng được quan tâm, ứng dụng này đã phát triển rất mạnh trong những năm gần đây ở các nước phát triển trên thế giới [3]. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá tác dụng hỗ trợ của plasma lạnh trong điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng nông.
- Bệnh nhân sau mổ lấy thai tại viện và các bệnh viện tuyến dưới.
- Thời gian từ khi phẫu thuật đến khi xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ trong vòng 30 ngày.
- Bệnh nhân được cung cấp bảng thông tin nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu và ký tên vào bảng tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân bị nhiễm HIV/AIDS, mắc lao, giang mai.
- Bệnh nhân có nhiễm trùng toàn thân
- Bệnh nhân có máy điều hòa nhịp tim và máy khử rung.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng chiếu tia plasma lạnh kết hợp điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thường quy trên từng bệnh nhân.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 6 tháng cuối năm 2016, chúng tôi điều trị được 33 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng tại khoa sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương, kết quả thu được như sau:

\*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2017

Ngày duyệt bài: 9.5.2017

**Bảng 1. Khâu lại vết mổ**

| Khâu lại vết mổ | n         | Tỷ lệ %    |
|-----------------|-----------|------------|
| Khâu            | 28        | 84,8       |
| Không khâu      | 5         | 15,2       |
| <b>Tổng số</b>  | <b>33</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Có 28 bệnh nhân được khâu lại vết mổ thành bụng chiếm 84,8%.

**Bảng 2. Thời gian lên tổ chức hạt**

| Thời gian lên tổ chức hạt | n              | Ti lệ %    |
|---------------------------|----------------|------------|
| < 3 ngày                  | 5              | 15,2       |
| 3-5 ngày                  | 27             | 81,8       |
| >5 ngày                   | 1              | 3,0        |
| <b>Tổng số</b>            | <b>33</b>      | <b>100</b> |
| <b>Trung bình</b>         | <b>3,7±1,0</b> |            |

**Nhận xét:** thời gian lên tổ chức hạt vết mổ từ 3-5 ngày chiếm 81,8%

**Bảng 3. Thời gian khâu lại vết mổ**

| Thời gian khâu lại vết mổ | n              | Ti lệ %    |
|---------------------------|----------------|------------|
| < 3 ngày                  | 5              | 17,9       |
| 3- 5 ngày                 | 20             | 71,4       |
| >5 ngày                   | 3              | 10,7       |
| <b>Tổng số</b>            | <b>33</b>      | <b>100</b> |
| <b>Trung bình</b>         | <b>4,1±0,6</b> |            |

**Nhận xét:** thời gian khâu lại vết mổ từ 3-5 ngày chiếm 71,4%

**Bảng 4. Thời gian hết sốt**

| Thời gian hết sốt | n              | Ti lệ %    |
|-------------------|----------------|------------|
| 1-2 ngày          | 24             | 72,7       |
| 3-4 ngày          | 6              | 18,2       |
| 5-7 ngày          | 3              | 9,1        |
| > 7 ngày          | 0              | 0          |
| <b>Tổng số</b>    | <b>33</b>      | <b>100</b> |
| <b>Trung bình</b> | <b>1,5±0,4</b> |            |

**Nhận xét:** Thời gian hết sốt từ 1-2 ngày chiếm 72,7%

**Bảng 5. Thời gian nằm viện**

| Thời gian nằm viện | n              | Ti lệ %    |
|--------------------|----------------|------------|
| < 3 ngày           | 2              | 6,1        |
| 3-5 ngày           | 7              | 21,2       |
| 5-7 ngày           | 15             | 45,4       |
| > 7 ngày           | 9              | 27,3       |
| <b>Tổng số</b>     | <b>33</b>      | <b>100</b> |
| <b>Trung bình</b>  | <b>5,2±2,2</b> |            |

**Nhận xét:** thời gian nằm viện 5- 7 ngày chiếm 45,5%

#### IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số 33 trường hợp NKVM có 28 trường hợp được khâu lại vết mổ chiếm tỷ lệ 84,8%, số còn lại là 5 trường hợp không phải khâu lại vết mổ thành bụng mà để hở chiếm tỷ lệ 15,2%. Những trường hợp phải khâu lại vết mổ là do vết mổ có toác rộng, khi khâu lại vết mổ đã được cắt lọc

lấy hết dịch mủ, tổ chức hoại tử, giả mạc kết hợp chiếu tia plasma lạnh và đã lên tổ chức hạt. Vết mổ được khâu lại bằng các mũi rời, khâu cách quãng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo, trong số 62 trường hợp NKVM có 20 trường hợp được khâu lại vết mổ chiếm tỷ lệ 32,3%, số còn lại là 42 trường hợp không phải khâu lại vết mổ thành bụng mà để hở chiếm tỷ lệ 77,7%[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian lên tổ chức hạt vết mổ từ 3-5 ngày chiếm 81,8%, < 3 ngày chiếm 15,2%, trên 5 ngày chiếm 3%. Thời gian trung bình tổ chức hạt vết mổ  $3,7\pm 1,0$  ngày. Nghiên cứu sử dụng khí NO trong điều trị vết thương phần mềm nhiễm trùng của Lipatov (2002) ở 40 bệnh nhân đã chứng minh khả năng tăng tốc của quá trình liền vết thương so với nhóm chứng bằng các xét nghiệm vi khuẩn, tế bào học và hình thái học. Khảo sát bằng Laser Doppler flowmetry thấy sự cải thiện đáng kể các vi tuần hoàn trong khu vực vết thương. Phương pháp này giúp tổ chức hạt mọc nhanh và giảm 3 đến 5 ngày thay băng để đóng vết thương [5].

Trong số 28 trường hợp có khâu lại vết mổ thì thời gian khâu lại vết mổ sau khi vào bệnh viện Phụ Sản Trung Ương điều trị từ ngày thứ 3-5 chiếm tỷ lệ 71,4%, chỉ có 5 trường hợp lại được khâu lại vết mổ trong vòng 3 ngày sau khi vào viện chiếm tỷ lệ 17,9%. 3 bệnh nhân được khâu lại vết mổ > 5 ngày đều chiếm tỷ lệ 10,7%. Thời gian khâu lại vết mổ sau khi vào viện điều trị trung bình là  $4,1\pm 0,6$  ngày. Như vậy trước khi khâu lại vết mổ cần được làm thuốc, cắt lọc, rửa vết mổ để loại bỏ các tổ chức hoại tử, giả mạc, vết mổ lên tổ chức hạt thì thời gian liền của vết mổ sẽ nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện. Isbary (2010) nghiên cứu trên 150 bệnh nhân có vết thương nhiễm trùng mạn tính được điều trị với plasma argon hàng ngày từ 2 đến 5 phút, đã kết luận điều trị argon plasma lạnh là một kỹ thuật điều trị mới an toàn, không đau, làm giảm lượng vi khuẩn vết thương mạn tính và thúc đẩy quá trình liền thương [6].

Theo bảng 4, trong số 33 trường hợp NKVM thì có 24 trường hợp hết sốt sau thời gian điều trị từ 1-2 ngày, chiếm tỷ lệ 72,7%, tiếp đến là hết sốt sau khi điều trị trong khoảng từ 3-4 ngày chiếm tỷ lệ 18,2%, chỉ có 3 bệnh nhân là sau khi điều trị trên 5 ngày mới hết sốt và 3 trường hợp này đều có kết quả cấy dịch vết mổ dương tính với E.Coli. Thời gian trung bình hết sốt là  $1,5\pm 0,4$  ngày. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo, trong số 33 trường hợp NKVM có sốt thì có 25 trường hợp hết sốt sau thời gian

điều trị từ 1-2 ngày, chiếm tỷ lệ 75,8%, tiếp đến là hết sốt sau khi điều trị trong khoảng từ 3-4 ngày chiếm tỷ lệ 18,2%, như vậy nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả này [4]. Có thể thấy việc sử dụng kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2 hoặc 3 loại kháng sinh kết hợp với việc chăm sóc làm sạch vết thương tốt làm cho thời gian hết sốt của bệnh nhân ngắn lại.

Bệnh nhân nằm điều trị NKVM trong vòng 5-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 45,4%, tiếp đến là thời gian điều trị trên 7 ngày chiếm tỷ lệ 27,3%, trường hợp bệnh nhân nằm điều trị từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ 21,2%, và chỉ có 2 bệnh nhân có thời gian nằm điều trị <3 ngày chiếm tỷ lệ 6,1%. Thời gian nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $5,2 \pm 2,3$  ngày. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị phương Thảo, số bệnh nhân nằm điều trị NKVM trong vòng 5-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 40,3% , tiếp đến là thời gian điều trị trên 7 ngày chiếm tỷ lệ 37,2%, trường hợp bệnh nhân nằm điều trị từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ 17,7%, và chỉ có 3 bệnh nhân có thời gian nằm điều trị <3 ngày chiếm tỷ lệ 4,8%. Thời gian nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $7,5 \pm 3,38$  ngày [4]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi, thời gian điều trị trung bình ngắn hơn thời gian điều trị trung bình là 2 ngày. Sở dĩ như vậy bởi những bệnh nhân NKVM vào viện điều trị trước tiên sẽ được làm thuốc – thay băng vết mổ, đánh giá tình trạng nặng nhẹ của NKVM, nếu cần thiết vết mổ có thể sẽ được cắt lọc, chạy tia plasma lạnh, khâu lại vết mổ khi lên tổ chức hạt. Theo nghiên cứu của Mpogoro FJ, Mshana SE tại Tanzania [7] thì thời gian nằm viện trung bình của các đối tượng bị NKVM dài hơn những đối tượng không có NKVM là  $12,7 \pm 6,9$  ngày. Có sự khác biệt giữa 2 nghiên cứu, để lý giải cho sự khác biệt này do điều trị vết mổ nhiễm khuẩn thường quy kết hợp chạy tia plasma lạnh,

thời gian biểu mô hóa vết mổ sớm hơn, thời gian khâu lại vết mổ thành bụng ngắn lại, do vậy thời gian nằm viện ngắn hơn, đó là tính ưu việt khi điều trị vết mổ nhiễm khuẩn kết hợp chiếu tia plasma lạnh lên vết mổ.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai kết hợp chiếu tia plasma lạnh giúp vết mổ nhanh liền và rút ngắn thời gian điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bagratee J.S, Moodley J, Kleinschmidt I Zawilski W (2001). A randomized controlled trial of antibiotic prophylaxis in selective caesarean delivery. *BJOG*, 108 (2), 143-148.
2. Chử Quang Độ (2002). "Góp phần nghiên cứu các hình thái lâm sàng và những yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn sau mổ đẻ tại Viện BVMTSS (từ tháng 1-2001 đến tháng 6-2002)", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Tian, Y., et al. (2010), "Inactivation of Staphylococcus aureus and Enterococcus faecalis by a direct-current, cold atmospheric-pressure air plasma microjet", *J Biomed Res.* 24(4), 264-9.
4. Nguyễn Thị Phương Thảo (2016). "Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 11/2014 đến tháng 8/2016", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Lipatov, K. V., et al. (2002), "[Use of gas flow with nitrogen oxide (NO-therapy) in combined treatment of purulent wounds]", *Khirurgiya.* 2, 41-3.
6. Isbary, G., et al. (2010), "A first prospective randomized controlled trial to decrease bacterial load using cold atmospheric argon plasma on chronic wounds in patients", *Br. J. Dermatol.* 163(1), 78-82.
7. Mpogoro FJ, Mshana SE, Mirambo MM, Kidenya BR, Gumodoka B, Imirzalioglu C, (2014). Incidence and predictors of surgical site infections following caesarean sections at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. *Antimicrob Resist Infect Control.* 11,3-15.

## NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CÔNG TÁC Y TẾ TRƯỜNG HỌC TẠI CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH TRÀ VINH NĂM 2015

Phạm Thế Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lo<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Trà Vinh

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế dự phòng Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien\_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 95 đối tượng là các trường Trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh. Kết quả cho thấy tỷ lệ trường học có Phòng Y tế là 47,37%; Có 48,42% trường có ban hành quyết định phân công cán bộ phụ trách y tế trường học; Tỷ lệ trường có thành lập Ban Chỉ đạo công tác y tế trường học là 67,37%; Có 9,47% trường có cán bộ y tế có

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

trình độ chuyên ngành y; Tỷ lệ trường có lập kế hoạch triển khai công tác y tế trường học là 87,37%; Có 46,32% trường có trang thiết bị phục vụ công tác sơ cấp cứu ban đầu, 98,95% trường có tủ thuốc và 73,68% trường tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh. Tỷ lệ trường được cấp kinh phí hoạt động là 76,84%; Tỷ lệ trường có bố trí góc truyền thống là 46,32%. Có mối liên quan giữa hoạt động y tế trường học với: Văn bản liên ngành, Ban Chỉ đạo y tế trường học, Phòng Y tế, Kế hoạch y tế trường học, Kinh phí từ sự nghiệp giáo dục, Kinh phí trích từ bảo hiểm học sinh, Công tác tập huấn của tuyến trên, Hình thức làm việc.

**Từ khóa:** Y tế, Trường học, Trung học cơ sở.

## SUMMARY

### RESEARCH REALITY WORK AT THE MEDICAL SCHOOL HIGH SCHOOL FACILITY TRA VINH PROVINCE 2015

Cross-sectional descriptive study on 95 subjects as the basis of secondary school in the province of Tra Vinh. The results showed that the rate of school with Department of Health is 47.37%; 48.42% schools have issued a decision assigning medical officer school; The ratio has established the Steering Committee for the work of school health is 67.37%; 9.47% of medical schools have staff qualified medical professional; The percentage planning field implementation of school health is 87.37%; 46.32% schools have equipment in service of the initial first aid, 98.95% and 73.68% field medicine cabinet held periodic health examination for students. Proportion of funding schools is 76.84% active; Percentage field layout is 46.32% communications angle. There is a relationship between school health activities with: Text interdisciplinary, Steering Committee medical school, Department of Health, school health plan, funding from the education industry, funds derived from student insurance, the training of higher level, form work.

**Keywords:** Health, School, High school.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khảo sát của liên ngành Giáo dục và Y tế trong thời gian gần đây cho thấy tình trạng mắc bệnh, tật học đường trong học sinh là khá nghiêm trọng và ngày càng gia tăng. Có trường 40% số học sinh bị cận thị, có trường 44% học sinh bị cong vẹo cột sống, có trường Trung học phổ thông có tới 26% nữ sinh và 16% nam sinh có dấu hiệu trầm cảm [1]. Công tác y tế trong các trường học hiện nay trong cả nước, nói chung và tỉnh Trà Vinh, nói riêng, vẫn còn tồn tại nhiều khó khăn, bất cập. Trên địa bàn tỉnh Trà

### 3.2 Thực trạng công tác y tế trường học

**Bảng 1:** Thực trạng công tác y tế trường học

| Trang thiết bị và thuốc   |    | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------|----|--------------|-----------|
| Trang thiết bị cho sơ cấp | Có | 44           | 46,32     |

Vinh có nhiều nghiên cứu về y tế trường học được công bố tuy nhiên các nghiên cứu này mới chỉ tập trung vào tình hình sức khỏe học sinh mà chưa có nghiên cứu nào để đánh giá thực trạng công tác y tế trường học để làm cơ sở cho các khuyến nghị về quản lý y tế trường học, nhằm kịp thời đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng y tế trường học tại tỉnh. Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá thực trạng công tác y tế trường học tại các trường Trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh, năm 2015. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến hoạt động y tế trường học tại các trường Trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 3/2015 đến tháng 10/2015.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Tại 95 trường Trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh.

- **Đối tượng nghiên cứu:** Trường Trung học cơ sở và các nội dung như: Tổ chức, năng lực của cán bộ y tế trường học, thực trạng hoạt động YTTH, yếu tố ảnh hưởng đến công tác y tế trường học.

- **Cỡ mẫu:** Toàn bộ 95 trường Trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh.

- **Phương pháp và kỹ thuật chọn mẫu:** Lấy mẫu toàn bộ. Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 8.0. Sử dụng test thống kê  $\chi^2$  với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Đặc điểm chung về mẫu nghiên cứu:

Trường tại khu vực thành thị là 16 trường (16,84%), ở nông thôn là 79 trường (83,16%) Số trường học có Phòng Y tế là 45 trường (47,37%), trong đó chỉ có 25 trường có quyết định thành lập và bố trí riêng biệt (55,56%). Số trường có phân công cán bộ thực hiện công tác y tế trường học là 100%, nhưng chỉ có 48,42% có Quyết định phân công cán bộ thực hiện công tác y tế trường học. Có 41 trường có cán bộ chuyên trách (43,16%). Có 64 trường có thành lập Ban Chỉ đạo công tác y tế trường học (67,37%). Công tác phối hợp giữa trường và y tế địa phương đạt tỷ lệ cao (96,84%).

|                                   |                         |                     |                  |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| cứu ban đầu                       | Không đủ                | 47                  | 49,47            |
|                                   | Không                   | 4                   | 4,21             |
| Tủ thuốc                          | Có                      | 94                  | 98,95            |
|                                   | Không                   | 1                   | 1,05             |
| Thuốc phục vụ sơ cấp cứu          | Có                      | 57                  | 60,00            |
|                                   | Không đủ                | 36                  | 37,89            |
|                                   | Không                   | 2                   | 2,11             |
| <b>Khám sức khỏe định kỳ</b>      |                         | <b>Số lượng (n)</b> | <b>Tỉ lệ (%)</b> |
| Khám SKĐK cho học sinh            | Có                      | 70                  | 73,68            |
|                                   | Không                   | 25                  | 26,32            |
| Lý do không tổ chức khám SKĐK     | Không có kinh phí       | 18                  | 72,00            |
|                                   | Không có cán bộ y tế    | 4                   | 16,00            |
|                                   | Trạm y tế không tổ chức | 3                   | 12,00            |
| Tần suất khám SKĐK                | 1 lần/năm               | 49                  | 70,00            |
|                                   | 2 lần/năm               | 21                  | 30,00            |
| Nội dung khám                     | Khám tổng quát          | 64                  | 91,43            |
|                                   | Khám răng miệng         | 6                   | 8,57             |
| Quản lý hồ sơ sức khỏe học sinh   | Có đầy đủ               | 51                  | 53,68            |
|                                   | Có nhưng không đầy đủ   | 27                  | 28,42            |
|                                   | Không                   | 17                  | 17,89            |
| <b>Kinh phí</b>                   |                         | <b>Số lượng (n)</b> | <b>Tỉ lệ (%)</b> |
| Kinh phí YTTH                     | Có                      | 73                  | 76,84            |
|                                   | Không                   | 22                  | 23,16            |
| Kinh phí so với nhu cầu hoạt động | Đủ                      | 49                  | 67,12            |
|                                   | Không đủ                | 24                  | 32,88            |
| Nguồn kinh phí                    | Kinh phí được cấp       | 52                  | 71,23            |
|                                   | Kinh phí của trường     | 21                  | 28,77            |

**Một số yếu tố liên quan đến công tác y tế trường học**

**Bảng 2:** Yếu tố liên quan đến việc bố trí Phòng Y tế

| Yếu tố                  | Phòng Y tế |       | Tổng | Phòng Y tế (%) | $\chi^2$ OR | p             |       |
|-------------------------|------------|-------|------|----------------|-------------|---------------|-------|
|                         | Có         | Không |      |                |             |               |       |
| Văn bản liên ngành      | Có         | 36    | 25   | 61             | 64,21       | 9,28<br>4,00  | 0,002 |
|                         | Không      | 9     | 25   | 34             | 35,79       |               |       |
| Cán bộ y tế có tập huấn | Có         | 40    | 31   | 71             | 74,74       | 9,07<br>4,90  | 0,003 |
|                         | Không      | 5     | 19   | 24             | 25,26       |               |       |
| Ban Chỉ đạo YTTH        | Có         | 38    | 26   | 64             | 67,37       | 11,34<br>5,01 | 0,001 |
|                         | Không      | 7     | 24   | 31             | 32,63       |               |       |
| Kế hoạch YTTH           | Có         | 44    | 39   | 83             | 87,37       | 8,39<br>12,41 | 0,004 |
|                         | Không      | 1     | 11   | 12             | 12,63       |               |       |
| Kinh phí trích BHHS     | Có         | 30    | 22   | 52             | 54,74       | 4,91<br>2,55  | 0,027 |
|                         | Không      | 15    | 28   | 43             | 45,26       |               |       |
| Kinh phí ngành giáo dục | Có         | 39    | 34   | 73             | 76,84       | 4,64<br>3,06  | 0,031 |
|                         | Không      | 6     | 16   | 22             | 23,16       |               |       |

**Bảng 3:** Yếu tố liên quan đến thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học

| Yếu tố             | Ban Chỉ đạo y tế trường học |       | Tổng | Tỷ lệ có Ban Chỉ đạo YTTH (%) | $\chi^2$ OR | p             |       |
|--------------------|-----------------------------|-------|------|-------------------------------|-------------|---------------|-------|
|                    | Có                          | Không |      |                               |             |               |       |
| Văn bản liên ngành | Có                          | 49    | 12   | 61                            | 64,21       | 13,02<br>5,17 | 0,000 |
|                    | Không                       | 15    | 19   | 34                            | 35,79       |               |       |
| Kinh phí từ BHHS   | Có                          | 40    | 12   | 52                            | 54,74       | 4,77<br>2,64  | 0,029 |
|                    | Không                       | 24    | 19   | 43                            | 45,26       |               |       |
| Phòng Y tế         | Có                          | 38    | 7    | 45                            | 47,37       | 11,34<br>5,01 | 0,001 |
|                    | Không                       | 26    | 24   | 50                            | 52,63       |               |       |
| Kinh phí ngành     | Có                          | 56    | 17   | 73                            | 76,84       | 12,52         | 0,000 |

|          |       |   |    |    |       |      |  |
|----------|-------|---|----|----|-------|------|--|
| giáo dục | Không | 8 | 14 | 22 | 23,16 | 5,76 |  |
|----------|-------|---|----|----|-------|------|--|

**Bảng 4:** Yếu tố liên quan đến công tác khám sức khỏe định kỳ cho học sinh và việc quản lý hồ sơ sức khỏe học sinh

| Yếu tố liên quan đến công tác khám sức khỏe định kỳ cho học sinh | Khám sức khỏe định kỳ |       | Tổng | Tỷ lệ khám sức khỏe định kỳ (%) | $\chi^2$ OR | p            |       |
|--|-----------------------|-------|------|---------------------------------|-------------|--------------|-------|
|  | Có                    | Không |      |                                 |             |              |       |
| Cán bộ y tế có tập huấn YTTH                                     | Có                    | 57    | 14   | 71                              | 74,74       | 6,31<br>3,44 | 0,012 |
|  | Không                 | 13    | 11   | 24                              | 25,2        |              |       |
| Kinh phí ngành giáo dục  | Có                    | 59    | 14   | 73                              | 76,84       | 8,28<br>4,21 | 0,004 |
|  | Không                 | 11    | 11   | 22                              | 23,16       |              |       |
| Yếu tố liên quan đến việc quản lý hồ sơ sức khỏe học sinh        | Quản lý hồ sơ SKHS    |       | Tổng | Tỷ lệ quản lý hồ sơ SKHS (%)    | $\chi^2$ OR | p            |       |
|  | Có                    | Không |      |                                 |             |              |       |
| Ban Chỉ đạo YTTH   | Có                    | 41    | 23   | 64                              | 67,37       | 8,50<br>3,74 | 0,004 |
|  | Không                 | 10    | 21   | 31                              | 32,63       |              |       |
| Kế hoạch YTTH  | Có                    | 49    | 34   | 83                              | 87,37       | 7,57<br>7,21 | 0,006 |
|  | Không                 | 2     | 10   | 12                              | 12,63       |              |       |
| Kinh phí từ BHHS   | Có                    | 33    | 19   | 52                              | 54,74       | 4,42<br>2,41 | 0,036 |
|  | Không                 | 18    | 25   | 43                              | 45,26       |              |       |
| Hình thức làm việc   | Chuyên trách          | 28    | 13   | 41                              | 43,16       | 6,19<br>2,90 | 0,013 |
|  | Không chuyên trách    | 23    | 31   | 54                              | 56,84       |              |       |

**Bảng 5:** Yếu tố liên quan đến việc bố trí trang thiết bị phục vụ sơ cấp cứu ban đầu

| Yếu tố                  | Trang thiết bị phục vụ sơ cấp cứu ban đầu |       | Tổng | Tỷ lệ có trang thiết bị phục vụ sơ cấp cứu ban đầu (%) | $\chi^2$ OR | p            |       |
|-------------------------|---|-------|------|--|-------------|--------------|-------|
|                         | Có  | Không |      |  |             |              |       |
| Phòng Y tế              | Có  | 28    | 17   | 45   | 47,37       | 8,70<br>3,5  | 0,003 |
|                         | Không                                     | 16    | 34   | 50   | 52,63       |              |       |
| Kế hoạch YTTH           | Có  | 42    | 41   | 83   | 87,37       | 4,86<br>5,12 | 0,028 |
|                         | Không                                     | 2     | 10   | 12   | 12,63       |              |       |
| Kinh phí ngành giáo dục | Có  | 38    | 35   | 73   | 76,84       | 4,18<br>2,90 | 0,041 |
|                         | Không                                     | 6     | 16   | 22   | 23,16       |              |       |
| Ban Chỉ đạo YTTH        | Có  | 36    | 28   | 64   | 67,37       | 7,78<br>3,70 | 0,005 |
|                         | Không                                     | 8     | 23   | 31   | 32,63       |              |       |

**Bảng 6:** Yếu tố liên quan đến việc lập kế hoạch YTTH

| Yếu tố                  | Kế hoạch YTTH |       | Tổng | Tỷ lệ trường có kế hoạch YTTH (%) | $\chi^2$ OR | p              |       |
|-------------------------|---------------|-------|------|-----------------------------------|-------------|----------------|-------|
|                         | Có            | Không |      |                                   |             |                |       |
| Kinh phí ngành giáo dục | Có            | 70    | 3    | 73                                | 76,84       | 20,74<br>16,15 | 0,000 |
|                         | Không         | 13    | 9    | 22                                | 23,16       |                |       |
| Kinh phí từ BHHS        | Có            | 50    | 2    | 52                                | 54,74       | 8,03<br>7,58   | 0,005 |
|                         | Không         | 33    | 10   | 43                                | 45,26       |                |       |

**Bảng 7:** Yếu tố liên quan đến việc xây dựng góc truyền thông

| Yếu tố                       | Xây dựng góc truyền thông |       | Tổng | Tỷ lệ xây dựng góc truyền thông (%) | $\chi^2$ OR | p             |       |
|------------------------------|---------------------------|-------|------|-------------------------------------|-------------|---------------|-------|
|                              | Có                        | Không |      |                                     |             |               |       |
| Văn bản liên ngành           | Có                        | 38    | 23   | 61                                  | 64,21       | 17,5<br>7,71  | 0,000 |
|                              | Không                     | 6     | 28   | 34                                  | 35,79       |               |       |
| Cán bộ y tế có tập huấn YTTH | Có                        | 38    | 33   | 71                                  | 74,74       | 5,87<br>3,45  | 0,015 |
|                              | Không                     | 6     | 18   | 51                                  | 25,26       |               |       |
| Ban Chỉ đạo YTTH             | Có                        | 37    | 27   | 64                                  | 67,37       | 10,43<br>4,69 | 0,001 |
|                              | Không                     | 7     | 24   | 31                                  | 32,63       |               |       |
| Kế hoạch YTTH                | Có                        | 43    | 40   | 83                                  | 87,37       | 7,97<br>11,83 | 0,005 |
|                              | Không                     | 1     | 11   | 12                                  | 12,63       |               |       |
| Kinh phí từ BHHS             | Có                        | 29    | 23   | 52                                  | 54,74       | 4,13          | 0,042 |

|  |       |    |    |    |       |      |  |
|--|-------|----|----|----|-------|------|--|
|  | Không | 15 | 28 | 43 | 45,26 | 2,35 |  |
|--|-------|----|----|----|-------|------|--|

**Bảng 8:** Yếu tố liên quan đến hình thức làm việc

| Yếu tố                  | Hình thức làm việc |                    | Tổng | Tỷ lệ cán bộ chuyên trách (%) | $\chi^2$<br>OR | p             |       |
|-------------------------|--------------------|--------------------|------|-------------------------------|----------------|---------------|-------|
|                         | Chuyên trách       | Không chuyên trách |      |                               |                |               |       |
| Văn bản liên ngành      | Có                 | 33                 | 28   | 61                            | 64,21          | 8,32<br>3,83  | 0,004 |
|                         | Không              | 8                  | 26   | 34                            | 35,79          |               |       |
| Cán bộ y tế có tập huấn | Có                 | 35                 | 36   | 71                            | 74,74          | 4,32<br>2,92  | 0,038 |
|                         | Không              | 6                  | 18   | 24                            | 25,26          |               |       |
| Kế hoạch YTTH           | Có                 | 40                 | 43   | 83                            | 87,37          | 6,79<br>10,23 | 0,009 |
|                         | Không              | 1                  | 11   | 12                            | 12,63          |               |       |
| Kinh phí ngành giáo dục | Có                 | 37                 | 36   | 73                            | 76,84          | 7,28<br>4,63  | 0,007 |
|                         | Không              | 4                  | 18   | 22                            | 23,16          |               |       |

#### IV. BÀN LUẬN

##### Thực trạng công tác y tế trường học:

Chuyên môn của cán bộ phụ trách công tác y tế trường học đa số là ngành sư phạm chiếm tỷ lệ 70,53%. Tỷ lệ cán bộ chuyên ngành y là 9,47 cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Diễm (2010) nghiên cứu tại các trường phổ thông là 4,6% [2], còn lại 20% là ngành khác. Tỷ lệ trường có tủ thuốc chiếm rất cao 98,95% nhưng trong số này chỉ có 60,00% trường có bố trí đủ thuốc sơ cấp cứu ban đầu, còn lại 36 trường (37,89%) có bố trí nhưng không đầy đủ và có 2 trường không bố trí thuốc cho công tác sơ cấp cứu ban đầu. Năm học 2014 – 2015 chỉ có 73,68% trường phối hợp với ngành y tế địa phương tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh, còn lại 26,32% trường không tổ chức khám.

Tỷ lệ trường được cấp kinh phí cho hoạt động y tế trường học là 71,23%, còn lại 28,77% trường sử dụng kinh phí của trường. Trong 71,23% trường được cấp kinh phí thì chỉ có 49 trường được bố trí kinh phí đáp ứng so với nhu cầu hoạt động y tế trường học chiếm 67,12%, còn 24 trường kinh phí không đủ so với nhu cầu hoạt động thực tế.

##### Môi liên quan đến hoạt động y tế trường học:

Yếu tố liên quan đến việc bố trí Phòng Y tế: Trường có văn bản liên ngành có tỷ lệ thành lập Phòng Y tế (80%) cao hơn so với trường không có văn bản liên ngành (20%), ( $p < 0,05$ ). Một yếu tố khác là khi cán bộ được tập huấn, hướng dẫn chuyên môn về công tác y tế trường học thì tỷ lệ bố trí Phòng Y tế (88,89%) cao hơn so với trường không có tập huấn (11,11%), ( $p < 0,05$ ). Trường có Ban Chỉ đạo y tế trường học có Phòng Y tế (84,44%) cao hơn so với trường không có Ban Chỉ đạo (15,56%), ( $p < 0,05$ ). Trường có lập kế hoạch y tế trường học có tỷ lệ Phòng Y tế (97,78%) cao hơn so với trường không có kế hoạch y tế trường học (2,22%), ( $p < 0,05$ ). Trường được trích kinh phí từ bảo hiểm học sinh

có Phòng Y tế (66,67%) cao hơn so với trường không được trích kinh phí (33,33%), ( $p < 0,05$ ). Yếu tố liên quan đến thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học: Tỷ lệ trường có phối hợp với y tế địa phương ban hành văn bản liên ngành về y tế trường học thì tỷ lệ thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học (76,56%) cao hơn so với trường không có văn bản liên ngành (23,44%), ( $p < 0,05$ ). Những trường có phối hợp với Bảo hiểm xã hội trích kinh phí từ bảo hiểm học sinh cho công tác y tế trường học thì tỷ lệ thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học (87,50%) cao hơn so với trường không được trích kinh phí từ nguồn bảo hiểm học sinh (37,50%), ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ trường có Phòng Y tế có thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học (59,38%) cao hơn trường không có Phòng Y tế (40,63%), ( $p < 0,05$ ). Những trường được cấp kinh phí từ ngành giáo dục có tỷ lệ thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học (87,50%) cao hơn so với trường không có kinh phí (12,50%), ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến công tác khám sức khỏe định kỳ cho học sinh: Trường có cán bộ tham gia các lớp tập huấn về y tế trường học thì tỷ lệ học sinh được khám sức khỏe định kỳ (81,43%) cao hơn so với trường không có cán bộ tham gia tập huấn (18,57%), ( $p < 0,05$ ). Những trường được đầu tư kinh phí từ ngành giáo dục có tỷ lệ học sinh được khám sức khỏe định kỳ (84,29%) cao hơn so với trường không có kinh phí (15,71%), ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến việc quản lý sổ sách và lưu giữ hồ sơ sức khỏe học sinh: Trường có Ban Chỉ đạo y tế trường học có tỷ lệ lưu giữ hồ sơ học sinh (80,39%) cao hơn trường không có Ban Chỉ đạo y tế trường học (19,61%), ( $p < 0,05$ ). Trường có lập kế hoạch y tế trường học đầy đủ thì tỷ lệ lưu giữ hồ sơ học sinh (96,08%) cao hơn so với những trường không lập kế hoạch (3,92%), ( $p < 0,05$ ). Trường có kinh phí từ bảo hiểm học sinh có tỷ lệ lưu giữ hồ sơ học sinh (64,71%) cao hơn trường không có kinh phí

(35,29%), ( $p < 0,05$ ). Trường có phân công cán bộ chuyên trách thực hiện công tác y tế trường học có tỷ lệ lưu giữ hồ sơ học sinh (54,90%) cao hơn so với trường không có phân công cán bộ chuyên trách (45,10%), ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến việc bố trí trang thiết bị sơ cấp cứu ban đầu: Trường có Phòng Y tế riêng biệt thì việc bố trí trang thiết bị cho y tế trường học và thuốc sơ cấp cứu ban đầu (63,64%) sẽ đầy đủ hơn trường không có Phòng Y tế (36,36%), ( $p < 0,05$ ). Trường có kế hoạch y tế trường học có trang thiết bị phục vụ sơ cấp cứu ban đầu (95,45%) cao hơn so với trường không có kế hoạch (4,55%), ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ trường được cấp kinh phí cho y tế trường học có trang thiết bị phục vụ công tác sơ cấp cứu ban đầu (86,36%) cao hơn trường không có kinh phí (13,64%), ( $p < 0,05$ ). Trường có Ban Chỉ đạo y tế trường học sẽ có trang thiết bị phục vụ công tác sơ cấp cứu ban đầu (81,82%) cao hơn trường không có Ban Chỉ đạo (18,18%), ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến việc lập kế hoạch y tế trường học: Trường được cấp kinh phí từ sự nghiệp giáo dục có kế hoạch y tế trường học (84,34%) cao hơn trường không có kinh phí (15,66%), ( $p < 0,05$ ). Trường có kinh phí trích từ bảo hiểm học sinh có kế hoạch y tế trường học (60,24%) cao hơn trường không có trích kinh phí (39,76%), ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến việc xây dựng góc truyền thông: Trường có văn bản liên ngành về y tế trường học có tỷ lệ bố trí góc truyền thông (86,36%) cao hơn so với trường không có văn bản liên ngành (13,64%), ( $p < 0,05$ ). Trường có cán bộ tham gia tập huấn y tế trường học có tỷ lệ xây dựng góc truyền thông (86,36%) cao hơn so với trường không có cán bộ tham gia tập huấn (13,64%), ( $p < 0,05$ ). Trường có Ban Chỉ đạo y tế trường học thì tỷ lệ xây dựng góc truyền thông (84,09%) cao hơn so với trường không có thành lập Ban Chỉ đạo y tế trường học (15,91%), ( $p < 0,05$ ). Trường có lập kế hoạch y tế trường học có tỷ lệ bố trí góc truyền thông (97,73%) cao hơn trường không lập kế hoạch y tế trường học (2,27%), ( $p < 0,05$ ). Kinh phí trích từ bảo hiểm học sinh: Trường có trích kinh phí từ bảo hiểm học sinh có tỷ lệ xây dựng góc truyền thông (65,91%) cao hơn so với trường không có trích kinh phí (34,09%), ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến hình thức làm việc của cán bộ y tế trường học: Trường có văn bản liên ngành có tỷ lệ phân công cán bộ chuyên trách thực hiện công tác y tế trường học (80,49%) cao hơn trường không có văn bản liên ngành

(19,51%), ( $p < 0,05$ ). Trường có cán bộ tham gia các khóa đào tạo, tập huấn sẽ thì tỷ cán bộ chuyên trách thực hiện công tác y tế trường học (85,37%) cao hơn so với trường không có phân công cán bộ tham gia tập huấn ( $p < 0,05$ ). Trường có kế hoạch y tế trường học thì có tỷ lệ cán bộ chuyên trách y tế (97,56%) cao hơn trường không có kế hoạch (2,44%), ( $p < 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

### **Thực trạng công tác y tế trường học tại 95 trường trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh năm 2015:**

Tỉ lệ trường học có Phòng Y tế là 47,37%. Tỷ lệ cán bộ chuyên trách thực hiện công tác y tế trường học là 43,16%. Tỷ lệ trường có thành lập Ban Chỉ đạo công tác y tế trường học là 67,37%. Có 9 cán bộ y tế có trình độ chuyên ngành y. Có 83 trường có lập kế hoạch triển khai công tác y tế trường học. 46,32% trường có trang thiết bị phục vụ công tác sơ cấp cứu ban đầu, 98,95% trường có tủ thuốc và 73,68% trường tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh; 73 trường được cấp kinh phí hoạt động (76,84%), Tỷ lệ trường có bố trí góc truyền thông là 46,32%.

**Một số yếu tố liên quan đến hoạt động y tế trường học tại 95 trường Trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh năm 2015:** Văn bản liên ngành; Ban Chỉ đạo y tế trường học; Phòng Y tế; Kế hoạch y tế trường học; Kinh phí từ sự nghiệp giáo dục; Kinh phí trích từ bảo hiểm; Công tác tập huấn của tuyến trên; Hình thức làm việc (biên chế).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012)**, *Y tế trường học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Cục Y tế dự phòng (2010)**, *Tài liệu hướng dẫn kỹ thuật vệ sinh trường học*, Nhà xuất bản Y học, HN.
3. **Nguyễn Thị Hồng Diễm (2010)**, *Thực trạng đội ngũ cán bộ làm công tác y tế trường học tại các trường phổ thông hiện nay*. Y học thực hành (768) – Số 6/2011.
4. **Huỳnh Thanh Liêm (2010)**, *Điều kiện học tập và tình hình bệnh, tật học đường của học sinh tiểu học trên địa bàn huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. 97
5. **Nguyễn Văn Lơ (2012)**, *Thực trạng tật khúc xạ và cong vẹo cột sống ở học sinh tại các trường tiểu học của tỉnh Trà Vinh, năm 2012*, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II chuyên ngành Quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bộ Y tế.
6. **Thủ tướng Chính phủ (2006)**, *Chỉ thị số 23/2006/CT-TTg ngày 12 tháng 7 năm 2006 về việc tăng cường công tác y tế trong các trường học*. 19
7. **Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Trà Vinh (2015)**, *Báo cáo công tác y tế trường học năm 2014-9*

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP GỐI VÀ KHỚP VAI TẠI KHOA PHẪU THUẬT KHỚP-BỆNH VIỆN TỰ QUỠ 108

Lê Hồng Hải\*

### TÓM TẮT

Khoa Phẫu thuật khớp Bệnh viện TỰ QUỠ 108 sử dụng kháng sinh dự phòng trong các phẫu thuật nội soi khớp từ năm 2013. Sau một thời gian áp dụng chúng tôi đánh giá kết quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi từ 1/2013 đến 6/2016. Kết quả với 2066 ca được phẫu thuật, không có trường hợp nào nhiễm trùng. Áp dụng kháng sinh dự phòng làm giảm chi phí điều trị, giảm đau đớn thêm cho bệnh nhân, giảm khối lượng công việc cho điều dưỡng.

**Từ khóa:** Nội soi, kháng sinh dự phòng

### SUMMARY

#### RESULTS OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC TREATMENT IN ARTHROSCOPIC SURGERY KNEE AND SHOULDER JOINTS IN DEPARTMENT OF JOINT SURGERY OF CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

Joint surgery departments of Military hospital 108 have use prophylactic antibiotics with arthroscopy surgery since 2013. After a period of application we assess treatment outcomes of prophylactic antibiotics in laparoscopic surgery from 1/2013 to 6/2016. A retrospective review of 2066 arthroscopic surgeries was no case of infection. Use antibiotic prophylaxis to reduce treatment costs, reduced pain more patients, reduce the workload for nurse.

**Keywords:** Arthroscopy, antibiotic prophylaxis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh đã được sử dụng trong điều trị phẫu thuật năm đầu thế kỷ 20. Cho đến nay việc sử dụng kháng sinh hợp lý vẫn là vấn đề nhiều thầy thuốc quan tâm. Vấn đề kháng kháng sinh của vi khuẩn đã trở nên quen thuộc trong điều trị các trường hợp nhiễm trùng trong phẫu thuật ngoại khoa. Nhiều nghiên cứu tiến hành trên thế giới và Việt Nam cho thấy đã xuất hiện nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc và tỷ lệ kháng đang tăng dần theo thời gian. Để giảm tình trạng kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn và làm

giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật, xu hướng sử dụng kháng sinh dự phòng trở nên phổ biến trên thế giới. Khoa Phẫu thuật khớp Bệnh viện TỰ QUỠ 108, sử dụng kháng sinh dự phòng bắt đầu được tiến hành từ năm 2013 cùng với nhiều chuyên ngành ngoại khoa khác trong bệnh viện. Qua một thời gian sử dụng kháng sinh dự phòng với phẫu thuật nội soi, chúng tôi tiến hành tổng kết các bệnh nhân được điều trị kháng sinh dự phòng đối với mổ nội soi khớp gối và khớp vai nhằm đánh giá hiệu quả chống nhiễm khuẩn sau phẫu thuật nội soi khớp và lợi ích của kháng sinh dự phòng. *Mục tiêu của đề tài: Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn trong mổ nội soi khớp gối và khớp vai tại khoa phẫu thuật khớp bệnh viện 108 khi sử dụng kháng sinh dự phòng. Tính hiệu quả của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi khớp gối và vai.*

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

**1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu, thống kê hồ sơ bệnh án, kiểm tra lại các bệnh nhân đã phẫu thuật để đánh giá tình trạng vết mổ, đánh giá vết mổ bị nhiễm trùng dựa theo tiêu chuẩn của CDC.

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân đã mổ nội soi khớp gối và khớp vai từ 1/2013 đến 6/2016, sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật khớp viện Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện TỰ QUỠ 108.

Đánh giá tình trạng nhiễm trùng vết mổ dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán theo CDC.

**2. Quy trình sử dụng kháng sinh dự phòng**  
**Chỉ định:** Cho phẫu thuật nội soi khớp sạch, kể cả trên những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.

**Cách dùng:** Tiêm trước mổ: Cefuroxime 1,5g tiêm tĩnh mạch 1 lọ, 30 phút trước khi rạch da. (hoặc Vincomycin truyền tĩnh mạch 1g x 1 lọ, 2 giờ trước mổ). Với bệnh nhân trên 80kg dùng liều gấp đôi. Nếu thời gian mổ kéo dài quá thời gian bán thải của thuốc (3 giờ đối Cefuroxim, 6 giờ đối với Vincomycin), hoặc mất máu có chỉ định truyền máu thì tiêm, truyền nhắc lại với liều lượng như trên. Quá trình tiêm hoặc truyền kháng sinh cần xong 10 phút trước khi garo.

\*Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện TỰ QUỠ 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Hải

Email: bshaib108@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

Sau mổ: cứ 6h tiêm 1,5g Cefuroxim (hoặc 12h truyền tĩnh mạch 1g (Vancomycin), trong 24 giờ đầu.

### III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2013 đến tháng 06/2014, khoa phẫu thuật khớp tiến hành phẫu thuật nội soi khớp gối và vai có sử dụng kháng sinh dự phòng với số lượng như sau:

| Loại phẫu thuật   | Năm        |            |            |                |             |
|---|------------|------------|------------|----------------|-------------|
|   | 2013       | 2014       | 2015       | Tháng 1-6/2016 | Tổng        |
| Xử trí tổn thương sụn chêm và thoái hóa khớp                            | 71         | 142        | 112        | 54             | 379         |
| Tái tạo dây chằng chéo khớp gối (chéo trước, chéo sau...)               | 484        | 344        | 497        | 241            | 1566        |
| Nội soi khớp vai (phẫu thuật Bankar, phẫu thuật khâu gân chóp xoay ...) | 25         | 43         | 33         | 20             | 121         |
| <b>Tổng</b>   | <b>580</b> | <b>529</b> | <b>642</b> | <b>315</b>     | <b>2066</b> |

Kháng sinh dự phòng của tất cả các ca mổ nội soi khớp gối và khớp vai đều được sử dụng Cefuroxim (tên biệt dược: Biofumoksym), chúng tôi không gặp trường hợp nào có phản ứng dị ứng với thuốc cefuroxim.

Tình trạng vết mổ hậu phẫu: Với các phẫu thuật khớp vai (121) qua theo dõi sau mổ không có trường hợp nào bị nhiễm trùng sau mổ. Các trường hợp này đều liền da kỳ đầu.

Các trường hợp phẫu thuật cắt lọc thoái hóa. Cắt sụn chêm hoặc khâu sụn chêm rách chúng tôi có 37 trường hợp tràn dịch khớp gối sau mổ, các trường hợp này được chọc hút dịch khớp gối. Trong 37 trường hợp này có 26 trường hợp điều trị thuốc kháng sinh đường uống thêm sau khi chọc hút dịch do có sốt nhưng bạch cầu vẫn chưa tăng trên 10G/L. Các trường hợp này sau đó đều liền vết mổ, không có dấu hiệu nhiễm trùng sau mổ.

Trong 1566 trường hợp tái tạo dây chằng khớp gối có 97 trường hợp xuất hiện tràn dịch khớp gối phải chọc hút và có 57 trường hợp điều trị thuốc kháng sinh đường uống. Có 14 trường hợp xuất hiện dấu hiệu sốt, bạch cầu tăng cao trên 10G/L được điều trị kháng sinh tiêm điều trị và theo dõi tiếp tục sau mổ 4 tuần, các trường hợp này đều hết sốt và liền vết thương sau điều trị, không xuất hiện tình trạng nhiễm trùng vết mổ hay nhiễm trùng khớp. Trong năm 2013 và thời gian đầu năm 2014 chúng tôi đặt dẫn lưu khớp gối sau mổ và rút dẫn lưu sau 1 ngày, sau thời gian này nói chung chúng tôi không đặt dẫn lưu khớp gối sau mổ, vì vậy có một số trường hợp có tràn dịch khớp cần chọc hút dịch sau mổ. Có 14 trường hợp xuất hiện dấu hiệu sốt, bạch cầu tăng cao trên 10G/L được điều trị kháng sinh tiêm điều trị và theo dõi tiếp tục sau mổ 4 tuần, các trường hợp này đều hết sốt và liền vết

thương sau điều trị, không xuất hiện tình trạng nhiễm trùng vết mổ hay nhiễm trùng khớp.

### IV. BÀN LUẬN

Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn sau phẫu thuật chỉnh hình được xếp loại phẫu thuật sạch thường gặp là Staphylococcus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus, Pseudomonas, E. coli. Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo là cephazolin, cefuroxim, cephamandol, tiêm tĩnh mạch. Tại Bệnh viện TƯQĐ 108 chúng tôi lựa chọn cefuroxim làm kháng sinh dự phòng trong điều trị sau các phẫu thuật sạch của chấn thương chỉnh hình chỉnh hình.

Về thời điểm dùng kháng sinh dự phòng: Chúng tôi chọn thời điểm tiêm kháng sinh dự phòng là 30 phút trước khi rạch da. Kháng sinh dự phòng phẫu thuật là kháng sinh sử dụng cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan đến phẫu thuật. "Nhất thiết phải tiêm kháng sinh trước lúc gá rô 10 phút nhưng không tiêm sớm hơn 2 giờ so với thời điểm mổ". Thời gian dùng kháng sinh không quá 24 giờ sau mổ. Nghiên cứu qua thực nghiệm của Burke năm 1961 khẳng định rằng: một kháng sinh chỉ có tác dụng đối với sự xâm nhập của vi khuẩn gây nên bằng thực nghiệm khi kháng sinh đưa đưa vào cơ thể ngay trước khi mổ và được tiếp tục duy trì trong mổ. Burke khuyến nên tiêm kháng sinh vào tĩnh mạch trước khi rạch da từ 30 - 60 phút, lúc này nồng độ kháng sinh trong máu đủ để có tác dụng kháng khuẩn.

Về hiệu quả điều trị của kháng sinh dự phòng: Các trường hợp phẫu thuật nội soi sạch sử dụng kháng sinh dự phòng từ năm 2013 đến 6/2016 đều liền vết mổ. Các trường hợp xuất hiện các dấu hiệu sớm của nhiễm trùng đều được xử trí kịp thời, việc này cần theo dõi sát

bệnh nhân cũng như kết hợp giữ nhân viên y tế và bệnh nhân trong quá trình điều trị. Với kết quả điều trị thu được cho thấy tính hiệu quả cao của kháng sinh cefuroxim trong dự phòng chống nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Về tính kinh tế khi sử dụng kháng sinh dự phòng: Chi phí cho điều trị kháng sinh dự phòng trong 24 giờ đầu thấp hơn so với kháng sinh điều trị (với 5 đến 7 ngày tiêm kháng sinh với mỗi ngày 2-3 lần tiêm). Chi phí cho thuốc kháng sinh của mỗi bệnh nhân thì không lớn nhưng với nhiều bệnh nhân trong 1 năm thì cũng là con số đáng kể. Ngoài ra dùng kháng sinh dự phòng cũng làm giảm tải công việc của điều dưỡng, giảm đau đớn cho bệnh nhân khi tiêm, tạo điều kiện thuận lợi hơn trong luyện tập sau mổ.

## V. KẾT LUẬN

Sau gần một thời gian áp dụng, tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng tại khoa Phẫu thuật khớp đạt 100% các loại phẫu thuật nội soi khớp gối và vai sạch. Kết quả cho thấy sử dụng kháng sinh dự phòng với cefuroxim là an toàn, có hiệu quả

cao về chống nhiễm khuẩn sau mổ. Giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân, giảm thiểu công việc điều trị cho đội ngũ điều dưỡng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Văn Khôi. Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch và sạch nhiễm tại bệnh viện Chợ rẫy. Tạp chí Y học thực hành. 2010. tháng 7.
2. Bert JM, Giannini D, Nace L. Antibiotic prophylaxis for arthroscopy of the knee: is it necessary? Arthroscopy. 2007 Jan;23(1):4-6.
3. Burke, JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incision and desmol lesions- Surgery 50. 1996, 161 – 168.
4. Kurzweil PR. Antibiotic prophylaxis for arthroscopic surgery. Arthroscopy. 2006 Apr;22(4):452-4.
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Surgical site infection. Clinical guideline, 2008
6. Prokusi L, Clyburn TA, Evans RP, Moucha CS. Prophylactic antibiotics in orthopaedic surgery. Instr Course Lect. 2011;60:545-55.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Antibiotic prophylaxis in surgery. Edinburgh: July 2008 Updated April 2014.

## NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG SAU MỔ MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thế Hào\*, Võ Hồng Khôi\*

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Nghiên cứu các biến chứng sau mổ máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 221 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ 5/2015 đến 12/2016. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 56,4. Tỷ lệ nam/ nữ: 14/1. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 62%. Có 15,8% đến viện còn tỉnh, 84,2% suy giảm tri giác trong đó 0,9% hôn mê. 53,4% có hội chứng tăng áp lực nội sọ. Dấu hiệu liệt nửa người bên đối diện gặp ở 76,9%. Máu tụ 1 bên chiếm 74,6%, máu tụ DMC mạn tính hai bên chiếm 25,4%. Tỷ lệ máu tụ ở bên phải chiếm 33,1% và bên trái 41,6%. 6,8% có biến chứng sau mổ, trong đó 2,3% có tụ khí sau mổ, 1,8% còn máu tụ sau mổ do chưa bơm rửa hết, 0,9% có chảy máu sau mổ và 0,9% bị rò dịch não tủy. Tỷ lệ nhiễm trùng ít gặp. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng khoan sọ, bơm rửa máu tụ

và dẫn lưu kín là phương pháp an toàn, hiệu quả và ít biến chứng sau mổ.

**Từ khóa:** Máu tụ DMC mạn tính, phẫu thuật máu tụ, máu tụ trong sọ

### SUMMARY

#### POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMAS SURGERY

**Objective:** To study postoperative complications of chronic subdural hematomas surgery. **Methods:** This prospective study included 221 patients who were brought to Bach Mai Hospital for chronic subdural hematomas, between 5/2015 and 12/2016. **Results:** Female/Male:1/14; Mean age 56.4. 15.8% patients were conscious on arrival. 84.2% patients in unconscious, in which 0.9% in coma. 53.4% patients have a intracranial pressure raise syndrome. 76.9% contralateral hemiparesis. Lateral hematomas accounts for 74.6% and 25.4% hematomas were bilateral. Post-operative complications were revealed in 6.8%. On the postoperative evaluations, there were 2.3% patients who suffers from air, 1.8% recurrent haematomas, 0.9% postoperative hemorrhages, and 0.9% with cephalo-spinal liquid fistules. The infectious complications were rare. **Conclusion:** Surgery is estimated to be safe and low rate of complications in treatment of chronic subdural hematomas.

**Keywords:** Chronic subdural hematoma, intracranial surgery, intracranial hematoma.

\*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: ngthehao2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Máu tụ dưới màng cứng (DMC) là khối máu tụ nằm giữa màng cứng và màng nhện, thường xuất hiện sau chấn thương. Máu tụ DMC mạn tính là những khối máu tụ DMC được hình thành sau chấn thương khoảng 2-3 tuần, thường xảy ra ở người có tuổi, khối máu tụ này đã được dịch hóa. Trong những năm gần đây tỷ lệ xuất hiện loại máu tụ này so với các loại máu tụ khác có xu hướng gia tăng do tình hình chấn thương ngày càng nhiều, và tuổi thọ ngày càng cao. Do có phương tiện kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ) nên đã phát hiện sớm, chính xác loại máu tụ này. Nguyên nhân hình thành máu tụ do nhiều loại: do chấn thương, bệnh lý nội khoa (Tim mạch, Thận, Đái đường...) phải dùng thuốc chống đông, do bệnh lý về huyết học, do teo não tuổi già, do nghiện rượu... Bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện không điển hình dễ lẫn lộn với bệnh cảnh nội khoa thần kinh, tâm thần nên dễ bị bỏ sót chẩn đoán và điều trị ngoại thần kinh như: tăng áp lực nội sọ; rối loạn tâm thần kinh, cầm đồ vật rơi, đi không vững. Điều trị máu tụ DMC hiện nay chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Dẫn lưu máu tụ là một phẫu thuật không quá phức tạp, nhưng không phải không có những tai biến và kết quả điều trị không luôn luôn đạt được như mong muốn. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá biến chứng sau phẫu thuật máu tụ DMC mạn tính được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai.

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 221 bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng mạn tính được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại Khoa phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2015 đến tháng 12/2016.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:
  - + Bệnh nhân có chẩn đoán máu tụ DMC mạn tính được phẫu thuật
  - + Không phân biệt tuổi và giới
- Tiêu chuẩn loại trừ:
  - + Máu tụ DMC mạn tính không mổ
  - + Bệnh nhân được mổ ở nơi khác sau đó được chuyển đến Bệnh viện Bạch Mai
- Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: các đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng, đặc điểm hình ảnh máu tụ trên chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng

hưởng từ, kỹ thuật mổ: khoan sọ 1 lỗ, hai lỗ hay mở nắp sọ, hút rửa máu tụ, các biến chứng sau mổ, thời điểm chụp kiểm tra sau mổ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Tuổi và giới:** Trong số 221 bệnh nhân được nghiên cứu có 206 nam (93%) và 15 nữ (7%), tỷ lệ nam/nữ: 14/1. Phân bố độ tuổi như sau:

**Bảng 1: phân bố theo tuổi**

| Độ tuổi | 16-50 | 51-60 | Trên 60 |
|---------|-------|-------|---------|
| Số BN   | 55    | 58    | 108     |
| Tỷ lệ%  | 25    | 26    | 49      |

Trong số 221 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật máu tụ DMC mạn tính, đa số bệnh nhân ở tuổi trên 50 (75%), tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 90, tuổi trung bình là 56,4.

**2. Nguyên nhân của máu tụ DMC**

**Bảng 2: phân bố theo nguyên nhân**

| Nguyên nhân      | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------------------|--------------|---------|
| Chấn thương      | 138          | 62%     |
| Tăng huyết áp    | 35           | 16%     |
| Nghiện rượu      | 27           | 12%     |
| Đái đường        | 10           | 5%      |
| Nguyên nhân khác | 12           | 5%      |

Nguyên nhân chủ yếu do chấn thương, trong đó tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao 62%, tăng huyết áp chiếm 16%.

**3. Biểu hiện lâm sàng:**

**Bảng 3: Biểu hiện lâm sàng**

| Triệu chứng                  | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------------------------------|--------------|---------|
| Hôn mê                       | 2            | 0,9%    |
| Tỉnh hoàn toàn               | 35           | 15,8%   |
| Giảm tri giác                | 184          | 83,3%   |
| Đau đầu âm ỉ                 | 215          | 97,3%   |
| Hội chứng tăng áp lực nội sọ | 118          | 53,4%   |
| Liệt nửa người               | 170          | 76,9%   |

Có 15,8% bệnh nhân đến viện còn tỉnh táo, 84,2% bệnh nhân có suy giảm tri giác trong đó 0,9% bệnh nhân hôn mê. 53,4% bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ rõ ràng. Dấu hiệu thần kinh khu trú là liệt nửa người bên đối diện gặp ở 76,9% bệnh nhân.

**4. Dấu hiệu trên chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ:** Chụp cắt lớp vi tính sọ não 190/221 bệnh nhân (chiếm 86%); Chụp cộng hưởng từ sọ não 31/221 bệnh nhân (chiếm 14%)

**Bảng 4: Vị trí tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh:**

| Vị trí máu tụ | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---------------|--------------|---------|
| Máu tụ 1 bên  | 165          | 74,6%   |

|                 |    |       |
|-----------------|----|-------|
| Máu tụ 2 bên    | 56 | 25,4% |
| Máu tụ bên phải | 73 | 33,1% |
| Máu tụ bên trái | 92 | 41,6% |

Đa số gặp máu tụ 1 bên chiếm 74,6%, máu tụ DMC mạn tính hai bên chiếm 25,4%. Tỷ lệ máu tụ ở bên phải chiếm 33,1% và bên trái 41,6%.

5. Điều trị phẫu thuật: Có nhiều phương pháp phẫu thuật như: khoan sọ 1 lỗ, khoan sọ 2 lỗ hoặc mở xương sọ lấy máu tụ nhưng chúng tôi chỉ thực hiện phẫu thuật khoan sọ 1 lỗ 1 bên, bơm rửa, dẫn lưu: 165 ca (75%) và phẫu thuật khoan sọ 1 lỗ 2 bên, bơm rửa, dẫn lưu: 56 ca (25%). Kết quả hồi phục tốt ra viện và khám lại sau 1 tháng đạt 100%. Không có bệnh nhân tử vong.

#### 6. Biến chứng sau mổ:

**Bảng 5: các biến chứng sau mổ**

| Biến chứng sau mổ     | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|-----------------------|--------------|---------|
| Chảy máu sau mổ       | 2            | 0,9%    |
| Tụ khí sau mổ         | 5            | 2,3%    |
| Còn máu tụ DMC sau mổ | 4            | 1,8%    |
| Rò DNT                | 2            | 0,9%    |
| Viêm màng não         | 1            | 0,45%   |
| Tụ mủ DMC             | 1            | 0,45%   |

Có 15 bệnh nhân (6,8%) có biến chứng sau mổ, trong đó 2,3% bệnh nhân có tụ khí sau mổ, 1,8% còn máu tụ sau mổ do chưa bơm rửa hết, 0,9% bệnh nhân có chảy máu sau mổ và 0,9% bị rò dịch não tủy. Tỷ lệ nhiễm trùng ít gặp, 0,45% viêm màng não và 0,45% tụ mủ DMC.

#### IV. BÀN LUẬN

Máu tụ DMC mạn tính là một thể lâm sàng của máu tụ trong sọ khá thường gặp ở người có tuổi. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì máu tụ DMC mạn tính gặp chủ yếu ở người tuổi trên 50 tuổi (chiếm tới 75%), đây là độ tuổi bắt đầu có biểu hiện teo não tuổi già làm cho khoang dưới nhện rộng ra nên chỉ cần chấn thương nhẹ cũng làm đứt các tĩnh mạch cầu nổi gây ra chảy máu và hình thành máu tụ. Thêm nữa, những người lớn tuổi thường mắc những bệnh mạn tính phải dùng thuốc chống đông như: bệnh lý tăng huyết áp, tim mạch, đái tháo đường, suy thận, một số bệnh nhân nghiện rượu mắc xơ gan... Nghiên cứu cho thấy: nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ có lẽ do nam giới tham gia giao thông bằng phương tiện nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm hàng đầu 62%, các nguyên nhân khác phải lưu ý đến như: các bệnh bệnh lý tim mạch suy thận, tiểu đường phải điều trị thuốc chống đông làm cho sức bền thành mạch kém, dễ gây ra chảy máu não. Đa số bệnh nhân đến với lý do tăng áp

lực nội sọ, chủ yếu là triệu chứng đau đầu ngày càng tăng (chiếm 97%), thường khám và điều trị nội khoa trong một thời gian khá dài không đỡ mới kiểm tra và chụp CLVT sọ não khi đó mới phát hiện bệnh. Bệnh nhân có máu tụ thường giảm trí nhớ, lú lẫn, thậm chí hôn mê. Trong nghiên cứu này có tới 84,2% bệnh nhân có suy giảm tri giác trong đó 0,9% bệnh nhân hôn mê. 53,4% bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu thấy có 76,9% bệnh nhân có biểu hiện liệt nhẹ nửa người bên đối diện có máu tụ nên đa số bệnh nhân đứng không vững, phải đi bước, không tự đi lại được. Chụp CT-Scan sọ não cho 86% bệnh nhân cho chẩn đoán chính xác máu tụ, trong đó loại máu tụ 1 bên chiếm đa số 74,6%, máu tụ DMC mạn tính hai bên chiếm 25,4%. Tỷ lệ máu tụ ở bên phải chiếm 33,1% và bên trái 41,6%. Theo Han và cộng sự [2] thì máu tụ hai bên là một yếu tố dự đoán cho nguy cơ tái phát máu tụ sau mổ. Vì vậy chụp CT-Scan là phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán chính xác máu tụ, vị trí máu tụ DMC và để lựa chọn phương pháp phẫu thuật, và theo dõi kết quả phẫu thuật. Thật vậy, trong nghiên cứu chúng tôi thấy có tới 6,8% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 2,3% bệnh nhân có tụ khí sau mổ, 1,8% còn máu tụ sau mổ do chưa bơm rửa hết, 0,9% bệnh nhân có chảy máu sau mổ và 0,9% bị rò dịch não tủy. Tỷ lệ nhiễm trùng ít gặp. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi không cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác [1],[3]. Chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ nhiễm trùng ít gặp, một trong những yếu tố góp phần đưa đến kết quả này là do công tác vô khuẩn và chúng tôi rút ống dẫn lưu sớm trong vòng 48 giờ sau mổ.

#### V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng khoan sọ, bơm rửa ổ máu tụ bằng huyết thanh mặn sinh lý và dẫn lưu kín là phương pháp an toàn, hiệu quả và ít biến chứng sau mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flint.AC, Chan.SL, Rao, Ffron.AD et al (2017), "Treatmentof chronic subdural hematomas with subdural evacuating port system placement in the intensive care unit: evacuation of practice and comparison with bur hole evacuation in the operating room", J.Neurosurg, 1-6.
2. Han.MH, Ruy.JI, Kim.CH, et al (2017), "Predictive factors for recurrence and clinical

outcomes in patients with chronic subdural hematoma", J.Neurosurg, 1-9.

- 3. Brennan.PM, Koliaş.AG, Joannides.AJ, et al (2017),** "The management and outcome for

patients with chronic subdural hematoma: a prospective, multicenter, observational cohort study in the United Kingdom", J.Neurosurg, 1-8.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY TĨNH MẠCH HIỂN LỚN BẰNG SÓNG CAO TẦN VỚI CATHETER CR45I

Đinh Quang Huy\*, Phạm Thái Giang\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị 48 bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính bằng sóng cao tần với catheter CR45i tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang 48 bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính từ C2 đến C6 kèm dòng trào ngược trên siêu âm doppler, được điều trị bằng sóng cao tần với catheter CR45i. Siêu âm được kiểm tra sau 1 tuần để đánh giá kết quả. **Kết quả:** sau 1 tuần cho thấy tỷ lệ tắc tĩnh mạch hiển và không còn dòng trào ngược 100%. Không trường hợp phỏng da, 3 bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch nông được theo dõi 3 ngày thì ổn định. Thời gian thực hiện trung bình là 44 phút cho 1 tĩnh mạch. Sau thủ thuật bệnh nhân ít đau, vận động ngay. Trên 90% cải thiện triệu chứng lâm sàng. Không ghi nhận biến chứng như tắc TM sâu, nhiễm trùng. **Kết luận:** điều trị bệnh suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính bằng sóng cao tần với catheter CR45i là phương pháp an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** suy tĩnh mạch mạn tính, sóng cao tần, ống thông CR45i.

### SUMMARY

#### THE TREATMENT OUTCOMES OF RADIOFREQUENCY ABLATION OF CHRONIC GREAT SAPHENOUS VEIN WITH CATHETER CR45I AT HA NOI HEART HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the treatment result of radiofrequency ablation of 48 patients with chronic great saphenous vein (GSV) at Hà Nội Heart Hospital. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive and prospective study. We have reviewed our experiences with this technique in 48 patients (CEAP 2-6). Preoperative Doppler confirmed venous valvular incompetence of great saphenous vein in all patients who were treated with RFA technique with CR45i catheter. Ultrasound is used to check after 1 week to evaluate the results. **Result:** Occlusion of the GSV was seen on 100% of the patients within 1 week of the procedure. Without skin vasculitis, 3 patients who had shallow vein thrombosis monitored for 3 days were stable. No deep venous thrombosis. The mean operating time was 44 minutes. The postoperative course was significantly less painful and all patients were satisfied

\*Bệnh viện Tim Hà Nội

\*\* Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Quang Huy

Email: handuongvtm@gamil.com

Ngày nhận bài: 19.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2017

Ngày duyệt bài: 3.5.2017

with the cosmetic results, vein closure occurred in 100% at 1 week by ultrasound surveillance. Improvement could be seen in more than 90% patients in their symptoms after treatment. **Conclusion:** Radiofrequency ablation of the GSV with CR45i catheter is a safe and effective method.

**Key words:** Chronic venous incompetence, RFA, catheter CR45i.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh suy tĩnh mạch (TM) nông chi dưới ngày càng gặp nhiều ở nước ta. Phương pháp điều trị cổ điển từ trước tới nay là phẫu thuật cột quai TM hiển, lột thân TM và lột các nhánh. Đây là phương pháp điều trị xâm lấn, nặng nề, thời gian hồi phục lâu và có thể có các biến chứng do gây mê, phẫu thuật. RF nội TM là phương pháp điều trị mới, ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, đã được áp dụng từ năm 2000 tại Mỹ và các nước trên thế giới. Những năm gần đây tại Việt Nam đã có một số trung tâm áp dụng kỹ thuật điều trị sóng cao tần cho những bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới và phương pháp này đã mang lại hiệu quả cao và an toàn cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị 48 bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính bằng sóng cao tần với catheter CR45i tại bệnh viện Tim Hà Nội.

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

- **Đối tượng:** 48 bệnh nhân được chẩn đoán suy TM hiển lớn có dòng trào ngược trên siêu âm (28 bệnh nhân bị suy tĩnh mạch 2 chân, 20 bệnh nhân bị suy 1 chân) đã được điều trị bằng sóng cao tần với catheter CR45i tại bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian từ 11/2016 đến 3/2017.

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

- **Chỉ định can thiệp:**

+ Suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính C2-6 kèm dòng trào ngược trên siêu âm Doppler.

+ Đáp ứng kém với điều trị nội khoa.

- Tiêu chuẩn loại trừ: huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính và/hoặc thuyên tắc phổi, nhiễm trùng tại vùng tiêm hoặc nhiễm trùng toàn thân nặng, bất động kéo dài và nằm liệt giường, phụ nữ có thai, cho con bú, bệnh động mạch ngoại vi nặng và nguy cơ tắc mạch huyết khối cao.

- Phương pháp can thiệp: bóc lột tĩnh mạch hiển lớn. Luồn catheter CR45i tới cách chỗ đổ

vào tĩnh mạch đùi 1,5-2cm. Bơm nước muối sinh lí dọc thành tĩnh mạch hiển, đốt tĩnh mạch theo đoạn 0,5cm. Phối hợp phẫu thuật Muller lấy các nhánh tĩnh mạch nông.

Đánh giá kết quả: dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm Doppler ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tuần nhằm đánh giá sự bít tắc của tĩnh mạch hiển, sự tồn tại của dòng trào ngược.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

| Đặc điểm chung         | Số bệnh nhân (n=48)           |
|------------------------|-------------------------------|
| Tuổi                   | 58,45 ± 15,7                  |
| Giới                   | Nam: 12 (25%)<br>Nữ: 36 (75%) |
| Công việc đứng lâu     | 40 (83,3%)                    |
| Tiền sử gia đình       | 8 (16,67%)                    |
| Quá cân 23 <BMI <30    | 6 (12,5%)                     |
| Suy TM hiển lớn 1 chân | 20 (41,66%)                   |
| Suy TM hiển lớn 2 chân | 28 (58,34%)                   |

**Nhận xét:** tuổi cao, nghề nghiệp phải đứng nhiều, nữ giới có tỷ lệ suy tĩnh mạch cao hơn. Bệnh nhân bị suy TM hiển lớn cả 2 chân chiếm tỷ lệ cao.

**Bảng 2. Phương pháp can thiệp**

| Phương pháp   | Số TM hiển (n=76) | %          |
|---------------|-------------------|------------|
| RFA đơn thuần | 36                | 47,37      |
| RFA + Muller  | 40                | 52,63      |
| <b>Tổng</b>   | <b>76</b>         | <b>100</b> |

**Nhận xét:** hơn một nửa số bệnh nhân được điều trị bằng sóng cao tần có giãn tĩnh mạch nông nhiều được làm thêm phẫu thuật Muller để lấy hết nhánh nông.

**Bảng 3. Thời gian can thiệp cho 1 tĩnh mạch hiển**

| Thời gian can thiệp (phút) | Phút | Trung bình   |
|----------------------------|------|--------------|
| Ngắn nhất                  | 20   | 44,13 ± 12,5 |
| Dài nhất                   | 70   |              |

**Nhận xét:** thời gian can thiệp trung bình là 44,13 ± 12,5 phút, can thiệp 1 tĩnh mạch lâu nhất là 70 phút.

**Bảng 4. So sánh các triệu chứng trước và sau can thiệp**

| Triệu chứng        | Trước can thiệp (n=76) | Sau can thiệp (n=76) | P         |
|--------------------|------------------------|----------------------|-----------|
| Nặng chân          | 70 (92,1%)             | 10 (13,15%)          | p < 0,001 |
| Đau chân           | 45 (59,21%)            | 9 (11,84%)           | p < 0,001 |
| Dẫn tĩnh mạch nông | 40 (52,63%)            | 3 (3,95%)            | p < 0,001 |
| Chuồn rút          | 50 (65,79%)            | 8 (10,53%)           | p < 0,001 |
| Phù chân           | 30 (39,48%)            | 7 (9,21%)            | p < 0,001 |
| Tê chân            | 40 (52,63%)            | 12 (15,79%)          | p < 0,001 |
| Rối loạn sắc tố da | 2 (2,63%)              | 2 (2,63%)            | p > 0,05  |

**Nhận xét:** các triệu chứng sau can thiệp được cải thiện rõ rệt có ý nghĩa với p < 0,001 so với trước can thiệp. Riêng triệu chứng rối loạn sắc tố da không cải thiện sau can thiệp.

**Bảng 5. Tắc tĩnh mạch sau 1 tuần theo dõi**

| Siêu âm sau 1 tuần  | Số tĩnh mạch hiển (n=76) | %   |
|---------------------|--------------------------|-----|
| Tắc hoàn toàn       | 76                       | 100 |
| Tắc không hoàn toàn | 0                        | 0   |

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có kết quả tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển lớn sau 1 tuần khi kiểm tra bằng siêu âm.

**Bảng 6. Biến chứng sau can thiệp**

| Biến chứng  | Số TM hiển (n=76) | %     |
|-------------|-------------------|-------|
| Phồng da    | 0                 | 0     |
| Đau         | 25                | 32,9  |
| Dị cảm      | 12                | 15,79 |
| Nhiễm trùng | 0                 | 0     |
| Tụ máu      | 10                | 13,16 |

|                    |   |       |
|--------------------|---|-------|
| Huyết khối TM nông | 3 | 3,95% |
| Huyết khối TM sâu  | 0 | 0     |
| Nhồi máu phổi      | 0 | 0     |
| Tử vong            | 0 | 0     |

**Nhận xét:** biến chứng đau sau can thiệp chiếm tỷ lệ cao nhất, các biến chứng nguy hiểm khác không xảy ra sau can thiệp. Có 3 bệnh nhân có huyết khối TM nông sau can thiệp.

**Bảng 7. Thời gian nằm viện**

| Thời gian nằm viện | Số bệnh nhân (n=48) | %     |
|--------------------|---------------------|-------|
| Trong ngày         | 45                  | 93,75 |
| Sau 1 ngày         | 3                   | 6,25  |

**Nhận xét:** hầu hết bệnh nhân (93,75%) xuất viện ngay sau can thiệp 2 tiếng. Chỉ có 3 bệnh nhân (6,25%) nằm viện sau 1 ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

- Các yếu tố nguy cơ của bệnh suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới được đề cập đến bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp đứng lâu, tiền sử gia đình, số lần sinh con ở nữ và thừa cân, béo phì. Tỷ lệ mắc bệnh suy tĩnh mạch gia tăng theo tuổi, do đó các tổn thương tĩnh mạch thường được cáo báo nhiều hơn ở người cao tuổi. Theo nghiên cứu của Hồ Khánh Đức [4] thì độ tuổi từ 60-69 được can thiệp nội tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 31,1%, tiền sử gia đình có người bị suy tĩnh mạch chiếm 23%, tỷ lệ nữ bị bệnh cao gấp 1,7 lần nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân suy TM với các yếu tố tuổi cao, nữ giới, bệnh nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao, có tới 58,34% bệnh nhân bị suy tĩnh mạch cả 2 chân.

- Mục đích của quy trình RFA là nhằm triệt tiêu dòng trào ngược bằng cách gây tắc lòng tĩnh mạch hiển bằng sóng có tần số radio. Chúng tôi chỉ định RFA cho các bệnh nhân từ C<sub>2</sub> trở lên kèm theo có dòng trào ngược trên siêu âm Doppler. Có 40 chân (52,63%) có các búi tĩnh mạch giãn to tại chỗ được làm thêm phẫu thuật Muller với những đường rạch ngắn không để lại sẹo. Trong nghiên cứu của Trần Hồng Quang có 20 bệnh nhân kết hợp RFA với phẫu thuật Muller [1]. Với phương pháp mổ này hầu như tất cả các tĩnh mạch giãn đều được lấy bỏ, đồng thời với những đường rạch da ngắn đạt được hiệu quả thẩm mỹ cao. Sau mổ toàn bộ chân của bệnh nhân được băng ép để cầm máu.

- Thời gian làm can thiệp cho 1 tĩnh mạch hiển trung bình là 44 phút, ngắn nhất là 20 phút dài nhất là 70 phút. Kết quả này tương tự của tác giả Hồ Khánh Đức khi can thiệp cho 120 bệnh nhân [4]. Điều quyết định thành công của RFA là kỹ thuật đâm kim vào lòng TM hiển dưới hướng dẫn của siêu âm. Sau khi đã đâm kim thành công vào TM, các công đoạn còn lại như luồn guide-wire, ống dẫn và ống thông đơn giản hơn. Các tác giả trên thế giới đều ghi nhận rằng

thủ thuật thất bại khi không thể luồn kim và guide-wire vào trong lòng TM. Thời gian kéo dài thường là do những khó khăn ở giai đoạn này.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các triệu chứng đều giảm có ý nghĩa với  $p < 0,001$  sau can thiệp 1 tuần. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Hồng Quang và cộng sự [1]. Riêng dấu hiệu rối loạn sắc tố da trong nghiên cứu của chúng tôi không cải thiện vì nghiên cứu này ngắn hạn và số lượng bệnh nhân chưa nhiều nên chưa đánh giá chi tiết được mức độ cải thiện của dấu hiệu này.

- Kết quả can thiệp sau 1 tuần: trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân bị tắc tĩnh mạch hiển hoàn toàn, không phát hiện còn dòng chảy khi làm siêu âm kiểm tra. Kết quả nghiên cứu sau 1 tháng can thiệp của Trần Hồng Quang và cộng sự [1] cho thấy sau kiểm tra siêu âm 45 bệnh nhân thì tỷ lệ tắc hoàn toàn là 100%. Trong nghiên cứu tại Đại học Johns Hopkins, Weiss RA, Weiss MA cho kết quả hết dòng trào ngược và tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển lớn là 137/140 chân (98%) [3].

- Biến chứng hay gặp sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là đau chiếm tỷ lệ 32,9%, các biến chứng khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Sau 1 tuần cảm giác đau giảm đi nhanh chóng. Huyết khối tĩnh mạch nông có 3 trường hợp sau can thiệp được theo dõi và điều trị 3 ngày thì ổn định xuất viện, các biến chứng nguy hiểm như nhồi máu phổi và tử vong không có. Do đó có thể thấy siêu âm ngay sau can thiệp có vai trò rất quan trọng để đánh giá ngay các biến chứng huyết khối nguy hiểm.

- Thời gian nằm viện: trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân (93,75%) xuất viện sau 2 giờ theo dõi ổn định, có 3 trường hợp chúng tôi phát hiện có huyết khối tĩnh mạch nông bằng siêu âm ngay sau can thiệp và các bệnh nhân này phải nằm viện thêm 3 ngày điều trị ổn định rồi xuất viện. Theo nghiên cứu của Hồ

Khánh Đức thì tỷ lệ bệnh nhân xuất viện trong ngày chiếm 93,44%[4], như vậy khi điều trị bằng kỹ thuật này sẽ tiết kiệm được thời gian nằm viện, ít ảnh hưởng tới công việc và cuộc sống của BN.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị suy tĩnh mạch hiển lớn bằng sóng cao tần với catheter CR45i mang lại kết quả ngắn hạn tốt, ít biến chứng, bệnh nhân phục hồi nhanh sau can thiệp. Cần tiến hành các nghiên cứu dài hạn hơn để đánh giá rõ hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hồng Quang (2014)** "Đánh giá kết quả điều trị bệnh suy giãn tĩnh mạch chi dưới mạn tính bằng sóng radio cao tần tại bệnh viện 175", *Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực*, số 7-2014, tr. 9-12.
2. **Attila Szabó (2014)** "Endovenous saphenous ablation using EVRF radiofrequency device and CR45i catheter. Experience of 313 cases". Semmelweis University Budapest, Hungary.
3. **Weiss RA, Weiss MA (2002)**, "Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique

radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: a 2-year follow-up". *Dermatol Surg*;28, pp. 38-42.

4. **Hồ Khánh Đức (2013)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp Laser nội tĩnh mạch", *Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Phạm Ngọc Thạch*.
5. **Gasparis A.P, Labropoulos N, Kontothanassis D, Tassiopoulos A.K (2009)**. "Are there any veins which should be excluded from endovenous ablation?". *Controversies and Updates in Vascular Surgery-Paris*, pp. 447-49.
6. **Khilnani N.M, Grassi C.J et al (2009)**. "Multi-society Consensus Quality Improvement Guidelines for the Treatment of Lower-extremity Superficial Venous Insufficiency with Endovenous Thermal Ablation from the Society of Interventional Radiology". Cardiovascular Interventional Radiological Society of Europe, *American College of Phlebology and Canadian Interventional Radiology Association*, pp. 14-31.
7. **Sadick NS, Wasser S (2004)**. "Combined endovascular laser with ambulatory phlebectomy for the treatment of superficial venous incompetence: a 2-year perspective". *J Cosmet Laser Ther*, vol 6, pp. 44-49.

## KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** 46 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi 3D mổ cắt đoạn và cắt cụt tại khoa ngoại Bụng I, Bệnh viện K từ 03/2016 đến 01/2017. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 25 (54,3%) bệnh nhân nam, 21 (45,7%) bệnh nhân nữ, tuổi trung bình 61 (53-72), vị trí u đại tràng phải 11 (23,9%), đại tràng trái 15 (32,6%), trực tràng 20 (43,5%); kích thước khối u trung bình 5,2±2,7cm, giai đoạn ung thư sau mổ giai đoạn II (41,3%) 19 bệnh nhân, giai đoạn III (58,7%) 27 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình 125,6±22,3 phút, lượng máu mất trong mổ nội soi 50,4±17ml, tỷ lệ chuyển mổ mở 2,1%, số lượng hạch nạo vét được 12,4±3,5%, không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ thấp 2,1% nhiễm trùng tiết niệu và hô hấp, 4,2% nhiễm trùng vết mổ không có tử vong sau mổ 30 ngày. 7/46 (15,2%) ca đầu tiên phẫu thuật viên có cảm giác mệt mỏi, hoa mắt, mệt mỏi. **Kết luận:** ứng dụng phẫu

thuật nội soi 3D trong mổ ung thư đại trực tràng có thời gian mổ ngắn hơn, số lượng hạch phẫu tích đủ để đánh giá di căn hạch, ảnh hưởng phụ tới phẫu thuật viên thấp, an toàn về khía cạnh ngoại khoa  
**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi 3D, Ung thư đại trực tràng.

### SUMMARY

#### INITIAL EXPERIENCE IN 3D LAPAROSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF COLORECTAL CANCER AT K HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the early results of 3D laparoscopic surgery in treatment of colorectal cancer. **Subjects and methods:** 46 patients with colorectal cancer underwent 3D laparoscopic surgery (colectomy, low anterior resection or abdominal perineal resection) at Department of abdominal surgery in K Hospital from 03/2016 to 01/2017. **Method:** cross sectional descriptive study. **Results:** There were 25 (54.3%) male patients and 21 (45.7%) female patients. The mean age was 61 (range 53-72). Right colon, left colon and rectum were reported respectively in 11 (23.9%), 15(32.6%) and 20 patients (43.5%). Average tumor size was 5.2cm (± 2,7). Postoperative stage II and stage III were reported in 19 (41.3%) and 27 (58.7%) patients. The average duration of surgery was 125.6 (±22,3) minutes. The mean blood loss was 50.4 (±17ml). There was 2.1% of patients who required conversion to open surgery. The median number of harvested lymph nodes was 12,4 (±3,5).

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 8.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 12.5.2017

There were not complications during surgery; postoperative complications were low. 2.1% of patients had urinary and respiratory tract infections, wound infection was reported in 4.2% of patients. There was no post-op death. 7/46 (15.2%) of operations, surgeons feel eye-strain, dizziness, fatigue. **Conclusion:** 3D laparoscopic surgery in treatment of colorectal cancer have shorter operation time, sufficient number of harvested lymph node dissection to evaluate lymph node metastasis, low affecting to surgeons, and safe.

**Key Words:** Three-dimensional Laparoscopy, colorectal cancer

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) là một tiến bộ trong ngoại khoa hiện đại mang lại nhiều lợi ích cho cả bệnh nhân và phẫu thuật viên. Với PTNS 2D, phẫu thuật viên bị hạn chế bởi trường nhìn không có chiều sâu dẫn tới hạn chế sự khéo léo trong phẫu tích và khâu nối trong ổ bụng. PTNS 3D được ứng dụng đầu tiên vào lĩnh vực phụ khoa năm 1993 đã mở ra một triển vọng mới trong ngoại khoa với trường nhìn không gian 3 chiều tạo thuận lợi cho phẫu tích tỷ mỉ hơn làm tăng độ chính xác của các động tác mổ nội soi từ đó rút ngắn thời gian mổ [5],[6],[7]. Ứng dụng PTNS 3D trong ung thư vẫn đang ở những giai đoạn đầu, các báo cáo đều nêu nên những ưu điểm của phương pháp mổ này như cảm nhận độ sâu trong trường nhìn giúp nạo vét hạch dễ dàng hơn, phẫu tích cầm máu tốt hơn, tôn trọng tổ chức lành, bảo tồn thần kinh tốt hơn khi phẫu tích khối u. PTNS 3D là cầu nối giữa PTNS 2D và Rô bốt Da Vinci vì phẫu thuật Rô bốt có chi phí cao và ít trung tâm đào tạo[4],[6]. Bên cạnh những ưu điểm phương pháp này còn có những nhược điểm được ghi nhận như phẫu thuật viên mỏi mắt, hoa mắt, chóng mặt và có thể buồn nôn và đau đầu khi mổ nội soi 3D do sự điều tiết của mắt với video 3D [2],[3],[4],[5].

Tại Bệnh viện K, chúng tôi áp dụng PTNS 3D từ 03/2016 phẫu thuật điều trị các bệnh lý ung thư. Với kinh nghiệm bước đầu chúng tôi viết bài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại trực tràng".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng:** 46 bệnh nhân UTĐTT được mổ nội soi 3D tại Bệnh viện K từ 03/2016-đến 01/2017

### **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- BN được chẩn đoán là UTĐTT: lâm sàng, nội soi ống mềm đại trực tràng, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến

- BN được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng hoặc cắt cụt trực tràng bằng phẫu thuật nội soi 3D.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- BN được phẫu thuật UTĐTT không phải bằng phương pháp PTNS 3D (mổ mở hoặc PTNS 2D)

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang (đánh giá 1 nghiệm pháp điều trị)

## III. KẾT QUẢ

### **1. Bảng các chỉ số lâm sàng -giải phẫu bệnh (the clinicopathologic Data of Patients)**

Giới: Nam 25; nữ 21

Tuổi: 61 (53-72)

Vị trí: đại tràng phải 11 ca; đại tràng trái 15ca; trực tràng 20 ca

Cách thức mổ: cắt đoạn 36; cắt cụt trực tràng 10

Kích thước khối u: 5,2±2,7 cm

Ptnm: giai đoạn II: 19; giai đoạn III: 27

### **2. Bảng 2: Kết quả sớm trong và sau mổ (Intraoperative and Postoperative Outcomes)**

Thời gian mổ (phút): 125,6 ±22,3 phút

Lượng máu mất trong mổ: 50,4±17ml

Tỷ lệ chuyển mổ mở: 2,1%

Số lượng hạch nạo vét được: 12,4±3,5 hạch

Thời gian trung tiện sau mổ 3: (1-4) ngày

Thời gian dùng thuốc giảm đau đường tiêm 2±1,3 ngày.

Thời gian nằm viện sau mổ: 7 (6-13) ngày

Tai biến trong mổ: 0 %

Ảnh hưởng phụ của 3D với phẫu thuật viên: 7/16 bệnh nhân (15,2%)

Biến chứng sau mổ

Chảy máu: 0%

Rò miệng nối: 0%

Viêm phúc mạc: 0 %

Nhiễm trùng vết mổ: 4,2%

Nhiễm trùng tiết niệu: 2,1%

Nhiễm trùng hô hấp: 2,1%

Tắc ruột: 0

Tử vong sau mổ (30 ngày): 0

## III. BÀN LUẬN

Mặc dù PTNS được ứng dụng vào mổ UTĐTT từ những năm đầu của thập kỷ 90 nhưng để công nhận phương pháp mổ này an toàn về mặt ung thư học cũng phải trải qua một quá trình đánh giá dài. Một phần trong đó là do sự hạn chế của phẫu thuật nội soi 2D thiếu cảm nhận chiều sâu, không có định hướng không gian 3 chiều, chính hạn chế của phương pháp 2D này đã thách thức các phẫu thuật viên và những nhà chế tạo dụng cụ mổ nội soi sáng chế ra hệ thống mổ nội soi 3D [7]. Năm 1992 PTNS 3D đã được ứng dụng mổ cắt túi mật nội soi, ngay lập tức hệ

thống video 3D đã thể hiện những ưu điểm trong việc phẫu tích và giải phóng các tổ chức khối u nhất là trong các khoang phẫu tích hẹp như tiểu khung và tạo thuận lợi khi khâu ống tiêu hoá [5]. Wenzl nghiên cứu thể hệ thứ nhất video 3D trong PTNS phụ khoa và đưa ra kế luận video 3D có triển vọng cho phẫu thuật viên mổ chính xác hơn, nhanh hơn, hiệu quả hơn và an toàn so với 2D. Về lĩnh vực vật lý quang học những ống kính camera thể hệ đầu 3D thường cho hình ảnh không thực sự nét, độ sáng kém hơn nên độ phân giải hình ảnh không cao dẫn tới phẫu thuật viên thường bị mỏi mắt, căng thẳng thần kinh hơn khi mổ dài dẫn tới mệt mỏi. Thể hệ video 3D ngày nay đạt tới độ phân giải rất cao nên đã giúp phẫu thuật viên mổ chính xác và an toàn hơn[6],[7].

Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng hệ thống PTNS 3D của hãng Karl Storz thể hệ mới nhất nên có độ nét cao của hệ thống video 3D. Với 46 bệnh nhân UTĐTT trong đó tỷ lệ nam/nữ là 54,3%/45,7% tuổi trung bình 61. Vị trí khối u lần lượt ở đại tràng phải 11/46 (23,9%); đại tràng trái 15/46 (32,6%), trực tràng 20/46 (43,5%). Đa số tác nghiên cứu về 3D hiện nay đều so sánh với hệ thống 2D để tìm ra sự khác biệt. Sorensen. S.M.D báo cáo năm 2014 trên tạp chí Surg.Endosc về thông kê (systematic review) với mục tiêu nghiên cứu: tìm kiếm tất cả các bài báo so sánh đối chứng về sự khác nhau giữa PTNS 2D và 3D từ 1994 đến năm 2014 trên MEDLINE/PubMed, Embase, Cochrane library. Kết quả có 340 bài báo được sàng lọc lại còn 31 bài đủ tiêu chuẩn là nghiên cứu so sánh đối chứng chia làm 4 nhóm so sánh: thời gian mổ, độ chính xác khi phẫu tích, tác dụng phụ, nhận thức khối lượng công việc [6].

- 22 nghiên cứu (71%) cho thấy thời gian mổ khi dùng 3D ngắn hơn so với 2D và (29%) nghiên cứu lại cho kết quả là không có sự khác biệt về thời gian mổ giữa 2 nhóm. Không có nghiên cứu nào thông báo thời gian mổ 3D dài hơn 2D[6]. Trong nghiên cứu 3D của chúng tôi thời gian mổ trung bình là 115,6±22,3 phút tương đương với thời gian mổ PTNS 3D cắt UTĐTT của Tao.K và CS (2016). Tác giả cũng so sánh với nhóm mổ 2D thì thời gian mổ kéo dài tới 152,2±28,9 phút [7]. Phạm Văn Bình báo cáo về PTNS 2D mổ cắt cụt UTTT (2013) với thời gian là 133±20,87 phút [1]. Trong lĩnh vực mổ nội soi các bệnh lý khác: Velayuthanm (2016) thể hiện thời gian mổ PTNS 3D cắt gan ngắn hơn 2D[6]. Aykan báo cáo về ưu thế của PTNS 3D cắt

toàn bộ tiền liệt tuyến có thời gian mổ ngắn hơn, giảm mất máu, trương lực cơ bàng quang hồi phục sớm hơn so với PTNS 2D [6]. Đặc biệt trong PTNS 3D Curo nêu bật về ưu thế trong khâu nối tiêu hoá dễ dàng hơn so với 2D [6].

- 19/31 bài báo (41,3%) nói về độ chính xác trong các động tác mổ nội soi 3D thì trong số này có 12 bài báo cho thấy độ chính xác khi dùng video 3D cao hơn 2D. Có 5 nghiên cứu không có sự khác biệt về độ chính xác và sai lệch của các động tác mổ nội soi giữa 3D và 2D và cũng không có nghiên cứu nào có kết quả về những sai sót kỹ thuật của 3D cao hơn 2D[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi với kinh nghiệm mổ PTNS 2D nhiều trong lĩnh vực UTĐTT nên khi chuyển sang 3D chúng tôi ghi nhận độ chính xác trong các động tác phẫu tích nội soi tốt hơn 2D với tỷ lệ tai biến trong mổ là 0%, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, hay rò miệng nối, lượng máu mất trong mổ 50,4±17ml, chỉ có 1 trường hợp chuyển mổ mở do đánh giá trong mổ u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh (T4). Tao K có lượng máu mất trong mổ 3D UTĐTT là 80,8±29ml [7], nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất trong mổ trung bình là 50,4±17ml.

- Tác dụng phụ đối với phẫu thuật viên khi mổ 3D được ghi nhận qua 8/31 nghiên cứu của Sorensen.S.M.D là chóng mặt, hoa mắt, buồn nôn mỏi mắt và mệt mỏi. Tuy nhiên các tác giả cũng ghi nhận tỷ lệ này giảm dần theo thời gian khi dùng PTNS 3D nhiều hơn giống như số giờ bay của các phi công, và thể hệ các video 3D mới có độ phân giải tốt hơn trước đây[6]. Trong 46 bệnh nhân UTĐTT được PTNS 3D của chúng tôi cũng ghi nhận trong 7 (15,2%) ca đầu tiên phẫu thuật viên cũng cảm nhận mỏi mắt, và chóng mặt cũng như cảm giác mệt mỏi hơn ở cuối cuộc mổ so với mổ 2D.

- Một trong những ưu điểm quan trọng nhất của PTNS 3D so với 2D là cảm nhận trường mổ bằng không gian 3 chiều, cảm nhận chiều sâu đây được coi là chìa khoá tạo nên sự khác nhau trong hiệu suất công việc phẫu thuật nội soi. Với PTNS ung thư nhất là UTĐTT cảm nhận không gian 3 chiều tạo thuận lợi cho nạo vét hạch nhanh hơn, khâu nối ống tiêu hoá hay phẫu tích tổ chức ung thư hiệu quả hơn[2],[3],[4]. Tao K có số lượng hạch nạo vét được trong ung thư đại tràng là 20,4±5,7 cao hơn so với 2D 18,3±2,6 hạch[7]. Số lượng hạch nạo vét được của chúng tôi là 12,4±3,5 đáp ứng được tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn ung thư sau mổ. Kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu tại Bệnh viện K ghi nhận khi

khâu, thắt chỉ trong mổ nội soi 3D cho thấy mức độ thuận lợi và dễ dàng hơn nhiều so với 2D.

## VI. KẾT LUẬN

Với kinh nghiệm bước đầu ứng dụng PTNS 3D trong PTNS điều trị 46 bệnh nhân UTĐTT tại Bệnh viện K chúng tôi nhận thấy tính ưu việt trong khía cạnh ngoại khoa là cảm nhận về không gian 3 chiều giúp phẫu thuật viên mổ nội soi nhanh hơn, phẫu tích chính xác hơn, không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ thấp, số lượng hạch nạo vét được đảm bảo theo tiêu chuẩn phân loại di căn hạch sau mổ. Tuy nhiên vẫn cần nghiên cứu sâu hơn, số lượng bệnh nhân nhiều hơn theo dõi sau mổ dài để so sánh đối chứng giữa PTNS 2D và 3D với các tiêu chuẩn ngoại khoa và ung thư học.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Bình (2013)** "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng

- tăng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp"  
Luận án tiến sỹ Y học – Học viện Quân Y: 76
2. **Ashraf.A, Collins.D, Whelan.M et al (2015)** "Three-dimensional (3D) simulation versus two-dimensional (2D) enhances surgical skills acquisition in standardized laparoscopic tasks: a before and after study" International journal of surgery 14: 12-16
  3. **Game.X (2017)** "Three-dimensional laparoscopic for living-donor nephrectomy" www.sciencedirect.com
  4. **Guerrieri.M, Campagnacci.R, Sperti.P et al (2015)** "Totally robotic vs 3D laparoscopic colectomy: a single centers preliminary experience" World gastroenterol 14; 21(46): 13152-13159
  5. **Ohuchida.K, Eishi.N, Leiri.S et al (2013)** "New advances in three-dimensional endoscopic surgery" J.Gastroint Dig Syst, vol 3, issue 4, 1000152
  6. **Sorensen.S.M.D, Savran.M.M, et al (2015)** "Three-dimensional versus two-dimensional vision in laparoscopy: a systematic review", Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-015-4189-7
  7. **Tao.K, Liu.X, Deng.M et al (2016)** "Three-dimensional against 2- dimensional laparoscopic colectomy for right-sided colon cancer" www.surgical-laparoscopy.com

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ GIẢM TIỂU CẦU CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN KHI CHUYỂN DẠ

Nguyễn Quảng Bắc<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Tuyển<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Sản phụ được chẩn đoán giảm tiểu cầu trước khi có thai chiếm tỷ lệ 12,0%, sản phụ được chẩn đoán giảm tiểu cầu khi có thai chiếm tỷ lệ 88,0%. Bệnh nhân phát hiện giảm tiểu cầu ở tuổi thai trên 28 tuần chiếm tỷ lệ 96,6%. Khi chuyển dạ có 16 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 9,6%. Thời điểm vào viện lần đầu và khi chuyển dạ tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu đều là 0,6%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ là xuất huyết dưới da biểu hiện ở dạng chấm và thiếu máu nhẹ.

**Từ khóa:** Giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, xuất huyết dưới da.

### SUMMARY

#### RESEARCH THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH THROMBOCYTOPENIA IN LABOUR

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 17.5.2017

**Objective:** Describe the clinical characteristics of pregnant women with thrombocytopenia in labour. **Methods:** this is a descriptive and retrospective study. **Results:** Patients diagnosed with thrombocytopenia prior to pregnancy was 12,0%, those who diagnosed with thrombocytopenia during pregnancy was 88,0%. Thrombocytopenia found after 28 week of gestation was 96,6%. Patients had symptoms of anemia at admission and during labour was 0,6%. **Conclusion:** Clinical symptoms of thrombocytopenia during labour was bleeding under skin and anemia.

**Key words:** Unknown thrombocytopenia, bleeding under skin.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ mang thai, giảm tiểu cầu là một trong những nguyên nhân có thể gây chảy máu sau đẻ thậm chí tử vong cho mẹ và sơ sinh do rối loạn quá trình đông cầm máu. Giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân hay còn gọi là giảm tiểu cầu tự miễn là một rối loạn miễn dịch tự phát đặc trưng bởi ban xuất huyết. Nhưng cũng có thể được phát hiện tình cờ khi làm xét nghiệm máu ngoại vi (số lượng tiểu cầu thấp) nên rất khó phân biệt với giảm tiểu cầu do mang thai. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về giảm tiểu cầu ở phụ nữ có thai và đặc biệt là giảm tiểu cầu khi chuyển dạ. Do vậy, chúng tôi đã tiến hành

nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ."

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán là giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân đang mang thai và kết thúc thai nghén tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2016 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Phụ nữ có thai, xét nghiệm máu ngoại vi có số lượng tiểu cầu  $\leq 100G/l$ .
- Sản phụ chỉ có 01 thai và có tuổi thai  $\geq 22$  tuần.
- Chuyển dạ đẻ tại bệnh viện phụ sản TW.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án ghi rõ ràng, đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các trường hợp giảm tiểu cầu do các bệnh lý khác: suy tủy xương, bệnh lý ác tính, bệnh hệ thống do virus, do thuốc...

- Các trường hợp giảm tiểu cầu đẻ ở nơi khác chuyển đến viện

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc.

- Hồi cứu: Từ 01/01/2013 đến 31/12/2015

- Tiến cứu: Từ 01/01/2016 đến 30/06/2016.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Lấy mẫu toàn bộ các thai phụ được chẩn đoán là giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân được theo dõi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01 tháng 01 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2016.

**2.2.3. Địa điểm nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 1-2013 đến hết tháng 6-2016 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 166 thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, đủ tiêu chuẩn lựa chọn có tuổi thai khi chuyển dạ đẻ từ 31 đến 42 tuần, kết quả thu được như sau:

**Bảng 1. Bảng phân bố thời điểm phát hiện giảm tiểu cầu**

| Thời điểm phát hiện giảm tiểu cầu | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ %      |
|-----------------------------------|-------------------|--------------|
| Trước khi có thai                 | 20                | 12,0         |
| Khi mang thai                     | 146               | 88,0         |
| <b>Tổng số</b>                    | <b>166</b>        | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Trong số 166 bệnh nhân nghiên cứu có:

- 20 sản phụ được chẩn đoán giảm tiểu cầu trước khi có thai chiếm tỷ lệ 12,0%.

- 146 sản phụ được chẩn đoán giảm tiểu cầu khi có thai chiếm tỷ lệ 88,0%

**Bảng 2. Bảng phân bố tuổi thai khi vào viện**

| Nhóm sản phụ   | Giảm tiểu cầu trước khi có thai |              | Chẩn đoán giảm tiểu cầu khi mang thai |              | p     |
|----------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|-------|
|                | n                               | Tỷ lệ %      | n                                     | Tỷ lệ %      |       |
| Tuổi thai      |                                 |              |                                       |              |       |
| 22-28 tuần     | 1                               | 5,0          | 5                                     | 3,4          | 0,891 |
| Trên 28 tuần   | 19                              | 95,0         | 141                                   | 96,6         |       |
| <b>Tổng số</b> | <b>20</b>                       | <b>100,0</b> | <b>146</b>                            | <b>100,0</b> |       |

**Nhận xét:** Trong số 146 bệnh nhân phát hiện giảm tiểu cầu khi có thai thì có 141 bệnh nhân phát hiện giảm tiểu cầu ở tuổi thai trên 28 tuần chiếm tỷ lệ 96,6%.

**Bảng 3. Đặc điểm xuất huyết của thai phụ GTCCRNN**

| Đặc điểm            | Thời điểm    | Khi vào viện lần đầu |              | Khi chuyển dạ |              |
|---------------------|--------------|----------------------|--------------|---------------|--------------|
|                     |              | n                    | Tỷ lệ %      | n             | Tỷ lệ %      |
| XHDD                | Chấm         | 10                   | 6,0          | 9             | 5,4          |
|                     | Nốt          | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
|                     | Mảng         | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
|                     | Đa hình thái | 5                    | 3,0          | 5             | 3,0          |
| Xuất huyết niêm mạc |              | 8                    | 4,8          | 2             | 1,2          |
| Xuất huyết nội tạng |              | 0                    | 0,0          | 0             | 0,0          |
| Không xuất huyết    |              | 143                  | 86,2         | 150           | 90,4         |
| <b>Tổng số</b>      |              | <b>166</b>           | <b>100,0</b> | <b>166</b>    | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Khi vào viện lần đầu có 23 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 13,8%, có 143 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 86,2%.

- Khi chuyển dạ có 16 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 9,6%, có 150 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 90,4%.

- Xuất huyết dưới da biểu hiện chủ yếu là ở dạng chấm, xuất huyết niêm mạc biểu hiện chủ yếu ở dạng chảy máu chân răng.

**Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng thiếu máu của bệnh nhân GTCCRNN**

| Thời điểm<br>Thiếu máu | Khi vào viện lần đầu |              | Khi chuyển dạ |              |
|------------------------|----------------------|--------------|---------------|--------------|
|                        | n                    | Tỷ lệ %      | n             | Tỷ lệ %      |
| Có                     | 1                    | 0,6          | 1             | 0,6          |
| Không                  | 165                  | 99,4         | 165           | 99,4         |
| <b>Tổng số</b>         | <b>166</b>           | <b>100,0</b> | <b>166</b>    | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu, ở thời điểm vào viện lần đầu và khi chuyển dạ tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu đều là 0,6%.

#### IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ được chẩn đoán giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi có thai là 88,0%, kết quả này của chúng tôi tương đồng so với kết quả của Bùi Thị Hương Thu và cao hơn nhiều so với kết quả của Kiều Thị Thanh, Webert K.E và Young-Woon Won. Theo Bùi Thị Hương Thu thì tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán giảm tiểu cầu khi mang thai là 72,7%, theo Kiều Thị Thanh thì tỷ lệ này là 26,4%, theo Webert K.E thì tỷ lệ này là 30,3%, theo Young-Woon Won tỷ lệ này là 52,0%.

Sự không tương đồng này có lẽ là do có sự khác biệt về thời gian, địa điểm nghiên cứu dẫn đến cỡ mẫu, quần thể nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên quá chênh lệch nhau. So với một số tác giả thì tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi mang thai của chúng tôi cao hơn nhiều so với tác giả Kiều Thị Thanh và Webert K.E điều này có thể được giải thích: nước ta là một nước còn kém phát triển, ý thức của người dân đi khám trước khi mang thai còn thấp chính vì vậy việc phát hiện và điều trị bệnh sớm trước khi có thai còn thấp, so với các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ chẩn đoán bệnh trước khi có thai là cao hơn chúng tôi bởi họ ý thức được tầm quan trọng của việc khám sàng lọc trước khi mang thai.

Theo kết quả ở bảng 2, cho thấy đa số bệnh nhân vào viện lần đầu có tuổi thai từ tuần 28 trở lên, không có bệnh nhân nào vào viện ở tuổi thai trước 22 tuần. Theo nghiên cứu của chúng tôi thấy có 12,0% số bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trước khi có thai, 88,0% số bệnh nhân được chẩn đoán bệnh khi mang thai, đối với những thai phụ đã được phát hiện giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân trước khi mang thai thì thường vào viện sớm hơn với những người được phát hiện bệnh khi mang thai. Điều này được giải thích là những bệnh nhân đã được chẩn đoán giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân trước

khi mang thai thường được theo dõi thường xuyên, được tư vấn về tình trạng bệnh nên họ có ý thức được về sức khỏe của mình nên đã đi khám sớm khi biết mình có thai, những bệnh nhân này khi đi khám thai lần đầu sẽ được các bác sĩ chỉ định làm xét nghiệm công thức máu, còn đối với những thai phụ không có tiền sử giảm tiểu cầu trước khi có thai thì thường chỉ được làm xét nghiệm công thức máu khi làm thủ tục đăng ký sinh. Như vậy, số lượng tiểu cầu thường giảm vào nửa sau của thai kỳ đặc biệt là trong quý 3, đa số các bệnh nhân đều cố gắng giữ thai và vào viện khi thai đủ tháng mà không để tiến triển tới thai già tháng. Tuy nhiên vẫn có một số trường hợp phải vào viện và chuyển dạ ở tuổi thai non tháng, điều này là khó tránh khỏi bởi chúng ta không thể lường trước được hết sự tiến triển nặng của bệnh. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Kiều Thị Thanh và Young-Woong Won là hầu hết các thai phụ thường vào viện từ tuổi thai 28 tuần trở lên.

Khi vào viện lần đầu có 23 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 13,9%. Trong số 23 bệnh nhân xuất huyết có 15 bệnh nhân xuất huyết dưới da chiếm tỷ lệ 65,2%, có 8 bệnh nhân xuất huyết niêm mạc chiếm tỷ lệ 34,8%, không có bệnh nhân nào xuất huyết nội tạng. Khi chuyển dạ số bệnh nhân xuất huyết giảm đi, có 16 bệnh nhân còn biểu hiện xuất huyết chiếm tỷ lệ 9,6%, trong số đó có 2 bệnh nhân xuất huyết niêm mạc là có biểu hiện chảy máu chân răng, còn lại 90,4% bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết. Khi so sánh với một số tác giả khác, theo nghiên cứu của Kiều Thị Thanh (2006-2010) thì tỷ lệ bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết là 62,6% chiếm đa số, còn lại là xuất huyết dưới da và xuất huyết niêm mạc chiếm tỷ lệ 37,4%, không có trường hợp nào xuất huyết nội tạng.

Theo nghiên cứu của Young-Woong Won (2005) chỉ ra rằng, tại thời điểm kết thúc thai

ngén có 77,0% số bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết, có 13% bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết dưới da, có 10,0% bệnh nhân bị chảy máu cam, ra máu âm đạo hoặc chảy máu dạ dày.

Theo nghiên cứu của Webert. Kathryn E (2000) thì có 65,5% số bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết, có 12,9% số bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết dưới da, có 18,1% số bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết niêm mạc và 3,5% số bệnh nhân là có biểu hiện xuất huyết nội tạng. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết trong nghiên cứu của tác giả này là cao hơn của chúng tôi, điều này có thể được giải thích là ở một số nước phát triển như Hàn Quốc, Canada những bệnh nhân giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân thường được khám và quản lý thai nghén tốt hơn ở Việt Nam nên việc phát hiện các triệu chứng này thường cao. Tuy nhiên trong nghiên cứu này thì tỷ lệ bệnh nhân có xuất huyết niêm mạc và xuất huyết nội tạng (là những biểu hiện của xuất huyết nặng) lại cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi điều này có thể giải thích là do thời điểm nghiên cứu khác nhau, thời gian gần đây kiến thức về bệnh giảm tiểu cầu ngày càng được nâng cao chính vì vậy bệnh thường được phát hiện sớm hơn, nếu được phát hiện sớm thì được kiểm soát điều trị theo dõi chặt chẽ hơn chính vì vậy mà tình trạng bệnh nặng ngày càng ít đi nên chúng ta ít thấy biểu hiện của tình trạng xuất huyết nặng như xuất huyết nội tạng.

Theo kết quả bảng 4, tỷ lệ bệnh nhân khi vào viện lần đầu và khi chuyển dạ đều không có biểu hiện thiếu máu là 99,4%, thiếu máu nhẹ là 0,6%, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Như vậy đa số thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân vào Bệnh viện Phụ sản TW là không có biểu hiện thiếu máu và nếu có thiếu

máu thì hầu hết là thiếu máu nhẹ kết quả này là phù hợp vì đa số bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Kiều Thị Thanh (2010) trên những thai phụ giảm tiểu cầu.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ là xuất huyết dưới da biểu hiện ở dạng chấm và thiếu máu nhẹ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Belkin A. levy A và Sheiner E (2009).** Perinatal outcomes and complications of pregnancy in women with immune thrombocytopenic purpura. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 22 (11), 1080 - 1085.
- 2. Phạm Quang Vinh (2007).** *Bài giảng bệnh học nội khoa - tập I*, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 25 - 29.
- 3. Bùi Thị Hương Thu (2007).** *Nhận xét một số thay đổi lâm sàng và xét nghiệm ở bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân sau điều trị corticoid đường tĩnh mạch*, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa Trường Đại học Y Hà Nội, khóa 2001-2007.
- 4. Kiều Thị Thanh (2006-2010).** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí đối với thai phụ xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp cao học chuyên ngành sản phụ khoa Trường đại học Y Hà Nội.
- 5. K. E. Webert, R. Mittal, C. Sigouin và cộng sự (2003).** A retrospective 11-year analysis of obstetric patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood*, 102 (13), 4306-4311.
- 6. Young - Woong Won và cộng sự (2005).** Clinical aspect of pregnancy and Delivery in patients with Chronic Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 20, 129 - 134.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III BẰNG PHÁC ĐỒ FOLFOX 4

La Vân Trường\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu 194 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao và giai đoạn

\*Bệnh viện TỰ QUỠ 108

Chịu trách nhiệm chính: La Vân Trường

Email: truong1082000@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

III đã phẫu thuật triệt căn được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ FOLFOX 4, các tác giả rút ra một số kết luận sau:

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ (nam/nữ = 1,34). Nhóm tuổi có số bệnh nhân nhiều nhất là 40 - 60 (69,5%). Vị trí ung thư hay gặp nhất là đại tràng Sigma (28,9%). Đa số bệnh nhân có tình trạng toàn thân 0 điểm (88,2%). Bệnh nhân giai đoạn II chiếm 36,1%, giai đoạn III chiếm 63,9%, có mô bệnh học thể kém biệt hóa chiếm 13,9%.

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 76,3%. Các vị trí tái phát hay gặp là: gan (32,1%), hạch (20,7%), tại chỗ (18,9%). Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 84%.

## SUMMARY

### THE RESULT OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY USING THE FOLFOX 4 REGIMEN IN STAGE II AND STAGE III COLON CANCER

From a prospective study on 194 patients had undergone curative resection for stage II with high risk and stage III colon cancer to receive adjuvant FOLFOX 4 treatment, the authors come to the following conclusions:

- Male patients outnumber female ones (males/females = 1.34). Patients aged 40-60 outnumber other age groups (69,5%). The most frequent site is Sigma (28,9%). Most patients have performance status of 0 score (88,2%). Patients in stage II account for 36,1%, stage III for 63,9%, patients with histological poorly differentiated account for 13,9%.

- Free disease survival of 3 years is estimated at 76,3%. Frequent sites of relapse are: liver (32,1%), lymphatic node (20,7%), regional recurrence (18,9%). Overall survival of 3 years is estimated at 84%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những bệnh ung thư hay gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo ghi nhận tình hình mắc ung thư tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2000, UTĐT xếp cao thứ 4 ở nam và cao thứ 3 ở nữ [1]. Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy điều trị hóa chất bổ trợ kéo dài thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn thể cho bệnh nhân UTĐT đã phẫu thuật triệt căn [5], [6],[7]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hiệu quả điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ FOLFOX 4 đối với những bệnh nhân ung thư đại tràng đã phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ năm 2011 đến năm 2016.

**Bảng 3.1: đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

| Chỉ tiêu                   | Số bệnh nhân (%)       |            |
|----------------------------|------------------------|------------|
| Giới: Nam                  | 111 (57,2)             |            |
|                            | Nữ                     | 83 (42,8)  |
| Tuổi: < 40                 | 27 (13,9)              |            |
|                            | 40 - 60                | 135 (69,5) |
|                            | > 60 - 70              | 32 (16,6)  |
| Vị trí ung thư: Manh tràng | 19 (09,8)              |            |
|                            | Đại tràng phải         | 49 (25,3)  |
|                            | Đại tràng ngang        | 17 (08,8)  |
|                            | Đại tràng trái         | 43 (22,1)  |
|                            | Đại tràng Sigma        | 56 (28,9)  |
|                            | Ung thư ở nhiều vị trí | 10 (05,1)  |

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Là những bệnh nhân UTĐT giai đoạn II có nguy cơ cao và giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn được điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật bằng phác đồ FOLFOX4 tại BV 108 từ tháng 1-2011 đến tháng 12-2016.

- Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân:  
+ Không phẫu thuật hoặc không phẫu thuật triệt căn.

+ UTĐT giai đoạn I, giai đoạn II không có hoặc không rõ yếu tố nguy cơ cao và giai đoạn IV.

+ Không chấp hành đúng phác đồ điều trị.

+ Không có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

+ Không đánh giá được tình trạng khi kết thúc nghiên cứu.

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, vị trí ung thư, tình trạng toàn thân (theo ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group), giai đoạn lâm sàng, các yếu tố nguy cơ cao (theo NCCN – National Comprehensive Cancer Network), mức độ biệt hóa của tế bào ung thư.

+ Hiệu quả điều trị: thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn thể.

- Các bước nghiên cứu

+ Xây dựng mẫu nghiên cứu.

+ Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu.

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

Thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn thể ước lượng bằng phương pháp Kaplan – Meier.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tổng cộng có 194 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Đặc điểm các bệnh nhân nghiên cứu thể hiện ở bảng 3.1

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Tình trạng toàn thân: 0 điểm  | 170 (88,2) |
| 1 điểm                        | 19 (09,8)  |
| 2 điểm                        | 04 (02,0)  |
| Giai đoạn bệnh: IIA           | 42 (21,7)  |
| IIB                           | 15 (07,7)  |
| IIC                           | 13 (06,7)  |
| IIIA                          | 36 (18,5)  |
| IIIB                          | 53 (27,3)  |
| IIIC                          | 35 (18,1)  |
| YTNC của giai đoạn II *       | n = 42 (%) |
| Tắc ruột                      | 6 (14,3)   |
| Đánh giá < 12 hạch            | 20 (47,6)  |
| Xâm lấn mạch máu              | 10 (23,8)  |
| Xâm lấn bạch huyết            | 9 (21,5)   |
| Kém biệt hóa                  | 8 (19,0)   |
| Thủng ruột                    | 2 (02,4)   |
| Thể mô bệnh học: Biệt hóa cao | 76 (39,2)  |
| Biệt hóa vừa                  | 91 (46,9)  |
| Kém biệt hóa                  | 27 (13,9)  |

\*YTNC: yếu tố nguy cơ cao

**3.2. Thời gian sống thêm không bệnh:** Tổng cộng có 53 bệnh nhân tái phát. Thời gian sống thêm không bệnh của 194 bệnh nhân nghiên cứu thể hiện ở biểu đồ 3.1

Thời gian sống cộng dồn



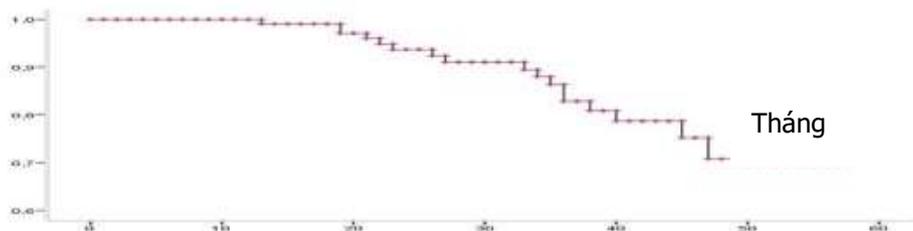
**Biểu đồ 3.1: thời gian sống thêm không bệnh**

\*Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 76,3%.

**3.4. Thời gian sống thêm toàn thể**

Có 33 bệnh nhân tử vong. Các bệnh nhân tử vong đều do tái phát ung thư. Thời gian sống thêm toàn thể của 194 bệnh nhân nghiên cứu thể hiện ở biểu đồ 3.2

Thời gian sống cộng dồn



**Biểu đồ 3.2: thời gian sống thêm toàn thể**

\*Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 84%.

**3.3. Vị trí tái phát**

**Bảng 3.4: vị trí tái phát của 53 bệnh nhân tái phát**

| Vị trí tái phát | Số lượt bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Hạch            | 11                | 20,7      |
| Gan             | 17                | 32,1      |
| Tại chỗ         | 10                | 18,9      |
| Phức mạc        | 9                 | 17,0      |

|             |   |      |
|-------------|---|------|
| Thành bụng  | 3 | 05,7 |
| Phổi        | 6 | 11,3 |
| Xương       | 5 | 09,4 |
| Buồng trứng | 4 | 07,6 |

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị

- Giới, tuổi: các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ mắc ung thư đại tràng ở nam cao hơn nữ, lứa tuổi mắc bệnh cao nhất là 40-60. Ở nhóm bệnh nhân giai đoạn II có nguy cơ cao và giai đoạn III mà chúng tôi nghiên cứu cũng có tỷ lệ nam cao hơn nữ (Nam/ Nữ = 111/83 = 1,34) và nhóm tuổi 40 – 60 chiếm tới 69,5%.

- Vị trí ung thư: ung thư ở đại tràng Sigma chiếm tỷ lệ cao nhất (28,9%), tiếp theo là ở đại tràng phải (25,3%) và đại tràng trái (22,1%). Một nghiên cứu tại Bệnh viện K Trung ương giai đoạn 1983-1993 cũng cho thấy: ung thư ở đại tràng Sigma chiếm 29,67%, ở đại tràng phải chiếm 20,88%, ở manh tràng chiếm 15,48%, ở đại tràng ngang chiếm 14,2%, ở đại tràng trái chiếm 16,48% và không rõ vị trí là 2,2% [2].

- Tình trạng toàn thân: đại đa số các bệnh nhân có tình trạng toàn thân 0 điểm (88,2%). Như vậy trước điều trị hóa chất hỗ trợ các bệnh nhân nghiên cứu đều có tình trạng toàn thân tốt, có thể đảm bảo liều và kế hoạch điều trị. Tuy nhiên điều này có thể được lý giải do 2 nguyên nhân. Một là các bệnh nhân ung thư đại tràng thường ở lứa tuổi 40-60 và đã được phẫu thuật triệt căn nên có tình trạng toàn thân tốt. Hai là trước điều trị hóa chất các bệnh nhân luôn được đánh giá tình trạng toàn thân, các bệnh kết hợp, xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT scanner, xạ hình xương...). Chỉ những bệnh nhân có tình trạng toàn thân ≤ 2 điểm, các xét nghiệm sinh hóa huyết học trong giới hạn bình thường, xét nghiệm hình ảnh không còn u tồn dư mới được điều trị hóa chất hỗ trợ. Nghiên cứu thực hiện ở nhóm bệnh nhân đã được chỉ định điều trị hóa chất nên đa phần các bệnh nhân có tình trạng toàn thân tốt và không có bệnh nhân có tình trạng toàn thân 3; 4 điểm.

- Giai đoạn bệnh: giai đoạn II chiếm 36,1% (IIA: 21,7%; IIB: 7,7%; IIC: 6,7%), giai đoạn III chiếm 63,9% (IIIA: 18,5%; IIIB: 27,3%; IIIC: 18,1%). Hướng dẫn thực hành của NCCN ấn bản năm 2016 không khuyến cáo sử dụng FOLFOX cho các bệnh nhân giai đoạn IIA (pT3N0M0) mà không có yếu tố nguy cơ cao [7]. Do vậy, 42 bệnh nhân giai đoạn IIA trong nghiên

cứ của chúng tôi đều có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ cao. Các yếu tố nguy cơ cao hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là: đánh giá < 12 hạch (47,6%), xâm lấn mạch máu (23,8%), xâm lấn bạch huyết (21,5%). Hyeong – Joon Jeon (2011) hồi cứu 82 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II-III được điều trị hỗ trợ FOLFOX, có 13 bệnh nhân giai đoạn II (15,8%) [5]. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn II của chúng tôi cao hơn. Xem xét cụ thể chúng tôi thấy ở nghiên cứu của chúng tôi gần một nửa số bệnh nhân giai đoạn IIA có yếu tố nguy cơ cao liên quan đến đánh giá < 12 hạch. Điều này cho thấy cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các phẫu thuật viên và các nhà mô bệnh học để khảo sát đủ 12 hạch nhằm giảm số bệnh nhân giai đoạn IIA phải điều trị hóa chất hỗ trợ không cần thiết.

- Mức độ biệt hóa: mức độ biệt hóa kém có tiên lượng xấu. Tỷ lệ bệnh nhân có mô bệnh học biệt hóa kém trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 13,9%. Ở nghiên cứu MOSAIC tỷ lệ này là 10,4% ở nhóm FOLFOX 4 và 9,4% ở nhóm FU-FA.

##### 4.2. Hiệu quả điều trị

- Tổng cộng có 53 bệnh nhân tái phát. Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 76,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở 136 bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị hỗ trợ giai đoạn 2008 – 2013, thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 73% [3]. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Hyeong – Joon Jeon, Jin – Hee Woo và cộng sự (2011) là 82,9% [5], ở nghiên cứu MOSAIC (2004) là 78,2% ở nhóm điều trị FOLFOX 4 và 72,9% ở nhóm FU-FA [6].

- Các vị trí tái phát hay gặp là: gan (32,1%), hạch (20,7%), tại chỗ 18,9%. Tái phát ở thành bụng là 5,7%. Các vị trí tái phát hay gặp ở nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn 2008 – 2013 là: hạch (23%), gan (23%), tại chỗ (19,2%). Tái phát ở thành bụng là 19% [3]. Kết quả này cho thấy có sự tiến bộ trong vét hạch qua phẫu thuật nội soi và tránh lây nhiễm tế bào ác tính qua thành bụng. Ở nghiên cứu của Hyeong – Joon Jeon, Jin – Hee Woo và cộng sự (2011) 3 vị trí tái phát hay gặp lần lượt là xương, gan và hạch [5].

- Tổng cộng có 33 bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 84%. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Hyeong – Joon Jeon, Jin – Hee Woo và cộng sự (2011) là 87,5% [5],

ở nghiên cứu MOSAIC (2004) là 87,7% ở nhóm điều trị FOLFOX 4 và 86,6% ở nhóm FU-FA [6].

## V. KẾT LUẬN

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ (nam/nữ = 1,34). Nhóm tuổi có số bệnh nhân nhiều nhất là 40 - 60 (69,5%). Vị trí ung thư hay gặp nhất là đại tràng Sigma (28,9%). Đa số bệnh nhân có tình trạng toàn thân 0 điểm (88,2%). Bệnh nhân giai đoạn II chiếm 36,1%, giai đoạn III chiếm 63,9%, có mô bệnh học thể kém biệt hóa chiếm 13,9%.

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 76,3%. Các vị trí tái phát hay gặp là: gan (32,1%), hạch (20,7%), tại chỗ (18,9%). Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 84%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Thị Hoài Nga (2007).** Dịch tễ học bệnh ung thư. Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học: 9-19.
2. **Bài giảng ung thư học.** Nhà xuất bản Y học. 1997.
3. **La Văn Trường, Nguyễn Thị Minh Phương.** Nghiên cứu điều trị hóa chất hỗ trợ ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2008 – 2013. Tạp chí Thông tin Y dược. Số 3/2013. 29-33.
4. **Lisa Baddi.** Adjuvant therapy in stage II Colon Cancaer: current Approaches. The Oncologist 2005, 10: 325-331.
5. **Hyeong – Joon Jeon, Jin – Hee Woo et all.** Adjuvant chemotherapy Using the FOFOX 4 regimen in Colon Cancer. Juornal of the Korean Society of Coloproctology 2011; 27 (3): 140-145.
6. **Thierry Andre', MD, Corrado Boni et all.** Oxaliplatin, Fluorouracil, and Leucovorin as Adjuvant Treatment for Colon Cancer. The New England Journal of Medicine 2004; 350; 2343-51.
7. **NCCN – National Comprehensive Cancer Network.** Vesion 2.2016.

## GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG BIẾN CỐ TIM MẠCH NỘI VIỆN CỦA RUNG NHĨ TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Huỳnh Kim Phụng\*, Phạm Tú Quỳnh\*\*, Nguyễn Thanh Hiền\*\*, Lê Công Tấn\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Rung nhĩ (RN) là một rối loạn nhịp thường gặp ở BN (BN) nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, tỷ lệ từ 5% đến 23%. RN liên quan đến tăng các biến cố tim mạch, tăng tử vong nội viện. Việt Nam chưa có nhiều NC chuyên biệt về RN ở BN NMCT cấp. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị tiên lượng nội viện của RN trong NMCT cấp. **Phương pháp NC:** NC tiến cứu mô tả từ 08/2015 đến 06/2016 trên 560 BN NMCT cấp điều trị tại các khoa hồi sức và tim mạch BV Nhân dân 115. Đánh giá liên quan giữa RN và biến cố tim mạch cũng như tử vong nội viện dựa trên tỷ số chênh được tính theo phương trình hồi quy logistic đơn biến với khoảng tin cậy 95%. Sử dụng phần mềm SPSS 22. **Kết quả:** Giai đoạn nội viện: tỷ số chênh suy tim sung huyết của RN là 5,0[2,1-12,0], tỷ số chênh phù phổi cấp 2,4[1,3-4,3]; tỷ số chênh sốc tim 2,5[1,3-4,7]; tỷ số chênh tử vong nội viện 1,7[0,8-3,2]; và tỷ số chênh biến cố tim mạch chính 2,5[1,3-4,5]. **Kết luận:** RN trong NMCT cấp có ý nghĩa tiên đoán dự hậu xấu nội viện. Tỷ số chênh biến cố tim mạch chính nội viện của RN là 2,5 [1,3 - 4,5].

\*Bệnh viện Chợ Rẫy

\*\* Bệnh viện Nhân dân 115

\*\*\* Bộ Môn Nội Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

### SUMMARY

#### SHORT-TERM PRONOSTIC VALUE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION-ASSOCIATED ATRIAL FIBRILLATION

**Background:** Atrial fibrillation (AF) is a common significant arrhythmia complication of acute myocardial infarction (AMI), the incidence of AMI-caused AF is around 5%-23%. AF is recognized in the relation to cardiovascular outcomes; increasing in-hospital mortality. In Viet Nam currently, there are not too many professional researches about AF related to AMC. **Objective:** Assessing short-term risk value of atrial fibrillation related to AMI. **Method:** The prospective descriptive study from Aug. 2015 to June 2016 of 560 AMI patients at Intensive Care Department and Cardiology Department of People's hospital 115. Diagnosis of AF is based on symptoms and ECG. The odd ratio will be calculated by logistic recurrent equation with p value <0.05. Using software SPSS 22. **Results:** For the AMI population, the incidence of AF in AMI group is 8.6%. During hospitalized time: the odd ratio of congestive heart failure in AF is 5.0 [2.1-12.0], the odd ratio of acute pulmonary edema is 2.4 [1.3-4.7]; the odd ratio of cardiac shock is 2.5 [1.3-4.7]; the odd ratio of death is 1.7 [0.8-3.2]; the odd ratio of main cardiovascular outcomes is 2.5 [1.3-4]. **Conclusion:** AMI-associated AF is bad significant prognosis in hospitalized time. The odd ratio of main cardiovascular outcomes in hospitalized time of AF is 2.5 [1.3-4.5].

**Key words:** Acute myocardial infarction, atrial fibrillation, main cardiovascular outcome.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

RN là rối loạn nhịp thường gặp chiếm 1-2% dân số chung. Ở Việt Nam, tần suất RN trong cộng đồng là 0,3-0,44%[1]. Biểu chứng chủ yếu của RN là thuyên tắc huyết khối, đặc biệt là đột quy. RN thường gặp ở BN NMCT cấp, tần suất thay đổi từ 5% đến 23%[3]. Nguy cơ RN tăng trong NMCT liên quan đến nhiều yếu tố như rối loạn chức năng nhĩ, thiếu máu cơ tim, suy tim, viêm, rối loạn hệ thần kinh tự động, tăng hoạt hormon[3]. Đáp ứng thất nhanh và không đều gây gia tăng rối loạn tuần hoàn mạch vành và rối loạn chức năng thất trái, kèm theo gia tăng bất lợi của hoạt hóa thần kinh thể dịch. RN liên quan đến thời gian nằm viện dài ngày, tăng các biến cố tim mạch, tăng nguy cơ đột quy, rối loạn huyết động, tăng tử vong nội viện và tử vong dài hạn. Chúng tôi tiến hành NC "Giá trị tiên lượng biến cố tim mạch nội viện của RN trong NMCT cấp". *Mục tiêu nghiên cứu:* Đánh giá giá trị tiên đoán của RN đối với biến chứng và tử vong trong thời gian nằm viện trên BN NMCT cấp.

## III. KẾT QUẢ

Từ 08/2015 đến 06/2016, NC trên 560 BN NMCT cấp, trong đó có 48 BN RN.

### 3.1 Giá trị tiên lượng biến cố tim mạch nội viện của RN trong NMCT cấp

#### - Liên quan giữa rung nhĩ và các biến cố tim mạch

**Bảng 1.** Liên quan giữa rung nhĩ và đột quy

| RN \ Đột quy | Đột quy (-) | Đột quy (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|--------------|-------------|-------------|------|----------|-----------|
| RN (-)       | 500         | 12          | 512  |          |           |
| RN (+)       | 45          | 3           | 48   | 2,569    | 0,129     |
| <b>Tổng</b>  | 545         | 15          | 560  |          |           |

- Tỷ lệ đột quy ở nhóm RN 6,3% không khác biệt với tỷ lệ đột quy 2,3% nhóm không RN. Không có sự liên quan giữa RN và đột quy với  $p=0,129$ .

- 15 trường hợp đột quy: 14 BN có nhồi máu não xuất hiện đồng thời NMCT cấp, một BN xuất huyết não sau khi điều trị chống đông và chống kết tập tiểu cầu 2 ngày.

#### - Liên quan giữa RN và sốc tim, phù phổi cấp và suy tim sung huyết

**Bảng 2.** Liên quan giữa RN và sốc tim

| RN \ Sốc tim | Sốc tim (-) | Sốc tim (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|--------------|-------------|-------------|------|----------|-----------|
| RN (-)       | 413         | 99          | 512  |          |           |
| RN (+)       | 30          | 18          | 48   | 8,711    | 0,005     |
| <b>Tổng</b>  | 443         | 117         | 560  |          |           |

Tỷ lệ sốc tim ở nhóm RN là 37,5% khác biệt với tỷ lệ sốc tim 19,3% ở nhóm không RN. Có sự liên quan giữa RN và sốc tim với  $p=0,005$ .

**Bảng 3.** Liên quan giữa RN và phù phổi cấp

| RN \ Phù phổi cấp | Phù phổi cấp (-) | Phù phổi cấp (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|-------------------|------------------|------------------|------|----------|-----------|
| RN (-)            | 342              | 170              | 512  |          |           |
| RN (+)            | 22               | 26               | 48   | 8,478    | 0,007     |
| <b>Tổng</b>       | 364              | 196              | 560  |          |           |

Tỷ lệ phù phổi cấp nhóm RN 54,2% so với 33,2% ở nhóm không RN. Sự liên quan giữa RN và phù phổi cấp với  $p=0,007$ .

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**3.1. Thiết kế NC:** NC tiến cứu, mô tả, thời gian từ 08/2015 đến 06/2016

### 3.2. Đối tượng NC:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN NMCT cấp nhập viện tại bệnh viện Nhân Dân 115, có các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thỏa mãn các tiêu chuẩn đồng thuận toàn cầu NMCT cấp 2012.

- **Cỡ mẫu:** được ước lượng theo công thức tính cỡ mẫu, theo kết quả NC[2], ước tính  $p=6,2\%$  và  $d=2\%$ .  $\Rightarrow n=559$  trường hợp.

- **Các tiêu chuẩn chẩn đoán:** dựa trên ASH/ISH 2014, Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) 2010, ATP III, WHO cho người châu Á BMI $\geq$ 25.

**3.3. Biến số:** tiền sử, thời gian nhập viện, sinh hiệu, BMI, Killip. Đặc điểm điện tim, siêu âm tim. Xét nghiệm (troponin I tối đa, BNP, đường máu, creatinine)...

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê SPSS 22, khác biệt có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

**3.4. Đạo đức NC:** NC quan sát, không làm tổn hại tinh thần, thể xác đối tượng NC, thông tin BN đều được bảo mật. NC đảm bảo vấn đề y đức.

**Bảng 4.** Liên quan giữa RN và suy tim sung huyết

| RN | Suy tim sung huyết | Suy tim sung huyết (-) | Suy tim sung huyết (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|----|--------------------|------------------------|------------------------|------|----------|-----------|
|    | RN (-)             | 214                    | 298                    | 512  | 15,792   | 0,000     |
|    | RN (+)             | 6                      | 42                     | 48   |          |           |
|    | <b>Tổng</b>        | 220                    | 340                    | 560  |          |           |

Tỷ lệ suy tim sung huyết ở nhóm RN là 87,5% so với 58,2% ở nhóm không RN. Có sự liên quan giữa RN và suy tim sung huyết với  $p=0,000$ .

**- Liên quan giữa RN và tử vong**

**Bảng 5.** Liên quan giữa RN và tử vong

| RN | Tử vong     | Tử vong (-) | Tử vong (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|----|-------------|-------------|-------------|------|----------|-----------|
|    | RN (-)      | 418         | 94          | 512  | 2,161    | 0,177     |
|    | RN (+)      | 35          | 13          | 48   |          |           |
|    | <b>Tổng</b> | 453         | 107         | 560  |          |           |

Tỷ lệ tử vong nội viện ở nhóm RN là 27,1%, và 18,4% ở nhóm không RN. Không có sự liên quan giữa RN và tử vong nội viện với  $p=0,177$ .

**- Liên quan giữa RN và các biến cố tim mạch**

**Bảng 6.** Liên quan giữa RN và các biến cố tim mạch chính (MACE)

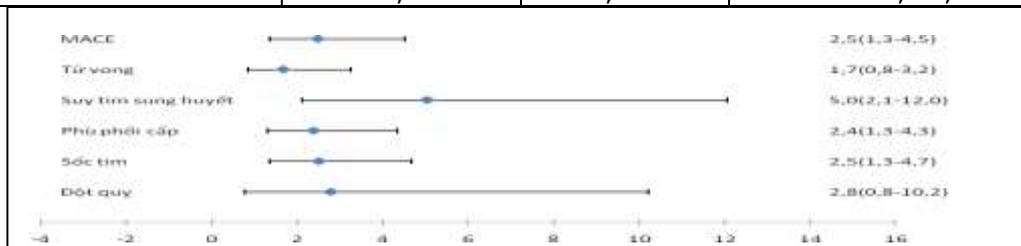
| RN | MACE        | MACE (-) | MACE (+) | Tổng | $\chi^2$ | Giá trị p |
|----|-------------|----------|----------|------|----------|-----------|
|    | RN (-)      | 316      | 196      | 512  | 8,946    | 0,003     |
|    | RN (+)      | 19       | 29       | 48   |          |           |
|    | <b>Tổng</b> | 335      | 225      | 560  |          |           |

Tỷ lệ biến cố tim mạch chính ở nhóm RN là 60,4% so với 38,3% ở nhóm không RN. Có sự liên quan giữa RN và các biến cố tim mạch chính với  $p=0,003$ . Có hai trường hợp tái NMCT đều ở BN nhịp xoang, không tử vong nội viện.

**- Nguy cơ các biến cố tim mạch của BN RN**

**Bảng 7.** Nguy cơ các biến cố tim mạch của BN RN

| Biến cố tim mạch   | OR  | p     | KTC 95%  |
|--------------------|-----|-------|----------|
| Đột quỵ            | 2,8 | 0,124 | 0,8-10,2 |
| Sốc tim            | 2,5 | 0,004 | 1,3-4,7  |
| Phù phổi cấp       | 2,4 | 0,004 | 1,3-4,3  |
| Suy tim sung huyết | 5,0 | 0,000 | 2,1-12,0 |
| Tử vong            | 1,7 | 0,145 | 0,8-3,2  |
| MACE               | 2,5 | 0,004 | 1,3-4,5  |

**Biểu đồ 1.** Nguy cơ các biến cố tim mạch của BN RN

-BN RN có nguy cơ sốc tim gấp 2,5 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,7;  $p=0,004$ .

-BN RN có nguy cơ phù phổi cấp gấp 2,4 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,3;  $p=0,004$ .

-BN RN có nguy cơ suy tim sung huyết gấp 5,0 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 2,1-12,0;  $p=0,000$ .

-BN RN có nguy cơ biến cố tim mạch chính gấp 2,5 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,5;  $p=0,004$ .

## V. BÀN LUẬN

Giá trị tiên lượng nội viện của RN trong NMCT cấp: Nhiều NC nước ngoài chứng minh khởi phát RN trong NMCT cấp là một biến cố lớn, ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của BN; ảnh hưởng

này xảy ra ở BN NMCT có và không có ST chênh lên, bất chấp loại tái tưới máu.

**- Liên quan giữa RN và đột quỵ**

- BN RN có nguy cơ thuyên tắc huyết khối, đặc biệt là đột quỵ.

- Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đột quỵ ở nhóm RN 6,3% không khác biệt với tỷ lệ đột quỵ 2,3% nhóm không RN với  $p=0,129$  tương tự như NC của một số tác giả nước ngoài. Tuy nhiên, thử nghiệm GUSTO-1 với 40891 BN NMCT cấp, trong giai đoạn nội viện, 3,1% BN RN có đột quỵ khác biệt có ý nghĩa so với 1,3% ở nhóm nhịp xoang ( $p=0,0001$ )[4]. Có thể cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn để phát hiện điều này.

**- Liên quan giữa RN và sốc tim, phù phổi cấp và suy tim sung huyết**

- Tỷ lệ sốc tim ở nhóm RN là 37,5% khác biệt với tỷ lệ sốc tim 19,3% ở nhóm không RN với  $p=0,005$ .

- Tỷ lệ phù phổi cấp ở nhóm RN 54,2% khác biệt với tỷ lệ phù phổi cấp 33,2% ở nhóm không RN với  $p=0,007$ .

- Tỷ lệ suy tim sung huyết ở nhóm RN là 87,5% khác biệt với tỷ lệ suy tim sung huyết 58,2% ở nhóm không RN với  $p=0,000$ .

NC của chúng tôi với cỡ mẫu tương đương cũng cho thấy sinh lý bệnh của RN và NMCT cấp, có sự liên quan giữa sốc tim, phù phổi cấp và suy tim sung huyết với RN. Nhiều tác giả đã chứng minh điều này. Tần số thất nhanh và không đều làm tăng nhu cầu tiêu thụ oxygen, đồng thời gây giảm dòng máu mạch vành thì tâm trương. Từ đó, làm tăng thiếu máu thất trái. Mặt khác, cung lượng tim bị giảm do mất co bóp nhĩ, không kiểm soát được tần số thất và mất đồng bộ nhĩ thất. Tất cả cho thấy mối liên quan giữa RN và suy tim trong NMCT cấp.

**- Liên quan giữa RN và tử vong:** Tỷ lệ tử vong nội viện của BNRN thay đổi từ 12,1% đến 36% khi so với chúng (4-17%). Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong ở nhóm RN là 27,1%. Tuy nhiên, tỷ lệ này không khác biệt với tỷ lệ tử vong 18,4% ở nhóm không RN với  $p=0,177$ . Cỡ mẫu chúng tôi là tương đối chưa đủ để phát hiện sự khác biệt. Nhiều NC với cỡ mẫu lớn hơn đã chứng minh RN liên quan đến tử vong nội viện ở BN NMCT cấp. NC Cooperative Cardiovascular Project trên 106780 BN NMCT, tử vong cao hơn ở nhóm RN (25,3% so với 16%)[7]. NC đoàn hệ gồm 40891 BN NMCT cấp của Crenshaw cho thấy tử vong cao hơn ở nhóm RN (lần lượt là 14,3% và 14,9% so với 6,2% và 4,6%)[4]. Nguyên nhân chủ yếu gây tử vong liên quan đến

RN sau NMCT là liên quan đến suy tim, rối loạn nhịp thất và đột quỵ.

**- Liên quan giữa RN và các biến cố tim mạch chính:** Biến cố tim mạch chính được xác định là BN có ít nhất một trong các biến cố tái NMCT cấp, đột quỵ, phù phổi cấp, sốc tim, suy tim sung huyết, tử vong trong thời gian nằm viện. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến cố tim mạch chính ở nhóm RN là 60,4% khác biệt với tỷ lệ biến cố tim mạch chính 38,3% ở nhóm không RN với  $p=0,003$ . Biến cố tim mạch chính là những biến chứng nguy hiểm cho thấy phần nào ảnh hưởng tiên lượng của RN trên dự hậu của BN. RN cũng có thể xem như chỉ điểm xấu của BN NMCT cấp giúp cho bác sỹ chú ý và điều trị tích cực hơn.

**- Nguy cơ các biến cố tim mạch nội viện của BN RN:** BN RN có nguy cơ sốc tim gấp 2,5 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,7;  $p=0,004$ .

- BN RN có nguy cơ phù phổi cấp gấp 2,4 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,3;  $p=0,004$ .

- BN RN có nguy cơ suy tim sung huyết gấp 5,0 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 2,1-12,0;  $p=0,000$ .

- BN RN có nguy cơ biến cố tim mạch chính gấp 2,5 lần so với BN không RN; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,5;  $p=0,004$ .

Thử nghiệm RISK-PCI đã chứng minh vai trò tiên lượng của RN trong sốc tim (OR 8,4; khoảng tin cậy 95% 3,1-9,3); suy tim sung huyết (OR 3,0; khoảng tin cậy 95% 2,1-4,4); tử vong (OR 8,0; khoảng tin cậy 95% 4,9-12,9)[6].

Tuy nhiên, do cỡ mẫu chưa đủ lớn nên chúng tôi không ghi nhận liên quan giữa RN với đột quỵ và tử vong nên các tỷ số chênh các biến cố này của RN không ý nghĩa. Cần thêm NC với cỡ mẫu lớn để có thể phát hiện được vai trò của RN trong tiên lượng bệnh sau NMCT cấp như Mrdovic, Saczynski, và Kinjo đã từng chứng minh[6].

## V. KẾT LUẬN

Giá trị tiên đoán của RN với một số biến chứng và tử vong trong thời gian nằm viện trên BN NMCT cấp:

- Tỷ số chênh sốc tim của RN là 2,5; khoảng tin cậy 95% 1,3 - 4,7;  $p=0,004$ .

- Tỷ số chênh phù phổi cấp của RN là 2,4; khoảng tin cậy 95% 1,3-4,3;  $p=0,004$ .

- Tỷ số chênh suy tim sung huyết của RN là 5,0; khoảng tin cậy 95% 2,1 - 12,0;  $p=0,000$ .

- Tỷ số chênh biến cố tim mạch chính của RN là 2,5; khoảng tin cậy 95% 1,3 - 4,5; p=0,004.

### HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

Cỡ mẫu tương đối nên chưa đánh giá đầy đủ tiên lượng RN, chưa hiệu chỉnh được các yếu tố có thể gây nhiễu lên các tỷ số chênh.

### KIẾN NGHỊ

Cần NC cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn về tiên lượng nội viện.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Trần Linh, Phạm Gia Khải và Nguyễn Lân Việt (2012)**, "Nghiên cứu tình hình rối loạn nhịp tim trong cộng đồng tại một số tỉnh miền bắc Việt Nam", *kỷ yếu hội nghị tim mạch toàn quốc*, lần thứ 12.
2. **Nguyễn Văn Tân (2015)**, "Nghiên cứu sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nội

máu cơ tim cấp ở bệnh nhân trên và dưới 65 tuổi", *Luận án tiến sĩ y học*.

3. **Angeli F, Reboldi G và Garofoli M (2012)**, "Atrial fibrillation and mortality in patients with acute myocardial infarction: a systematic overview and meta-analysis", *Curr Cardiol Rep.* published online 21 July.
4. **Crenshaw BS, Ward SR và Granger CB (1997)**, "Atrial fibrillation in the setting of acute myocardial infarction: the GUSTO-I experience", *JACC* 30(2), pp 406–13.
5. **ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force (2012)**, "Third universal definition of myocardial infarction", *European Heart Journal* 33, pp 2551–2567.
6. **Mrdovic I, Savic L và Krljanac G (2012)**, "Incidence, predictors, and 30-day outcomes of new-onset atrial fibrillation after primary percutaneous coronary intervention: insight into the RISK-PCI trial", *Coron Artery Dis.* 23(1), pp 1-8.
7. **Rathore SS, Berger AK và Weinfurt KP (2000)**, "Acute myocardial infarction complicated by atrial fibrillation in the elderly: prevalence and outcomes", *Circulation.* 101, pp 969-974.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA GIAI ĐOẠN HƯNG CẢM NẶNG CÓ LOẠN THẦN TRONG RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỜNG CỰC

Nguyễn Văn Dũng\*, và cộng sự

### TÓM TẮT

Cho đến nay ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu hệ thống nào về giai đoạn hưng cảm nặng có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét các yếu tố liên quan của giai đoạn hưng cảm nặng có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Phương pháp:** áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ. **Kết quả:** Trong 30 bệnh ở giai đoạn hưng cảm nặng có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực. - Các triệu chứng rối loạn hưng cảm trong giai đoạn sớm thường khởi phát đột ngột, giảm nhu cầu ngủ, khí sắc tăng nhẹ, tăng hoạt động vừa phải, kích thích hoặc giận dữ. Các biểu hiện của giai đoạn toàn phát là: Khí sắc tăng (100%). Nói nhiều (100%). Hoạt động tăng (100%) có thể dẫn tới kích động (67%). Triệu chứng loạn thần gặp phổ biến là hoang tưởng tự cao (73%), hoang tưởng bị truy hại gặp ít hơn (20%). Thời gian tiến triển trung bình của giai đoạn hưng 35,53 ± 18,16 (ngày). Thuyên giảm hoàn toàn sau khi điều trị thích hợp là 67%. Các yếu tố liên sự kiện đời sống là nhân tố thúc đẩy, chiếm tỉ lệ cao nhất: 37%. Bỏ điều trị duy trì đột thấy ở 20% bệnh nhân. Thiếu ngủ chúng tôi thấy ở 23% bệnh nhân. 37% số bệnh nhân không tìm thấy nguyên nhân

trực tiếp thúc đẩy tái phát. **Kết Luận:** giai đoạn hưng cảm nặng có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực chiếm tỷ lệ cao tỉ lệ nữ nhiều hơn nam (2/1). Tuổi khởi phát phần lớn < 30 tuổi (70%). Các triệu chứng hưng cảm thường kết hợp hoặc bị che lấp bởi các triệu chứng của tâm thần phân liệt, Cần được nhận biết để chẩn đoán và điều trị thỏa đáng.

**Từ khóa:** Tâm thần phân liệt, Trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES OF HEAVY WITH MANIC EPISODE PSYCHOSIS IN DISORDER BIPOLAR

So far in Vietnam does not have a systematic research on severe manic episode psychosis in bipolar disorder!. **Objective:** Describe clinical characteristics and comments relating factors of severe manic episode psychosis in bipolar disorder. **Methods:** Description, prospective use of psychological tests support. **Results:** In 30 patients in severe manic episode psychosis in bipolar disorder. - The symptoms of manic disorder in the early stages is often sudden onset, decreased need for sleep, mood slightly, moderately increased activity, irritation or anger. The expression of the full development stages are: Gas sharp increase (100%). Talkative (100%). Activities increase (100%) can lead to agitation (67%). Experiencing psychotic symptoms as delusions common pride (73%), paranoid prosecution met less harm (20%). The average progression time of 35.53 ± 18.16 manic phase (days). Complete remission after appropriate treatment is 67%. Factors associated life events are factors that promote, the highest proportion: 37% Skip extraordinary

\* *Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdrungbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 5.5.2017

maintenance treatment in 20% of patients seen. Lack of sleep we found in 23% of patients. 37% of patients do not find a direct cause of recurrent promote. **Conclusion:** In severe manic episode psychosis in bipolar disorder at high percentage proportion of females than males (2/1). Age of onset mostly <30 years of age (70%). The manic symptoms are often combined or blinded by the symptoms of schizophrenia, should be identified to diagnose and adequately treat.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo Tổ chức Y tế Thế giới. Tỷ lệ mắc RLCXLC là 1,2% trong quần thể dân số chung. Theo ECA tỷ lệ này là 0,4% - 0,8% (tỷ lệ lưu hành 6 tháng) đối với nam và 0,4%-0,9% đối với nữ hơn nữa trong cơ cấu bệnh lý tâm thần, RLCX xếp thứ hai trong số những bệnh tâm thần nặng, chiếm vị trí đáng kể cho bác sĩ nội khoa và y tế cơ sở. [1]

Thực tế ở những bệnh viện tâm thần tuyến cơ sở, hầu như bệnh nhân hưng cảm không được chẩn đoán, hay bị bỏ qua, dẫn đến hơn 65% người bệnh có các biểu hiện hưng cảm mà không được chẩn đoán và điều trị thoả đáng. gây ra tình trạng mãn tính, giảm hoặc mất khả năng lao động và học tập, phải thường xuyên nằm viện. Việc chẩn đoán hưng cảm ở các bệnh nhân gặp rất nhiều khó khăn, do triệu chứng hưng cảm không điển hình mà nổi bật lên hàng đầu là các triệu chứng tâm thần rất phong phú, đa dạng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm của rối loạn hưng cảm ở giai đoạn sớm**

| Biểu hiện sớm                                       |       | (n=30)     |     | P      |
|---|-------|------------|-----|--------|
|   |       | N          | %   |        |
| Giảm nhu cầu ngủ                                    |       | 30         | 100 | > 0,05 |
| Tăng hoạt động                                      |       | 25         | 83  | < 0,05 |
| Tăng nhẹ khí sắc                                    |       | 29         | 97  |        |
| Kích thích hoặc giận dữ (nếu không được thoả mãn)   |       | 18         | 60  | > 0,05 |
| <b>Có các kế hoạch không hiện thực</b>              |       |            |     |        |
| Thay đổi tính cách                                  |       | 8          | 27  | < 0,05 |
| Giảm hiệu suất lao động                             |       | 28         | 93  | > 0,05 |
| Tính chất xuất hiện các triệu chứng sớm             | từ từ | 8          | 27  |        |
|   | nhau  | 22         | 73  |        |
| Thời gian tồn tại triệu chứng sớm trung bình (ngày) |       | 5,5 ± 4,61 |     | < 0,05 |

**Nhận xét:** Giai đoạn sớm các biểu hiện của bệnh nhân chủ yếu là rối loạn giấc ngủ (100%), kích thích, hay thay đổi cảm xúc có đến 97% và thời gian thường là 5,5 đến 10 ngày

**Bảng 2: Biểu hiện thời kỳ toàn phát**

| Triệu chứng                   | (n = 30) |     | P      |
|-------------------------------|----------|-----|--------|
|                               | N        | %   |        |
| Tăng khí sắc:                 | 30       | 100 |        |
| .Vui vẻ, truyền cảm, lạc quan | 18       | 60  | < 0,05 |
| . Kích thích, cáu giận        | 16       | 53  |        |
| . Không ổn định               | 26       | 87  | > 0,05 |
| Khoái cảm                     | 20       | 67  |        |
| Náo động                      | 11       | 37  | > 0,05 |
| Cơn trầm cảm ngắn             | 3        | 10  |        |

Hưng cảm điều trị khác hoàn toàn so với các rối loạn tâm thần khác đặc biệt là điều trị dự phòng các bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng. Trên cơ sở nghiên cứu đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng có loạn thần trong RLCXLC mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của giai đoạn hưng cảm có loạn thần trong RLCXLC.
2. Đánh giá các yếu tố liên quan đến giai đoạn hưng cảm có loạn thần trong RLCXLC.

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

**Đối tượng:** Chúng tôi 63 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là BN TTPL trên 45 tuổi của ICD-10 [1] điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần Bệnh viện Bạch mai, mã bệnh mục F20 thời gian từ tháng 12-2012 đến 12-2014, áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn hồi cứu phân tích thông tin theo chiều dọc quá trình bệnh lý từ tiền sử đến hiện tại của từng trường hợp.

Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu. Chúng tôi có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý để đánh giá mức độ rối loạn tâm thần. Sử dụng thống kê toán học, có sự trợ giúp của phần mềm SPSS 10.5.

|                       |   |        |
|-----------------------|---|--------|
| Cảm xúc thiếu hoà hợp | 0 | < 0,05 |
|-----------------------|---|--------|

**Nhận xét:** Bảng 2 Rối loạn cảm xúc có đến 100% các Bn là hưng phấn và có đến 87% khí sắc không ổn định, và chỉ có 10% bn có biểu hiện trầm cảm.

**Bảng 3: Rối loạn tư duy**

| Triệu chứng                  | (n = 30) |     | P      |
|------------------------------|----------|-----|--------|
|                              | N        | %   |        |
| Nói nhiều                    | 30       | 100 | > 0,05 |
| . Nhu cầu nói                | 26       | 87  |        |
| . Tư duy di tán              | 23       | 77  |        |
| . Khản tiếng                 | 16       | 53  |        |
| Nói rời rạc, không liên quan | 10       | 33  | < 0,05 |
| Nói một mình                 | 0        | 0   |        |
| Mất sự tự phê phán           | 28       | 93  | > 0,05 |
| Tập trung chú ý giảm         | 29       | 97  | > 0,05 |
| Trí nhớ: + Tăng              | 25       | 83  | > 0,05 |
| + Bình thường                | 5        | 17  |        |

**Nhận xét:** Hình thức tư duy rối loạn 100% số bn và có đến 93% mất khả năng tự phê phán, tư duy phi tán 77%

**Bảng 4. Đặc điểm hoạt động và hành vi**

| Triệu chứng  | (n = 30) |     | P      |
|--|----------|-----|--------|
|  | N        | %   |        |
| - Làm nhiều, can thiệp vào mọi việc, đi lại nhiều. | 30       | 100 | < 0,05 |
| - Công kích đe dọa, kích động, vận động.           | 20       | 67  | < 0,05 |
| - Phá hoại vô lý, đánh người bất chợt.             | 0        | 0   | < 0,05 |
| - Tiêu pha quá mức                                 | 22       | 60  |        |
| - Hành vi bốc đồng, khoe khoang                    | 18       | 57  | < 0,05 |
| - Trang phục: + sặc sỡ                             | 17       | 57  | < 0,05 |
| + lố lỉnh, bẩn                                     | 13       | 43  |        |
| - Hành vi dị kỳ                                    | 0        | 0   |        |

**Nhận xét:** 100% số bn có hoạt động nhiều và có đến 67% số bn tấn công người xung quanh

**Bảng 5 Các triệu chứng về bản năng**

| Triệu chứng                  | (n = 30) |     | P      |
|------------------------------|----------|-----|--------|
|                              | N        | %   |        |
| Tỉnh dục tăng                | 15       | 50  | < 0,05 |
| Rối loạn giấc ngủ            | 30       | 100 | > 0,05 |
| Rối loạn ăn uống: - Ăn nhiều | 25       | 83  | < 0,05 |
| - Ăn ít                      | 5        | 17  |        |
| - Uống rượu nhiều            | 10       | 33  |        |
| Trọng lượng cơ thể: giảm     | 15       | 50  | > 0,05 |
| Bình thường                  | 15       | 50  | > 0,05 |

**Nhận xét:** 100% bn mất ngủ và 83% bn có biểu hiện ăn nhiều, chỉ có 17% ăn ít

**Bảng 6. Các triệu chứng loạn thần**

| Triệu chứng             | (n = 30) |    | P      |
|-------------------------|----------|----|--------|
|                         | N        | %  |        |
| Hoang tưởng - Tự cao    | 22       | 73 | < 0,05 |
| - Bị truy hại           | 6        | 20 | > 0,05 |
| - Liên hệ               | 2        | 7  |        |
| - Bị chi phối           | 0        | 0  | < 0,05 |
| - Bị xâm nhập           | 0        | 0  |        |
| - Bị kiểm tra, theo dõi | 0        | 0  |        |
| - Hoang tưởng khác      | 5        | 17 |        |
| Ảo thanh                | 3        | 10 | > 0,05 |
| Ý tưởng nghi bệnh       | 1        | 3  | < 0,05 |

**Nhận xét:** Có đến 73% bn có hoang tưởng tự cao kỳ quái, hoang tưởng liên hệ chỉ có 7% và hoang tưởng nghi bệnh chỉ có 3%

**Bảng 7. Đặc điểm các yếu tố thúc đẩy**

| Các yếu tố                     | N  | %  |
|--------------------------------|----|----|
| Stress và các sự kiện đời sống | 11 | 37 |

|                                  |    |    |
|----------------------------------|----|----|
| Bệnh nội khoa                    | 1  | 3  |
| Thiếu ngủ                        | 7  | 23 |
| Bỏ điều trị duy trì              | 6  | 20 |
| Không rõ nguyên nhân             | 11 | 37 |
| Số bệnh nhân có điều trị duy trì | 17 | 57 |

**Nhận xét:** Có đến 37% số bn tái bệnh khi có các stress cuộc sống, và 57% số bn tái bệnh do bỏ thuốc.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm rối loạn hưng cảm ở giai đoạn sớm

- Ở giai đoạn đầu (bảng 1) Các kết quả nghiên cứu thu được cho thấy biểu hiện sớm nhất về gặp nhiều nhất ở hưng cảm là giảm nhu cầu ngủ, mất ngủ (100%), tiếp theo là sự tăng nhẹ khí sắc (97%), các thay đổi tính cách so với trước đây (93%) và hoạt động tăng ở mức độ vừa phải (85%). Các tỉ lệ thu được trùng với nhận xét của các tác giả [2]

- Về tính chất khởi phát, cho thấy có tới 73% bệnh nhân hưng cảm khởi phát nhanh từ 2-5 ngày, tương đối phù hợp với nhận định của các tác giả [2] là ít thấy ở hưng cảm từ khi khởi phát đến cơn đầy đủ kéo dài quá 1 tuần. Theo các tác giả GY.Hunt, Gadrews & H.Y.Sumich có thể gặp cơn hưng cảm và khởi phát nhanh chóng vài giờ, trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào, có lẽ sự hiểu biết để phát hiện sớm bệnh của gia đình bệnh nhân chưa được đầy đủ, đặt ra cho chúng ta vấn đề nền giáo dục như thế nào trong cộng đồng về bệnh tâm thần.

##### 4.2. Biểu hiện thời kỳ toàn phát

**4.2.1 Rối loạn khí sắc:** Bảng 2. Theo ICD-10, đặc điểm cơ bản phổ biến của hưng cảm là khí sắc tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận định này rất phù hợp: 100% bệnh nhân hưng cảm có khí sắc tăng, nhưng tùy theo quá trình phát triển của bệnh, sự tăng khí sắc biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau:

+ Khí sắc tăng với sự vui vẻ, cởi mở, truyền cảm, lạc quan không mệt mỏi, như mô tả cổ điển của Kraepelin chiếm tới 98%, nhưng theo chúng tôi chỉ có 60%. Kết quả này phù hợp hơn với nhận xét của [3] và nhiều tác giả nghiên cứu sau này là hưng cảm ngày càng ít điển hình như hình ảnh cổ điển.

+ Khi hưng cảm ở mức độ trung bình, bệnh nhân thường ở tình trạng kích thích, cáu gắt. Winokur & cs (1990) thấy triệu chứng này với tỉ lệ 85%, còn Goodwin & Carlson (1990) lại gặp nhiều hơn, tới 100%, kết quả của chúng tôi cho thấy một tỉ lệ thấp hơn nhiều, chỉ có; 53%.

+ Khi khí sắc tăng cao, sự vui vẻ quá mức sống với khoái cảm, chúng tôi thấy ở 67% bệnh nhân, xấp xỉ với kết quả của các tác giả là 71% [4].

+ Khi các triệu chứng nặng dần, sự tăng cao khí sắc biểu hiện bằng tình trạng nao động, gây ra xung quanh bệnh nhân một không khí ồn ào, nao nhiệt, hỗn loạn, chúng tôi có 37% bệnh nhân lâm vào trạng thái này, phù hợp với mô tả của Kaplan & Sadock (1995). Qua các dữ liệu của nhiều nghiên cứu trước đây, ít khi chúng tôi gặp sự mô tả triệu chứng này. Có lẽ sự nao động khi khí sắc tăng cao ngày nay gặp nhiều hơn, do nhiều tác nhân kích thích từ môi trường bên ngoài, làm khác đi hình ảnh hưng cảm cổ điển là sự vui vẻ, truyền cảm.[4]

+ Cơn trầm cảm ngắn trong ngày, thường qua đi nhanh, chúng tôi chỉ thấy ở 10% bệnh nhân, trong khi các tác giả khác lại đưa ra một tỉ lệ khá cao, 68%, có thể những cơn trầm cảm ngắn này khó phát hiện ra trên một nền khí sắc tăng cao, nếu như không khám xét thật kỹ trên lâm sàng.

**4.2.2 Rối loạn tư duy:** Bảng 3- Hình thức rối loạn tư duy phổ biến nhất là nói nhiều. Chúng tôi cũng gặp biểu hiện này ở 100% bệnh nhân hưng cảm, tương tự như kết quả của Kaptan & Sadock (1990) [3]. Bệnh nhân hưng cảm bao giờ cũng có một triệu chứng riêng biệt là nhu cầu nói không cưỡng được, tỉ lệ này của chúng tôi là 87% bệnh nhân, thấp hơn một chút so với nhận xét của Winokur (1990) thấy ở 99% bệnh nhân [4]. Tư duy phi tán, một rối loạn ngôn ngữ đặc trưng của hưng cảm, kết quả hưng cảm của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nhiều tác giả như Carlson & Goodwin (1973), Braden & cs (1981) thấy từ 75-91%. Khi nhịp độ tư duy tăng mạnh, cùng với sự thiếu tập trung cao độ, bệnh nhân nói những câu không hoàn chỉnh, có vẻ như rời rạc, không liên quan. Chúng tôi gặp triệu chứng này với tỉ lệ 33%, phù hợp với mô tả của Kaplan & Sadock (1995) [3]. Giảm khả năng tự phê phán, óc phán đoán, sự nhận thức ở bệnh nhân hưng cảm là triệu chứng khá phổ biến. Chúng tôi thấy triệu chứng này với tỉ lệ 93%, tương tự như kết quả của các tác giả [4.5]. Giảm tập trung chú ý trong quá trình tư duy nông cạn liên tưởng nhanh thấy ở 97% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, phù hợp với kết quả của Kaplan & Sadock là 100%. Chúng tôi thấy 83%

bệnh nhân hưng cảm có sự tăng trí nhớ, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả [3,4,5].

**4.2.3 Rối loạn hoạt động và hành vi:** Bảng 4. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biểu hiện tăng hoạt động như làm nhiều, can thiệp vào mọi việc, đi nhiều, hoạt động không ngừng là triệu chứng phổ biến nhất, thấy với tỉ lệ 100% bệnh nhân hưng cảm, trùng với kết quả của Kaplan & Sadoek. Kích động vận động, công kích, đe dọa, xuất hiện ở 67% bệnh nhân, và ở nam nhiều hơn nữa, kết quả này khá phù hợp với các tác giả [5,6] đưa ra tỉ lệ từ 46-75%. Theo Kaplan & Sadoek, bệnh nhân hưng cảm thường tấn công và đe dọa các nhân vật quan trọng (75%), nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ thấy bệnh nhân hưng cảm đe dọa, đánh lại chính người thân trong gia đình, có lẽ đây là một đặc điểm khác biệt của bệnh nhân hưng cảm ở nước ta.

- Một đặc điểm khá dễ dàng nhận ra ở hưng cảm là sự phung phí tiền bạc quá mức, với tỉ lệ 75% bệnh nhân, gần tương đương với kết quả của Carlson & Goodwin (1973) đưa ra là 69%.

- Theo các tác giả [5,6,7], tăng tình dục với các cử chỉ suồng sã, hành vi và lời lẽ khiêu dâm là một đặc điểm thường gặp ở bệnh nhân hưng cảm, có thể chiếm tỉ lệ tới 80%, trong kết quả của chúng tôi, chỉ có 50% bệnh nhân có triệu chứng này, một tỉ lệ thấp hơn nhiều.

- Ăn nhiều cùng với giảm cảm giác về thức ăn thấy ở nhóm hưng cảm với tỉ lệ 83%, thấp hơn một chút so với kết quả của Winokur & cs (1990) [5] là 90%. Một nửa số bệnh nhân nam, cùng với ăn nhiều là uống rượu nhiều, phù hợp với tỉ lệ 50% bệnh nhân của các tác giả [6,7].

- Mất ngủ, giảm nhu cầu ngủ xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân trong nhóm hưng cảm, tương tự với kết quả của nhiều tác giả khác [6]. Bệnh nhân của chúng tôi cũng có giấc ngủ ngắn trong ngày, 1-2 giờ như các tác giả trên nhận xét.

- Giảm trọng lượng cơ thể, có ở 50% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn so với các tác giả [6] đưa ra là 40% giảm sút cân.

- Trang phục của bệnh nhân hưng cảm trong các mô tả cổ điển của Kraepelin (1921) bao giờ cũng rực rỡ màu sắc, chúng tôi cũng thấy 57% của nhóm hưng cảm đúng với kết quả đó, nhưng bên cạnh đó, bệnh nhân hưng cảm ngày nay còn ăn mặc lôi thôi, bẩn, nhàu nát quần áo do họ quá kích động nên không giữ được lâu các trang phục sặc sỡ lúc đầu, tỉ lệ này là 43%, tương tự với tỉ lệ của các tác giả nghiên cứu gần đây [3,7].

**4.2.4 Các triệu chứng loạn thần:** Bảng 5. Trong nghiên cứu này, hoang tưởng tự cao chiếm tỉ lệ cao nhất (73%), tương tự như nhận xét của Kaplan & Sadoek là 75%, bệnh nhân hưng cảm có hoang tưởng này. Theo các tác giả [3] nội dung hoang tưởng tự cao có 4 loại: khả năng đặc biệt về khoa học, nghệ thuật, phát minh, mình là thành viên một gia đình quan trọng; mình chiếm hữu 1 số tài sản lớn; có một sứ mệnh đặc biệt. Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi lại thấy gặp nhiều nhất là khả năng làm ăn kinh tế, làm giàu, có tài lãnh đạo, chỉ có 1 bệnh nhân tin rằng mình rất giàu có, luôn đòi chia cho mọi người nhiều thứ tưởng tượng. Sự khác nhau về nội dung hoang tưởng thường gặp có lẽ do đặc điểm hoang tưởng tự cao ở hưng cảm thường hay xuất phát từ những vấn đề thực tế.

- Chúng tôi gặp 3 trường hợp, hoang tưởng tự cao, đều ở nữ, nhưng có tính chất kỳ quái, thần bí, thường thì ít gặp ở hưng cảm mà hay thấy ở TTFL, nhưng những hoang tưởng tự cao kì quái này vẫn phù hợp với khí sắc tăng.

- Hoang tưởng bất kỳ của các tác giả [3] gặp với tỉ lệ khá cao: 24-75%, trong khi chúng tôi chỉ gặp có 17%, nhưng đây là loại hoang tưởng ít có giá trị chẩn đoán.

- Áo thanh xuất hiện ở 10% bệnh nhân hưng cảm của chúng tôi, thấp hơn một chút so với kết quả của Kaplan Sadoek (1995); Goodwin Taminson (1990) là 15%.

### 4.3 Những yếu tố thúc đẩy tái phát cơn hưng cảm

- Sự kiện đời sống là nhân tố thúc đẩy đáng chú ý, chiếm tỉ lệ cao nhất: 37%, phù hợp với nhận định của các tác giả [3,7,8] là 27-50%.

- Bỏ điều trị duy trì đột ngột cũng có vai trò thúc đẩy tái phát thấy ở 20% bệnh nhân, nhưng vấn đề này hiện nay còn nhiều tranh cãi, có những bệnh nhân điều trị duy trì đều, nhưng số cơn tái phát từ 2-8 cơn, trong khi có bệnh nhân không điều trị gì, 21 năm mới tái phát lần 2. Nhận xét này rút ra từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều tác giả.

- Thiếu ngủ cũng là một trong các nguyên nhân gây tái phát cơn, chúng tôi thấy ở 23% bệnh nhân, tỉ lệ này thấp hơn của các tác giả [5,6].

- 37% số bệnh nhân không tìm thấy nguyên nhân trực tiếp thúc đẩy tái phát, tương tự như một số tác giả khác nhận xét [3].

## V. KẾT LUẬN

**1. Đặc điểm lâm sàng:** Các triệu chứng rối loạn hưng cảm trong giai đoạn sớm thường là

đột ngột trong 2-5 ngày (73%) khởi phát từ từ trong 1-2 tuần chỉ gặp ở 27% bệnh nhân hưng cảm triệu chứng là sự tăng nhẹ khí sắc (97%), đi lại nhiều (83%) - Giảm nhu cầu ngủ gặp với tỉ lệ cao (100%) - Biểu hiện kích thích, giận dữ gặp ở hưng cảm (68%). Giai đoạn toàn phát: Khí sắc tăng xuất hiện ở 100% bệnh nhân, tình trạng kích thích cấu giận (55%), tăng khí sắc là sự không ổn định, luôn chuyển từ: cực này sang cực kia của cảm xúc, thấy khá phổ biến với tỉ lệ 87%. Khoái cảm xuất hiện khi sự vui vẻ trở nên quá mức 67%, Náo động tăng cao quá mức (37%). Tư duy phi tán xuất hiện, chiếm tỉ lệ 77% ở bệnh nhân hưng cảm, trong đó tư duy phi tán xuất hiện, chiếm tỉ lệ 77% ở bệnh nhân hưng cảm, rối loạn hành vi 100% số bn nghiên cứu. Công kích, đe dọa mọi người, kích động vận động chiếm tỉ lệ 67%, Hành vi bốc đồng, hào phóng với tỉ lệ 60%. Tăng tình dục xuất hiện ở 50% bệnh nhân. Rối loạn giấc ngủ gặp ở 100% bệnh nhân. Rối loạn ăn uống chiếm tỉ lệ 100% bệnh nhân, trong đó 83% là thèm ăn và ăn nhiều. Trọng lượng cơ thể giảm thấy ở 50% bệnh nhân. Hoang tưởng gặp nhiều là hoang tưởng tự cao (73%), hoang tưởng bị hại ít gặp hơn có tỉ lệ 20%, Ao thanh xuất hiện với tỉ lệ thấp ở nhóm bn nghiên cứu: 10%,

**2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:** Trong số các

yếu tố thúc đẩy tái phát, Stress và sự kiện đời sống chiếm tỉ lệ cao (37%) các bn nghiên cứu. Thiếu ngủ chiếm tỷ lệ (23%), bỏ thuốc duy trì chiếm tỷ lệ 20%. Thời gian thuyên giảm trung bình giữa các cơn của bệnh nhân được điều trị duy trì đều là 3 năm, trong khi ở bệnh nhân không điều trị là 2 năm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi.** Tổ chức y tế thế giới Genev 1992, 82-90.
- 2. Kessler J.I.C., Rubinow D.R., Holmes C., Abelson Y.M., Zhao S.** The epidemiology of DSM-III-R bipolar disorders in a general population survey. Psychol-Med 1997; 27:1079-1089
- 3. Kaplan H.I., Sadock B.Y Grebb YA.** Mood disorders synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry. Seventh edition 1994. 516-555.
- 4. Donald W.B, Winokur G, Nasrallah MA.** Effect of psychosis on suicide risk in 1,593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. AMJ psychiatry 1988, 145: 849-5.
- 5. Goodwin F.K.y Jamison K.R.** Clinical description and diagnosis. Manic depressive illness. New York. Oxford university press 1990.22-37.
- 6. Hunt C.Y, Sumich H.Y, Adrews G.** Bipolar disorders. Handbook for the affective disorders. WHO 1995. Vol 3: 45-61.
- 7. Martin JR.L.f Rober UC.Y.** Bipolar mood disorders in the elderly. The psychiatric clinics of north america 1997; Vol 20:57-63.

## ĐÁNH GIÁ CHẢY MÁU TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP NHẪN CẦU TẠI BỆNH VIỆN MẮT ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt\*

### TÓM TẮT

Chấn thương mắt là một cấp cứu thường gặp trong các cấp cứu nhãn khoa, chảy máu tiền phòng có thể tại nhiều vị trí của mống mắt trong chấn thương đụng dập và mang nhiều bệnh cảnh khác nhau [4],[7]. Có những trường hợp đến sớm có trường hợp đến muộn khiến cho bối cảnh lâm sàng khác nhau nhiều. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện. **Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm của chảy máu tiền phòng (CMTP) trong chấn thương đụng dập nhãn cầu và đánh giá khả năng ổn định của CMTP. **Phương pháp:** Mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. Nghiên cứu thực

hiện trên 72 mắt của 72 bệnh nhân từ tháng 07/2012 đến 12/2012 tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng. **Kết quả:** Nam giới có 65 bệnh nhân (90,3%). Tuổi trung bình  $35,36 \pm 10,24$ ; lớn nhất là 82, nhỏ nhất là 5 tuổi. Có rất nhiều nguyên nhân khác nhau và mức độ trầm trọng phụ thuộc vào lực gây chấn thương, mức độ máu chảy trong tiền phòng và việc sơ cấp cứu ở tuyến dưới. **Kết luận:** Chấn thương đụng dập nhãn cầu gây CMTP là chấn thương nặng và đa dạng. Tiên lượng phụ thuộc vào khả năng ngưng máu giác mạc, khả năng tan máu và do tuổi, cơ địa bệnh nhân.

**Từ khóa:** Chấn thương đụng dập nhãn cầu, chảy máu huyết tiền phòng.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF HYPHEMA DUE TO BLUNT TRAUMA AT THE DANANG EYE HOSPITAL

The eye trauma is one of the common urgent cases in ophthalmic emergency, hyphema may occur

\*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2017

Ngày duyệt bài: 8.5.2017

at many locations of the iris in different blunt injuries. Many cases reached soon but remainders were too late. This created the difference from case to case in clinical fields. Therefore the research was conducted on. **Purpose:** Search for characteristics of hyphema in the eyeball blunt trauma and evaluating stabilized ability. **Method:** Prospective description and non-control clinical trial study. The research included 72 eyes of 72 patients, who hospitalized from Jul. 2012 to Dec. 2012 at the Danang Eye Hospital. **Results:** There were 65 male (90,3%). The mean of age were  $35,36 \pm 10,24$ ; the oldest patients aged 82, the youngest aged 5. There were many different causes and severities depending on the power to injury, hyphema level and first aid at the district centers. **Conclusion:** The hyphema due to blunt injuries are severe trauma and multiform. The prognosis depends on the risk of bloody cornea, blood dissolvability, patient age, natured body.

**Key works:** eyeball blunt trauma, hyphema.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Một trong những triệu chứng hay gặp nhất trong chấn thương mắt là chảy máu tiền phòng (CMTP), là một cấp cứu nhãn khoa thông thường nhất. Tai nạn gặp ở nhiều lứa tuổi với nhiều nguyên nhân khác nhau: do tai nạn lao động, do sơ sót hoặc rủi ro trong sinh hoạt, do tai nạn giao thông hoặc do mâu thuẫn quan hệ xã hội, do tệ nạn... Nếu sơ cứu tốt và cấp cứu đúng nguyên tắc thì có thể khôi phục được thị lực. Vấn đề là bệnh nhân có đến sớm hay không, sơ cứu tuyến dưới có đúng hay không. Trước bối cảnh phức tạp này chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá các đặc điểm của chảy máu tiền phòng do chấn thương đụng dập tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng và xem xét khả năng khôi phục thị lực (TL) của mắt chấn thương như thế nào.

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

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới**

| Tuổi             | Nam       |               | Nữ       |             |
|------------------|-----------|---------------|----------|-------------|
|                  | Số lượng  | Tỷ lệ (%)     | Số lượng | Tỷ lệ (%)   |
| < 6 tuổi         | 2         | 4,6%          | 0        | 0,0%        |
| 6-18 tuổi        | 10        | 15,4%         | 0        | 0,0%        |
| 19-40 tuổi       | 33        | 53,8%         | 0        | 0,0%        |
| 41- 60 tuổi      | 14        | 20,0%         | 1        | 14,3%       |
| > 60 tuổi        | 6         | 6,2%          | 6        | 85,7%       |
| <b>Tổng cộng</b> | <b>65</b> | <b>100,0%</b> | <b>7</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Nam chiếm đa số 65/72 = 90,3%. Lứa tuổi lao động và sau 18 tuổi là nhiều nhất. Tuổi học đường gặp 15,4% và chỉ có nam sinh. Nữ gặp chủ yếu ở tuổi hưu trí >60 (85,7% trong số nữ). Tuổi trung bình  $35,36 \pm 10,24$ ; lớn nhất là 82, nhỏ nhất là 5 tuổi

**3.1.2. Nghề nghiệp:** Trẻ em < 6 tuổi: 2 (2,7%); Sinh viên học sinh 9 (12,5%), Hưu trí 6 (8,3%); Công nhân 31 (43,1%); nông dân 23 (31,9%), nghề khác 1 (1,4%).

**3.1.3. Nguyên nhân gây ra chấn thương**

**Bảng 2. Nguyên nhân gây ra chấn thương**

| STT | Nguyên nhân | Nghề nghiệp, công việc |       |         |     |      | SL | Tỷ lệ |
|-----|-------------|------------------------|-------|---------|-----|------|----|-------|
|     |             | <6                     | HS-SV | tuổi LĐ | Hưu | Khác |    |       |

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu bao gồm 72 mắt của 72 bệnh nhân, không có bệnh nhân bị tổn thương hai mắt trong thời gian từ tháng 07/2012 đến 12/2012 tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa**

- Những mắt chấn thương đụng dập không phân biệt tuổi và giới.
- Bệnh nhân vào viện được nhập nội trú tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Kèm đa chấn thương chỉ được sơ cứu tại Bệnh viện Mắt rồi chuyển đi ngay đến chuyên khoa ngoại thần kinh hay ngoại chấn thương do kèm theo các tổn thương toàn thân phức tạp.
- Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Các chấn thương có vết xuyên thủng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

**2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:** Bảng thị lực Landolt, nhãn áp kế Schiotz, sinh hiển vi, dụng cụ soi đáy mắt, dụng cụ vi phẫu thuật, kính hiển vi phẫu thuật, máy siêu âm mắt, máy chụp cắt lớp.

**2.2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Phương pháp xử lý số liệu theo thống kê y học.

**2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:** Có cam kết hợp tác nghiên cứu của bệnh nhân, không gây ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. Đề cương đã được thông qua Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung của BN**

**3.1.1. Tuổi và giới**

|                         |          |          |           |          |          |           |             |
|-------------------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-------------|
| Tai nạn trong sinh hoạt | 0        | 3        | 15        | 3        | 1        | 22        | 30,6%       |
| Tai nạn giao thông      | 0        | 4        | 2         | 0        | 0        | 6         | 8,3%        |
| Mâu thuẫn đánh nhau     | 0        | 2        | 0         | 0        | 0        | 2         | 2,8%        |
| Trò chơi nguy hiểm      | 2        | 0        | 0         | 0        | 0        | 2         | 2,8%        |
| Thiên tai               | 0        | 0        | 3         | 2        | 0        | 5         | 6,9%        |
| Tai nạn trong lao động  | 0        | 0        | 34        | 1        | 0        | 35        | 48,6%       |
| <b>Tổng cộng</b>        | <b>2</b> | <b>9</b> | <b>54</b> | <b>6</b> | <b>1</b> | <b>72</b> | <b>100%</b> |

Ghi chú: Hs-Sv = Học sinh sinh viên; Tuổi LĐ= Tuổi lao động)

**3.1.4 Tình trạng sơ cứu và thời gian đến viện sau chấn thương:** Chia thời điểm đến bệnh viện làm 2 nhóm:

- Trước 24 giờ: có 55 mắt (76,4%)
- Sau 24 giờ: có 17 mắt (23,6)

Tình trạng sơ cứu: có 40 mắt không sơ cứu gì trước khi vào viện (55,6%)

**3.2. Đặc điểm các tổn thương tại mắt:**

**3.2.1. Thị lực lúc vào viện:** Nhóm TL thấp <ĐNT3m: có 33 mắt (40,3%); nhóm ĐNT3m- <3/10: có 28 mắt (29,1%); nhóm 3/10 - 7/10: có 11 mắt (15,3%); không có mắt nào ≥8/10. Có 10 mắt (13,9%) nhãn áp > 25mmHg, còn lại nhãn áp bình thường.

**3.2.2. Các tổn thương kèm theo XHTP**

- Phù giác mạc: 57 mắt (79,1%)
- Xuất huyết kết mạc: 50 mắt (69,4%)

- Các tổn thương khác: 12 mắt (16,7%)

Ghi nhận có những mắt có 2 hay nhiều hơn các tổn thương phối hợp kèm theo.

**3.3. Kết quả điều trị**

- Điều trị nội khoa: 51 mắt (70,8%), nằm tại giường, truyền dịch, các thuốc tan máu tại chỗ và toàn thân, máu tan cơ bản trong vòng 5 ngày. Ngày thứ 6 điều trị nội khoa mà máu còn ở trung tâm nguy có ngấm máu giác mạc thì chuyển sang điều trị ngoại khoa; có 5 mắt (6,9%) rửa hút máu tiền phòng vào ngày thứ 6.

- Điều trị ngoại khoa: 21 mắt (29,2%); trong đó 16 mắt phẫu thuật ngay từ ngày đầu vào viện vì có tổn thương rách mống mắt và vỡ thể thủy tinh.

- Nhãn áp: Sau 2 ngày không còn nhãn áp cao; 100% nhãn áp trở lại bình thường.

**Bảng 3. Thị lực trước và các thời điểm**

| Thị lực     | Khi vào viện |         | Khi ra viện |         | 1 tháng |         | 2 tháng |         |
|-------------|--------------|---------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|
|             | SL           | Tỷ lệ % | SL          | Tỷ lệ % | SL      | Tỷ lệ % | SL      | Tỷ lệ % |
| ST(-)       | 0            | 0       | 0           | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       |
| ST(+)       | 33           | 40,3    | 0           | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       |
| 3m - <3/10  | 28           | 29,1    | 37          | 51,4    | 12      | 17,1    | 10      | 14,5    |
| 3/10 - 7/10 | 11           | 15,3    | 29          | 40,3    | 40      | 57,2    | 41      | 59,4    |
| ≥ 8/10      | 0            | 0       | 6           | 8,3     | 18      | 25,7    | 18      | 26,1    |
| TC          | 72           | 100%    | 72          | 100%    | 70      | 100%    | 69      | 100%    |

(Ghi chú: ĐNT = đếm ngón tay, m = mét; ST = sáng-tối)

- Thời gian nội trú tại bệnh viện: thấp nhất là 2 ngày nhiều nhất là 12 ngày, trung bình 5,32 ± 2,21 ngày. Tất cả các nhóm TL khi vào viện so với lúc ra viện có sự khác biệt đáng kể và có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Khi ra viện có 6 mắt đạt TL cao ≥8/10 và không còn mắt nào có TL <ĐNT 3m

- Sau 1 tháng tái khám lại được 70/72 bệnh nhân thì nhóm TL cao tăng lên còn nhóm TL thấp < 3/10 giảm từ 51,4% xuống còn 17,1%.

Phần lớn bệnh nhân có sự phục hồi thị lực rõ rệt sau 1 tháng điều trị.

## VI. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân chấn thương

**4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới và nghề nghiệp:** Cũng như các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hào và Nguyễn Mạnh Nghĩa [1],[2], nam gặp

nhiều hơn đáng kể so với nữ. Chúng tôi gặp 90,3% nam và 9,7% nữ. Vậy nam có nguy cơ đối mặt với chấn thương mắt thông qua các công việc như trên bảng 2 đã thể hiện, đó là lao động, công việc trong sinh hoạt. Tai nạn gặp theo tuổi được ghi nhận nam có 48 trường hợp < 40 tuổi trong khi nữ không có trường hợp nào. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Kết quả các nghiên cứu trong nước như Đinh Tấn Vinh [3] cũng có kết quả tương tự. Trẻ em < 6 tuổi: 2 (2,7%); sinh viên học sinh 9 (12,5%); hưu trí 6 (8,3%); công nhân 31 (43,1%); nông dân 23 (31,9%), nghề khác 1 (1,4%).

Công việc chính hàng ngày và nghề nghiệp cũng liên quan đến chấn thương, bảng 2 cho thấy tai nạn trong sinh hoạt đời sống chiếm 30,6% nhưng chủ yếu vẫn là tuổi lao động,

trong khi học sinh-sinh viên chỉ có 3 trường hợp. Khi đã về hưu chủ yếu là tai nạn sinh hoạt đời thường không phải lao động chính thống. Thiên tai là tai nạn hàng loạt nhưng vào viện trong thời gian nghiên cứu chỉ có 5 trường hợp là do các nạn nhân đa chấn thương đã vào các bệnh viện đa khoa: hồi sức và khoa ngoại.

**3.1.2 Tình trạng sơ cứu và thời gian đến viện sau chấn thương:** Trong chấn thương ít khi được chuyển đến bệnh viện kịp thời, những trường hợp nặng ngấm máu giác mạc là do đến muộn [4]. Lý do chính là bệnh nhân được tập trung điều trị các vết thương hàm mặt hay nội tạng tại các cơ sở đa khoa mà không chú ý đến mắt có chảy máu tiên phòng. Nếu trong chấn thương xuyên dù thủng bít hay hở thì thời gian được chia ra trước và sau 6 giờ thì trong chấn thương đụng đập chúng tôi chia ra trước và sau 24 giờ như các tác giả nước ngoài [6]. Có đến 23,4% đến muộn sau 24 giờ, trong đó có 2 trường hợp rất nhẹ, chỉ xuất huyết độ 1 bệnh nhân không đến viện ngay, còn lại là nặng nhưng phải điều trị phối hợp chuyên khoa khác.

#### 4.2. Đặc điểm các mắt chấn thương

**4.2.1. Thị lực và nhãn áp:** Thị lực vào viện giảm đáng kể là do máu che khuất vùng quang học. Trong trường hợp đơn thuần chỉ có CMTP thì tiên lượng tốt, có thể 1-2 ngày điều trị nội khoa máu tan hết hoặc mổ hút rửa máu thì TL hồi phục nhanh nhưng khi đứt chân mống mắt thì phải mổ sớm khâu cầm máu chứ không dựa vào điều trị nội khoa nữa.

Nhóm TL thấp <ĐNT3m: có 33 mắt (40,3%); nhóm ĐNT3m-<3/10: có 28 mắt (29,1%); nhóm 3/10 - 7/10 có 11 mắt (15,3%); không có mắt nào  $\geq 8/10$ . Có 10 mắt (13,9%) nhãn áp > 25mmHg, còn lại nhãn áp bình thường.

**4.2.2. Các tổn thương kèm theo CMTP:** Triệu chứng hay gặp nhất và cũng gây cản trở việc đánh giá tổn thương và tiên lượng nhất là phù giác mạc. Chỉ có bệnh nhân đến thật sớm và không bị xước giác mạc thì giác mạc mới còn độ trong suốt, tỷ lệ này là 20,9%. Trong các vết xước hoặc vết thương giác mạc không xuyên thủng gặp ở trung tâm ít hơn, chỉ có 5 trường hợp trong khi ở ngoại tâm 15 trường hợp. Có lẽ do vị trí giải phẫu: ở trung tâm tiên phòng sâu nhất có thủy dịch bảo vệ, còn ở chu biên yếu tố chấn thương tác động ngay vào vị trí gần với chân mống mắt, nơi có vòng động mạch lớn mống mắt nên gây chảy máu nặng hơn [4]. Kết mạc tổn thương dạng rách và xước chiếm đa số (79,1%) là do kết mạc là lớp bảo vệ vòng ngoài

nhất của vỏ nhãn cầu phía trước xung quanh giác mạc. Các tổn thương khác bao gồm: rách mí mắt, bầm phần mềm trên hốc mắt và sống mũi. Có thể có nhiều tổn thương kèm theo với CMTP.

**4.3. Kết quả điều trị:** Rõ ràng kết quả thị lực phụ thuộc rất nhiều vào các tổn thương phối hợp đặc biệt là cơ quan nội nhãn: mống mắt, thể thủy tinh, buồng dịch kính, tình trạng giác mạc... nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 8,3% TL phục hồi ở mức cao  $\geq 8/10$  khi ra viện. Có lẽ chúng tôi thiên về điều trị phẫu thuật sớm.

So sánh kết quả lúc ra viện và sau 1 tháng điều trị thì có sự khác biệt các nhóm TL với  $p < 0,05$ . Nhưng so kết quả sau 1 tháng với sau 2 tháng bằng các thuật toán tính Chi bình phương, ta có  $p > 0,05$  cho các nhóm TL. Từ đây chúng tôi nghĩ rằng thị lực bắt đầu ổn định sau 1 tháng, không cần đến 2 tháng như nghiên cứu của Phan Văn Năm và Đoàn Minh Hiếu [5].

Có 10 mắt (13,9%) nhãn áp > 25mmHg, còn lại nhãn áp bình thường. Chúng tôi có xu hướng điều trị phẫu thuật sớm và kết hợp với điều trị nội khoa sau đó. Quan điểm này khác với trước kia là điều trị nội khoa không đỡ mới chuyển sang điều trị ngoại khoa.

## V. KẾT LUẬN

- Nam giới chiếm đa số với 90,3%, nữ 9,7%
- Tổn thương kèm theo đa số là giác mạc trong đó phần lớn là phù giác mạc (79,1%) và xuất huyết kết mạc (69,4%).
- Thị lực phục hồi và ổn định sau 01 tháng.
- Xu hướng phẫu thuật sớm mang lại nhiều thành công.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hào, Nguyễn Văn Trinh (2001), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và biến chứng của XHTP trong chấn thương mắt tại BVTW Huế", *Luận án tốt nghiệp bác sỹ đa khoa*, Trường ĐHYD Huế.
2. Nguyễn Mạnh Nghĩa (2005), "Nhận xét đặc điểm chấn thương mắt điều trị tại khoa mắt Bệnh viện đa khoa Thái Bình trong 3 năm 2000 -2002", *Tạp chí nhãn khoa số 3/2005*, trang 26.
3. Đinh Tuấn Vinh (2004), "Nhận xét tình hình vết thương xuyên nhãn cầu tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2003". Luận văn Tốt nghiệp đại học, Trường Đại học Y Hà Nội
4. Hà Huy Tài (2000), *Cầm nang nhãn khoa thực hành*, NXB Y học, Hà Nội, trang 110
5. Phan Văn Năm, Đoàn Minh Hiếu (2006), "đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị xhtp do chấn thương đụng đập nhãn cầu tại khoa mắt bệnh viện trung ương Huế", *tạp chí nhãn khoa số 2*, 2006, pp 23.

6. Schmidt G.W., Broman A.T., Hindman H.B, (2008), "Vision survival after open globe injury predicted by classification and regression tree analysis", *Ophthalmology*, pp115-202.
7. Soylu M., Sizmaz S., Cayli S., (2010), "Eye injury (ocular trauma) in southern Turkey: epidemiology, ocular survival, and visual outcome". *Int Ophthalmol*, 30, pp:143 - 148.

## ĐẶC ĐIỂM CHỈ SỐ NHÂN CHIA KI67 TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TIỀN PHẪU UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ

Lê Phong Thu<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Thủy<sup>1</sup>, Tạ Văn Tò<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sự bộc lộ Ki67 phản ánh hoạt động tăng sinh của khối u. Tác động của hóa chất điều trị lên tế bào u làm thay đổi sự bộc lộ Ki67. **Mục tiêu:** tìm hiểu sự thay đổi chỉ số nhân chia Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu trên bệnh phẩm sinh thiết lõi kim và bệnh phẩm phẫu thuật. **Đối tượng, phương pháp:** Mô tả tiến cứu trên 129 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú được điều trị hóa chất tiền phẫu. **Kết quả:** Trước điều trị chủ yếu Ki67 ở mức cao >14% chiếm tỷ lệ 72,1%. Sau điều trị Ki67 bộc lộ thấp ≤ 14% chiếm tỷ lệ nhiều hơn là 55%. Trung bình chỉ số Ki67 trước điều trị là 36 ± 25%, sau điều trị giảm còn 23 ± 24%. Có 54 trường hợp (54%) không thay đổi mức độ bộc lộ Ki67. Có 36 trường hợp (36%) giảm mức độ bộc lộ Ki67 sau điều trị hóa chất. Tuy nhiên, sự thay đổi của Ki67 trước và sau điều trị không có ý nghĩa với p=0,09. Đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn cao nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 cao (29%), thấp nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 thấp ≤ 14% (19,4%), p=0,3. **Kết luận:** Có sự thay đổi chỉ số Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu trên bệnh phẩm sinh thiết kim và bệnh phẩm phẫu thuật.

**Từ khóa:** Ung thư vú, hóa chất tiền phẫu, Ki67.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTIC OF KI67 EXPRESSIONS BEFORE AND AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN BREAST CANCER

**Background:** Ki67 expressions is reflex the activities of tumor cells. The chemotherapy causes the changes in Ki67 expression. **Object:** Find out the changes of Ki67 expression pre- and post-neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. **Patients and method:** Prospective observation, 129 patients breast cancer, following neoadjuvant chemotherapy. **Results:** Before chemotherapy, most of cases are high Ki67 expression (>14%) 72,1%. After chemotherapy most of cases are low Ki67 expression (≤ 14%) 55%. Means of Ki67 before treatment is 36 ± 25%, this number reduced after treatment (23 ± 24%). There are 54 cases (54%) have no changes of Ki67 expression, 36 cases reduce Ki67 after chemotherapy. However, the changes of Ki67 before and after chemotherapy have no significant with p = 0,09. The rate of pathological complete response is highest in high Ki67 expression group (29%), lowest in low Ki67 expression group (19,4%), p=0,3 **Conclusion:**

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

<sup>2</sup>Bệnh viện K Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phong Thu

Email: phongthudhytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

There are differences in Ki67 expression between pre- and post- neoadjuvant chemotherapy specimens.

**Keywords:** breast cancer, neoadjuvant chemotherapy, Ki67.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự tăng sinh tế bào là một đặc tính quan trọng đối với các bệnh ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng. Hoạt động tăng sinh của các khối u khác nhau được đánh giá bằng phương pháp hóa mô miễn dịch với kháng nguyên đặc biệt Ki67. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy giá trị tiên lượng của Ki67 đối với ung thư vú. Khối u có chỉ số Ki67 cao có tiên lượng xấu, chỉ số Ki67 cao trên bệnh phẩm ung thư vú đáp ứng không hoàn toàn cũng là một yếu tố tiên lượng xấu. Tuy nhiên, chỉ số Ki67 cao lại cho kết quả đáp ứng tốt với hóa chất điều trị [6,7].

Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy tác động của hóa chất điều trị làm biến đổi đặc tính sinh học của khối u, làm thay đổi sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch. Sự thay đổi đó có liên quan đến thời gian sống của bệnh nhân. Chính vì vậy, các nhà nghiên cứu đều cho rằng sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch này cần được đánh giá lại trên bệnh phẩm phẫu thuật. Một trong số các dấu ấn miễn dịch có sự thay đổi là chỉ số tăng sinh nhân Ki67. Ở những bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị hóa chất tiền phẫu, sự bộc lộ Ki67 có thể thấp hơn trên tế bào u còn lại trên bệnh phẩm phẫu thuật sau điều trị hóa chất so với trước điều trị. Thật vậy, có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự bộc lộ ki67 giảm thường gặp ở những trường hợp đáp ứng tốt với điều trị nội tiết và hóa chất [1].

Tại Việt Nam, những nghiên cứu đánh giá sự thay đổi chỉ số tăng sinh nhân Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu chưa nhiều và thực tế có tương tự như các nghiên cứu ngoài nước hay không. Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định sự khác nhau về bộc lộ chỉ số nhân chia Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu trên bệnh phẩm sinh thiết lõi kim và bệnh phẩm phẫu thuật.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu bao gồm 129 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú được điều trị hóa chất tiền phẫu tại Bệnh viện K từ tháng 11/2013 đến tháng 7/2016. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đầy đủ bệnh

phẩm sinh thiết lõi kim, bệnh phẩm sau mổ, tất cả được nhuộm hóa mô miễn dịch với Ki67.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu.

### Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học: Tuổi, giai đoạn, kích thước u, loại mô bệnh học, độ mô học. Đặc điểm hóa mô miễn dịch trên bệnh phẩm sinh thiết lõi kim với Ki67.

- Nghiên cứu đáp ứng mô bệnh học trên bệnh phẩm phẫu thuật sau điều trị hóa chất tiền phẫu theo hệ thống phân loại đáp ứng của Hiệp Hội ung thư vú Nhật Bản 2007 [4],

- Đánh giá Ki67: Sử dụng kháng thể đơn dòng MIB5 của hãng Dako, tỷ lệ pha loãng 1/150. Chỉ số tăng sinh nhân Ki67 được tính bằng tỷ lệ phần

trăm nhân tế bào bắt màu nhuộm trên tổng số tế bào ác tính. Chúng tôi lấy mốc 14% là giới hạn điểm dương tính cao và thấp theo hội nghị đồng thuận St Galen 2013 [2]. Tỷ lệ phần trăm bộc lộ Ki67 được xác định trong 10 vi trường ở độ phóng đại 400 lần.

**2.3. Xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, theo chương trình EPI-INFO 7.2.1.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Mẫu nghiên cứu là bệnh phẩm sinh thiết, bệnh phẩm phẫu thuật ung thư vú, các xét nghiệm này cũng nằm trong quy trình xét nghiệm được thực hiện tại Bệnh viện K nhằm nâng cao kết quả điều trị.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học trước điều trị**

| Một số đặc điểm     |                 | Số lượng (129) | Tỷ lệ % |
|---------------------|-----------------|----------------|---------|
| Tuổi                | Tuổi trung bình | 48,5 ± 11,4    |         |
|                     | <50             | 61             | 47,3    |
|                     | ≥50             | 68             | 52,7    |
| Giai đoạn           | II              | 18             | 13,9    |
|                     | III             | 111            | 86,1    |
| Kích thước u        | ≤5cm            | 67             | 51,9    |
|                     | >5cm            | 62             | 48,1    |
| Loại mô học         | Ổng xâm nhập    | 111            | 86,1    |
|                     | Khác            | 18             | 13,9    |
| Độ mô học           | ĐỘ 1            | 8              | 6,2     |
|                     | ĐỘ 2            | 115            | 89,1    |
|                     | ĐỘ 3            | 6              | 4,7     |
| Đáp ứng mô bệnh học | ĐỘ 0            | 24             | 18,6    |
|                     | ĐỘ 1            | 45             | 34,9    |
|                     | ĐỘ 2            | 26             | 20,1    |
|                     | ĐỘ 3            | 34             | 26,4    |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 48,5 ± 11,4. Chủ yếu bệnh nhân nghiên cứu ở giai đoạn III. Kích thước u trung bình 6,2 ± 3,2cm. Chủ yếu gặp ung thư biểu mô thể ống xâm nhập (86,1%). Độ mô học chủ yếu là độ 2 (89,1%). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (bao gồm cả trường hợp còn thành phần nội ống) là 26,4%, đáp ứng không hoàn toàn 73,6%.

**Bảng 2. Đặc điểm chỉ số nhân chia trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu**

| Đặc điểm Ki67 | Trước điều trị |      | Sau điều trị |    |
|---------------|----------------|------|--------------|----|
|               | SL             | %    | SL           | %  |
| Thấp (≤ 14%)  | 36             | 27,9 | 55           | 55 |
| Cao (>14%)    | 93             | 72,1 | 45           | 45 |
| <b>Tổng</b>   | <b>129</b>     |      | <b>100</b>   |    |

**Nhận xét:** Chỉ số Ki67 có sự thay đổi trước và sau điều trị. Trước điều trị chủ yếu Ki67 ở mức cao >14% chiếm tỷ lệ 72,1%. Sau điều trị Ki67 bộc lộ thấp ≤ 14% chiếm tỷ lệ nhiều hơn là 55%. Trung bình chỉ số Ki67 trước điều trị là 36 ± 25%, sau điều trị giảm còn 23 ± 24%.

**Bảng 3. Thay đổi Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu**

| Chỉ số Ki67 trước điều trị | Chỉ số Ki67 sau điều trị |           |           |           | Tổng       |    |
|----------------------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|----|
|                            | Thấp                     |           | Cao       |           |            |    |
|                            | SL                       | %         | SL        | %         | SL         | %  |
| Thấp                       | 19                       | 65,5      | 10        | 20,7      | 29         | 29 |
| Cao                        | 36                       | 50,7      | 35        | 52,6      | 71         | 71 |
| <b>Tổng</b>                | <b>55</b>                | <b>55</b> | <b>45</b> | <b>45</b> | <b>100</b> |    |

**Nhận xét:** Có 54 trường hợp không thay đổi mức độ bộc lộ Ki67. Còn lại có 10 trường hợp tăng, 36 trường hợp giảm mức độ bộc lộ Ki67 sau điều trị hóa chất. Tuy nhiên, sự thay đổi của Ki67 trước và sau điều trị không có ý nghĩa với  $p=0,09$ .

**Bảng 4. Liên quan giữa bộc lộ Ki67 trước điều trị và đáp ứng mô bệnh học**

| Chi số Ki67 | Đáp ứng mô bệnh học |             |           |             |           |             |           |             | Tổng       |      |
|-------------|---------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------|
|             | Độ 0                |             | Độ 1      |             | Độ 2      |             | Độ 3      |             |            |      |
|             | SL                  | %           | SL        | %           | SL        | %           | SL        | %           | n          | %    |
| Thấp        | 6                   | 16,7        | 17        | 47,2        | 6         | 16,7        | 7         | 19,4        | 36         | 27,9 |
| Cao         | 18                  | 19,4        | 28        | 30,1        | 20        | 21,5        | 27        | 29          | 93         | 72,1 |
| <b>Tổng</b> | <b>24</b>           | <b>18,6</b> | <b>45</b> | <b>34,9</b> | <b>26</b> | <b>20,1</b> | <b>34</b> | <b>26,4</b> | <b>129</b> |      |

**Nhận xét:** Đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn cao nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 cao (29%), thấp nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 thấp  $\leq 14\%$  (19,4%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,3$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Mặc dù có nhiều nghiên cứu chỉ ra giá trị tiên lượng của Ki-67 trong ung thư vú, nhưng số lượng các nghiên cứu sau điều trị hóa chất tiên phẫu vẫn còn hạn chế. Trong một nghiên cứu hồi cứu Ki-67 trước và sau điều trị HCTP cho thấy Ki-67 là yếu tố dự đoán tốt nhất đối với tỷ lệ sống toàn bộ khi so sánh với các dấu ấn sinh học khác bao gồm Ki-67, ER, PR, Her2 trên bệnh nhân UTV. Nghiên cứu của Neubauer và CS cho thấy trung bình chỉ số Ki67 giảm từ 30% trước điều trị xuống còn 13% sau điều trị ( $p<0,01$ ), liên quan có ý nghĩa với đáp ứng mô bệnh học sau điều trị HCTP [6]. Matsubara và CS [5] báo cáo kết quả tỷ lệ phần trăm tế bào dương tính với Ki67 thay đổi trước và sau điều trị là yếu tố tiên lượng độc lập (theo dõi 56 tháng) khi xét nghiệm dấu ấn miễn dịch với Ki67 qua sinh thiết kim và bệnh phẩm mổ sau điều trị hóa chất ở 385 trường hợp. Nghiên cứu của Jin và CS năm 2015 [3] nghiên cứu trên 2 nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ hóa chất khác nhau. Nhóm 1 có 54,3% bệnh nhân có thay đổi Ki67. Nhóm 2 có 70,6% thay đổi Ki67.

Cũng như các nghiên cứu trên, nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 2,3) cho thấy có sự thay đổi bộc lộ Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiên phẫu. Kết quả trung bình Ki67 trước điều trị là  $36 \pm 25\%$ , sau điều trị giảm còn  $23 \pm 25\%$ . Có 54 trường hợp không thay đổi mức độ bộc lộ Ki67. Còn lại có 10 trường hợp tăng, 36 trường hợp giảm mức độ bộc lộ Ki67 sau điều trị hóa chất. Như vậy, sau điều trị hóa chất phần lớn các trường hợp còn tế bào u trên bệnh phẩm phẫu thuật có tỷ lệ bộc lộ chỉ số Ki67 giảm so với trên bệnh phẩm sinh thiết trước điều trị. Tuy nhiên, sự thay đổi của Ki67 trước và sau điều trị không có ý nghĩa với  $p=0,09$ .

Đánh giá chỉ số Ki-67 có ý nghĩa đối với những bệnh nhân được lựa chọn điều trị hóa chất tiên phẫu vì có giá trị tiên lượng, thể hiện

sự đáp ứng với điều trị hóa chất. Trong một số nghiên cứu trước đây đã cho thấy những trường hợp đáp ứng tốt với điều trị hóa chất tiên phẫu có tỷ lệ bộc lộ Ki67 ở mức cao[1]. Tương tự, nghiên cứu của Nishimura và CS cho rằng, giá trị Ki67 trước điều trị HCTP là yếu tố dự đoán mạnh đối với hiệu quả điều trị. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy đáp ứng mô bệnh học liên quan có ý nghĩa với giá trị Ki67 khi phân tích đa biến. Sự bộc lộ Ki67 cao có liên quan đến tỷ lệ đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn. Những bệnh nhân có tăng sinh tế bào cao ( $Ki67>25\%$ ) được khuyến khích điều trị hóa chất tiên phẫu [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4) cho thấy đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn cao nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 cao (29%), thấp nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 thấp  $\leq 14\%$  (19,4%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,3$ . Như vậy, cũng giống như một số nghiên cứu trên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ bộc lộ Ki67 trước điều trị cao, điều trị hóa chất có hiệu quả nhưng chưa đạt được đến mức có ý nghĩa. Có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau cũng như phác đồ điều trị hóa chất tiên phẫu khác nhau. Do hạn chế về thời gian nghiên cứu, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa đánh giá được ý nghĩa của bộc lộ Ki67 trước và sau điều trị hóa chất tiên phẫu với thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ.

#### V. KẾT LUẬN

Dưới tác động của hóa chất điều trị, sự bộc lộ của chỉ số tăng sinh nhân Ki67 có sự thay đổi trước và sau điều trị tương ứng trên bệnh phẩm sinh thiết kim và bệnh phẩm phẫu thuật.

Chỉ số trung bình Ki67 trước điều trị là  $36 \pm 25\%$ , sau điều trị giảm còn  $23 \pm 25\%$ . Sự thay đổi của Ki67 trước và sau điều trị không có ý nghĩa với  $p=0,09$ . Liên quan giữa đáp ứng mô bệnh học và sự bộc lộ chỉ số Ki67 trước điều trị cho thấy đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn cao

nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 cao (29%), thấp nhất ở nhóm có chỉ số Ki67 thấp  $\leq 14\%$  (19,4%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,3$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Assersohn, L., et al. (2003), "Studies of the potential utility of Ki67 as a predictive molecular marker of clinical response in primary breast cancer", *Breast Cancer Res Treat.* 82(2), pp. 113-23.
2. Curigliano, G., et al. (2013), "Highlights from the 13th St Gallen International Breast Cancer Conference 2013. Access to innovation for patients with breast cancer: how to speed it up?", *Ecancermedalscience.* 7, p. 299.
3. Jin, G., et al. (2015), "Evaluation of biomarker changes after administration of various

- neoadjuvant chemotherapies in breast cancer", *Int J Clin Exp Pathol.* 8(1), pp. 914-21.
4. Kurosumi, M., et al. (2008), "Histopathological criteria for assessment of therapeutic response in breast cancer (2007 version)", *Breast Cancer.* 15(1), pp. 5-7.
  5. Matsubara, N., et al. (2013), "Different prognostic significance of Ki-67 change between pre- and post-neoadjuvant chemotherapy in various subtypes of breast cancer", *Breast Cancer Res Treat.* 137(1), pp. 203-12.
  6. Neubauer, H., et al. (2008), "Changes in tumour biological markers during primary systemic chemotherapy (PST)", *Anticancer Res.* 28(3B), pp. 1797-804.
  7. Nishimura, R., et al. (2010), "Clinical significance of Ki-67 in neoadjuvant chemotherapy for primary breast cancer as a predictor for chemosensitivity and for prognosis", *Breast Cancer.* 17(4), pp. 269-75.

## ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG, QUÊN VÀ CO GIẬT Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN PHÂN LY LỨA TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Nguyễn Văn Tuấn\*, Trần Thị Thu Hà\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn vận động, quên và co giật ở bệnh nhân rối loạn phân ly tuổi vị thành niên. **Đôi tượng:** chúng tôi chọn 45 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn phân ly tại Viện sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2014 – 8/2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Sau 1 năm nghiên cứu chúng tôi thu được một số kết quả như sau: Tỷ lệ triệu chứng tâm thần (quên phân ly) chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,4%; nhóm triệu chứng vận động phân ly chiếm 29,9%; 42,2% bệnh nhân có triệu chứng co giật phân ly. **Kết luận:** Bệnh cảnh lâm sàng rối loạn phân ly lứa tuổi vị thành niên đa dạng, phức tạp với các triệu chứng vận động, co giật chiếm tỷ lệ cao, trong khi đó biểu hiện quên gặp với tỷ lệ thấp.

**Từ khóa:** quên phân ly, triệu chứng vận động, co giật phân ly, rối loạn phân ly

### SUMMARY

#### THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF DISSOCIATIVE MOVEMENTS, DISSOCIATIVE AMNESIA, DISSOCIATIVE SEIZURE IN ADOLESCENTS

**Objective:** Describe the clinical characteristics of dissociative movements, dissociative amnesia, dissociative seizure in adolescents. **Subjects:** We selected 45 patients were diagnosed dissociative disorders at National institute of Mental Health – Bach

Mai hospital during September 2014 to August 2015.

**Methods:** The cross-sectional descriptive. **Results:** After one year, we obtained some results: the rate of psychiatry symptom (amnesia) was lowest (4.4%), the figure of motor functional symptoms were 29.9%, 42.2% patients had dissociative amnesia. **Conclusion:** clinical picture of dissociative disorders in adolescents is complex, various with motor functional symptoms, seizure is common, the figure of dissociative amnesia is low.

**Key word:** dissociative amnesia, dissociative movements, dissociative seizure, dissociative disorders.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1992), Rối loạn phân ly là tình trạng mất một phần hay hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa trí nhớ, quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp và sự kiểm soát vận động của cơ thể. Tỷ lệ rối loạn phân ly có sự thay đổi do chịu ảnh hưởng của các nền văn hóa khác nhau.

Bệnh cảnh lâm sàng của rối loạn phân ly rất đa dạng, biểu hiện bằng nhiều loại triệu chứng, từ các triệu chứng tâm thần đến các triệu chứng cơ thể. Vì vậy đã tạo ra không ít những khó khăn và nhầm lẫn trong quá trình chẩn đoán giữa triệu chứng cơ thể và thực thể dẫn đến điều trị kém hiệu quả, làm cho bệnh trở thành mạn tính. Có khoảng 8,4% bệnh nhân rối loạn phân ly đã được chẩn đoán nhầm. Trong các triệu chứng của rối loạn phân ly các triệu chứng vận động, quên và co giật là các triệu chứng thường gặp trên lâm sàng.

Rối loạn phân ly gặp ở nhiều lứa tuổi, song có nhiều trường hợp ở lứa tuổi vị thành niên. Đây là

\* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: nvtuannimhvn@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

giai đoạn hoạt động tâm sinh lý nổi bật, hoạt động nhận thức cũng phát triển không ngừng. Hơn nữa, đời sống cảm xúc lứa tuổi này phong phú và đa dạng. Trước những ảnh hưởng của môi trường không thuận lợi, những người ở lứa tuổi này thường phải đối mặt với nhiều áp lực trong cuộc sống, dễ dẫn đến những cảm xúc hành vi không phù hợp, trong đó có rối loạn phân ly. **Mục tiêu nghiên cứu:** *Mô tả đặc điểm lâm sàng quên, rối loạn vận động và cơ giết*

*phân ly ở lứa tuổi vị thành niên điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia.*

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 45 bệnh nhân ở lứa tuổi vị thành niên từ 11 đến 19 tuổi được chẩn đoán xác định rối loạn phân ly theo ICD-10, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần trong thời gian 9/2014 đến 8/2015.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**III. KẾT QUẢ**

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

| Đặc điểm                               | Giá trị    |
|--|------------|
| Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)      | 16,3 ± 2,1 |
| Giới (Nam)                             | 10 (22,2%) |
| Giới (nữ)                              | 35 (77,8%) |
| Môi trường sống (nông thôn)            | 30 (66,7%) |
| Môi trường sống (thị trấn)             | 4 (8,9%)   |
| Trình độ học vấn (trung học cơ sở)     | 28 (62,2%) |
| Trình độ học vấn (trung học phổ thông) | 7 (15,6%)  |

**Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng quên phân ly**

| Đặc điểm  | Số bệnh nhân   | Tỉ lệ % |
|-----------|----------------|---------|
| Diễn biến | Quên liên tục  | 0       |
|           | Quên từng cơn  | 2       |
| Tính chất | Quên toàn bộ   | 0       |
|           | Quên chọn lọc  | 2       |
| Ám thị    | Hiệu quả       | 2       |
|           | Không hiệu quả | 0       |

Nghiên cứu có duy nhất 2 bệnh nhân (4,4%) có triệu chứng tâm thần là quên phân ly với đặc điểm quên xảy ra thành cơn, quên chọn lọc các sự kiện liên quan đến sang chấn tâm lý và thuyên giảm khi sử dụng liệu pháp tâm lý ám thị.

**Bảng 3: Đặc điểm triệu chứng vận động phân ly**

| Triệu chứng | Đặc điểm       | Số bệnh nhân    | Tỉ lệ % |
|-------------|----------------|-----------------|---------|
| Liệt        | Vị trí liệt    | Hai chân        | 4       |
|             |                | Tứ chi          | 1       |
|             | Diễn biến liệt | Liên tục        | 1       |
|             |                | Thành cơn       | 4       |
|             | Tính chất      | Hoàn toàn       | 5       |
|             |                | Không hoàn toàn | 0       |
| Run         | Diễn biến      | Liên tục        | 1       |
|             |                | Từng cơn        | 4       |
|             | Biên độ        | Trung bình      | 3       |
|             |                | Nặng            | 2       |
|             | Tính chất      | Lặp lại         | 5       |
|             |                | Thay đổi        | 0       |
|             | Vị trí         | Chân            | 2       |
| Nửa người   |                | 1               |         |
| Toàn thân   |                | 1               |         |
| Mất tiếng   | Tính chất      | Chọn lọc từ     | 4       |
|             |                | Tất cả các từ   | 0       |
|             | Diễn biến      | Liên tục        | 2       |
|             |                | Từng cơn        | 2       |

Trong nhóm triệu chứng vận động phân ly 5 (11,1%) bệnh nhân có triệu chứng liệt vận động, trong đó 4 bệnh nhân liệt 2 chân và 1 bệnh nhân liệt tứ chi. 100% bệnh nhân có tính chất liệt hoàn toàn, biểu hiện thành cơn. 5 (11,1%) bệnh nhân có triệu chứng run cơ với tính chất lặp lại, 4 bệnh nhân biểu hiện run thành cơn, mức độ trung bình đến nặng, vị trí run thay đổi khác nhau. 4 bệnh nhân có biểu hiện mất tiếng chiếm 8,9% với tính chất mất tiếng hoàn toàn, 2 bệnh nhân biểu hiện từng lúc, 2 bệnh nhân biểu hiện mất tiếng liên tục.

**Bảng 4: Đặc điểm triệu chứng cơ giật phân ly**

| Đặc điểm                  |               | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|---------------------------|---------------|--------------|---------|
| Vị trí cơ giật            | Tay           | 8            | 42,1    |
|                           | Nửa người     | 1            | 5,3     |
|                           | Toàn thân     | 10           | 52,6    |
| Tính chất                 | Lặp lại       | 18           | 94,7    |
|                           | Thay đổi      | 1            | 5,3     |
| Rối loạn ý thức           | Không         | 19           | 100     |
|                           | Có            | 0            | 0       |
| Vận động mắt              | Hấp háy       | 19           | 100     |
|                           | Không hấp háy | 0            | 0       |
| Liên qua sang chẩn tâm lý | Có            | 19           | 100     |
|                           | Không         | 0            | 0       |

Trong nghiên cứu có 19 bệnh nhân (42,2%) có triệu chứng cơ giật phân ly với tính chất cơn xuất hiện đều liên quan đến sang chấn tâm lý. Đặc điểm cơn cơ giật phân ly được mô tả với vị trí cơ giật đa dạng, phần lớn cơ giật toàn thân. Trong cơn cơ giật phân ly bệnh nhân không có rối loạn ý thức, mắt nhắm nhưng hấp háy.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 17-19 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%, bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 11-13 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,9%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,3, nhưng tuổi khởi phát các triệu chứng sớm hơn là 15,9. Tỉ lệ nữ/nam là 3,5/1. Bệnh nhân đến từ nông thôn chiếm đa số 66,7%, bệnh nhân sống ở thị trấn chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,9%. Bệnh nhân có trình độ trung học cơ sở 62,2% chiếm tỷ lệ cao nhất, bệnh nhân có trình độ trung học phổ thông ít gặp nhất 15,6%.

**4.2. Đặc điểm triệu chứng quên phân ly:** Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân được chẩn đoán sẵn sàng phân ly, trốn nhà phân ly, chỉ có 4,4% bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện quên phân ly với đặc điểm xuất hiện đột ngột, xảy ra từng cơn và quên chọn lọc những nội dung liên quan đến sang chấn tâm lý, nội dung thay đổi khác nhau.

Nghiên cứu quên phân ly cũng được tiến hành cho thấy quên phân ly hầu hết là quên ngược chiều, hiếm gặp quên thuận chiều, quên liên quan trực tiếp yếu tố sang chấn tâm lý và không có tổn thương thực thể trên lâm sàng, cận lâm sàng. Quên phân ly cải thiện rõ rệt sau khi được điều trị bằng phương pháp tâm lý cũng như thuốc chống trầm cảm. Bệnh nhân phân ly quên các sự việc có liên quan đến sang chấn tâm

lý như một hình thức né tránh, loại bỏ những mâu thuẫn ra khỏi suy nghĩ.

**4.3. Đặc điểm triệu chứng vận động phân ly:** Bảng 3 cho thấy 11,1% bệnh nhân có biểu hiện liệt. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác nhận định rằng: phản xạ gân xương bệnh lý hầu như vắng mặt tại các khu vực có biểu hiện liệt ở bệnh nhân rối loạn phân ly. Kết quả cũng tương xứng với nhận định của Baker: liệt không cân xứng, mất cảm giác không theo định khu giải phẫu, phản xạ gân xương cơ bình thường. Triệu chứng liệt mất đi nhanh chóng khi điều trị liệu pháp ám thị và hóa dược tâm thần, sự hồi phục không tuân theo nguyên tắc giống như liệt trong bệnh lý thực tổn từ gốc chi đến ngọn chi. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả khác cho bệnh nhân liệt phân ly dùng giả dược nhận thấy thành công rõ rệt. Đây là một đặc điểm giúp phân biệt triệu chứng liệt trong rối loạn phân ly với các bệnh lý thực tổn.

Bảng 3 cũng chỉ ra 11,1% bệnh nhân có triệu chứng run với đặc điểm: 80% run xuất hiện thành cơn, nhưng các lần biểu hiện lặp lại giống nhau, biên độ run lớn người ngoài quan sát thấy, xuất hiện liên quan đến sang chấn tâm lý. Run xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau: 2/5 bệnh nhân run 2 chân, 1/5 bệnh nhân run nửa người, 1/5 bệnh nhân run toàn thân, 1/5 bệnh nhân run vị trí nhỏ (mặt). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu Catherine về rối loạn chuyển di ở trẻ em và thanh thiếu niên: run biểu hiện không

nhất quán, thay đổi cường độ và tần số, chịu ảnh hưởng từ môi trường xung quanh.

Trên bảng 3 nhận thấy rằng 8,9% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn phát âm, mất tiếng. Trong nhóm nghiên cứu có 2/4 bệnh nhân mất tiếng phân ly xuất hiện liên tục, 2/4 bệnh nhân xuất hiện thành cơn, tuy nhiên cả 4 bệnh nhân chỉ không nói được chọn lọc một số nội dung và khóc vẫn thành tiếng. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Kollbrunner tỷ lệ mất tiếng phân ly hiếm gặp 0,4% trong quần thể dân số chung. Trong quá trình thăm khám, không tìm thấy tổn thương não cũng như cơ quan phát âm. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng liệu pháp ám thị thì bệnh nhân lại phát âm, nói ê a từng từ và nói được dễ dàng. Kết quả này phù hợp với y văn về đặc điểm lâm sàng mất tiếng phân ly.

**4.4. Đặc điểm triệu chứng cơ giật phân ly:** Tại thời điểm nghiên cứu 42,2% bệnh nhân xuất hiện cơ giật phân ly sau sang chấn tâm lý, vị trí giật đa dạng: 10/19 bệnh nhân co quắp toàn thân, gồng cứng người, giãy dụa trên giường; 8/19 bệnh nhân co quắp tay, tư thế tay bất thường, 1/19 bệnh nhân giật nửa người. Trong cơn cơ giật phân ly, bệnh nhân không rối loạn ý thức, mắt luôn hấp háy. Cơn cơ giật phân ly điều trị bằng liệu pháp ám thị thuyên giảm rõ rệt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả cơn giống cơ giật là triệu chứng thường gặp nhất của trẻ vị thành niên mắc rối loạn phân ly (chuyển di). Theo nghiên cứu về rối loạn chuyển di ở miền Đông Thổ Nhĩ Kỳ cũng nhận thấy 41,4% bệnh nhân có biểu hiện giống cơ giật, chiếm tỷ lệ cao nhất.

Có ý kiến cho rằng xã hội học và mô hình hóa ảnh hưởng lên sự phát triển và duy trì triệu chứng. Mỗi liên hệ giữa cái chết, ngắt xiu và cơ

giật có thể coi là sự đe dọa đến tính mạng từ môi trường. Cũng có thể suy đoán rằng cơn giống cơ giật có tiềm năng thứ phát và biểu hiện từng đợt ít gây suy giảm chức năng hơn các cơn đột quy, từ đó nó được ưa thích như là một triệu chứng một cách vô thức.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 45 bệnh nhân rối loạn phân ly ở lứa tuổi vị thành niên 11- 19 tuổi tại Viện Sức Khỏe Tâm Thần từ tháng 9/2015 đến tháng 8/2015 chúng tôi có nhận xét sau: Tuổi trung bình của nghiên cứu là 16.3. Tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1. Tỷ lệ triệu chứng tâm thần (quên phân ly) chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,4%; nhóm triệu chứng vận động phân ly chiếm 29,9%; 42,2% bệnh nhân có triệu chứng cơ giật phân ly

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamdi Tutkun, Vedat Sar, L.I Ihan Yargic et al. (1998). Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic. *Am J Psychiatry*, **155**, 800-805.
2. Jon Stone, Roger Smyth, Alan Car son et al. (2005). Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ*, (1-6).
3. Staniloiu A and Markowitsch (2014). Dissociative amnesia. *Lancet Psychiatry*, **1**(3).
4. J H E Baker and J R Silver (1987). Hysterical paraplegia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, **50**, 375-382.
5. Catherine E. Krasnik, Brandon Meaney and Christina Grant (2013). A clinical approach to paediatric conversion disorder: VEER in the right direction. canadian paediatric surveillance program,.
6. Juerg Kollbrunner, Anne-Dorine Menet and Eberhard Seifert (2010). Psychogenic aphonia: No fixation even after a lengthy period of aphonia. *Swissmedwky*, **140**, 12-17.
7. Gerd Lehmkühl, Bernd Blanz, Ulrike Lehmkühl et al. (1989). Symptomatology and Course in Childhood and Adolescence. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*, **238**, 155-160.

## ĐẶC ĐIỂM TRẦM CẢM VÀ BỆNH LÝ CƠ THỂ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Đoàn Thị Huệ\*, Trần Thị Tuyết Mai\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các bệnh lý cơ thể xuất hiện trước và sau khi các bệnh nhân cao tuổi phát hiện bệnh trầm cảm được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang, nghiên cứu 41 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm

trong thời gian từ tháng 12/2015 đến tháng 3/2016 điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần. **Kết quả:** 100% trầm cảm tái diễn giai đoạn vừa và nặng mắc thêm bệnh lý sau khi chẩn đoán. Tim mạch là nhóm bệnh thường gặp nhất trước khi rối loạn trầm cảm (59,4%), 54,8% có rối loạn chuyển hoá Lipid máu sau trầm cảm. 81,2% có thời gian mắc bệnh lý cơ thể trên 1 năm trước khi có trầm cảm. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc thêm bệnh ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn là 100%. Thời gian điều trị trung bình khi có thêm bệnh lý cơ thể dài hơn là không có bệnh lý kèm theo.

**Từ khóa:** trầm cảm, người cao tuổi, bệnh lý cơ thể.

\* Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Huệ

Email: doanthehuet@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

**SUMMARY****THE CHARACTERISTIC OF DEPRESSION AND PHYSICAL DISEASES IN ELDERLY PATIENTS**

**Objectives:** To investigate physical diseases appeared before and after elderly patients were diagnosed as depression and treated in National Institute of Mental Health. **Method:** Cross sectional study, investigate 41 elderly patients diagnosed as depression and treated in National Institute of Mental Health from 12/2015 to 3/2016. **Results:** 100% patients with Major depressive disorder, recurrent, moderate and severe acquired new physical diseases after diagnosed. Cardiovascular diseases is the most common disease elderly patients got before depression (account for 59,4%), 54,8% patients had dyslipidemia after depression. Among patients having post – depression diseases, 81,2% have diseases before diagnosed for more than a years. **Conclusion:** The prevalence chronic diseases is quite high. The prevalence of new diseases of depressive disorder, recurrent patients is 100%. The medium treating time when patients get physical diseases is longer than the others with no diseases.

**Key word:** Depression, elderly, physical diseases

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Già hóa dân số đang là một trong những xu hướng chính diễn ra ở hầu hết các quốc gia trên toàn thế giới. Theo thống kê điều tra dân số năm 1999 nước ta có 9 triệu người cao tuổi chiếm 8% dân số cả nước, đến năm 2011 tỷ lệ người ở độ tuổi từ 60 - 64 chiếm 9,9%, trên 65 tuổi chiếm 7%, dự kiến đến năm 2020 tỷ lệ người cao tuổi sẽ là 18%. Song hành cùng sự tăng lên về tuổi

tác, tỷ lệ mắc bệnh lý cơ thể lẫn các bệnh lý về tâm thần cũng ngày một tăng. Trong tâm thần học người già rối loạn hay gặp nhất là trầm cảm. Bên cạnh đó, trước hoặc sau khi chẩn đoán rối loạn trầm cảm, người cao tuổi có thể mắc các bệnh lý cơ thể và giữa các bệnh lý này có thể tương tác, ảnh hưởng qua lại lẫn nhau dẫn đến khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị. Hiện nay đã có khá nhiều nghiên cứu về rối loạn trầm cảm xuất hiện sau các bệnh lý cơ thể như đái tháo đường, tai biến mạch máu não, Alzheimer, lupus ban đỏ hệ thống v.v... song còn ít nghiên cứu về mối liên quan giữa trầm cảm và bệnh lý cơ thể trên bệnh nhân cao tuổi. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu vấn đề "*Nghiên cứu trầm cảm và bệnh lý cơ thể ở bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần*" với mục tiêu:

Khảo sát các bệnh lý cơ thể xuất hiện trước và sau khi các bệnh nhân cao tuổi phát hiện bệnh trầm cảm được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần.

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 41 bệnh nhân cao tuổi và bệnh án được chẩn đoán rối loạn trầm cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 12/2015 đến tháng 3/2016.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang, khảo sát các bệnh lý cơ thể trước và sau khi chẩn đoán rối loạn trầm cảm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.****Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm         |           | N  | %    |
|------------------|-----------|----|------|
| Giới             | Nữ        | 33 | 80,5 |
|                  | Nam       | 8  | 19,5 |
| Tuổi             | 60 – 64   | 12 | 29,3 |
|                  | 65 – 69   | 12 | 29,3 |
|                  | 70 – 74   | 11 | 26,8 |
|                  | 75 – 79   | 5  | 12,2 |
|                  | ≥ 80      | 1  | 2,4  |
| Nghề nghiệp      | Làm ruộng | 12 | 29,3 |
|                  | Nội trợ   | 4  | 9,8  |
|                  | Hưu trí   | 21 | 51,2 |
|                  | Tự do     | 4  | 9,8  |
| Các thể lâm sàng | F41.2     | 17 | 41,5 |
|                  | F32.11    | 7  | 17,1 |
|                  | F32.2     | 3  | 7,3  |
|                  | F32.3     | 5  | 12,2 |
|                  | F33.11    | 5  | 12,2 |
|                  | F33.3     | 4  | 9,8  |

**Nhận xét:** Trầm cảm người cao tuổi gặp ở nữ là chủ yếu (80,5%), đa số là các bệnh nhân thuộc nhóm 60 – 64 và 65 – 69 tuổi (29,3%). 51,2% bệnh nhân nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất. Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm gặp nhiều nhất với 41,5%. Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn trầm

cảm cao thứ 2 với 36,6%, tiếp theo là nhóm rối loạn trầm cảm tái diễn chiếm 22%. Không có trầm cảm ở mức độ nhẹ.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng về trầm cảm và các bệnh lý cơ thể của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 2. Tỷ lệ mắc các bệnh lý cơ thể của các thể lâm sàng trầm cảm**

| Thể lâm sàng                          | Trước khi trầm cảm |      | Sau khi trầm cảm |      |
|---------------------------------------|--------------------|------|------------------|------|
|                                       | N                  | %    | N                | %    |
| Rối loạn lo âu trầm cảm               | 14                 | 82,4 | 12               | 70,6 |
| Giai đoạn trầm cảm vừa                | 5                  | 71,4 | 5                | 71,4 |
| Giai đoạn trầm cảm nặng               | 7                  | 87,5 | 5                | 62,5 |
| Trầm cảm tái diễn hiện giai đoạn vừa  | 3                  | 60   | 5                | 100  |
| Trầm cảm tái diễn hiện giai đoạn nặng | 3                  | 75   | 4                | 100  |

**Nhận xét:** giai đoạn trầm cảm nặng có tỷ lệ mắc các bệnh lý cơ thể trước khi được chẩn đoán cao nhất 87,5%, trong khi 100% trầm cảm tái diễn giai đoạn vừa và nặng mắc thêm bệnh lý sau khi chẩn đoán.

**Bảng 3. Tỷ lệ mắc các bệnh lý cơ thể trước và sau khi trầm cảm**

| Bệnh lý cơ thể                | Trước trầm cảm |      | Sau trầm cảm |      |
|-------------------------------|----------------|------|--------------|------|
|                               | N              | %    | n            | %    |
| Tim mạch                      | 19             | 59,4 | 4            | 12,9 |
| Hô hấp                        | 2              | 6,2  | 2            | 6,5  |
| Thần kinh                     | 5              | 15,6 | 1            | 3,2  |
| Thận                          | 0              | 0    | 3            | 9,7  |
| Tiểu hoá                      | 8              | 25   | 10           | 32,3 |
| Cơ xương khớp                 | 5              | 15,6 | 2            | 6,5  |
| Nội tiết                      | 7              | 21,9 | 0            | 0    |
| Rối loạn chuyển hoá Lipid máu | 2              | 6,25 | 17           | 54,8 |
| Khác                          | 5              | 15,6 | 4            | 12,9 |

**Nhận xét:** Tim mạch là nhóm bệnh thường gặp nhất trước khi bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm (59,4%), rối loạn chuyển hoá Lipid máu chỉ chiếm 6,25% trong nhóm mắc bệnh trước khi trầm cảm nhưng lại chiếm tỷ lệ cao nhất (54,8%) trong số các bệnh mắc thêm sau trầm cảm.

**Bảng 4. Thời gian mắc các bệnh lý cơ thể trước và sau khi trầm cảm**

| Thời gian mắc bệnh lý cơ thể |                    | N  | %    |
|------------------------------|--------------------|----|------|
| Trước khi trầm cảm           | < 1 tháng          | 0  | 0    |
|                              | 1- 3 tháng         | 2  | 6,2  |
|                              | > 3 tháng          | 4  | 12,5 |
|                              | > 1 năm            | 26 | 81,2 |
| Sau khi trầm cảm             | < 1 tháng          | 4  | 12,9 |
|                              | 1- 3 tháng         | 0  | 0    |
|                              | > 3 tháng          | 2  | 6,5  |
|                              | > 1 năm            | 4  | 12,9 |
|                              | Phát hiện cùng lúc | 21 | 67,7 |

**Nhận xét:** Nhóm có thời gian mắc bệnh lý cơ thể trước khi trầm cảm trên 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (81,2%) trong khi đa số phát hiện thêm bệnh cùng lúc với khi chẩn đoán trầm cảm (67,7%).

**Bảng 5. Thời gian điều trị rối loạn trầm cảm trung bình của các nhóm bệnh**

| Nhóm           |                          | Thời gian điều trị trung bình (ngày) |
|----------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Trước trầm cảm | Không mắc bệnh lý cơ thể | 14,89 ± 6,03                         |
|                | Có mắc bệnh lý cơ thể    | 17,79 ± 7,529                        |
| Sau trầm cảm   | Không mắc bệnh lý cơ thể | 15,2 ± 7,33                          |
|                | Có mắc bệnh lý cơ thể    | 17,77 ± 7,242                        |

**Nhận xét:** Thời gian điều trị trung bình của nhóm có bệnh lý cơ thể đều dài hơn nhóm không mắc bệnh kể cả phát hiện trước hay sau khi trầm cảm.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34 bệnh nhân nữ và 9 bệnh nhân nam, tỷ lệ

nữ/nam xấp xỉ 4/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hương (2013) nữ chiếm 91,2%. Điều này một phần có thể do sự khác biệt về yếu tố sinh lý và các yếu tố tâm

lý xã hội tác động lên hai giới là khác nhau. Một nguyên nhân khác là do tỷ lệ nữ giới ở độ tuổi trên 60 cũng cao hơn. Đối tượng tập trung ở lứa tuổi 60 – 64 và 65 – 69, đây là giai đoạn chuyển tiếp có nhiều thay đổi về sức khoẻ, công việc dẫn đến các xáo trộn về thói quen sinh hoạt, là một trong những yếu tố góp phần dẫn đến trầm cảm. Nghỉ hưu dẫn đến sự giảm thu nhập, thay đổi các mối quan hệ, thay đổi địa vị bản thân trong gia đình và xã hội, có thể gây mất phương hướng, mục tiêu cho bệnh nhân khiến bệnh nhân trở nên chán nản, buồn bực, là một trong những lý do khiến nhóm này có tỷ lệ trầm cảm cao nhất.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng.

**Bệnh lý cơ thể của các thể lâm sàng trầm cảm:** Nhóm giai đoạn trầm cảm nặng có tỷ lệ mắc bệnh lý cơ thể cao nhất phần lớn là do thái độ của người nhà và bệnh nhân với tình trạng bệnh. Việc mắc bệnh lý cơ thể giống như một sang chấn tâm lý, khiến bệnh nhân lo âu, suy nghĩ, coi đó gánh nặng cho người thân, trong khi đó người nhà lại coi đây là phản ứng tự nhiên của người bệnh đối với bệnh tật nên chủ quan. Bệnh nhân thường chỉ đi viện khi bệnh đã trở nặng. Ở người cao tuổi rối loạn trầm cảm thường tiến triển phức tạp, lâu dài phải dùng nhiều thuốc, lối sống sinh hoạt bị ảnh hưởng lâu dài kết hợp thêm các tác dụng phụ của thuốc nên thường mắc thêm bệnh và các bệnh thường khó kiểm soát.

**Bệnh lý cơ thể mắc trước khi trầm cảm:** Trong số các bệnh lý cơ thể, Tim mạch thường gặp nhất (59,4%) là do đặc điểm dịch tễ học của bệnh tim mạch trong thời gian gần đây tăng lên khá cao. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Minh Hương (2013) nhóm bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuy nhiên sự khác nhau về tỷ lệ các nhóm bệnh mắc phải một phần là do các triệu chứng trầm cảm đã bị che lấp bởi các triệu chứng cơ thể khác.

**Bệnh lý cơ thể mắc sau trầm cảm:** Ở người có rối loạn trầm cảm, sự trì trệ trong chế độ ăn uống, vận động, do tác dụng phụ của thuốc điều trị trầm cảm, thuốc tăng huyết áp chẹn beta giao cảm, do thứ phát sau đái tháo đường, v.v dẫn đến rối loạn chuyển hoá Lipid máu là một trong những bệnh phát hiện thêm sau khi có rối loạn trầm cảm cao nhất (54,8%). Đây là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng biến cố tim mạch. Tuy nhiên phần lớn đối tượng trong nhóm nghiên cứu đã mắc bệnh lý mạn tính trước khi có rối loạn trầm cảm, đồng thời bệnh nhân thường chỉ điều trị một đợt tại Viện Sức khoẻ Tâm thần nên rất khó để có thể kiểm soát

các bệnh lý mắc thêm sau khi trầm cảm. Chính việc mắc các bệnh lý cơ thể đồng thời với rối loạn trầm cảm khiến cho việc điều trị trở nên phức tạp khó khăn, kéo dài thời gian điều trị. Theo George S. Alexopoulos (1989) trầm cảm suy nhược có thể biểu hiện ban đầu của nhiều bệnh lý khác nhau, đặc biệt là người cao tuổi trước tác động của nhiều yếu tố tâm lý xã hội và bệnh kèm theo.

**Thời gian điều trị trầm cảm:** Thời gian điều trị trung bình nhóm có tiền sử bệnh cơ thể trước trầm cảm ( $17,79 \pm 7,529$ ) cao hơn nhóm không có tiền sử bệnh cơ thể trước đó ( $14,89 \pm 6,03$ ). Thời gian điều trị trung bình nhóm có mắc thêm bệnh cơ thể sau trầm cảm ( $17,77 \pm 7,242$ ) cũng cao hơn nhóm không mắc thêm bệnh ( $15,2 \pm 7,33$ ). Kết quả cho thấy việc mắc thêm bệnh lý cơ thể làm cho tình trạng trầm cảm phức tạp hơn, cần nhiều thời gian điều trị hơn.

#### V. KẾT LUẬN

Đối tượng nghiên cứu phần lớn là nữ, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 4/1, tuổi chủ yếu tập trung trong nhóm từ 60-64 và 65-69.

Những bệnh lý cơ thể mắc trước khi trầm cảm thường là những bệnh mạn tính, trong đó tim mạch là nhóm bệnh thường gặp nhất. Trầm cảm tái diễn hiện giai đoạn nặng và vừa có tỷ lệ mắc thêm bệnh lý cơ thể rất cao, trong đó rối loạn chuyển hoá lipid máu là bệnh có tỷ lệ cao nhất. Việc mắc kèm các bệnh lý cơ thể khiến điều trị rối loạn trầm cảm tốn thời gian hơn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Như Minh Hằng, Đinh Văn Lo và Nguyễn Đức Ly (2006).** Khảo sát tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Thụy Xuân thành phố Huế. *Tạp chí Y học thực hành*, 10, 67-96.
2. **Trần Hữu Bình (2004).** Trầm cảm và các rối loạn cơ thể, *Bài giảng sau đại học*, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Djernes J.K. (2006).** Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **113(5)**, 372-387.
4. **Trần Hữu Bình (2005).** Đặc điểm lâm sàng của trầm cảm cơ thể ở 63 bệnh nhân tại các chuyên khoa nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 36, 25-32.
5. **Alexopoulos G. S. (2005).** Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
6. **Nguyễn Thị Minh Hương (2013).** Các yếu tố liên quan đến phát sinh trầm cảm ở người cao tuổi, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hn.
7. **Nguyễn Thị Phương Loan (2012).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

# NGUYÊN NHÂN VI KHUẨN VÀ PHÂN BỐ TYP HUYẾT THANH CỦA STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE VÀ HAEMOPHILUS INFLUENZAE GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TRẺ EM TẠI HẢI DƯƠNG

Lê Thanh Duyên<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Dũng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** xác định nguyên nhân gây viêm phổi và phân bố typ huyết thanh của *S.pneumoniae* và *H.influenzae* thường gặp gây viêm phổi cộng đồng. **Phương pháp:** Mô tả, tiến cứu, 455 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng được đưa vào nghiên cứu, xác định vi khuẩn gây bệnh bằng cấy dịch tị hầu. Xác định typ huyết thanh của *S.pneumoniae* và *H. influenzae* phương pháp PCR và phản ứng ngưng kết latex. **Kết quả:** *H.influenzae* gây viêm phổi cộng đồng chiếm 24.2%, *S.pneumoniae* 14.7%. Phân bố typ huyết thanh của *S.pneumoniae* và *H.influenzae*: *H.influenzae* 90.1% non-type, typ b 9.9%. *S.pneumoniae*: typ 6A/B, 19F, 23F chiếm tỉ lệ lần lượt là 24.6% ; 18.8%; 10.1%. **Kết luận:** *S.pneumoniae* và *H.influenzae* là hai nguyên nhân phổ biến thường gặp gây viêm phổi cộng đồng. Có sự gia tăng tỉ lệ viêm phổi cộng đồng do *H.influenzae* không xác định typ huyết thanh.

**Từ khóa:** viêm phổi cộng đồng.

## SUMMARY

### CAUSE OF BACTERIA AND DISTRIBUTION SEROTYPES OF STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE AND HAEMOPHILUS INFLUENZAE IN COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA CHILDREN IN HAI DUONG

**Objectives:** Determine the cause of community acquired pneumonia and distribution of serotypes of *S.pneumoniae* and *H. influenzae*. **Method:** Prospective descriptive study, 455 patients were diagnosed with community acquired pneumonia included in the study. Determine the cause of pneumonia by nasopharyngeal swab and identified serotypes of *S.pneumoniae* and *H. influenzae* by PCR and latex agglutination. **Results:** cause pneumonia , the highest 24.2% *H.influenzae*, *S.pneumoniae* 14.7%.The distribution of *S.pneumoniae* serotypes and *H. influenzae*: *H. influenzae*: accounting for 90.1% non-type, type b 9.9%. *S. pneumoniae*: type 6A / B, 19F, 23F percentage 24.6%; 18.8%; 10.1%. **Conclusions:** *S.pneumoniae* and *H.influenzae* are common cause of pneumonia. Increase of pneumonia caused by non-type *H.influenzae*.

**Keywords:** community acquired pneumonia

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Duyên

Email: duyen1110@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2017

Ngày duyệt bài: 5.5.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng là viêm phổi do trẻ mắc phải ngoài cộng đồng trước khi đến bệnh viện . Trên toàn thế giới, ước tính hàng năm có khoảng 155 triệu trẻ em mắc viêm phổi và có trên 2 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết vì viêm phổi. Tại Việt Nam viêm phổi chiếm khoảng 30-40% số trường hợp khám và điều trị tại bệnh viện. Viêm phổi do các nguyên nhân chính là vi khuẩn, virus và kí sinh trùng. Đối với vi khuẩn thì *S.pneumoniae* và *H.influenzae* là hai nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi. *S.pneumoniae* hiện nay theo nghiên cứu có trên 90 typ huyết thanh, các typ huyết thanh 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F và 23F là các typ thường gặp gây bệnh ở trẻ em [7]. Đối với *H.influenzae* cấu tạo của vi khuẩn gồm loại có vỏ và không vỏ, loại có vỏ được phân thành 6 typ huyết thanh (a,b,c,d,e,f), loại không vỏ là không xác định typ huyết thanh, typ b là typ gây bệnh nguy hiểm nhất trong đó có viêm phổi. Từ khi có vaccin phòng bệnh các typ huyết thanh gây bệnh đã thay đổi đối với cả *S.pneumoniae* và *H.influenzae*. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về sự phân bố các typ huyết thanh của *S.pneumoniae* và *H.influenzae* gây bệnh. Đặc biệt từ 01/7/2009 toàn quốc đã đưa vaccin phối hợp 5 trong 1 (trong đó có Hib) vào chương trình tiêm chủng mở rộng, cho đến thời điểm hiện tại chưa thấy các số liệu thống kê về sự thay đổi có hay không của các typ huyết thanh gây viêm phổi do *H.influenzae*. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) *Xác định nguyên nhân vi khuẩn thường gặp gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em từ 1 tháng đến 5 tuổi tại Hải Dương.* (2) *Xác định typ huyết thanh của S.pneumoniae và H.influenzae gây viêm phổi cộng đồng trẻ em*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4 năm 2014 đến 9/2015

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương và Khoa Hô hấp, Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Nhi Hải Dương

- **Đối tượng nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân nhập viện từ 1 tháng đến ≤ 5 tuổi được chẩn

đoán là viêm phổi cộng đồng được chọn vào nghiên cứu

- Chẩn đoán viêm phổi cộng đồng dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng theo Tổ chức Y tế thế giới và X-quang có hình ảnh thâm nhiễm.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu; bệnh nhân có xét nghiệm HIV (+); bệnh nhân điều trị nội trú tại các cơ sở y tế khác chuyển đến.

#### - Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Dùng phương pháp tính cỡ mẫu ước tính một tỉ lệ trong quần thể theo công thức.

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

Trong đó: n: cỡ mẫu cần nghiên cứu (số bệnh nhân viêm phổi)

$Z_{1-\alpha/2}$ : giá trị giới hạn tương ứng với độ tin cậy ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  nếu độ tin cậy là 95%)

p: Tần suất ước lượng mắc bệnh đó trong quần thể (tỉ lệ cấy dịch tị hầu dương tính với vi khuẩn), Tại khu vực Hải dương ước tính  $p = 0,5$

(50% số bệnh nhân viêm phổi cấy dịch tị hầu dương tính)

d: là sai số, lấy  $d = 0,05$  với mong muốn tỉ lệ dao động từ 45% - 55%

Tính ra ta được  $n = 384,16$ . Trên cơ sở đó số bệnh nhân viêm phổi tối thiểu phục vụ cho nghiên cứu là 384 bệnh nhân.

- Bệnh nhân vào viện được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết, chụp X-quang phổi và cấy dịch tị hầu ngay sau khi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng.

- Các số liệu sẽ được ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Kỹ thuật phân lập vi khuẩn: Sử dụng phương pháp cấy đếm theo quy trình, kết quả cấy dương tính khi phân lập được vi khuẩn gây bệnh với số lượng  $\geq 10^6$  CFU/ml.

**Sử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 16.0 và các thuật toán thống kê y học

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 455 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng. Kết quả nghiên cứu được trình bày trong các bảng sau.

**Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới**

| Độ tuổi            | Nam, n (%)        | Nữ, n (%)         | Tổng, n (%) |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| < 1 tuổi           | 152 (56,7)        | 116 (43,3)        | 268 (58,9)  |
| 1 - ≤ 5 tuổi       | 118 (63,1)        | 69 (36,9)         | 187 (41,1)  |
| <b>Tổng, n (%)</b> | <b>270 (59,3)</b> | <b>185 (40,7)</b> | <b>100</b>  |

Tuổi hay gặp viêm phổi trẻ em chủ yếu là trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỉ lệ 58,9%, lứa tuổi từ 1 - ≤ 5 tuổi chiếm tỉ lệ thấp hơn (41,1%).

Trong 455 trẻ viêm phổi cộng đồng có 266 mẫu bệnh phẩm dịch tị hầu nuôi cấy dương tính với vi khuẩn, 2 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy dương tính với 2 tác nhân gây bệnh. Các nguyên nhân gây viêm phổi cộng đồng được trình bày trong bảng sau:

**Bảng 2. Các vi khuẩn gây bệnh phân lập được**

| Vi khuẩn                   | n          | Tỉ lệ %    |
|----------------------------|------------|------------|
| H.influenzae               | 110        | 24,2       |
| S. pneumoniae              | 67         | 14,7       |
| M. catarrhalis             | 41         | 9,0        |
| S. aureus                  | 23         | 5,1        |
| Streptococcus spp          | 19         | 4,2        |
| P.aeruginosa               | 2          | 0,4        |
| S. pneumonia, S. aureus    | 1          | 0,2        |
| S. pneumonia, H.influenzae | 1          | 0,2        |
| H.aerophilus               | 1          | 0,2        |
| E.coli                     | 1          | 0,2        |
| Cấy âm tính                | 189        | 41,5       |
| <b>Tổng</b>                | <b>455</b> | <b>100</b> |

Tỉ lệ viêm phổi do vi khuẩn cao nhất là *H.influenzae* chiếm 24,2%, tiếp theo là *S. Pneumoniae* chiếm 14,7%.

Có 180 bệnh nhân nuôi cấy dịch tị hầu dương tính với *S.pneumoniae* và *H.influenzae* trong đó 111 mẫu dương tính với *H.influenzae* chiếm 61,7% và 69 mẫu dương tính với *S.pneumoniae* chiếm 38,3%. Phân bố tít huyết thanh của *S.pneumoniae* và *H.influenzae* được thể hiện như sau:

**Bảng 3. Phân bố týp huyết thanh của *H. influenzae***

| Týp huyết thanh | n          | Tỉ lệ %    |
|-----------------|------------|------------|
| Týp b           | 11         | 9,9        |
| Không vỏ        | 100        | 90,1       |
| <b>Tổng</b>     | <b>111</b> | <b>100</b> |

*H.influenzae* loại không vỏ phân lập được ở trẻ viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao nhất (90,1%), týp b chiếm 9,9%.

**Bảng 4. Phân bố týp huyết thanh của *S.pneumoniae***

| Týp huyết thanh | n         | Tỉ lệ %    |
|-----------------|-----------|------------|
| 6A/B            | 17        | 24,6       |
| 19F             | 13        | 18,8       |
| 23F             | 7         | 10,1       |
| 19A             | 6         | 8,7        |
| 17F             | 3         | 4,3        |
| 11A/D           | 1         | 1,4        |
| 14              | 1         | 1,4        |
| Chưa xác định   | 21        | 30,4       |
| <b>Tổng</b>     | <b>69</b> | <b>100</b> |

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong các týp huyết thanh định danh được týp 6A/B, 19F, 23F chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm tỉ lệ lần lượt là 24,6%; 18,8%; 10,1%, týp 19A 8,7%, týp 17F 4,3%, týp 11A/D, 14 chiếm 1,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi hay gặp viêm phổi trẻ em chủ yếu là trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỉ lệ 58,9%, Tuổi càng nhỏ nguy cơ mắc bệnh càng cao do sức đề kháng của trẻ yếu. Hassan MK thấy rằng tuổi thấp 2-6 tháng là yếu tố nguy cơ với viêm phổi nặng trẻ em [6].

Đối với nguyên nhân viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn. Tỉ lệ viêm phổi do vi khuẩn cao nhất là *H.influenzae* chiếm 24,2%, tiếp theo là *S. Pneumoniae* chiếm 14,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Trên thế giới tại các nước đang phát triển viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn thì *S.pneumoniae* và *H.influenzae* cũng là hai tác nhân hàng đầu sau đó là các loại vi khuẩn khác: *S.aureus*, *E.coli*, *Klebsiella*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đặng Đức Anh và cộng sự thì tỉ lệ mọc vi khuẩn trong cấy dịch tị hầu là 49,4% trong số trẻ em viêm phổi, *H. Influenzae* và *S.pneumoniae* là 2 nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao nhất [4]. Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần thơ thì tỉ lệ phân lập được vi khuẩn là 85,8% trên tổng số trẻ em viêm phổi trong đó *S.pneumoniae* chiếm 40,2%, *H. Influenzae* chiếm 21,5% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bằng tại khoa nhi Bệnh viện Bạch Mai cho kết quả cấy dịch tị hầu dương tính với vi khuẩn ở trẻ em viêm phổi là 31,5% trong đó *H.influenzae* chiếm tỉ lệ cao nhất (45,6%), *S.pneumoniae* (41,3%), *M.catarrhalis* (8,7%), *S.aureus* (5,4%) [2].

Về phân bố týp huyết thanh của *H. Influenzae* và *S.pneumoniae* gây bệnh. Đối với *H.influenzae* tùy theo cấu trúc, loại có vỏ được phân thành 6 týp huyết thanh là a,b,c,d,e,f, loại không vỏ là không xác định týp huyết thanh. *H.influenzae* týp b (Hib) đã được mô tả là nguyên nhân gây bệnh thường gặp nhất và gây bệnh nặng. Nghiên cứu của chúng tôi *H.influenzae* loại không vỏ phân lập được ở trẻ viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (90,1%), Theo nhiều nghiên cứu từ sau khi có vaccin phòng Hib các bệnh gây ra bởi các týp huyết thanh a,c,d,e,f và không xác định týp đã được nhận diện thường xuyên và cũng gây viêm phổi [5]. Từ 01/7/2009 tại Việt Nam đã đưa vaccin phối hợp 5 trong 1 (trong đó có Hib) vào chương trình tiêm chủng mở rộng. Cũng có thể vì lý do này mà *H.influenzae* không vỏ xuất hiện gây viêm phổi nhiều hơn. Với phế cầu kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các týp huyết thanh 6A/B, 19F, 23F chiếm tỉ lệ cao nhất. Các týp huyết thanh gây bệnh của phế cầu cũng thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau. Tại Hoa Kỳ trong nhiều năm các týp huyết thanh 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F và 23F là các týp chính được phân lập ở trẻ em; các quốc gia phát triển khác các týp huyết thanh hay gặp 6B, 9V, 14, 19F [7]. Tại Việt Nam nghiên cứu tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng, phân lập phế cầu từ trẻ mắc viêm phổi và viêm màng não thì týp huyết thanh 19F chiếm tỉ lệ cao nhất (27%), tiếp theo là 23F(18%), 6B, 14 (11%), 6A(3%), 11A, 15B(2%), 13, 18, 15C (1%), không xác định týp huyết thanh 17,7%[1]. Hiện nay tại Việt Nam có 2 loại vaccin tiêm

phòng phế cầu thông dụng. Vacxin Pneumo 23 tiêm chủng cho trẻ từ 2 tuổi trở lên bao gồm 23 týp huyết thanh (PVC23): 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F. Các týp huyết thanh của phế cầu trong nghiên cứu của chúng tôi xác định được đều có trong thành phần của vacxin Pneumo 23 (69,6%). Vacxin Synflorix tiêm chủng cho trẻ từ 6 tuần tới 5 tuổi bao gồm 10 týp huyết thanh (PVC10): 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F. Các týp huyết thanh của phế cầu trong nghiên cứu của chúng tôi xác định được có trong thành phần của vacxin Synflorix là 54,9%. Ngoài ra còn có vacxin PVC13 bao gồm 13 týp huyết thanh: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F, vacxin này cũng tiêm phòng được cho trẻ từ 2 tháng tuổi. Các týp huyết thanh của phế cầu trong nghiên cứu của chúng tôi xác định được có trong thành phần của vacxin này là 63,6%.

## V. KẾT LUẬN

- Nguyên nhân gây viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn: Tỷ lệ viêm phổi do vi khuẩn cao nhất là *H.influenzae* chiếm 24,2%, tiếp theo là *S. pneumoniae* chiếm 14,7%.

- Phân bố týp huyết thanh của *S. pneumoniae* và *H. influenzae*:

+ *H.influenzae*: loại không vỏ chiếm 90,1%, týp b chiếm 9,9%.

+ *S.pneumoniae*: týp 6A/B, 19F, 23F chiếm tỉ lệ lần lượt là 24,6%; 18,8%; 10,1%, týp 19A 8,7%, týp 17F 4,3%, týp 11A/D, 14 chiếm 1,4.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hiền Anh, Đặng Đức Anh, Nguyễn Công Khanh và Cs (2008), "Tính nhạy cảm kháng sinh và phân bố týp huyết thanh của các chủng phế cầu phân lập từ trẻ nhập viện tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng", *Y học dự phòng*, 97(5), pp.11-17.
2. Nguyễn Văn Bằng, Hoàng Minh Hằng (2011), "Giá trị chẩn đoán nguyên nhân vi khuẩn của một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong viêm phổi trẻ em", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 74(3), tr.143-146.
3. Trần Đỗ Hùng (2008), "Nghiên cứu căn nguyên gây viêm phổi do *Haemophilus influenzae* và *Streptococcus pneumoniae* ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", *Y học thực hành số 3*, tr.26-28.
4. Dang Duc Anh, Phan Le Thanh Huong, Kiwao Watanabe et al (2007), "Increased rates of intense nasopharyngeal bacterial colonization of Vietnamese children with radiological pneumonia", *Tohoku J Exp Med*, 213, pp.167-172.
5. Cripps AW (2010), "Nontypeable *Haemophilus influenzae* and childhood pneumonia", *P N G Med J*, 53(3-4), pp.147-150.
6. Hassan MK, Al-Sadoon I (2001), "Risk factors for severe pneumonia in children in Basrah", *Trop Doct*, 31(3), pp.139-141.
7. Timothy R. Peters, Jon S. Abramson (2011), "*Streptococcus pneumoniae* (Pneumococcus)", *Nelson Textbook of Pediatrics*, Chapter 175.

## ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CÔNG NHÂN KHAI THÁC THAN BỊ VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÔNG TY THAN NAM MẪU UÔNG BÍ QUẢNG NINH

Nguyễn Như Đua\*, Lương Thị Minh Hương\*\*, Trương Việt Dũng\*\*\*

### TÓM TẮT

Hoàn cảnh nghiên cứu: Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là một bệnh mạn tính hay gặp nhất, có tỷ lệ mắc cao, ngay cả các nước công phát triển như Tây Âu và Mỹ bệnh làm ảnh hưởng khoảng 15% dân số. Đặc biệt một số ngành công nghiệp làm việc trong môi trường có nồng độ bụi và các yếu tố độc hại cao làm tăng tỷ lệ VMXMT. Đối tượng và phương pháp nghiên

cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích. Bao gồm 68 bệnh nhân được khám và chẩn đoán VMXMT tại công ty than Nam Mẫu Uông Bí Quảng Ninh. Thời điểm tháng 8/2016. Kết quả nghiên cứu: Tuổi nghề >20 năm có tỷ lệ cao nhất 57,35%. Các thang điểm về các triệu chứng của bệnh nhân VMXMT như các triệu chứng về mũi, các triệu chứng cạnh mũi, các triệu chứng liên quan đến giấc ngủ, sự sút kém về xã hội và sút kém về mặt cảm xúc đều ở điểm số cao là 8,588; 6,897; 5,162; 6,338. **Kết luận:** VMXMT có thể gây ra các triệu chứng lâm sàng nghiêm trọng, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

**Từ khóa:** Viêm mũi xoang mạn tính, chất lượng cuộc sống.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN THE COAL MINING WORKERS WITH

\*Khoa Y – Dược, ĐHQGHN

\*\* Bộ Môn Tai Mũi Họng, ĐHYHN

\*\*\* Khoa Y – Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Đua

Email: nhuduanguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

## CHRONIC RHINOSINUSITIS NAM MAU COMPANY UONG BI QUANG NINH

**Background:** Chronic rhinosinusitis (CRS) is one of the most common chronic diseases, with a high incidence, affecting about 15% of the Western and American population. Especially, some industry branches that employee work in a labour environment with concentration of dust and toxic factors to make incidence of CRS to increase highly. **Subjects and Methods:** Cross-sectional study with analysis. Including 68 patients were examined and diagnosed CRS at the Nam Mau company, Uong Bi, Quang Ninh. In 8/2016. Results: Seniority age >20 years was the highest percentage 57,35%. The scale of the symptoms of the patients with CRS such as nasal symptoms, paranasal symptoms, sleep related symptoms, and social and emotional impairment, which has high scores as: 8,588; 6,897; 5,162; 6,388. **Conclusions:** CRS is able to bring about serious clinic symptoms, which reduces the quality of life of patients.

**Keywords:** Chronic rhinosinusitis, quality of life.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất, bệnh ảnh hưởng đến khoảng 15% dân số của các nước Tây Âu và là gánh nặng đáng kể với chi phí trực tiếp hàng năm lên đến 5,8 tỷ đô la [1]. Ngoài những hao tổn về kinh tế bệnh còn ảnh hưởng đến mỗi cá nhân, cộng đồng và xã hội làm mất thời gian dành cho công việc và học tập ảnh hưởng đến năng suất lao động [2].

VMXMT là quá trình viêm của niêm mạc mũi và xoang, được xác định bằng hai hoặc lớn hơn hai triệu chứng là sung huyết nghẹt tắc mũi hoặc chảy mũi ra cửa mũi trước, mũi sau có thể kèm theo đau căng tức vùng mặt hoặc giảm ngủi mất ngủ kéo dài hơn 12 tuần. Cùng với hình ảnh bệnh lý nội soi tìm thấy ở khe giữa mũi và/hoặc trên phim CT có sự thay đổi bên trong phức hợp lỗ ngách và/hoặc trong xoang. Polyp mũi là một phân nhóm của VMXMT [3]. Năm 2009 Hopkins và cộng sự đã chỉ ra VMXMT ảnh hưởng đáng kể lên chất lượng cuộc sống. Mặc dầu các triệu chứng của viêm mũi xoang không đe dọa tính

mạng người bệnh nhưng nó làm giảm chất lượng cuộc sống.

Trong ngành công nghiệp khai thác than tình trạng ô nhiễm bụi và các yếu tố độc hại khác tại môi trường lao động được đánh giá từ mức độ vừa đến nghiêm trọng. Số lượng người lao động trong lĩnh vực này rất lớn, lên đến hàng chục vạn người, những đối tượng này thường mắc các bệnh lý đường hô hấp, phổ biến là bệnh mũi họng và phế quản, trong đó tỷ lệ mắc bệnh mũi xoang rất cao.

Việc đánh giá chất lượng cuộc sống của công nhân ngành than bị bệnh VMXMT để đưa ra các giải pháp điều trị phù hợp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và nâng cao năng suất lao động, vì vậy đề tài thực hiện với mục tiêu sau: *Đánh giá sự ảnh hưởng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính đến chất lượng cuộc sống của công nhân khai thác than Nam Mẫu Uông Bí Quảng Ninh.*

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 68 người được khám và chẩn đoán VMXMT. Công nhân ở một số phân xưởng khai thác, đào lò, sàng tuyển và vận chuyển.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**3. Các chỉ số nghiên cứu:** Các chỉ số được chia thành 5 phân nhóm: các triệu chứng về mũi, các triệu chứng cạnh mũi, các triệu chứng liên quan đến giấc ngủ, sự sút kém về xã hội và sút kém về mặt cảm xúc.

**4. Phương tiện thu thập các chỉ số:** Sử dụng phương tiện thu thập là bảng câu hỏi SNOT-22 (Sino-nasal outcome test - 22 questionnaire). Các nhà phẫu thuật của đại học hoàng gia Anh đã sử dụng SNOT-22 trong một kiểm tra so sánh cấp quốc gia cho những phẫu thuật polyp mũi và VMXMT, giữ liệu nghiên cứu từ 3128 bệnh nhân dùng bảng câu hỏi SNOT-22. Năm 2009 SNOT-22 đã được thông qua và đề nghị sử dụng thực hành lâm sàng thường qui theo Hopkins và cs 2009.

| Khoanh tròn vào số phù hợp với triệu chứng của thanh điểm | Không triệu chứng | Triệu chứng rất nhẹ | Triệu chứng nhẹ | Triệu chứng trung bình | Triệu chứng nặng | Triệu chứng rất nặng |
|---|-------------------|---------------------|-----------------|------------------------|------------------|----------------------|
| Cần thông khí mũi   | 0                 | 1                   | 2               | 3                      | 4                | 5                    |
| Hắt xì hơi  | 0                 | 1                   | 2               | 3                      | 4                | 5                    |
| Chảy mũi  | 0                 | 1                   | 2               | 3                      | 4                | 5                    |
| Ho  | 0                 | 1                   | 2               | 3                      | 4                | 5                    |
| Chảy mũi sau  | 0                 | 1                   | 2               | 3                      | 4                | 5                    |
| Chảy mũi đặc  | 0                 | 1                   | 2               | 3                      | 4                | 5                    |

|                                      |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Đặc đẫy tai                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hoa mắt                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Đau tai                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Đau/ căng sọ mặt                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Khó ngủ                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tỉnh giấc đêm                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ngủ không ngon giấc                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tỉnh ngủ mệt                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mệt mỏi                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Giảm năng suất lao động              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Giảm tập trung làm việc              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dễ bị kích thích/thất vọng/ bồn chồn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Buồn chán                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bối rối/ngượng tiếp xúc              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rối loạn khứu giác/vị giác           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tắc/ ngạt mũi                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**5. Xử lý số liệu:** Phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 16.0

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Phân bố bệnh nhân VMXMT theo nhóm tuổi nghề:

**Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân VMXMT theo nhóm tuổi nghề.**

| Nhóm tuổi nghề | n  | Tỷ lệ % |
|----------------|----|---------|
| 10-15 năm      | 11 | 16,18   |
| 15-20 năm      | 18 | 26,47   |
| > 20 năm       | 39 | 57,35   |
| Tổng           | 68 | 100,00  |

**Nhận xét:** Nhóm tuổi nghề trên 20 năm nhiều nhất chiếm 57,35%

#### 2. Các triệu chứng về mũi và phân độ triệu chứng ở công nhân than VMXMT:

**Bảng 2: Tỷ lệ các triệu chứng về mũi và phân độ triệu chứng ở công nhân khai thác than VMXMT**

| Phân độ Triệu chứng | Không TC  | TC rất nhẹ | TC nhẹ    | TC trung bình | TC Nặng  | TC Rất nặng |
|---------------------|-----------|------------|-----------|---------------|----------|-------------|
| Ngạt tắc mũi        | 0         | 7 (10,3%)  | 30(44,1%) | 18(26,5%)     | 7(10,3%) | 6(8,8%)     |
| Hắt hơi             | 0         | 20(29,4%)  | 35(51,5%) | 11(16,2%)     | 2(2,9%)  | 0           |
| Chảy mũi            | 0         | 23(33,8%)  | 32(47,1%) | 10(14,7%)     | 3(4,4%)  | 0           |
| Rối loạn khứu       | 25(36,8%) | 28(41,1%)  | 10(14,7%) | 4(5,9%)       | 0        | 1(1,5%)     |
| Ho                  | 18(26,5%) | 30(44,1%)  | 12(17,6%) | 6(8,8%)       | 2(2,9%)  | 0           |

**Nhận xét:** Tỷ lệ triệu chứng ngạt tắc mũi và hắt hơi chảy mũi ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 44,1%, 51,5% và 47,1%. Điểm bảng câu hỏi: 8,588

#### 3. Các triệu chứng cạnh hốc mũi và phân độ triệu chứng ở công nhân than VMXMT.

**Bảng 3: Tỷ lệ các triệu chứng cạnh hốc mũi và phân độ triệu chứng ở công nhân khai thác than VMXMT**

| Phân độ Triệu chứng | Không TC  | TC rất nhẹ | TC nhẹ    | TC trung bình | TC Nặng  | TC Rất nặng |
|---------------------|-----------|------------|-----------|---------------|----------|-------------|
| Đặc, đẫy tai        | 0         | 7(10,3%)   | 19(27,9%) | 33(48,5%)     | 9(13,2%) | 0           |
| Hoa mắt             | 18(26,5%) | 24(35,5%)  | 23(33,8%) | 2(2,9%)       | 1(1,5%)  | 0           |
| Đau tai             | 22(32,4%) | 24(35,5%)  | 11(16,2%) | 5(7,4%)       | 6(8,8%)  | 0           |
| Đau sọ mặt          | 13(19,1%) | 8(11,8%)   | 30(44,1%) | 12(17,6%)     | 5(7,4%)  | 0           |

**Nhận xét:** Triệu chứng đau căng sọ mặt mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 44,1%. Điểm bảng câu hỏi: 6,897

#### 4. Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ và phân độ triệu chứng ở công nhân than VMXMT.

**Bảng 4: Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn giấc ngủ và phân độ triệu chứng ở công nhân khai thác than VMXMT.**

| Phân độ<br>Triệu chứng | Không TC  | TC rất nhẹ | TC nhẹ    | TC trung bình | TC Nặng | TC Rất nặng |
|------------------------|-----------|------------|-----------|---------------|---------|-------------|
| Khó ngủ                | 18(26,5%) | 23(33,8%)  | 20(29,4%) | 4(5,9%)       | 3(4,4%) | 0           |
| Tỉnh giấc              | 17(25,0%) | 20(29,4%)  | 27(39,7%) | 3(4,4%)       | 1(1,5%) | 0           |
| Ngủ không ngon         | 17(25,0%) | 22(32,4%)  | 25(36,8%) | 2(2,9%)       | 2(2,9%) | 0           |
| Tỉnh ngủ mệt           | 15(22,1%) | 21(30,9%)  | 29(42,6%) | 3(4,4%)       | 0       | 0           |

**Nhận xét:** Ở nhóm rối loạn về giấc ngủ chủ yếu gặp ở triệu chứng rất nhẹ và nhẹ tuy nhiên vẫn gặp mức độ nặng ở các triệu chứng khó ngủ, và tỉnh giấc là 4,4%, 1,5%. Điểm bảng câu hỏi: 5,162

#### 5. Các triệu chứng sút kém về xã hội, cảm xúc và phân loại triệu chứng ở công nhân than VMXMT.

**Bảng 5: Tỷ lệ các triệu chứng sút kém về mặt xã hội, cảm xúc và phân loại ở công nhân khai thác than VMXMT.**

| Phân độ<br>Triệu chứng  | Không TC  | TC rất nhẹ | TC nhẹ    | TC trung bình | TC Nặng | TC Rất nặng |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|---------------|---------|-------------|
| Giảm năng suất lao động | 10(14,7%) | 25(36,8%)  | 27(39,7%) | 5(7,4%)       | 1(1,5%) | 0           |
| Giảm tập trung làm việc | 9(13,2%)  | 21(30,9%)  | 34(50,0%) | 4(5,9%)       | 0       | 0           |
| Mệt mỏi                 | 19(27,9%) | 17(25,0%)  | 26(38,2%) | 6(8,8%)       | 0       | 0           |
| Buồn rầu                | 21(30,9%) | 34(50,0%)  | 9(13,2%)  | 3(4,4%)       | 1(1,5%) | 0           |
| Đề bị kích thích        | 18(26,5%) | 23(33,8%)  | 24(35,5%) | 3(4,4%)       | 0       | 0           |

**Nhận xét:** Điểm bảng câu hỏi: 6,338

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành thực hiện ở một số phân xưởng khai thác, sàng tuyển và vận chuyển, những khu này có hàm lượng bụi cao, không khí lưu thông kém nên tỷ lệ gặp bệnh VMXMT thường cao. Theo Trần Văn Tuấn và cs tại công ty than Đông Bắc cho thấy bệnh mũi xoang chiếm tỷ lệ rất cao 45,59%. Theo bảng 1 tỷ lệ VMXMT đều gặp ở các lứa tuổi của nghề nghiệp nhưng gặp nhiều hơn ở những người làm việc lâu năm có tuổi nghề cao 57,35% do phải tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ kéo dài. Với nhóm có tuổi nghề 10-15 năm chiếm tỷ lệ thấp hơn 16,18%.

Trong bảng 2 ở những bệnh nhân VMXMT biểu hiện các triệu chứng ở mũi rõ rệt nhất, đây cũng là những triệu chứng tiêu chuẩn để chẩn đoán VMXMT. Với triệu chứng nhẹ và trung bình chiếm tỷ cao nhất 44,1% và 26,5% ở những người lao động nặng như công nhân ngành than nhu cầu trao đổi không khí cao nên ngoài những triệu chứng ngạt tắc mũi còn do nhu cầu trao đổi khí từ phổi tăng làm người bệnh cảm thấy như thiếu O<sub>2</sub> trong quá trình hô hấp, Mức độ ngạt rất nhẹ và ngạt nặng tương đương nhau 10,3%.

Triệu chứng rối loạn về ngủ gặp ít nhất đa số bệnh nhân không có triệu chứng gì rối loạn về ngủ 36,8% và triệu chứng rối loạn ngủ rất nhẹ là 41,1%, có một trường hợp 1,5% rối loạn ngủ rất nặng nhưng soi thấy tổn thương ở mũi không tương xứng với triệu chứng mất ngủ có thể do tổn thương cơ quan thần kinh khứu giác. Triệu chứng ho gặp rất nhẹ và không có triệu chứng ho là 41,1% và 26,5%. Còn triệu chứng chảy mũi gặp nhiều nhất ở mức độ nhẹ 47,1%.

Tỷ lệ các triệu chứng ở cạnh mũi có sự khác biệt về phân loại nặng nhẹ khác nhau. Triệu chứng đặc và đầy ở tai gặp mức độ trung bình nhiều nhất 48,5%, với triệu chứng hoa mắt và đau tai phần lớn là không có triệu chứng hoặc triệu chứng cũng rất nhẹ 26,5% và 35,5%. Ở triệu chứng đau căng sọ mặt biểu hiện mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 41,1%.

Đối với các triệu chứng rối loạn về giấc ngủ ở bệnh nhân VMXMT thì mức độ triệu chứng rất nặng không gặp triệu chứng nào trong khi đó các triệu rất nhẹ và nhẹ gặp nhiều nhất và tương đương nhau. Triệu chứng ngủ không ngon và tỉnh ngủ mệt mức độ rất nhẹ là 32,4% và 30,9%. Ngoài ra ở công nhân bị VMXMT các triệu chứng rối loạn về giấc ngủ cũng gặp rắc rối ở một số người có biểu hiện triệu chứng nặng tỷ lệ gặp phải là 4,4%, 2,9% trong 68 trường hợp.

Ảnh hưởng của bệnh VMXMT làm sút kém về mặt xã hội và cảm xúc, nó được thể hiện qua các triệu chứng được thăm dò trên từng người bệnh như giảm năng suất lao động, giảm độ tập trung vào công việc, luôn cảm thấy mệt mỏi, buồn rầu và dễ bị kích thích cáu gắt. Trong bảng thống kê 5 cho thấy triệu chứng giảm năng suất lao động ở 68 trường hợp được chẩn đoán VMXMT đều có biểu hiện mức độ nhẹ cho đến nặng mức độ nặng chiếm tỷ lệ ít nhất với 1,5%, trung bình là 7,4%, còn mức độ nhẹ 39,7%.

Đánh giá các điểm trên bảng câu hỏi 2,3,4,5 triệu chứng của VMXMT thấy  $X \pm SD$  6,769±1,429 điểm, kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Hopkins C [7] và nghiên cứu của Gillett S.

## V. KẾT LUẬN

VMXMT là một bệnh có tỷ lệ mắc cao, nó ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị ảnh hưởng không chỉ bằng các triệu chứng VMXMT như ngạt tắc mũi, chảy mũi, đau căng vùng mặt, đau đầu, mất khứu giác mà còn kèm theo sụt giảm về thể lực, sự lo âu, rối loạn giấc ngủ và cảm thấy mệt mỏi.

Kết quả trả lời bảng câu hỏi SNOT-22 đã chỉ ra điểm của bệnh lý VMXMT ở mức điểm cao gây ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân bị mắc bệnh VMXMT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anand, VK (2004). Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngo, Suppl*, 193:3-5.
2. Benninger, MS, Khalid, AN, Benninger, MR et al (2010). Surgery for chronic rhinosinusitis may improve sleep and sexual function. *Laryngoscope*, Vol. 120: 1696 – 1700.
3. Fokkens, WJ., Lund, VJ., Mullol, J et al. (2007). Position paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007. *Rhinology Suppl*. Vol. 20: 1- 136.
4. Calman. KC. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *J Med Ethics*, Vol. 127: 167-174.
5. Carr, AJ., Gibson, BA. & Robinson, PG. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, Vol. 322: 1240-1243
6. Gliklich, RE. & Metson, R (1995). The health impact of chronic sinusitis in patients seeking otolaryngologic care. *Otolaryngol Head Neck Surg*, Vol. 113:104-109
7. Hopkins, C., Gillett, S., Slack, R., Lund, VJ. & Browne, JP. (2009). Psychometric validity of 22-item sinonasal outcome test. *Clin Otolaryngol*, Vol. 34:447-454

# CHẤT LƯỢNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH KHI VÀO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI CỦA ĐIỀU DƯỠNG NĂM 2016

Hoàng Minh Hoàn<sup>1</sup>, Đào Xuân Cơ<sup>2</sup>, Phạm Huy Tuấn Kiệt<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** việc đánh giá chính xác bệnh nhân của điều dưỡng lúc vào khoa Hồi sức tích cực (HSTC) vô cùng quan trọng, điều này giúp cho điều dưỡng cùng bác sỹ nhanh chóng phối hợp với nhau để phân loại và xử trí bệnh nhân kịp thời. **Mục tiêu:** 1. Mô tả thực trạng việc nhận định người bệnh lúc vào HSTC của điều dưỡng. 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến việc nhận định người bệnh lúc vào khoa HSTC của điều dưỡng. **Phương pháp:** Nghiên cứu thiết kế mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 394 lượt tiếp đón người bệnh của điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 03 năm 2017, kết quả cho thấy thực trạng nhận định người bệnh của điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực còn chưa được tốt với tỷ lệ nhận định người bệnh đạt chất lượng tốt chỉ đạt 62,7%, đạt loại khá đạt 27,4% và 9,9% chất lượng nhận định đạt loại trung bình và kém. Nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng nhận định người bệnh như tuổi của điều dưỡng, trình độ đào tạo, thời gian làm việc tại khoa Hồi sức tích cực.

**Từ khóa:** nhận định – khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai

## SUMMARY

### THE QUALITY AND FACTORS RELATING TO NURSING ASSESSMENT ON PATIENTS ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNIT IN BACH MAI HOSPITAL

Accurately evaluation of nurses to patients admitted to ICU is very important that helps nurses and doctors classify and manage patients timely. **Objectives:** 1. Describe the assessment of nurses on patients admitted to intensive care unit. 2. Define the factors relating to assessment of nurses on patients admitted to intensive care unit. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** having 394 patients admitted to ICU were assessed by 46 nurses from November 2016 to March 2017, the results showed that the patient evaluation of nurses was not good with the high, medium and low quality of assessment were 62,7%, 27,44%, 9,9% respectively. Some factors such as the age, degree and experience in ICU of nurses also affected the quality of patient assessment.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai trung bình tiếp nhận 1500-1700 người bệnh nặng và nguy kịch hàng năm. Bên cạnh việc thăm khám, nhận định của bác sỹ về tình trạng người bệnh thì việc đánh giá chính xác bệnh nhân của điều dưỡng lúc vào khoa HSTC vô cùng quan trọng, điều này giúp cho điều dưỡng cùng bác sỹ nhanh chóng phối hợp với nhau để phân loại và xử trí bệnh nhân kịp thời. Những năm gần đây khoa HSTC

<sup>1,2</sup> Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup> Trường Đại học Y - Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Hoàn

Email: minhhoandttc@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 9.5.2017

đã xây dựng các quy trình tiếp nhận và nhận định người bệnh, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào để đánh giá hiệu quả của công việc đó, thực tế đã có rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng việc nhận định người bệnh tại các khoa lâm sàng đặc biệt tại các khoa Hồi sức tích cực còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trình độ như trình độ đào tạo, thâm niên, kinh nghiệm cũng như tỉ lệ điều dưỡng trên người bệnh và nhiều yếu tố khác [1],[2].

Vì vậy để nâng cao chất lượng chăm sóc phục vụ người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "Chất lượng và một số yếu tố liên quan đến nhận định tình trạng người bệnh khi vào khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai của điều dưỡng năm 2016" nhằm hai mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng việc nhận định người bệnh lúc vào khoa HSTC của điều dưỡng.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến việc nhận định lúc vào khoa HSTC của điều dưỡng.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành ở tất cả điều dưỡng tham gia tiếp nhận người bệnh trong khoảng thời gian từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 03 năm 2017 tại khoa HSTC – Bệnh viện Bạch Mai. Bảng ghi chép của điều dưỡng, hồ sơ bệnh án của bác sỹ tại

khoa HSTC Bệnh viện Bạch Mai.

**2.2 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.3. Cách tiến hành**

- + Điều dưỡng có nhận định và ghi chép lại các thông tin nhận định không? Các thông tin đó có đúng, đủ hay không?
- + Độ chính xác của các thông tin nhận định.
- + Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến việc nhận định bệnh nhân của điều dưỡng

**2.4. Cách tính điểm:**

- Tổng hợp điểm ở mỗi phiếu đánh giá và tính % để đánh giá chất lượng nhận định theo các mức độ:
- Mức 1: chất lượng kém < 50%; trung bình: từ ≥ 50% đến ≤ 70%: điểm đạt ≤ 16 điểm.
- Mức 2: chất lượng khá: từ > 70% đến < 90%: điểm đạt từ 17 đến 20
- Mức 3: chất lượng tốt: ≥ 90%: điểm đạt từ 21 điểm đến 23 điểm.

**2.5. Phân tích dữ liệu:** bằng phương pháp thống kê y học

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Thông tin chung về điều dưỡng:** Có tổng cộng 46 điều dưỡng với 394 lượt đánh giá lúc vào khoa HSTC được đưa vào nghiên cứu

**Bảng 3.1 Đặc điểm chung của điều dưỡng (n = 46)**

|                    | Đặc điểm   | Tần số (n) | Tỷ lệ % |
|--------------------|------------|------------|---------|
| Tuổi               | ≤ 30 tuổi  | 19         | 41,3    |
|                    | ≥ 30 tuổi  | 27         | 58,7    |
| Giới               | Nam        | 18         | 39,1    |
|                    | Nữ         | 28         | 60,9    |
| Trình độ đào tạo   | Trung cấp  | 30         | 65,2    |
|                    | Cao đẳng   | 5          | 10,9    |
|                    | Đại học    | 11         | 23,9    |
| Thâm niên công tác | < 5 năm    | 21         | 45,7    |
|                    | 5 ≤ 10 năm | 8          | 17,4    |
|                    | > 10 năm   | 17         | 36,9    |

**Nhận xét :** Điều dưỡng độ tuổi trên 30 chiếm tỷ lệ cao hơn (58,7%); nữ giới chiếm tỷ lệ 60,9%. Số điều dưỡng có trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất 65,2%, sau đó lần lượt đến trình độ cao đẳng (10,9%) và trình độ đại học (23,9%). Thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 45,7% và từ 5-10 năm chỉ chiếm 17,4%.

**3.2. Nhận định thực trạng tiếp nhận người bệnh của điều dưỡng**

**Bảng 3.2 Nhận định các thông tin liên quan tình trạng lâm sàng**

| Nội dung nhận định | Nhận định đầy đủ, chính xác |      | Không nhận định, nhận định không chính xác |      | Tổng n |
|--------------------|-----------------------------|------|--|------|--------|
|                    | n                           | %    | n  | %    |        |
| Nhận định nhanh    | 350                         | 88,8 | 45   | 11,2 | 394    |
| Dấu hiệu sinh tồn  | 359                         | 91,1 | 35   | 8,9  | 394    |
| Tri giác           | 377                         | 95,7 | 17   | 4,3  | 394    |
| Hô hấp             | 311                         | 78,9 | 83   | 20,1 | 394    |
| Tuần hoàn          | 344                         | 87,3 | 50   | 12,8 | 394    |

|                 |     |      |     |      |     |
|-----------------|-----|------|-----|------|-----|
| Tiêu hóa        | 295 | 74,9 | 99  | 25,1 | 394 |
| Thận, tiết niệu | 356 | 65   | 138 | 35   | 394 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhận định chính xác, đầy đủ thông tin lâm sàng người bệnh tốt nhất là nhận định về tri giác tới 95,7% và thấp nhất là nhận định về thận tiết niệu chỉ đạt 65%. Dựa theo cách tính điểm các phiếu đánh giá chất lượng nhận định người bệnh chúng tôi thống kê được như sau:

**Bảng 3.3 Bảng đánh giá chất lượng nhận định**

| Chất lượng nhận định | Giới hạn điểm | n   | %    |
|----------------------|---------------|-----|------|
| Trung bình, kém      | 0 – 16        | 39  | 9,9  |
| Khá                  | 17 - 20       | 108 | 27,4 |
| Tốt                  | ≥ 21          | 247 | 62,7 |
| <b>Tổng</b>          |               | 394 | 100  |

**Nhận xét:** Chất lượng nhận định người bệnh đạt loại tốt chiếm 59,6%, chất lượng trung bình và kém chiếm 7,4%.

### 3.4. Một số yếu tố liên quan đến việc nhận định người bệnh khi tiếp nhận của điều dưỡng

**Bảng 3.5 Nhóm tuổi, giới và chất lượng nhận định (n = 394)**

| Tuổi/<br>giới | Tổng số<br>phiếu n(%) | Chất lượng nhận định |            |             | p*           |
|---------------|-----------------------|----------------------|------------|-------------|--------------|
|               |                       | Trung bình, kém n(%) | Khá n(%)   | Tốt n(%)    |              |
| ≤ 30*         | 134 (100%)            | 20 (14,9%)           | 46(34,3%)  | 68 (50,8%)  | <b>0,001</b> |
| ≥ 30*         | 260 (100%)            | 19 (7,3%)            | 62 (23,8%) | 179 (68,9%) |              |
| Nam*          | 176 (100%)            | 18 (10,2%)           | 38 (21,6%) | 120 (68,2%) | <b>0,04</b>  |
| Nữ*           | 218 (100%)            | 21 (9,6%)            | 70 (32,1%) | 127 (58,3%) |              |

**Nhận xét:** Nhóm điều dưỡng >30 tuổi nhận định tốt chiếm hơn nhóm điều dưỡng <30 tuổi (68,9%). Nhóm điều dưỡng nam nhận định tốt hơn nhóm điều dưỡng nữ (68,2%)

**Bảng 3.6 Trình độ, thâm niên công tác và chất lượng nhận định (n=394)**

| Trình độ     | Tổng số<br>phiếu n (%) | Chất lượng nhận định    |              |              | p             |
|--------------|------------------------|-------------------------|--------------|--------------|---------------|
|              |                        | Trung bình,<br>kém n(%) | Khá<br>N (%) | Tốt<br>N (%) |               |
| Trung cấp*   | 281 (100%)             | 37 (13,1%)              | 82 (29,2%)   | 162 (57,7%)  | p*=<br>0,001  |
| Cao đẳng*    | 27 (100%)              | 0 (0%)                  | 13 (48,1%)   | 14 (51,9%)   |               |
| Đại học*     | 86 (100%)              | 2 (2,3%)                | 13 (15,1%)   | 71 (82,6%)   |               |
| < 5 năm**    | 172 (100%)             | 23 (13,4%)              | 67 (39%)     | 82 (47,7%)   | p**=<br>0,001 |
| 5 – 10 năm** | 121 (100%)             | 10 (8,2%)               | 22 (18,2%)   | 89 (73,6%)   |               |
| ≥10 năm**    | 101 (100%)             | 6 (6%)                  | 19 (18,8%)   | 76 (75,2%)   |               |

**Nhận xét:** Nhóm phiếu do điều dưỡng có trình độ đại học và cao đẳng nhận định đạt chất lượng khá giỏi chiếm tỷ lệ trên 97%, còn ở nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp chỉ đạt trên 86%.

Điều dưỡng có thâm niên làm việc tại khoa từ 5 năm trở lên có tỷ lệ phiếu đạt chất lượng tốt chiếm tỷ lệ cao trên 70%. Còn lại nhóm có thâm niên công tác <5 năm có tỷ lệ nhận định tốt chỉ chiếm 47,7%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong thời gian từ 11/2016 đến 03/2017 chúng tôi tiến hành nghiên cứu 394 lượt điều dưỡng tiếp nhận người bệnh vào khoa. Trong đó nhóm điều dưỡng >30 tuổi chiếm tỷ lệ cao (58,7%), nhóm điều dưỡng nữ có tỉ lệ 60,9% nhiều gấp 1,6 lần so với điều dưỡng nam giới.

Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ đại học chiếm 23,9%, trình độ cao đẳng chiếm 10,9% còn tỷ lệ cao nhất là khối điều dưỡng có trình độ trung

cấp 65,2%. So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bình tỷ lệ điều dưỡng có trình độ trung cấp (91,3%)[3] cao hơn rất nhiều so với khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Điều đó chứng tỏ trong những năm gần đây công tác đào tạo cho điều dưỡng đã được ban lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai cũng như ban lãnh đạo khoa đặc biệt quan tâm.

Kết quả cũng cho thấy, điều dưỡng có thâm niên từ 1-5 năm chiếm tới 45,7% tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bình (34,8%) [3]. Điều dưỡng có thâm niên từ 5 đến 10 năm có tỷ lệ 17,4% và lớn hơn 10 năm có tỷ lệ 36,9%. Kết quả này giúp cho nhà quản lý định hướng công tác tuyển dụng để chuẩn bị thay thế khi họ nghỉ hưu, tránh thiếu hụt đội ngũ điều dưỡng.

### 4.2 Thực trạng việc nhận định người bệnh:

Theo bảng 3.2 có 88,8% điều dưỡng nhận định đầy đủ bước nhận định nhanh. Điều này chứng tỏ còn 11,4% điều dưỡng tại khoa

còn chưa hiểu và thực hành tốt bước nhận định nhanh người bệnh mặc dù đã được đào tạo và cập nhật hàng năm.

Kết quả các bước còn lại như nhận định dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu tri giác, nhận định các dấu hiệu về hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, tiết niệu cho thấy tỷ lệ nhận định cao nhất là nhận định các dấu hiệu về tri giác đạt 95,7%, còn lại kết quả lần lượt là 91,1% nhận định dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu tuần hoàn 87,3%, hô hấp 78,9% và kết quả kém nhất là nhóm tiêu hóa, tiết niệu trên 65%. Điều này đòi hỏi nhóm quản lý giám sát phải tăng cường công tác đào tạo, giám sát để điều dưỡng có thể phát hiện sớm và xử trí kịp thời các dấu hiệu nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

#### 4.3 Chất lượng nhận định người bệnh:

Kết quả cho thấy thực trạng nhận định người bệnh của điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực còn chưa được tốt với tỷ lệ nhận định người bệnh đạt chất lượng tốt chỉ đạt 62,7%, đạt loại khá đạt 27,4% và 9,9% chất lượng nhận định đạt loại trung bình và kém. Theo tác giả Trần Thị Minh Tâm, Hoàng Thị Quy – Bệnh viện Hương Trà – Thừa thiên Huế thì việc ghi chép của điều dưỡng còn nhiều thiếu sót, nội dung ghi chép đơn điệu qua loa thiếu chính xác, chưa đầy đủ...[4] điều đó cũng chứng tỏ phần nào chất lượng đánh giá, theo dõi của điều dưỡng chưa được đầy đủ.

**4.4. Một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến việc nhận định bệnh nhân của điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều dưỡng nam có chất lượng nhận định bệnh nhân tốt hơn điều dưỡng nữ với  $p = 0,04$ . Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dassen tại Hà Lan. Trong nghiên cứu của Dassen, tác giả cho biết điều dưỡng nam đặc biệt hướng tới việc nâng cao nghề nghiệp của mình và họ dường như đặc biệt hướng tới việc nâng cao trình độ [5]. Có thể thấy, ngành điều dưỡng cho nam giới cũng có nhiều thuận lợi, họ có thể tận dụng sức khỏe và quỹ thời gian của mình để cống hiến cho nghề. Điều này phần nào giải thích được nguyên nhân dẫn đến chất lượng nhận định người bệnh ở điều dưỡng nam tốt hơn ở điều dưỡng nữ.

Kết quả về trình độ và thâm niên công tác cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ) giữa trình độ đào tạo và thâm niên công tác của điều dưỡng. Những điều dưỡng có trình độ học vấn càng cao thì chất lượng nhận định người bệnh càng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới trên 97% điều dưỡng có trình

độ cao đẳng, đại học có chất lượng nhận định đạt loại khá, tốt trong khi đó tỷ lệ này ở điều dưỡng trung cấp chỉ là 57,7%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Basauhra Singh (2016) tại Malaysia những điều dưỡng đại học có kiến thức về thang điểm Glasgow cao hơn những điều dưỡng có trình độ cơ bản [6]...

Nhóm điều dưỡng có thâm niên công tác trên 10 năm năm chất lượng nhận định đạt tỷ lệ cao gấp 1,6 lần so với đối tượng có kinh nghiệm công tác dưới 5 năm ( $p < 0,001$ ). Kết quả này cơ bản giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Văn Duy và cộng đồng là thâm niên của điều dưỡng có liên quan chặt chẽ với năng lực thực hành của điều dưỡng, điều dưỡng có thâm niên công tác trên 15 năm thì năng lực thực hành chăm sóc đạt cao gấp 3,2 lần so với đối tượng có kinh nghiệm công tác dưới 15 năm [7].

Như vậy, qua kết quả nghiên cứu có thể thấy công tác nhận định người bệnh khi vào viện của điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực phụ thuộc rất nhiều yếu tố và dựa vào kết quả nghiên cứu ban lãnh đạo khoa cũng như điều dưỡng trưởng khoa cần tăng cường công tác đào tạo liên tục cho đối tượng điều dưỡng mới về khoa để chất lượng chuyên môn, năng lực của người điều dưỡng được đồng đều trong tất cả các đối tượng điều dưỡng.

## V. KẾT LUẬN

Phân tích riêng từng tiêu chí cần nhận định liên quan đến lâm sàng của người bệnh như nhận định về tri giác đạt 95,7%, nhận định dấu hiệu sinh tồn đạt 91,1%, nhận định nhanh ngay khi người bệnh vào viện đạt 88,8%, nhận định dấu hiệu tuần hoàn đạt 87,3% còn lại các tiêu chí nhận định khác đều đạt trên 65%.

Đáng giá tổng hợp chung nhận định người bệnh của điều dưỡng, tỷ lệ đạt chất lượng tốt chiếm 62,7%.

Chất lượng nhận định người bệnh và một số các yếu tố như nhóm tuổi, giới, trình độ đào tạo, thâm niên của điều dưỡng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R. L. Kane, T. A. Shamliyan, C. Mueller và các cộng sự. (2007), "The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis", *Med Care*, 45(12), tr. 1195-204.
2. L. Carroll (2004), "Clinical skills for nurses in medical assessment units", *Nurs Stand*, 18(42), tr. 33-40.
3. Lê Thị Bình (2007), "Khảo sát về kỹ năng thực hành của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân và các yếu tố ảnh hưởng KTÓ ANH HƯỞNG".

4. **Trần Thị Minh Tâm Hoàng Thị Quy Và Cộng sự (2010)**, *Đánh giá chất lượng ghi chép phiếu chăm sóc của điều dưỡng - nữ hộ sinh tại bệnh viện Hương Trà - Thừa Thiên Huế năm 2009* Tạp chí y học thực hành.
5. **T. W. Dassen, F. J. Nijhuis và H. Philipsen (1990)**, "Male and female nurses in intensive-care wards in The Netherlands", *J Adv Nurs*, **15(4)**, tr. 387-93.
6. **Wesley Cajiaba Santos**, Cassia Regina Vancini-Campanharo, Maria Carolina Barbosa Teixeira

Lopes và các cộng sự. (2016), "Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital", *Einstein*, **14(2)**, tr. 213-218.

7. **Lê Văn Duy; Nguyễn Thị Thanh Quyên; Trần Anh Vũ và cs (2010)**, *Đánh giá tình hình áp dụng qui trình điều dưỡng tại một số Bệnh viện thuộc khu vực miền núi, trung du phía Bắc Việt Nam*, Khoa Điều Dưỡng - Trường Đại Học Y Dược - ĐH Thái Nguyên.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH VỆ SINH VÀ CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG Ở TRẺ MẮC BỆNH HEMOPHILIA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Văn Cẩn\*, Trịnh Đình Hải\*\*, Dương Thị Diễm Hằng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các yếu tố liên quan đến thực hành vệ sinh và chăm sóc răng miệng ở trẻ mắc bệnh Hemophilia tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 85 Bệnh nhân mắc bệnh Hemophilia và bố mẹ bệnh nhi tại khoa huyết học lâm sàng Bệnh viện Nhi Trung ương, các đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Thực hành vệ sinh răng miệng ở nhóm đối tượng nghiên cứu còn ở mức thấp: có 45,9% trẻ không ĐR/VSM hoặc ĐR/VSM không thường xuyên, nguyên nhân chủ yếu là do sợ chảy máu khi đánh răng chiếm 71,8%. Có 23,5% bố mẹ hiểu sai về cách vệ sinh răng miệng cho trẻ. Tỷ lệ sâu răng, viêm lợi ở nhóm ĐR/VSM hạn chế cao hơn nhóm ĐR/VSM thường xuyên. Điều trị răng miệng cho trẻ mắc bệnh Hemophilia chưa được quan tâm đầy đủ: Chỉ có 37,7% trẻ được khám răng thường xuyên. Điều trị răng miệng chủ yếu tại Bệnh viện tuyến trên, rất ít trẻ được điều trị ở bệnh viện tuyến dưới và các phòng khám Nha khoa tại địa phương. **Kết luận:** Trẻ mắc bệnh Hemophilia có thói quen vệ sinh răng miệng kém chiếm tỷ lệ khá cao. Điều trị răng miệng cho trẻ mắc bệnh Hemophilia chưa được quan tâm đầy đủ.

**Từ khóa:** Vệ sinh răng miệng, Hemophilia

### SUMMARY

#### SOME FACTORS RELATED TO PRACTICAL CLEANING AND SANITARY CARE IN CHILDREN WITH HEMOPHILIA AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

**Objective:** Describe the factors related to hygiene practices and dental care in children with Hemophilia

\*Bệnh viện Nhi TW

\*\*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Cẩn

Email: dovancan@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 17.5.2017

at the National Hospital of Paediatrics. **Subjects and methods of study:** Study used the method of the cross-section in 85 hemophilia pediatric patients in clinical hematology clinic of the National Hospital of Paediatrics. The patients were examined and interviewed by questionnaire for research. **Results:** Oral hygiene practices in the study group were low: 45.9% of patients rarely or irregularly brush teeth. The main reason of bleeding brush is up to 71.8%. There are 23.5% of parents misunderstand about oral hygiene for children. The rate of tooth decay, gingivitis in the group is higher than that of the regular group. Dental treatment for children with hemophilia is not fully paid attention, only 37.7% of children have regular dental checkups. Oral treatment mainly at upper-level hospitals, very few children are treated in lower level hospitals and dental clinics in the locality. **Conclusion:** Hemophilia patients have low oral hygiene habits. Dental treatment for children with hemophilia has not been sufficiently cared about.

**Key words:** Oral and dental care, Hemophilia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là một bệnh rất phổ biến ở trẻ em, theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) có đến 60-90% trẻ ở độ tuổi 6-8 tuổi bị sâu răng. Ở Việt Nam trẻ em từ 6-8 tuổi có tỷ lệ sâu răng sữa là 84,9% (1). Đặc biệt đối với trẻ em mắc bệnh Hemophilia, là một bệnh rối loạn đông máu di truyền thường gặp, ở nhóm bệnh nhân này thì các chấn thương nhỏ do đánh răng, do tổn thương của thức ăn cứng, viêm lợi và nhiễm trùng cũng có thể gây ra chảy máu kéo dài ở vùng răng miệng. Bệnh nhân Hemophilia thường vệ sinh răng miệng kém hoặc sợ đánh răng vì chảy máu khi đánh răng, đó là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm tăng tỷ lệ sâu răng, viêm lợi và nha chu. Phòng ngừa các bệnh lý về răng miệng và hướng dẫn chăm sóc răng miệng cho nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa rất quan trọng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô*

tả một số yếu tố liên quan đến thực hành vệ sinh răng miệng ở trẻ mắc bệnh Hemophilia.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Với tổng số 85 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Nhi Trung Ương được chẩn đoán xác định mắc Hemophilia

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc Hemophilia từ 2 tuổi trở lên
- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân mắc phối hợp với các bệnh toàn thân khác

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Phòng vấn bố mẹ bệnh nhân theo theo bộ câu hỏi nghiên cứu
- Khám lâm sàng, kết quả được ghi vào phiếu khám răng miệng

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Liên quan giữa sâu răng với số lần ĐR/VSM hàng ngày**

| Số lần ĐR/VSM trong ngày | Không sâu răng |              | Sâu răng  |              | Tổng        | Phân nhóm                 | OR=1,12 |
|--------------------------|----------------|--------------|-----------|--------------|-------------|---------------------------|---------|
|                          | SL             | %            | SL        | %            |             |                           |         |
| Không ĐR/VSM             | 2              | 11,8         | 15        | 88,2         | 17          | Nhóm hạn chế ĐR n=39      |         |
| Thỉnh thoảng             | 4              | 18,2         | 18        | 81,8         | 22          |                           |         |
| 1 lần                    | 6              | 22,2         | 21        | 77,8         | 27          | Nhóm thường xuyên ĐR n=46 |         |
| ≥ 2 lần                  | 7              | 36,8         | 12        | 63,2         | 19          |                           |         |
| <b>Tổng</b>              | <b>19</b>      | <b>22,4%</b> | <b>66</b> | <b>77,6%</b> | <b>100%</b> |                           |         |

**Nhận xét:** Tỷ lệ sâu răng giảm dần theo số lần đánh răng trong ngày của bệnh nhân, nhóm không ĐR/VSM có tỷ lệ sâu răng cao nhất (88,2%), nhóm ĐR/VSM ít nhất 2 lần trong ngày có tỷ lệ sâu răng là thấp nhất (63,2%).

**Bảng 2: Liên quan giữa viêm lợi và số lần ĐR/VSM hàng ngày**

| Số lần ĐR/VSM trong ngày | Không viêm lợi |              | Viêm lợi  |              | Tổng      | Phân nhóm                 | OR=1,48 |
|--------------------------|----------------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------------------|---------|
|                          | SL             | %            | SL        | %            |           |                           |         |
| Không ĐR/VSM             | 5              | 29,4         | 12        | 70,6         | 17        | Nhóm hạn chế ĐR n=39      |         |
| Thỉnh thoảng             | 7              | 31,8         | 15        | 68,2         | 22        |                           |         |
| 1 lần                    | 14             | 51,9         | 13        | 48,1         | 27        | Nhóm thường xuyên ĐR n=46 |         |
| ≥ 2 lần                  | 11             | 57,9         | 8         | 42,1         | 19        |                           |         |
| <b>Tổng</b>              | <b>37</b>      | <b>43,5%</b> | <b>48</b> | <b>56,5%</b> | <b>85</b> |                           |         |

**Nhận xét:** Tỷ lệ viêm lợi giảm dần theo số lần đánh răng của trẻ, ở nhóm trẻ không ĐR/VSM tỷ lệ viêm lợi là cao nhất (70,6%), nhóm trẻ ĐR/VSM ít nhất 2 lần/ngày có tỷ lệ viêm lợi là thấp nhất (42,1%).

**3.2. Các yếu tố liên quan về đặc trưng của bệnh của đối tượng nghiên cứu**

- Trong tổng số 85 Bệnh nhân thì có 38 bệnh nhân đã từng có chảy máu liên quan đến răng miệng cần có điều trị can thiệp chiếm 44,7%. Lý do vào viện liên quan đến răng miệng là 24 bệnh nhân chiếm 28,2%. Nguyên nhân do xuất huyết chiếm tỷ lệ cao nhất (69,4%), nguyên nhân do vết thương chảy máu là 2,4% (3).

**3.1. Thực hành vệ sinh răng miệng hàng ngày:**

Trong tổng số 85 Bệnh nhân nghiên cứu, có 17 bệnh nhân không đánh răng/vệ sinh miệng (ĐR/VSM) chiếm 20,0%; có 22 bệnh nhân thỉnh thoảng ĐR/VSM răng chiếm 25,9%, có 27 trường hợp ĐR/VSM 1 lần/ngày chiếm 31,8% và 19 trường hợp đánh răng nhiều hơn hoặc bằng 2 lần/ngày chiếm 22,3%. Tổng số bệnh nhân có thói quen vệ sinh răng miệng kém là 39 bệnh nhân, chiếm 45,9% (bao gồm bệnh nhân không ĐR/VSM và thỉnh thoảng ĐR/VSM).

Nguyên nhân không ĐR/VSM ở đối tượng nghiên cứu (Bệnh nhân không ĐR/VSM và thỉnh thoảng ĐR/VSM): Trong tổng số 39 bệnh nhân không và thỉnh thoảng ĐR/VSM thì lý do sợ chảy máu khi đánh răng chiếm tỷ lệ cao nhất 71,8%. Bệnh nhân không có thói quen đánh răng chiếm 12,8%, Bệnh nhân còn nhỏ khó vệ sinh răng miệng hoặc bố mẹ không để ý tới vệ sinh răng miệng cho trẻ thường xuyên chiếm tỷ lệ 15,4%.

**- Tỷ lệ khám răng định kỳ của nhóm đối tượng nghiên cứu:**

Tỷ lệ chưa khám răng lần nào chiếm tỷ lệ cao nhất (43,5%), tỷ lệ bệnh nhân chỉ khám khi có vấn đề về răng miệng chiếm 18,8%.

Quan điểm về vệ sinh răng miệng cho trẻ của bố mẹ bệnh nhân: Có 23,5% Bố hoặc mẹ bệnh nhân cho rằng: Bệnh nhân Hemophilia không nên đánh răng vì sẽ gây chảy máu. Còn lại (67,5%) bố mẹ bệnh nhân đều cho rằng Bệnh nhân Hemophilia nên chải răng thường xuyên và có khám răng định kỳ.

- **Phân bố nơi điều trị răng miệng:** Trong tổng số 48 Bệnh nhân đã điều trị về răng miệng thì nơi khám và điều trị chủ yếu tại bệnh viện chiếm 81,2% (100% điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Nhi Trung ương), có 8 bệnh nhân (16,7%) điều trị cả ở phòng khám tư và bệnh viện, chỉ có 1 bệnh nhân (2,1%) điều trị răng miệng tại phòng khám răng hàm mặt tư nhân.

- **Phân bố lý do điều trị răng miệng tại Bệnh viện:** Trong tổng số 39 Bệnh nhân điều trị răng miệng tại Bệnh viện thì tỷ lệ bố mẹ bệnh nhân không yên tâm khi điều trị ở tuyến dưới hoặc phòng khám tư chiếm 51,3%, tỷ lệ Bác sỹ Phòng khám Răng Hàm Mặt tư nhân không nhận điều trị chiếm 20,5%, Tỷ lệ chuyển viện điều trị của Bệnh viện tuyến dưới chiếm 28,2%.

- **Các nguồn thông tin về cách chăm sóc răng miệng:** Những thông tin về bệnh và cách chăm sóc răng miệng đối với bệnh nhân hemophilia do Bác sỹ Huyết học và bác sỹ Răng Hàm Mặt tư vấn chiếm 72,9% (n=62), bố mẹ tìm hiểu qua tài liệu tại khoa Huyết học cung cấp cho BN chiếm 82,4% (n=70), tiếp đến là các nguồn từ báo chí và internet chiếm 31,8% (n=27), Các nguồn khác như trao đổi giữa các bố mẹ bệnh nhân chiếm 21,2% (n=18), Có 14,1% (n=12) bố mẹ bệnh nhân chưa quan tâm hoặc hiểu biết hạn chế về cách chăm sóc răng miệng.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân mắc bệnh Hemophilia điều trị tại Khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Nhi Trung ương độ tuổi từ 2 đến 17 tuổi, chúng tôi có một số nhận xét như sau: Tỷ lệ Bệnh nhân không ĐR/VSM hoặc ĐR/VSM không thường xuyên chiếm tỷ lệ khá cao 45,9%, kết quả cao hơn nghiên cứu của Azhar năm 2006 là 32,7% (3), sự khác nhau do đối tượng nghiên cứu của Azhar là những bệnh nhân có độ tuổi lớn hơn đã ý thức hơn trong vấn đề vệ sinh răng miệng.

Khi so sánh tỷ lệ sâu răng, viêm lợi giữa nhóm hạn chế ĐR/VSM n=39 (bao gồm nhóm không ĐR/VSM và thỉnh thoảng ĐR/VSM) với nhóm đánh răng thường xuyên n=46 (ĐR/VSM 1 lần/ngày và  $\geq 2$  lần/ngày) nhận thấy: nhóm đánh răng hạn chế có tỷ lệ sâu răng cao gấp 1,12 lần so với nhóm đánh răng thường xuyên (OR=1,12 khoảng tin cậy CI 95%). (Bảng 1); Tỷ lệ viêm lợi của nhóm ĐR/VSM hạn chế cao gấp 1,48 lần so với nhóm ĐR/VSM thường xuyên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR=1,48 khoảng tin cậy CI 95% (Bảng 2).

Trong số 48 trẻ được khám và điều trị răng miệng thì chủ yếu trẻ khám tại Bệnh viện chiếm 81,2%, có rất ít trẻ khám tại phòng khám Răng Hàm Mặt tư nhân; nguyên nhân chính do bố mẹ bệnh nhân không yên tâm khi điều trị răng miệng cho trẻ ở phòng khám Nha khoa tư nhân chiếm 51,3%, còn lại do Bác sỹ tuyến dưới chuyển viện và Bác sỹ phòng khám Nha khoa tư nhân không nhận điều trị. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy, vấn đề chăm sóc và điều trị Nha khoa đối với trẻ mắc bệnh Hemophilia chưa được quan tâm, một lý do nữa là tâm lý ngại điều trị răng miệng cho nhóm bệnh nhân này của Bác sỹ Răng Hàm Mặt nói chung. Vấn đề này không chỉ riêng ở Việt Nam mà ở một số nước trên thế giới cũng gặp phải; nghiên cứu của Kalsi năm 2012 tại nước Anh nhận thấy 45% bệnh nhân không tin tưởng vào kinh nghiệm điều trị của Bác sỹ Nha khoa chung, 40% Bác sỹ không cảm thấy tự tin khi điều trị răng miệng cho nhóm bệnh nhân có rối loạn động máu (4). So sánh với nghiên cứu của Hitchings năm 2012 thì cũng có tới 78% bệnh nhân sử dụng các dịch vụ nha khoa tại bệnh viện, 16% khám tại các phòng khám nha khoa tư nhân, 6% sử dụng các dịch vụ khác (5).

Từ kết quả trên nhận thấy, thông tin về chăm sóc răng miệng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân mắc bệnh Hemophilia là khá đầy đủ, tuy nhiên vấn đề thực hiện lại chưa tương xứng có thể do chưa có một tài liệu riêng cho hướng dẫn chăm sóc vệ sinh răng miệng mà chỉ là tài liệu chăm sóc bệnh nhân Hemophilia chung, cũng có thể do trình độ nhận thức của một số bố mẹ bệnh nhân chưa được tốt nên chưa đạt hiệu quả như mong muốn.

#### V. KẾT LUẬN

Thực hành vệ sinh răng miệng ở nhóm đối tượng nghiên cứu còn ở mức thấp: có 45,9% trẻ không ĐR/VSM hoặc ĐR/VSM không thường xuyên, nguyên nhân chủ yếu là do sợ chảy máu khi đánh răng chiếm 71,8%. Chỉ số vệ sinh miệng đơn giản OHI-S mức độ kém và mức độ trung bình chiếm 48,2%; 23,5% bố mẹ hiểu sai về cách vệ sinh răng miệng cho trẻ.

Tỷ lệ sâu răng, viêm lợi ở nhóm ĐR/VSM hạn chế cao hơn nhóm ĐR/VSM thường xuyên. Điều trị răng miệng cho trẻ mắc bệnh Hemophilia chưa được quan tâm đầy đủ: Chỉ có 37,7% trẻ được khám răng thường xuyên; Điều trị răng miệng chủ yếu tại Bệnh viện tuyến trên, rất ít trẻ được điều trị ở bệnh viện tuyến dưới và các phòng khám Nha khoa tại địa phương.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Trịnh Đình Hải.** Sâu răng sữa ở trẻ em Việt Nam. Tạp chí y học thực hành. 2004;10:48-50. vie.
2. **Hồ Thị Vân Khánh.** Đánh giá hiểu biết của bệnh nhân Hemophilia và người nhà bệnh nhân về bệnh Hemophilia [Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Ykhoa]: Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Ykhoa, Đại học Y Hn; 2008.
3. **Azhar S, Yazdanie N, Muhammad N.** Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia. 2006;12(4):401-4.
4. **Kalsi H, Nanayakkara L, Pasi K.J, Bowles L, Hart D.P.** Access to primary dental care for patients with inherited bleeding disorders. Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia. 2012;18(4):510-5.
5. **Hitchings, Elizabeth J.** The oral health of individuals with haemophilia: a mixed methods investigation: University of Otago; 2012.

## **ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KẾT HỢP METHOTREXAT VÀ TIÊM DEPO-MEDROL NỘI KHỚP TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM**

Lê Quang Minh<sup>1</sup>, Lại Thùy Dương<sup>2</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả lâm sàng, xét nghiệm và biến chứng của phương pháp kết hợp Methotrexat và tiêm Depo – Medrol nội khớp trong điều trị Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp tiến cứu. Trong đó, 122 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm tham gia điều trị theo phương pháp kết hợp Methotrexat và tiêm nội khớp bằng Depo – Medrol từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2016. Các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được điều trị methotrexate 7,5mg/tuần (tăng lên 20mg/tuần trong vòng 2 tháng); trong tất cả các lần khám, Depo-Medrol đã được tiêm vào các khớp bị sưng (tối đa bốn khớp/lần khám). Hiệu quả được đánh giá chủ yếu dựa vào tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị (DAS28CRP <3.2) và tỷ lệ bệnh nhân đạt lui bệnh (DAS28CRP <2.6). Thời điểm đánh giá: lúc đầu, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng. **Kết quả:** Viêm khớp dạng thấp gặp ở tuổi trung niên, chủ yếu là nữ, tổn thương gặp chủ yếu ở các khớp nhỏ nhờ 2 bên, có tính chất đối xứng. Liều Depo-Medrol tích lũy 6 tháng trung bình là 5,2 (1,8-12,5) ml. Sau 6 tháng điều trị, DAS28-CRP <3,2 đạt 80,1% là 2,2 (1,6-4,6). Tỷ lệ lui bệnh là: DAS28-CRP < 2,6: 42,9%. Chỉ số CDAI ≤ 2,8: 42,9%. Chỉ số SDAI <3,3: 36,8%. Mức độ đau và mức độ hoạt động bệnh giảm rõ rệt sau điều trị so với trước điều trị. Có một vài trường hợp gặp biến chứng của tiêm Depo-Medrol nội khớp: sưng, đau ngay sau tiêm, thay đổi màu sắc da. **Kết luận:** Kết hợp Methotrexat và tiêm Depo – Medrol nội khớp là biện pháp điều trị viêm khớp dạng thấp đem lại sự cải thiện đáng kể về mức độ giảm đau và mức độ hoạt động của bệnh, ít biến chứng, ít tốn kém.

**SUMMARY**

### **EVALUATION OF THE COMBINED EFFECT OF METHOTREXATE AND INTRA-ARTICULAR DEPO- MEDROL IN THE TREATMENT OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS AT HA NAM GENERAL HOSPITAL**

**Objectives:** To evaluate the clinical efficacy, test and complication of combination Methotrexate and intra-articular Depo - Medrol in the treatment of early rheumatoid arthritis at Ha Nam General Hospital. **Materials and methods:** Interventional intervention study. Of these, 122 were enrolled in combination therapy with Methotrexate and intra-articular Depo-Medrol from June 2014 to June 2016. Patients with rheumatoid arthritis were treated with methotrexate 7.5mg/week (increased to 20mg/week for 2 months); In all examinations, Depo-Medrol has been injected into the swollen joints (up to four joints per visit). The efficacy was assessed primarily on the proportion of patients achieving treatment goals (DAS28CRP <3.2) and on the proportion of patients achieving disease recovery (DAS28CRP <2.6). Time of evaluation: at first, after 1 month, after 2 months, after 3 months, after 6 months. **Results:** rheumatoid arthritis were in middle age, mostly females, mainly with bilateral symmetrical joints. The 6-month Depo-Medrol cumulative average was 5.2 (1.8-12.5) ml. After 6 months of treatment, DAS28-CRP <3.2 reached 80.1% of 2.2 (1.6-4.6). Rejection rate is: DAS28-CRP <2.6: 42.9%. CDAI score ≤ 2.8: 42.9%. SDAI score <3.3: 36.8%. The level of pain and the level of disease activity decreased markedly after treatment compared to before treatment. There are several cases of Depo-Medrol intra-articular complications: swelling, pain after injection, skin color changes. **Conclusion:** Combination of Methotrexate and intra-articular Depo - Medrol is the treatment regimen for early rheumatoid arthritis which provides a significant improvement in the level of pain relief and the level of activity of the disease, with few complications, less money.

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis, Treatment

<sup>1</sup>Sở Y tế Hà Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Minh

Email: drlequangminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh thường gặp nhất trong các bệnh khớp mạn tính. Tỷ lệ bệnh là 0,3 - 1,5% tùy theo chủng tộc. Bệnh viêm khớp dạng thấp ở Việt Nam, theo Trần Ngọc Ân [1] chiếm 20% số bệnh nhân điều trị tại các cơ sở điều trị về khớp. Bệnh viêm khớp dạng thấp chủ yếu gặp ở nữ giới, trung niên. Hiện nay, chưa có một phác đồ hay một loại thuốc nào đem lại kết quả tuyệt đối. Chiến lược điều trị nói chung đó là điều trị toàn diện, tích cực, dài hạn và theo dõi thường xuyên. Các thuốc điều trị cơ bản hay còn gọi là nhóm thuốc DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drugs) kinh điển (methotrexate, sulfasalazine, hydroxychloroquine...) có vai trò quan trọng trong việc ổn định bệnh và cần điều trị kéo dài. Các thuốc sinh học còn được gọi là DMARDs sinh học (kháng TNF $\alpha$ , kháng Interleukin 6, kháng lympho B) được chỉ định đối với thể kháng điều trị với DMARDs kinh điển, thể nặng hoặc tiên lượng nặng [2] có giá thành cao.

Trong điều trị nội khoa, việc dùng kết hợp các thuốc DMARDs kinh điển với Cortison tiêm nội khớp (như Depo - Medrol, Triamcinolone) là một trong các phương pháp điều trị đang được áp dụng khá phổ biến trên thế giới [3,4,5]. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam, chúng tôi mới áp dụng phương pháp này điều trị cho bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm, bước đầu cho thấy đem lại hiệu quả tốt. Tuy vậy, phương pháp này thực sự có giá trị trên nhóm đối tượng này không thì chưa có đề tài nào nghiên cứu đánh giá. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm đánh giá hiệu quả lâm sàng, xét nghiệm và biến chứng của phương pháp kết hợp Methotrexat và tiêm Depo - Medrol nội khớp trong điều trị viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 122 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp giai

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm chung

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

| Đặc điểm chung                | N=122          |
|-------------------------------|----------------|
| Tuổi (năm)                    | 54,9 $\pm$ 8,3 |
| Giới nữ (%)                   | 65,2           |
| Thời gian mắc bệnh (ngày)     | 87,5 (42-165)  |
| RF (Yếu tố dạng thấp) (+) (%) | 72             |

**Nhận xét:** Phần lớn các bệnh nhân nghiên cứu là bệnh nhân nữ, tuổi trung niên, RF dương tính, Thời gian mắc bệnh trung bình: 87,5 (42-165) ngày.

### 3.2. Điều trị, hiệu quả điều trị, mức độ thuyên giảm bệnh

đoạn sớm theo tiêu chuẩn ACR 1987 điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 6/2014 đến 6/2016.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR 1987, thời gian mắc bệnh < 6 tháng, đang trong giai đoạn tiến triển. đã ngừng tiêm Cortison nội khớp trước nghiên cứu ít nhất 3 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân đã tiêm Cortison nội khớp trước nghiên cứu < 3 tháng. Các tổn thương khớp do nhiễm khuẩn hoặc chưa loại trừ được nhiễm khuẩn. Tổn thương trên hoặc gần vị trí tiêm hoặc nhiễm trùng toàn thân. Bệnh nhân có kèm theo bệnh lý: tăng huyết áp, đái tháo đường, đang dùng thuốc chống đông. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu can thiệp tiến cứu.

+ Tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị [7]:

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS theo 3 mức độ đau: Từ 10 đến 40 (mm): đau nhẹ. Từ 50 đến 60 (mm): đau trung bình. Từ 70 đến 100 (mm): đau nặng. VAS bệnh nhân và VAS bác sỹ. Điểm mức độ hoạt động của bệnh tính theo công thức DAS28-CRP bốn biến.

SDAI = Số khớp đau (tổng số 28 khớp) + Số khớp sưng + VAS bệnh nhân + VAS bác sỹ đánh giá (0-10) + CRP (mg/dl). SDAI < 3,3: Bệnh không hoạt động; 3,3 < SDAI < 11: Hoạt động nhẹ; 11 < SDAI < 26: Hoạt động trung bình; SDAI > 26: Hoạt động mạnh

Chỉ số CDAI (Clinical Disease Activity Index)

CDAI = Số khớp đau + Số khớp sưng + VAS bệnh nhân + VAS bác sỹ. CDAI < 2,8: Bệnh không hoạt động; 2,8 < CDAI < 10: Bệnh hoạt động nhẹ; 10 < CDAI < 22: Bệnh hoạt động trung bình; CDAI > 22: Bệnh hoạt động mạnh

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Bằng các thuật toán thống kê trên máy vi tính với phần mềm SPSS 16.0.

**Bảng 2: Phương pháp điều trị**

|   | <b>N=122</b>   |
|---|----------------|
| Liều MTX tối đa 6 tháng (mg/ tuần)                | 20 (7,5-20)    |
| Liều MTX trung bình 6 tháng (mg/ tuần)            | 16,8 ± 4,2     |
| Liều Depo-Medrol tích lũy trong 6 tháng TB (ml)   | 7,2 (2,2-18,5) |
| Số bệnh nhân được tiêm nội khớp khi dùng MTX (BN) | 122            |

**Nhận xét:** Liều Methotrexat trung bình 6 tháng là: 16,8 ± 4,2. Liều Depo- Medrol tích lũy trong 6 tháng trung bình là 7,2 (2,2-18,5) ml.

**Bảng 3: Hiệu quả điều trị, đánh giá sự thuyên giảm bệnh**

|  | <b>Trước điều trị (M0)</b> | <b>Sau 6 tháng (M6)</b> | <b>p</b> |
|--|----------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm</b>                 |                            |                         |          |
| Số khớp đau (0-28)                                   | 16 (5-37)                  | 0 (0-9)                 | p <0,01  |
| Số khớp sưng (0-28)                                  | 11 (3-34)                  | 0 (0-3)                 | p <0,01  |
| VAS bác sĩ(0-100mm)                                  | 58,1(28-89)                | 1,1 (0-59)              | p <0,01  |
| VAS bệnh nhân (0-100mm)                              | 70,5 (13-100)              | 10,6 (0-60)             | p <0,01  |
| CRP (mg/l)   | 14,6 (7-108)               | 7,2 (7-30)              | p <0,05  |
| <b>So sánh mức độ hoạt động bệnh ở các thời điểm</b> |                            |                         |          |
| DAS28-CRP (1,7-8,7)                                  | 5,6 (3,7-7,9)              | 2,2 (1,6-4,6)           | p <0,05  |
| CDAI (0-76)  | 25,1 (15,2-60,8)           | 4,1 (0,8-18,7)          | p <0,01  |
| SDAI (0,7-82)  | 28,4 (16,1-72,3)           | 5,6 (1,3-19,6)          | p <0,01  |
| <b>Mục tiêu điều trị</b>                             |                            |                         |          |
| DAS28-CRP <3,2                                       | 0                          | 80,1%                   | p <0,01  |
| <b>Đánh giá lui bệnh</b>                             |                            |                         |          |
| DAS28-CRP <2,6                                       | 0                          | 42,9%                   | p <0,01  |
| CDAI <2,8  | 0                          | 39,2%                   | p <0,01  |
| SDAI <3,3  | 0                          | 36,8%                   | p <0,01  |

**Nhận xét:** Các chỉ số lâm sàng và xét nghiệm đều được cải thiện rõ rệt sau 6 tháng điều trị so với trước điều trị (p<0,01). Phần lớn bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị: 80,1%. Khoảng gần 40 % bệnh nhân đạt được lui bệnh.

### 3. Biến chứng

**Bảng 4: Biến chứng của tiêm Depo- Medrol nội khớp**

| <b>Biến chứng</b>                                     | <b>Sau 6 tháng (M6)</b> |
|---|-------------------------|
| Chảy máu, sốc (ít gặp).                               | 0                       |
| Nhiễm trùng tại chỗ tiêm                              | 0                       |
| Sưng, nóng, đỏ, đau vùng tiêm trong vòng 24 giờ (n,%) | 5 (4,1%)                |
| Teo da, cơ, thay đổi sắc tố da vùng tiêm (n,%)        | 3 (2,5%)                |

**Nhận xét:** Không có trường hợp nào bị biến chứng chảy máu, sốc và nhiễm trùng tại chỗ tiêm. Có một số ít trường hợp bị biến chứng sưng, đau vùng tiêm trong vòng 24 giờ và thay đổi sắc tố da vùng tiêm.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1) cho thấy: Tuổi trung bình của các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 54,9 ± 8,3 (tuổi thấp nhất là 43, tuổi cao nhất là 73). Bệnh hay gặp ở nữ giới 65,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác: Nguyễn Thị Ngọc Lan [6], viêm khớp dạng thấp hay gặp ở nữ giới, tuổi trung niên; H-Petersen K, Hetland ML và cộng sự (2014) [5] cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là: 56,2 (25,8-77,6), chủ yếu gặp ở nữ chiếm 63%. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm chung của bệnh viêm khớp dạng thấp.

**4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị:** Sự ra đời của các thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm DMARD's-Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs (thuốc chống thấp khớp có thể làm chuyển biến bệnh) đã làm thay đổi tiên lượng cơ bản của bệnh viêm khớp dạng thấp nói riêng và các bệnh khớp khác nói chung. Đây là một nhóm thuốc có vai trò hết sức quan trọng, có thể điều trị "tận gốc" bệnh viêm khớp dạng thấp, do đó theo quan điểm của nhiều tác giả nhóm thuốc này còn được gọi là các thuốc "thay thế corticoid".

**Mục đích của điều trị:** kiểm soát quá trình miễn dịch và quá trình viêm khớp. Phòng ngừa hủy khớp, bảo vệ chức năng khớp, giảm thiểu tối đa các triệu chứng để bệnh nhân có thể có cuộc

sống bình thường. Tránh các biến chứng của bệnh và của các thuốc điều trị.

**Về nguyên tắc điều trị:** kết hợp nhiều nhóm thuốc: thuốc điều trị triệu chứng và DMARDs ngay từ giai đoạn đầu của bệnh, Corticoid sử dụng trong các đợt tiến triển. Phác đồ thường dùng, có hiệu quả, ít tác dụng phụ, đơn giản, rẻ tiền nhất ở nước ta là methotrexate phối hợp chloroquin trong những năm đầu và sau đó là methotrexate đơn độc. Tuy nhiên các thuốc chống viêm đường toàn thân: corticoid hay các thuốc chống viêm không steroid thường có nhiều tác dụng phụ lên toàn thân như viêm loét dạ dày, tá tràng, THA, đái tháo đường... Chính vì vậy chúng tôi lựa chọn liệu pháp kết hợp methotrexat với Depo- Medrol tiêm nội khớp trong điều trị viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm vừa đảm bảo được hiệu quả điều trị tốt, vừa ít tác dụng phụ, và rẻ tiền.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị với điểm mức độ hoạt động bệnh DAS28-CRP <3,2 là 80,1% (theo bảng 3), phù hợp với nghiên cứu của KH-Petersen và cộng sự (2014) [5], tỷ lệ này là 76% và nghiên cứu của MB Axelsen và cộng sự (2014) [1], tỷ lệ này là 79%. Như vậy, liệu pháp kết hợp Methotrexat và tiêm Depo-Medrol trong khớp như trị liệu bậc 1 ở giai đoạn sớm viêm khớp dạng thấp đã làm cải thiện đáng kể tình trạng bệnh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có 80,1% đã giảm DAS28-CRP, các chỉ số CDAI và SDAI cũng giảm rõ rệt sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của KH-Petersen, cộng sự (2014) [4] và nghiên cứu của MB Axelsen và cộng sự (2014) [1]. Điều này phản ánh việc kết hợp điều trị Methotrexat liều 20mg/tuần với tiêm Depo-Medrol nội khớp tại bất kỳ một khớp bị sưng nào (lớn hay nhỏ) và bắt đầu điều trị sớm thì sẽ đem lại hiệu quả cao trong việc điều trị bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm.

Các nghiên cứu khác cũng báo cáo kết quả điều trị cao hơn của liệu pháp DMARD sinh học sớm kết hợp với Methotrexat: nghiên cứu PREMIER cho thấy Adalimumab và Methotrexat kết hợp sẽ có hiệu quả điều trị cao hơn Adalimumab hoặc Methotrexat đơn độc, dẫn đến giảm DAS28 ở 44%, 23% và 21% bệnh nhân tương ứng. Các nghiên cứu này là thử nghiệm thuốc truyền thống với chế độ điều trị khá cứng nhắc, chẳng hạn như không cho phép tiêm Glucocorticoid vào các khớp bị sưng. Điều này có

thể giải thích một phần lý do của việc bổ sung DMARD sinh học, nhưng mặt khác giảm tỷ lệ thấp hơn cả hai nhóm (Methotrexate + Adalimumab và Methotrexate/Adalimumab đơn độc) so với nghiên cứu của KH Petersen và nghiên cứu của chúng tôi. Những thử nghiệm này không tập trung vào chiến lược, mà là về loại thuốc. Ngược lại, nghiên cứu của KH Peterson và nghiên cứu của chúng tôi là các thử nghiệm chiến lược, nhằm đạt được một tình trạng hoạt động bệnh thấp (DAS28-CRP <3,2), sử dụng một chiến lược điều trị linh hoạt cho phép điều chỉnh liều theo hoạt động hiện tại của bệnh.

Trong các nghiên cứu của các tác giả KH Petersen (2014) cho rằng: tỷ lệ bệnh nhân đạt được lui bệnh DAS28-CRP <3,2 đã không khác biệt giữa hai nhóm (nhóm 1: Adalimumab + DMARD + Triamcinolone, Nhóm 2: giả dược + DMARD + Triamcinolone). KH Petersen và cộng sự (2016) cũng đã nhận định: glucocorticoid tiêm nội khớp kết hợp với DMARD ở giai đoạn sớm viêm khớp dạng thấp giúp kiểm soát tốt về lâm sàng và X quang trong 2 năm, độc lập với điều trị Adalimumab [4]. MB Axelsen (2014), cũng có nhận định rằng: Một chiến lược điều trị mục tiêu với Methotrexat và tiêm glucocorticosteroid ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm làm giảm viêm màng hoạt dịch khớp, viêm xương và bao gân và ngưng tiến triển cấu trúc được đánh giá bởi cộng hưởng từ. Đồng thời việc bổ sung Adalimumab được kết hợp sẽ tăng cường tác dụng ức chế viêm xương và bao gân [1]. Điều này cho thấy rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu trên thế giới và cho thấy phương pháp kết hợp DMARD kinh điển và tiêm Depo - Medrol có hiệu quả điều trị khá tốt, ít tổn kém hơn các phương pháp điều trị kết hợp 3 loại thuốc như trên.

**4.3. Biến chứng:** Theo tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan [6] tiêm nội khớp có thể gặp các biến chứng là: Chảy máu, sốc (ít gặp). Nhiễm trùng tại chỗ tiêm. Sưng, nóng, đỏ, đau vùng tiêm trong vòng 24 giờ. Teo da, cơ, thay đổi sắc tố da vùng tiêm. Nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi theo dõi và nhận thấy không gặp trường hợp nào có biến chứng chảy máu, sốc, nhiễm trùng tại chỗ tiêm, có một số ít trường hợp gặp biến chứng sưng, đau vùng tiêm trong 24 giờ, thay đổi sắc tố da vùng tiêm. Chúng tôi liệu pháp tiêm Depo- Medrol nội khớp khá an toàn, những biến chứng gặp phải đều nhẹ và không gây nhiều nguy hiểm cho bệnh nhân.

**V. KẾT LUẬN**

Kết hợp Methotrexat và tiêm Depo - Medrol nội khớp là 1 trong những biện pháp điều trị viêm khớp dạng thấp đem lại sự cải thiện đáng kể về mức độ giảm đau và mức độ hoạt động của bệnh, ít biến chứng, ít tổn kém.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Trần Ngọc Ân (1991):** Viêm khớp dạng thấp, *Bách khoa thư bệnh học tập I*, Trung tâm Quốc gia biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội, trg 348 - 353.
2. **Michelle K.J., David A. Fox.** "Advances in the medical treatment of rheumatoid arthritis". *Hand Clin*; 27(1): 11-20, 2011
3. **Axelsen MB, Eshed I và cs, (2015),** A treat-to-target strategy with methotrexate and intra-articular triamcinolone with or without adalimumab effectively reduces MRI synovitis, osteitis and tenosynovitis and halts structural damage progression in early rheumatoid arthritis: results from the OPERA randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2015 May;74(5):867-75

4. **K.H-Petersen, M L Hetland và cs (2016),** Clinical and radiographic outcome of a treat-to-target strategy using methotrexate and intra-articular glucocorticoids with or without adalimumab induction: a 2-year investigator-initiated, double-blinded, randomised, controlled trial (OPERA), *Ann Rheum Dis*. 2016 Sep;75(9):1645-53.
5. **H-Petersen K, Hetland ML et al (2014),** Adalimumab added to a treat-to-target strategy with methotrexate and intra-articular triamcinolone in early rheumatoid arthritis increased remission rates, function and quality of life. The OPERA Study: an investigator-initiated, randomised, double-blind, parallel-group, placebo-controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2014 Apr;73(4):654-61
6. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011):** Kỹ thuật chọc hút dịch khớp - tiêm nội khớp - tiêm ngoài màng cứng, tiêm cạnh cột sống. *Bệnh học Cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, trang 379 - 389.
7. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về cơ xương khớp (2014),** (Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Viêm khớp dạng thấp, 7-14

## KẾT QUẢ HÓA-XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

La Vân Trường\*

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu tiến cứu điều trị hóa xạ trị đồng thời 61 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II-III sau phẫu thuật triệt căn, các tác giả rút ra một số kết luận sau:

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ (nam/nữ = 2,39). 91,8% bệnh nhân nghiên cứu từ 40 tuổi. Đa số bệnh nhân nghiên cứu có tình trạng toàn thân 0 điểm (80,3%). Có 24,6% ung thư trực tràng dưới, 45,9% ung thư trực tràng giữa và 29,5% ung thư trực tràng trên. Phẫu thuật LAR chiếm 72,1%, phẫu thuật APR chiếm 27,9%. Bệnh nhân giai đoạn II chiếm 29,5%, giai đoạn III chiếm 70,5%.

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 74,4%. Các vị trí tái phát hay gặp là: gan (26,3%), phổi (21,1%), trực tràng cùng (15,8%). Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 85,1%. Các tác dụng không mong muốn hay gặp là: đi lỏng, giảm huyết sắc tố, giảm bạch cầu, viêm da do xạ, phản ứng tay - chân (nhóm Capecitabine). Tuy nhiên hầu hết độ 1-2.

**SUMMARY**

### THE RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIATION AS AN ADJUVANT

\**Bệnh viện TW Quân đội 108*

Chịu trách nhiệm chính: La Vân Trường

Email: truong1082000@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

### THERAPY FOR POST CURATIVE SURGERY TREATMENT ON PATIENTS WITH RECTAL CANCER STAGE II AND STAGE III

The followings can be concluded from this study on concurrent chemoradiation as an adjuvant therapy for post curative surgery treatment on patients with rectal cancer stage II and stage III:

- Male patients outnumbered female patients (Male/Female = 2.39%). 91.8% of patients were over 40 years old. Most patients (80.3%) were in the performance status of 0 score, of whom 40.9% were with Lower Rectal, 37.7% with Middle Rectal and 21.4% with Upper Rectal. LAR surgery accounted for 72.1%, APR surgery for 27.9%. Patients in the stage II accounted for 29.5% and in the stage III for 70.5%.

- The 3-year disease-free survival rate was estimated at 74.4%. Places with high frequency of recurrence were: liver (26.3%), lung (21.1%), front of sacrum (15.8%). The 3-year overall survival rate was estimated at 85.1%. Undesirable effects of high frequency were: Diarrhoea, Lowered haemoglobin, Lowered leucocytes, Radiation dermatitis, Hand-foot skin reaction (Capecitabine group); however, most were at grade 1 and grade 2.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư hay gặp. Theo GLOBOCAN 2012, tỷ lệ mắc UTĐTT cao đứng thứ 3 ở nam và thứ 2 ở nữ. Tỷ lệ tử vong do UTĐTT cao đứng thứ 4 ở nam và thứ 3 ở nữ [1]. Tại Việt Nam, ghi nhận

ung thư tại một số thành phố lớn cho thấy tỷ lệ mắc UTĐTT cao đứng thứ 3 hoặc thứ 4 trong các loại ung thư [2]; [4]. Ung thư trực tràng (UTTT) chiếm khoảng 28% tổng số UTĐTT [7].

Đối với UTTT giai đoạn II-III, phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn cơ bản. Tuy nhiên, điều trị bổ trợ sau phẫu thuật làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, kéo dài thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn thể. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tiến cứu đối với các bệnh nhân UTTT giai đoạn Duke B và Duke C sau phẫu thuật triệt căn cho thấy: tỷ lệ tái phát của các nhóm không điều trị bổ trợ, điều trị hóa chất bổ trợ, điều trị tia xạ bổ trợ và hóa xạ trị đồng thời bổ trợ tương ứng là 55%, 46%, 48% và 33%; Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, tỷ lệ tử vong tương ứng của các nhóm nghiên cứu là 64%, 54%, 54% và 44%. Hóa xạ trị đồng thời trở thành điều trị chuẩn đối với các bệnh nhân UTTT giai đoạn II-III sau mổ mà chưa điều trị tiên phẫu.

Tại Bệnh viện TƯQĐ 108 chúng tôi tiến hành điều trị hóa xạ trị đồng thời cho các bệnh nhân UTTT giai đoạn II-III từ năm 2013. Để rút ra những kinh nghiệm trong quá trình điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu một số đặc điểm của các bệnh nhân UTTT giai đoạn II-III sau phẫu thuật triệt căn và đánh giá thời gian sống thêm, một số tác dụng không mong muốn hay gặp trong quá trình hóa - xạ đồng thời bổ trợ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là 61 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II-III sau phẫu thuật nội soi triệt căn, chưa điều trị tiên phẫu được điều trị hóa - xạ đồng thời bổ trợ tại BVTWQĐ 108 từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 04 năm 2017.

- Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân: UTTT giai đoạn I sau mổ, UTTT giai đoạn IV, UTTT tái phát, UTTT đã điều trị tia xạ hoặc hóa chất trước đó, bệnh nhân mắc thêm ung thư khác, không phải ung thư biểu mô tuyến, UTTT

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

**Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

| Đặc điểm |         | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------|---------|----------|-----------|
| Tuổi     | < 20    | 0        | 0         |
|          | 21 - 40 | 5        | 08,2      |
|          | 41 - 60 | 29       | 47,6      |
|          | 61 - 80 | 27       | 44,2      |

không phẫu thuật được (tuổi cao, mắc bệnh kết hợp không phẫu thuật được...).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, tiến cứu, can thiệp, theo dõi dọc.

#### - Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, tình trạng toàn thân, vị trí u trước phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, đặc điểm mô bệnh học, kết quả ung thư học của phẫu thuật (đau xa, đau gần, chu vi diện cắt), giai đoạn bệnh.

+ Hiệu quả điều trị: tác dụng không mong muốn, thời gian sống thêm không bệnh, vị trí di căn và thời gian sống thêm toàn thể.

#### - Các bước nghiên cứu:

+ Xây dựng mẫu nghiên cứu

Tình trạng toàn thân tính theo thang điểm ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Đánh giá giai đoạn bệnh theo pTNM (*p: pathologic*; T: Tumor; N: Lymph Nodes; M: Metastasis) và UICC (Union International Controle Cancer). Phân mức tác dụng không mong muốn theo NCI-CTC ấn bản 3.0 (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria version 3.0). Thời gian sống thêm toàn thể được tính từ khi đưa vào nghiên cứu đến khi tử vong. Thời gian sống thêm không bệnh được tính từ khi đưa vào nghiên cứu đến khi tái phát. Ước tính thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan – Meier.

#### + Quy trình điều trị bệnh nhân.

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính (hoặc MRI) ổ bụng, chụp XQ tim phổi, chụp PET/CT nếu nghi ngờ di căn xa, xét nghiệm chức năng gan thận, đánh giá bệnh kết hợp.

Điều trị hóa xạ trị đồng thời bổ trợ sau phẫu thuật 3 đến 6 tuần với Capecitabine hoặc Fluorouracil.

Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận trước mỗi chu kỳ hóa chất và hàng tuần trong thời gian xạ trị.

Bệnh nhân sau điều trị được khám định kỳ 3 tháng/lần trong 2 năm đầu, sau đó 6 tháng/lần.

+ Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu.

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

|                             |                 |    |      |
|-----------------------------|-----------------|----|------|
|                             | >80             | 0  | 0    |
| Giới                        | Nam             | 43 | 70,5 |
|                             | Nữ              | 18 | 29,5 |
| Tình trạng toàn thân (ECOG) | 0 điểm          | 49 | 80,3 |
|                             | 1 điểm          | 10 | 16,4 |
|                             | 2 điểm          | 2  | 03,3 |
| Vị trí u trước phẫu thuật   | Trực tràng dưới | 15 | 24,6 |
|                             | Trực tràng giữa | 28 | 45,9 |
|                             | Trực tràng trên | 18 | 29,5 |
| Phương pháp phẫu thuật      | LAR             | 44 | 72,1 |
|                             | APR             | 17 | 27,9 |

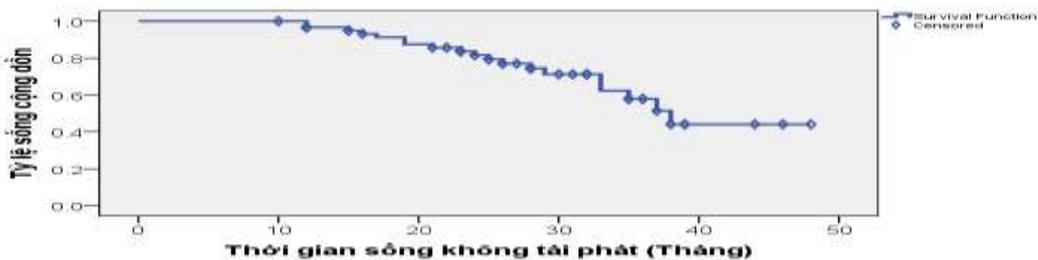
APR: Abdomino perineal resection - cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn; LAR: Low anterior resection cắt đoạn trực tràng đường bụng thấp

**3.2. Đặc điểm mô bệnh học và phân bố giai đoạn bệnh trước điều trị**  
**Bảng 3.2. Đặc điểm mô bệnh học và phân bố giai đoạn**

| Đặc điểm        |                | Số lượng | Tỷ lệ (%) |      |
|-----------------|----------------|----------|-----------|------|
| Đại thể khối u  | Thể sùi        | 55       | 90,2      |      |
|                 | Thể loét       | 03       | 04,9      |      |
|                 | Thể nhiễm cứng | 03       | 04,9      |      |
| Vi thể khối u   | Biểu mô tuyến  | 61       | 100       |      |
|                 | Biểu mô vảy    | 0        | 0         |      |
|                 | Khác           | 0        | 0         |      |
| Độ biệt hóa     | Cao            | 33       | 54,1      |      |
|                 | Vừa            | 21       | 34,1      |      |
|                 | Kém            | 07       | 11,8      |      |
| Đầu gần         | Am tính        | 59       | 96,7      |      |
|                 | Dương tính     | 02 (R1)  | 03,3      |      |
| Đầu xa          | Am tính        | 61       | 100       |      |
|                 | Dương tính     | 0        | 0         |      |
| Chu vi diện cắt | Am tính        | 61       | 0         |      |
|                 | Dương tính     | 0        | 0         |      |
| pTNM            | T              | T1       | 02        | 03,3 |
|                 |                | T2       | 06        | 09,8 |
|                 |                | T3       | 40        | 65,6 |
|                 |                | T4       | 13        | 21,3 |
|                 | N              | N0       | 16        | 26,2 |
|                 |                | N1       | 36        | 59,0 |
|                 | N2             | 09       | 14,9      |      |
| UICC            | Giai đoạn II   | 18       | 29,5      |      |
|                 | Giai đoạn III  | 43       | 70,5      |      |

**3.3. Thời gian sống thêm không bệnh**

Tổng số có 61 bệnh nhân được đánh giá thời gian sống thêm không bệnh. Bệnh nhân theo dõi ngắn nhất: 10 tháng. Bệnh nhân theo dõi dài nhất: 51 tháng. Thời gian theo dõi trung bình: 30,6 tháng. Có 19 bệnh nhân tái phát. Thời gian sống thêm không bệnh thể hiện ở biểu đồ 3.1



**Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm không bệnh**

\*Thời gian sống không bệnh 3 năm ước tính: 74,4%.

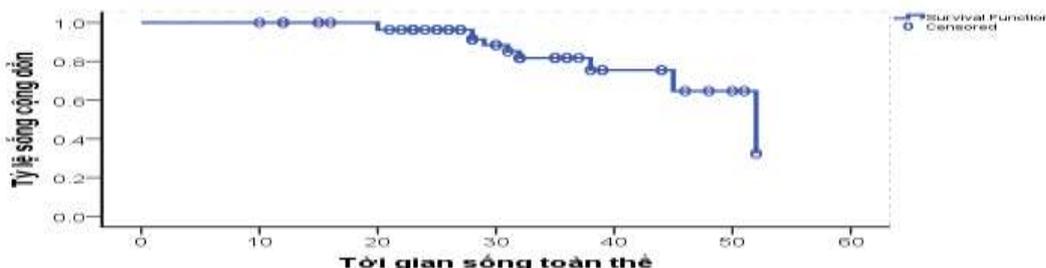
**3.4. Vị trí tái phát:** Phân bố vị trí tái phát của 19 bệnh nhân nghiên cứu thể hiện ở bảng 3.3

**Bảng 3.3: Vị trí tái phát**

| Vị trí tái phát  |                  | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------|------------------|----------|-----------|
| Tái phát tại chỗ | Trước xương cùng | 3        | 15,8      |
|                  | Chỗ nổi          | 1        | 05,2      |
|                  | Hố chậu          | 2        | 10,6      |
| Tái phát xa      | Gan              | 5        | 26,3      |
|                  | Phổi             | 4        | 21,1      |
|                  | Xương            | 1        | 05,2      |
|                  | Vị trí khác      | 2        | 10,6      |
| Nhiều vị trí     |                  | 1        | 05,2      |

**3.5. Thời gian sống thêm toàn thể**

Tổng cộng có 9 bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm toàn thể thể hiện ở biểu đồ 3.2



**Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm toàn thể**

\*Thời gian sống toàn thể 3 năm ước tính 85,1%.

**3.6. Tác dụng không mong muốn:** Nhóm Fluouracil có 36 bệnh nhân. Nhóm Capecitabine có 25 bệnh nhân. Một số tác dụng không mong hay gặp muốn thể hiện ở bảng 3.3

**Bảng 3.3: tác dụng không mong muốn hay gặp**

| Tác dụng không mong muốn | Fluouracil (n = 36) |                 |               | Capecitabine (n = 25) |                 |               |
|--------------------------|---------------------|-----------------|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|
|                          | Độ 1-2<br>n (%)     | Độ 3-4<br>n (%) | Tổng<br>n (%) | Độ 1-2<br>n (%)       | Độ 3-4<br>n (%) | Tổng<br>n (%) |
| Giảm huyết sắc tố        | 15(41,7)            | 1 (2,8)         | 16 (44,5)     | 6 (24)                | 0 (0)           | 6 (24)        |
| Giảm bạch cầu            | 10 (27,7)           | 2 (5,6)         | 12 (33,3)     | 6 (24)                | 2 (8)           | 8 (29,6)      |
| Giảm tiểu cầu            | 6 (16,7)            | 0 (0)           | 6 (16,7)      | 3 (12)                | 0 (0)           | 3 (12)        |
| Mệt mỏi                  | 5 (13,9)            | 1 (2,8)         | 6 (16,7)      | 10 (40)               | 0 (0)           | 10 (40)       |
| Buồn nôn                 | 5 (13,9)            | 0 (0)           | 5 (13,9)      | 5 (20)                | 1 (4)           | 6 (24)        |
| Nôn                      | 2 (5,6)             | 0 (0)           | 2 (5,6)       | 3 (12)                | 0 (0)           | 3 (12)        |
| Đi lỏng                  | 14 (39,9)           | 2 (5,6)         | 16 (45,5)     | 10 (40)               | 2 (5,6)         | 12 (45,6)     |
| Viêm trực tràng          | 2 (5,6)             | 0 (0)           | 2 (5,6)       | 2 (8)                 | 1 (4)           | 3 (12)        |
| Phản ứng tay-chân        | 2 (5,6)             | 0 (0)           | 2 (5,6)       | 9 (36)                | 2 (8)           | 11 (44)       |
| Viêm da do xạ            | 6 (16,7)            | 2 (5,6)         | 8 (22,3)      | 4 (16)                | 1 (4)           | 5 (20)        |

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị**

- Tuổi: nguy cơ mắc ung thư đại-trực tràng tăng lên theo tuổi, tăng nhanh sau 40 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào dưới 40 tuổi. Chỉ có 8,2% bệnh nhân nghiên cứu ở nhóm tuổi 21 – 40 và tới trên 90% bệnh nhân nghiên cứu nhóm tuổi 41 - 80 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không có bệnh nhân nào trên 80 tuổi. Điều này có thể do 3 nguyên nhân: một là tuổi thọ trung bình của nước ta dưới 80 tuổi. Hai là chúng tôi cũng triển khai hóa-xạ trị tiên phẫu nên bệnh nhân không được đưa vào nghiên cứu này. Ba là phẫu thuật

ở bệnh nhân trên 80 tuổi nguy cơ tai biến, biến chứng cao, một số bệnh nhân cao tuổi lựa chọn điều trị tia xạ giảm nhẹ.

- Giới: bệnh UTTT thường gặp ở nam hơn ở nữ. Tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ ở nghiên cứu của chúng tôi khá cao (43/18 = 2,39). Nguyên nhân có thể do Bệnh viện của chúng tôi là bệnh viện Quân đội, đối tượng thu dung chính là quân nhân, nam nhiều hơn nữ.

- Tình trạng toàn thân: để hoàn thành được kế hoạch nghiên cứu, chúng tôi chọn đối tượng nghiên cứu có tình trạng toàn thân ≤ 2 điểm. Tuy nhiên, có trên 80% bệnh nhân nghiên cứu tình trạng toàn thân 0 điểm. Nguyên nhân là do

sau phẫu thuật đa phần bệnh nhân hồi phục sức khỏe, tự đi lại, ăn ngủ sinh hoạt được. Phần lớn bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú.

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chúng tôi thăm khám từ trước phẫu thuật. Việc điều trị theo nhóm giúp chúng tôi theo dõi sát bệnh nhân. Đánh giá vị trí u chúng tôi thấy có 24,6% ung thư trực tràng dưới, 45,9% ung thư trực tràng giữa và 19,5% ung thư trực tràng trên. Xác định vị trí u trước mổ kết hợp kẹp clip đánh dấu trong khi mổ tạo điều kiện cho chúng tôi điều trị tia xạ sau này.

- Phương pháp phẫu thuật: nguyên tắc cơ bản trong phẫu thuật ung thư trực tràng là cố gắng bảo vệ cơ thắt hậu môn tối đa trong khi đảm bảo diện cắt về mặt ung thư học. Nhìn chung, chỉ định phẫu thuật LAR đối với u trực tràng cách mép hậu môn trên 5cm. Phẫu thuật APR chỉ định đối với u cách mép hậu môn < 5cm và các trường hợp xâm lấn rộng. Trong nghiên cứu của chúng tôi 72,1% được phẫu thuật LAR, 27,9% được phẫu thuật APR.

- Mô bệnh học: hầu hết ung thư trực tràng là ung thư biểu mô tuyến. Mai Đình Điều nghiên cứu 146 bệnh nhân UTTT cho thấy: 99,3% ung thư biểu mô tuyến, 55% độ biệt hóa cao và u thể sùi chiếm 92,5%[3]. Ở nghiên cứu của chúng tôi 100% là ung thư biểu mô tuyến, 54,1% độ biệt hóa cao, u thể sùi chiếm 90,2%. Có 02 trường hợp đầu gần (+) R1. 100% đầu xa (-), diện cắt (-).

- Giai đoạn pTNM: giai đoạn bệnh là cơ sở quan trọng để xác định chiến thuật điều trị cũng như tiên lượng bệnh. Ở các bệnh nhân N2, thời gian sống thêm toàn thể 5 năm thay đổi theo giai đoạn T (T1-2: 67%; T3: 44%; T4: 37%; P < 0,001). Căn cứ vào giai đoạn T và giai đoạn N người ta chia thành 3 mức nguy cơ: nguy cơ trung bình (T1-2/N1 và T3/N0); nguy cơ tăng (T1-2/N2, T3/N1 và T4/N0); nguy cơ cao (T3/N2, T4/N1 và T4/N2) [5]. Ở nghiên cứu của chúng tôi 65,6% giai đoạn T3 và 59% giai đoạn N1.

- Giai đoạn UICC: hướng dẫn thực hành NCCN khuyến cáo điều trị hóa xạ đồng thời hỗ trợ đối với UTTT giai đoạn II-III sau mổ mà chưa điều trị tiên phẫu. Ở nghiên cứu của chúng tôi hơn 2/3 (70,5%) bệnh nhân nghiên cứu ở giai đoạn III cho thấy bệnh nhân UTTT di căn hạch rất sớm. Thậm chí chúng tôi gặp 2 trường hợp T1 nhưng đã di căn hạch N1 và N2.

#### 4.2. Kết quả điều trị

- Thời gian sống thêm không bệnh: NCCN khuyến cáo hóa xạ trị đồng thời với Capecitabine và Fluorouracil không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống

thêm toàn thể. Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính ở nghiên cứu của chúng tôi là 74,4%. Kết quả này ở nghiên cứu của Ralf-Dieter Hofeinz và cộng sự (2012) là 67% với nhóm Fluorouracil và 75% với nhóm Capecitabine[6].

- Vị trí tái phát: Các vị trí tái phát hay gặp là gan (26,3%), phổi (21,1%), trước xương cùng (15,8%). Đáng chú ý là số bệnh nhân tái phát xa nhiều hơn số bệnh nhân tái phát tại chỗ (13 so với 6).

- Thời gian sống thêm toàn thể: thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính ở nghiên cứu của chúng tôi là 85,1%. Kết quả này ở nghiên cứu của Ralf-Dieter Hofeinz và cộng sự (2012) là 83% với nhóm Fluorouracil và 87% với nhóm Capecitabine [6].

- Tác dụng không mong muốn: Các tác dụng không mong muốn hay gặp nhất ở nhóm Fluorouracil lần lượt là: đi lỏng (45%), giảm huyết sắc tố (44,5%), giảm bạch cầu (33,3%), viêm da do xạ (22,3%). Tuy nhiên hầu hết là độ 1-2. Các tác dụng không mong muốn hay gặp nhất ở nhóm Capecitabine lần lượt là: đi lỏng (45,6%), phản ứng tay-chân (44%), mệt mỏi (40%), giảm bạch cầu (29,6%). Tuy nhiên, cũng hầu hết là độ 1-2. Chúng tôi không so sánh tác dụng không mong muốn giữa 2 nhóm vì bệnh nhân nghiên cứu còn ít và số lượng bệnh nhân ở 2 nhóm chênh lệch nhiều.

## V. KẾT LUẬN

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ (nam/nữ = 2,39). 91,8% bệnh nhân nghiên cứu trên 40 tuổi. Đa số bệnh nhân nghiên cứu có tình trạng toàn thân 0 điểm (80,3%). Có 24,6% ung thư trực tràng dưới, 45,9% ung thư trực tràng giữa và 19,5% ung thư trực tràng trên. Phẫu thuật LAR chiếm 71,2%, phẫu thuật APR chiếm 27,9%. Bệnh nhân giai đoạn II chiếm 29,5%, giai đoạn III chiếm 70,5%.

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 74,4%. Các vị trí tái phát hay gặp là: gan (26,3%), phổi (21,1%), trước xương cùng (15,8%). Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 85,1%. Các tác dụng không mong muốn hay gặp là: đi lỏng, giảm huyết sắc tố, giảm bạch cầu, viêm da do xạ, phản ứng tay – chân (nhóm Capecitabine). Tuy nhiên hầu hết độ 1-2.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lindsey A. Torre, Freddie Bray, Rebecca L. Siegel và cộng sự (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *ca cancer j clin*, 2015, 65, 87-108.
2. Nguyễn Bá Đức và Nguyễn Thị Hoài Nga (2007). Dịch tễ học bệnh ung thư. *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 9-19.

3. **Mại Đình Điều (2014).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. Luận án tiến sĩ y học
4. **Nguyễn Văn Hiệu (2010).** Ung thư đại trực tràng. *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*, Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 269-283.
5. **Leonard L. Gunderson, Daniel J. Sargent, Joel E. Tepper et al.** Impact of T and N Stage and Treatment on Survival and Relapse in Adjuvant Rectal Cancer: A Pooled Analysis. *J. Clin Oncol* 22:1785-1796. © 2004 by American Society of Clinical Oncology. VOLUME 22 NUMBER 10 MAY 15 2004.
6. **Ralf-Dieter Hofeinz, Frederik Wenz, Stefan Post, et al.** Chemoradiotherapy with capecitabine versus fluorouracil for locally advanced rectal cancer: a randomised, multicentre, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2012; 13: 579–88.
7. **Rebecca Siegel; Carol DeSantis; Ahmedin Jemal,** Colorectal Cancer Statistics, 2014CA *CANCER J CLIN* 2014;64:104–117.

## ĐÁNH GIÁ TƯƠNG QUAN GIỮA CHỈ SỐ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI VÀ MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT HEN TRÊN BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN

Đào Thị Thu Trang\*, Nguyễn Thị Bình\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 49 trẻ hen phế quản tuổi từ 6-13, nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng hen và chức năng thông khí phổi, dựa theo GINA 2014 phân loại các mức độ kiểm soát hen, từ đó đánh giá mối tương quan giữa mức độ kiểm soát hen với chỉ số chức năng thông khí phổi. Kết quả cho thấy 26% trẻ trong nhóm nghiên cứu không được kiểm soát hen, 39% kiểm soát một phần và 35% trẻ được kiểm soát hoàn toàn. FEV1 mức trên và dưới 80% ở nhóm không kiểm soát và có kiểm soát (kiểm soát hoàn toàn và 1 phần) khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm không kiểm soát hen có nguy cơ có FEV1 < 80% gấp 2.4 lần so với nhóm có kiểm soát. Có mối tương quan chặt chẽ giữa PEF và mức độ kiểm soát hen, Nhóm không kiểm soát hen có nguy cơ có PEF < 60% gấp 7,29 lần so với nhóm có kiểm soát.

**Từ khóa:** hen phế quản, FEV1, PEF

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN LUNG FUNCTION INDEXES AND ASTHMA MANAGEMENT

This study was conducted to evaluate the changes of lung function indexes in asthma diagnostic patient and the relationship between those changes and the level of asthma control which was classified upon GINA 2014 criterion. The results showed: 26% patients in studying group were uncontrolled, 39% were partly controlled and 35% were asthma controlled. FEV1 upper and lower 80% in controlled and uncontrolled groups have no significant different ( $p=0,24$ ,  $OR=2,4$ ), children those uncontrolled asthma have a risk of FEV1 decrease below 80% is 2.4 times as compared with children whole asthma controlled (partly and well controlled asthma), but the different have no significant. There is strong relationship between controlled and uncontrolled

asthma groups for PEF value, the uncontrolled children have a risk of PEF below 60% is 7.29 times than those have asthma controlled.

**Keywords:** Asthma, FEV1, PEF

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh viêm mạn tính đường hô hấp, tăng tính phản ứng phế quản, co thắt cơ trơn phế quản và dẫn đến tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục [1]. Thăm dò chức năng thông khí phổi nhằm đánh giá các thể tích của phổi, sự thông thoáng đường thở, mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí, sự đáp ứng với giãn phế quản vì thế là xét nghiệm giúp chẩn đoán hen, theo dõi quá trình tiến triển và đáp ứng điều trị của bệnh nhân.

Trong hen phế quản có sự gia tăng kháng lực đường dẫn khí do co thắt cơ trơn phế quản, do tăng tiết nhầy và viêm mạn tính cho nên có sự giảm các lưu lượng đường dẫn khí, đặc biệt là đường dẫn khí gần (lưu lượng đỉnh)- Lưu lượng đỉnh PEF là chỉ số đánh giá sự tắc nghẽn đường dẫn khí thì thở ra với phương pháp thở ra thật nhanh, mạnh tối đa trong một lần thở ra, là chỉ số được sử dụng làm tiêu chuẩn chẩn đoán của hen phế quản [2],[3]. PEF có thể giảm nhiều giờ, thậm chí là vài ngày trước khi có triệu chứng báo hiệu của một cơn hen cấp. Các chỉ số FEV1, FEF, FVC dùng để đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở, có vai trò chủ yếu trong tiên lượng bệnh. Mục tiêu của điều trị hen là duy trì được mức độ kiểm soát hen và các biểu hiện lâm sàng trong thời gian dài, theo GINA 2006, FEV1 và PEF bình thường  $\geq 80\%$  là một trong 6 tiêu chí của kiểm soát hen hoàn toàn [3]. FEV1 < 80% được đánh giá có tắc nghẽn đường thở, PEF < 60% là một tiêu chí dùng để đánh giá hen mức độ nặng.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tương quan giữa mức độ kiểm soát hen và các

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bình

Email: binh.bu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

chỉ số chức năng thông khí phổi trên bệnh nhi hen phế quản.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2016, có 49 trẻ hen phế quản tham gia nghiên cứu.

**+Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ hen phế quản:

- Bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán hen theo GINA 2014 [4].
- Bệnh nhân đang có cơn hen phế quản cấp.
- Trẻ và gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

**+Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân hen phế quản mắc thêm bệnh nặng khác như: Cường giáp, loạn nhịp tim, tim bẩm sinh, thấp tim, cao huyết áp ...
- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô

tả cắt ngang; Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:**

- Hỏi gia đình trẻ về bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng để đánh giá mức độ nặng của cơn hen cấp.
- Đo chức năng thông khí phổi: Giải thích cho đối tượng các thao tác và cách tiến hành để đạt được kết quả chính xác nhất; nhập tên, ngày tháng năm sinh, chiều cao, cân nặng.

**Đạo đức nghiên cứu:** Trẻ tham gia nghiên cứu đều được phép của gia đình bệnh nhân. Các gia đình của trẻ đều được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III- KẾT QUẢ

### 3.1. Phân bố giới tính và độ tuổi của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu

**Bảng 3.1**

|             | Tuổi |     |                    | Tổng      | Tỷ lệ %    |
|-------------|------|-----|--------------------|-----------|------------|
|             | Min  | Max | X ± SD             |           |            |
| Nam         | 6    | 13  | 9,78 ± 1,98        | 32        | 65.3       |
| Nữ          | 7    | 12  | 9.35 ± 1,77        | 17        | 34.7       |
| <b>Tổng</b> |      |     | <b>9,63 ± 1,90</b> | <b>49</b> | <b>100</b> |

Tổng số 49 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 32 đối tượng nam chiếm 65.3%, 17 nữ chiếm tỷ lệ 34.7%. Độ tuổi trung bình 9,63 ± 1,9 (từ 6 đến 13 tuổi)

### 3.2. Đặc điểm về kiểm soát hen

**Bảng 3.2 Phân loại mức độ kiểm soát hen phế quản theo GINA**

| Mức độ kiểm soát    | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|----------|-----------|
| Không kiểm soát     | 13       | 26        |
| Kiểm soát 1 phần    | 19       | 39        |
| Kiểm soát hoàn toàn | 17       | 35        |

39% đối tượng của nhóm nghiên cứu được kiểm soát hen một phần, 35% không được kiểm soát và 26% đối tượng được kiểm soát hoàn toàn

### 3.3. Đánh giá chức năng thông khí phổi

**Bảng 3.3. Giá trị trung bình của thông số chức năng hô hấp**

| Thông số (%) | Trước test giãn PQ |      |             | Sau test giãn PQ |      |             | P     |
|--------------|--------------------|------|-------------|------------------|------|-------------|-------|
|              | Max                | Min  | Trung bình  | Max              | Min  | Trung bình  |       |
| FVC          | 136                | 63   | 97,4 ± 2,27 | 143              | 72   | 99,8 ± 2,18 | 0,363 |
| FEV1         | 120                | 57   | 92,1 ± 1,94 | 128              | 66   | 97,3 ± 1,83 | 0,000 |
| PEF          | 99                 | 38   | 72,6 ± 1,97 | 104              | 51   | 77,5 ± 2,0  | 0,001 |
| FEV1/FVC     | 1.0                | 0.67 | 0,86 ± 0,01 | 1.0              | 0.69 | 0,89 ± 0,01 | 0,080 |

FVC trước test giãn PQ là 97,4% ± 2,27; sau test là 99,8% ± 2,18, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Cả FEV1 và PEF đều tăng có ý nghĩa thống kê sau test (p < 0,001)

### 3.4. Tương quan giữa mức độ kiểm soát hen và FEV1

**Bảng 3.4. Tương quan giữa mức độ kiểm soát hen và FEV1**

| Mức độ kiểm soát FEV1 | Kiểm soát hoàn toàn (n) | Kiểm soát 1 phần (n) | Không kiểm soát (n) |                    |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|
| <80%                  | 3                       | 1                    | 3                   | OR= 2.4<br>p> 0.05 |
| ≥ 80%                 | 14                      | 18                   | 10                  |                    |

Tỷ lệ phần trăm FEV1 mức trên và dưới 80% ở nhóm không kiểm soát và có kiểm soát (kiểm soát hoàn toàn và 1 phần) khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm không kiểm soát hen có nguy cơ có FEV1 < 80% gấp 2,4 lần so với nhóm có kiểm soát.

### 3.5. Tương quan giữa mức độ kiểm soát hen và PEF

**Bảng 3.5. Tương quan giữa mức độ kiểm soát hen và PEF**

| Mức độ kiểm soát PEF | Kiểm soát hoàn toàn (n) | Kiểm soát 1 phần (n) | Không kiểm soát (n) |                       |
|----------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|
| < 60%                | 1                       | 2                    | 5                   | OR= 7.29<br>p= 0.0088 |
| ≥ 60%                | 16                      | 17                   | 8                   |                       |

Tỷ lệ phần trăm PEF mức trên và dưới 60% ở nhóm bệnh nhân không kiểm soát và có kiểm soát (kiểm soát hoàn toàn và 1 phần) khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm không kiểm soát hen có nguy cơ có PEF < 60% gấp 7,29 lần so với nhóm có kiểm soát.

## IV- BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 49 đối tượng, tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 65,3% và 34,7%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương, trẻ nam mắc hen phế quản cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ là 1,86: 1 [5]. Theo GINA, giới là một yếu tố nguy cơ của HPQ [3]. Trong đó có thể do đường hô hấp hẹp hơn, tăng trương lực đường thở dẫn đến tăng giới hạn đường thở; IgE ở trẻ nam tăng cao hơn trẻ nữ. Sau 10 tuổi, tỷ lệ hen của nam giới không cao hơn nữ vì tỷ lệ đường kính của đường thở như nhau ở 2 giới do sự thay đổi kích thước họng xảy ra ở tuổi dậy thì ở nam, không có ở nữ. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $9,63 \pm 1,9$  tuổi thấp nhất là 6 tuổi, cao nhất là 13 tuổi và không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa hai nhóm đối tượng nam và nữ.

Những nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ kiểm soát hen còn thấp và thay đổi ở từng quốc gia, nghiên cứu kiểm soát hen theo tiêu chí lâm sàng Bloomberg GR: 24% kiểm soát tốt, 20% kiểm soát một phần và 56% không kiểm soát, AIRIAP 2: 2,5% kiểm soát tốt, 44,0% kiểm soát một phần, 53,4% không kiểm soát. Có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do việc lựa chọn tiêu chuẩn đánh giá, thời điểm đánh giá, tiêu chí lâm sàng cũng như tính chủ quan của người làm nghiên cứu, bệnh nhi, thân nhân bệnh nhi. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá khi bệnh nhân vào khám tại phòng khám với tiêu chuẩn kiểm soát trong 4 tuần qua theo GINA 2014 và ghi nhận tỷ lệ HPQ kiểm soát tốt là 35%, HPQ kiểm soát một phần là 39%, HPQ không kiểm soát là 26%. Tỷ lệ kiểm soát tốt đạt cao hơn so với các nghiên cứu khác, có thể do bệnh nhân của chúng tôi đã được quản lý tại phòng khám ngoại trú HPQ của khoa nên đã được điều trị dự phòng tốt, vì vậy các triệu chứng giảm nhanh chóng. Mặt khác do nghiên cứu của tiến hành vào khoảng thời gian mùa hè là chủ yếu, triệu

chứng của bệnh nhân HPQ thường ổn định hơn về mùa hè so với mùa đông xuân.

Đo chức năng hô hấp là một kỹ thuật quan trọng trong chẩn đoán và phân loại hen phế quản, tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi có sự phối hợp của bệnh nhân nên thường chỉ thực hiện được trên trẻ lớn [6]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên của người bị hen phế quản thấp hơn người khỏe mạnh [7]. Bệnh nhân hen phế quản mức độ trung bình và nặng, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên thường nhỏ hơn 80% giá trị dự tính. Tỷ số FEV<sub>1</sub>/FVC của bệnh nhân hen phế quản cũng nhỏ hơn 80%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cả FEV<sub>1</sub> và tỷ số FEV<sub>1</sub>/FVC các chỉ số này vẫn cao hơn 80% giá trị dự tính. Theo GINA 2006, FEV<sub>1</sub> ở trẻ hen phế quản nhóm không thường xuyên và nhóm thường xuyên vẫn đạt được ít nhất 80% giá trị dự tính [3], 95% hen phế quản ở trẻ em là thể không thường xuyên và thể thường xuyên [Fracisco Javier Alvarez], điều này lý giải tại sao trong nghiên cứu này cả FEV<sub>1</sub> và tỷ số FEV<sub>1</sub>/FVC của trẻ hen phế quản vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Đo chỉ số chức năng thông khí phổi để phân loại mức độ nặng của bệnh chỉ tiến hành khi bệnh nhân ở ngoài cơn HPQ, không tiến hành đo trong khi bệnh nhân đang có triệu chứng của cơn HPQ cấp. PEF của nhóm đối tượng nghiên cứu nhỏ hơn 80% so với giá trị dự tính, nghiên cứu của Tôn Thị Minh, Vũ Khắc Đại cũng cho kết quả tương tự. Theo GINA, sự cải thiện về chỉ số PEF ở bệnh nhân HPQ xảy ra chậm hơn, ít nhất sau 6 tháng điều trị dự phòng so với chỉ số FEV<sub>1</sub> cải thiện sau khoảng 2 tháng điều trị dự phòng [3]. Chính vì vậy chỉ số PEF có ý nghĩa quan trọng trong theo dõi và đánh giá kết quả điều trị bệnh lâu dài hơn so với việc dùng chỉ số FEV<sub>1</sub>.

Nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng theo GINA 2014 để đánh giá mức độ kiểm soát hen.

Ở nhóm đối tượng có kiểm soát, đa số trẻ đều có PEF  $\geq$  60% (chiếm 91,7%) và FEV1  $\geq$  80% chiếm 88,9%. Ở nhóm không kiểm soát, PEF < 60% chiếm tới 38,5% và FEV1 < 80% cũng chiếm 23,1%. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân không kiểm soát hen có nguy cơ PEF < 60% tăng gấp 7,2 lần so với nhóm được kiểm soát (OR= 7,2; p=0,0088). Mặc dù sự khác biệt khi đánh giá chỉ số FEV1 ở hai nhóm đối tượng không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên ở những bệnh nhân không kiểm soát hen FEV1 có nguy cơ suy giảm dưới 80% cao hơn gấp 2,4 lần so với nhóm được kiểm soát (OR= 2.4; p=0,29). Nghiên cứu của Bùi Bình Bảo Sơn và cộng sự nhận thấy FEV1 tương quan mức độ thấp và trung bình ở hai nhóm tuổi lần lượt là 4- 11 và 12- 16 tuổi. Nhiều nghiên cứu khác cũng ghi nhận mối tương quan mức độ thấp giữa FEV1 và mức độ kiểm soát hen theo ACT, nghiên cứu của Schatz và cộng sự (r = 0,310; p < 0,01), Alvarez – Glutierrez và cộng sự (r = 0,190; p < 0,01). Ngô Tiến Dũng năm 2010 nghiên cứu trên 72 trẻ HPQ từ 6 – 15 tuổi cho thấy mức độ kiểm soát hen có tương quan đồng biến chặt có ý nghĩa thống kê với PEF (r = 0,676; p < 0,001). Melosini cho thấy mức độ kiểm soát hen chỉ tương quan với PEF và không tương quan với FEV1.

Việc đánh giá mức độ kiểm soát, đánh giá triệu chứng của đối tượng trong vòng một tháng vừa qua, trong khi việc đo chỉ số PEF và FEV1 ở nghiên cứu này chỉ được tiến hành tại một thời điểm do đó cũng là một hạn chế của nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu đã được chẩn đoán hen và có điều trị dự phòng nên kết quả chức năng thông khí phổi của bệnh nhân phần

nào đã được cải thiện. Những nghiên cứu khác cho thấy sau hai tuần điều trị, FEV1 gia tăng rất rõ và giữ ổn định trong 12 tuần đầu tiên, còn PEF cải thiện muộn hơn- thường ổn định sau 6 tháng. Vì vậy việc đo PEF có giá trị nhiều trong theo dõi lâu dài, đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân HPQ kiểm soát hen bằng thuốc dự phòng hơn là FEV1.

## V. KẾT LUẬN

FEV1 không tương quan với mức độ kiểm soát hen, nhưng có xu hướng giảm ở bệnh nhân không được kiểm soát. PEF tương quan chặt với mức độ kiểm soát hen.

**Lời cảm ơn:** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bác sỹ, điều dưỡng tại khoa Miễn dịch – Dị ứng, bệnh viện Nhi Trung ương đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global initiative** for asthma GINA 2008
2. **Nguyễn Thị Yến (2007)** *Thăm dò chức năng hô hấp ở trẻ hen phế quản. Cập nhật về hen phế quản*, Hội thảo khoa học cập nhật kiến thức nhi khoa lần thứ V: 26 – 29.
3. **Lanfant C (2006)** *GINA 2006*, .
4. **GINA (2014)** *Global Strategy for the Diagnosis and Management Asthma in Children 5 years and younger*, Medical Communications Resources, Inc: 1 – 16.
5. **Lê Thị Minh Hương (2007)** *Đánh bước đầu tình hình quản lý hen tại bệnh viện Nhi Trung Ương*, Tạp chí Y học Việt Nam, (332): 157-163.
6. **National Asthma Council Australia.** *Asthma Management Handbook. 2006.*
7. **Nelson BV, Sears S, Woods J, Ling CY, Hunt J, Clapper LM, et al (1997)** *Expired nitric oxide as a marker for childhood asthma*, J Pediatric 130(3): 423-7.

## KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG TẬT KHÚC XẠ CỦA HỌC VIÊN QUÂN ĐỘI TẠI TRƯỜNG TRẦN ĐẠI NGHĨA VÀ TRƯỜNG NGÔ QUYỀN

Phí Vĩnh Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tập<sup>2</sup>  
Đào Văn Dũng<sup>3</sup>, Trần Văn Hương<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 175

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Ban Tuyên Giáo Trung ương

<sup>4</sup>Đại học Thăng Long Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phí Vĩnh Bảo

Email: bshuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2017

**Mục tiêu.** Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp cộng đồng nâng cao kiến thức đúng và thực hành phòng chống tật khúc xạ học đường ở các học viên sỹ quan quân đội. **Phương pháp.** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng, thực hiện can thiệp bằng một số biện pháp can thiệp cộng đồng trong 01 năm, đánh giá hiệu quả qua khảo sát 220

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 5.5.2017

học viên quân đội trước can thiệp và 220 học viên sau can thiệp ở mỗi trường. **Kết quả.** Các biện pháp can thiệp truyền thông, giáo dục sức khỏe đã cho thấy hiệu quả nâng cao kiến thức và thực hành phòng, chống tật khúc xạ, được thể hiện qua tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm can thiệp tăng thêm 8,6%, hiệu quả can thiệp đạt 7,6%; tỷ lệ thực hành đúng tăng 11,8%, hiệu quả can thiệp đạt 9,6%. Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ mắt nhìn gần liên tục trên 2 giờ đạt 9,1%; tăng tỷ lệ tư thế học đúng đạt 11,9%. Cần duy trì và áp dụng lồng ghép các giải pháp can thiệp này trong quân đội và tại các trường quân đội.

**Từ khóa:** Kiến thức, thực hành, tật khúc xạ, học viên quân đội.

## SUMMARY

### KNOWLEDGE AND PRACTICE ABOUT PREVENTION OF REFRACTIVE EYE OF MILITARY PRACTITIONERS AT TRẦN ĐẠI NGHĨA UNIVERSITY AND NGÔ QUYÊN UNIVERSITY

**Object.** Study evaluate effectiveness of intervention enhance knowledge and practice about prevention of refractive eye in military practitioners. **Methods.** Community intervention study with a control group, perform some community interventions for one year. Evaluation of the effectiveness by the survey of 220 military practitioners before intervention and 220 army officer students after intervention in each school. **Results.** Communication and health education have shown effectiveness in improving knowledge and practice of preventing refractive eye. This is demonstrated by the proportion of correct knowledge of symptom in the intervention group increasing by 8.6%; intervention effectiveness reached 7.6%. The proportion of correct practice increased by 11.8%, intervention effectiveness was 9.6%. Effectiveness of interventions decreased the proportion of ocular regulating time continuously over 2 hours reached 9.1%; effectively increase the correct posture ratio to 11.9%. It is important to maintain and integrate these interventions in the military and at military practitioners' training schools.

**Keywords:** Knowledge, practice, refractive eye, military practitioners.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới ước tính tỷ lệ người bị suy giảm thị lực từ năm 1996 đến năm 2020 tăng từ 5,8 tỷ người đến 7,9 tỷ người và hầu hết sự gia tăng này xảy ra ở các nước đang phát triển [6]. Tật khúc xạ đã trở nên phổ biến ở Châu Âu [7] và nhiều quốc gia Châu Á; là một trong năm nguyên nhân hàng đầu được ưu tiên của chương trình phòng chống mù lòa. Tại Việt Nam, một số khảo sát gần đây về tật khúc xạ ở sinh viên cho thấy rằng tỷ lệ này là cao [3],[4],[5]. Tỷ lệ tật khúc xạ có xu hướng tăng nhanh trong những năm gần đây do áp lực về học tập và sự phát triển của nền kinh tế thị trường. Vấn đề vệ sinh học đường mà trong đó

có tật khúc xạ học đường, cần được đánh giá và can thiệp kịp thời. Theo Thông tư liên tịch số 14/2006/TTLT-BYT-BQP, tất cả học viên quân sự đầu vào đều có thị lực không kính phải cao [1]. Tuy vậy, trong ngành Quân y chưa có văn bản nào hướng dẫn, qui định các đơn vị cơ sở xây dựng triển khai chương trình phát hiện ngăn ngừa điều trị tật khúc xạ tại môi trường học đường trong Quân đội. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp cộng đồng nâng cao kiến thức và thực hành phòng chống tật khúc xạ của học viên tại trường Quân đội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng.** Các học viên Quân đội tại Trường sĩ quan kỹ thuật quân sự (Trần Đại Nghĩa) và trường sĩ quan công binh (Ngô Quyền)

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng

**Chọn mẫu.** Cỡ mẫu tính theo công thức

$$n = Z^2_{(\alpha,\beta)} \frac{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm (can thiệp và đối chứng).  $p_1 = 0,51$  là tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tật khúc xạ mắt ước đoán ở nhóm can thiệp dựa vào kết quả điều tra ngang trước can thiệp.  $p_2 = 0,65$  tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tật khúc xạ mắt ước đoán sau can thiệp.  $\alpha$  Mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy là 95% ( $\alpha=0,05$ ).  $\beta$  Xác suất sai lầm loại II. Chọn  $\beta=0,2$ .  $Z^2_{(\alpha,\beta)} = 7,9$ . Vậy cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi trường trước và sau can thiệp là  $n=193$  Thực tế, khảo sát trên 220 học viên trước can thiệp và 220 học viên sau can thiệp ở mỗi trường.

**Chọn mẫu.** Chọn các học viên theo phương pháp rút thăm ngẫu nhiên theo danh sách các học viên tại mỗi trường.

**Nội dung hoạt động can thiệp.** Tổ chức truyền thông, giáo dục sức khỏe, tư vấn cá nhân về phòng chống tật khúc xạ mắt cho các học viên quân đội: Pano, áp phích, truyền thông qua truyền hình quân đội, phát thanh qua đài phát thanh của nhà trường 02 buổi/tuần. Điều chỉnh chiếu sáng tại nơi sinh hoạt, học tập tập thể của các học viên.

**Chỉ số đánh giá.**

Các chỉ số kiến thức: Kiến thức đúng về dấu hiệu là kể được mỗi mắt, nhắm mắt, giảm khả năng nhìn; về nguyên nhân chơi điện tử hoặc sử dụng vi tính nhiều giờ, xem truyền hình khoảng cách gần, ít tham gia thể dục thể thao; học ở những nơi tối, để sách vở gần hoặc xa mắt, bàn

ghế không phù hợp, tư thế nằm đọc sách, đọc sách hoặc bài giảng nhiều giờ liên tục; sử dụng bàn ghế phù hợp, tư thế đọc ngồi, thư giãn mỗi 30 phút khi học tập và làm việc, đặt sách vở cách mắt 30-40cm, ăn uống đầy đủ thịt trứng cá và rau quả giàu vitamin. Kiến thức chung đúng khi biết đầy đủ về dấu hiệu, nguyên nhân và các biện pháp phòng ngừa.

Các chỉ số thực hành: Mắt nhìn gần liên tục là học hoặc làm việc liên tục trên máy tính, sách mà không giải lao hoặc rời khỏi vị trí, thực hành đúng là nhìn gần liên tục <2 giờ. Xem truyền hình <2 giờ/ngày. Tiếp xúc với máy tính hoặc điện thoại <2 giờ/ngày. Tham gia thể dục, thể thao thường xuyên. Chơi các game online, trên điện thoại hoặc máy vi tính <1 lần/tuần hoặc không chơi. Thường học ở hành lang, thói quen có thể dẫn tới tật khúc xạ. Thường học tại phòng ngủ, thói quen này có thể dẫn đến tật khúc xạ. Tư thế ngồi học ở thoải mái, không nằm đọc sách.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$CSHQ \% = \frac{(p1 - p2)}{p1}$$

Với: p1, p2 là tỷ lệ chỉ số đánh giá ở thời điểm trước và sau can thiệp

Hiệu quả can thiệp (HQCT): HQCT (%) = CSHQ<sub>can thiệp</sub> - CSHQ<sub>đối chứng</sub>

**2.3. Thu thập dữ liệu:** Phòng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn đã được tu chỉnh qua các nghiên cứu trước.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu.** Các số liệu phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata12, Epi-Data. So sánh khác biệt giữa 2 trung bình bằng kiểm định T-test và 2 tỷ lệ bằng kiểm định Chi bình phương, giá trị p ngưỡng < 0,05.

**2.5. Vấn đề đạo đức nghiên cứu:** Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo đảm theo đúng quy định đã được Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thông qua. Nghiên cứu được sự chấp thuận của 2 trường được khảo sát.

### III. KẾT QUẢ

#### 3.1. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về phòng, chống tật khúc xạ

**Bảng 1. Thay đổi kiến thức đúng về phòng chống tật khúc xạ mắt**

| Kiến thức                      |            | Trường can thiệp (n=220) |         |        | Trường đối chứng (n=220) |         |        | HQCT p |
|--------------------------------|------------|--------------------------|---------|--------|--------------------------|---------|--------|--------|
|                                |            | TCT (%)                  | SCT (%) | CSHQ P | TCT (%)                  | SCT (%) | CSHQ p |        |
| Về biểu hiện                   | Đúng       | 80,9                     | 95,0    | 14,1   | 80,4                     | 78,2    | -2,2   | 16,3   |
|                                | Không đúng | 19,1                     | 5,0     | <0,05  | 19,6                     | 21,8    | >0,05  | <0,05  |
| Về nguyên nhân trong học tập   | Đúng       | 39,1                     | 54,5    | 15,6   | 32,3                     | 33,2    | 0,9    | 14,7   |
|                                | Không đúng | 60,9                     | 45,5    | <0,05  | 67,2                     | 66,7    | >0,05  | <0,05  |
| Về nguyên nhân trong sinh hoạt | Đúng       | 19,1                     | 29,5    | 10,4   | 20,9                     | 21,4    | 0,5    | 9,9    |
|                                | Không đúng | 80,9                     | 70,5    | <0,05  | 79,1                     | 78,6    | >0,05  | <0,05  |
| Hiểu biết về dự phòng          | Đúng       | 20,0                     | 28,6    | 8,6    | 17,7                     | 19,1    | 2,4    | 6,2    |
|                                | Không đúng | 80,0                     | 71,4    | <0,05  | 82,3                     | 80,9    | >0,05  | <0,05  |
| Kiến thức chung                | Đúng       | 17,7                     | 26,3    | 8,6    | 14,5                     | 15,5    | 1,0    | 7,6    |
|                                | Không đúng | 82,3                     | 73,7    | <0,05  | 85,5                     | 84,5    | >0,05  | <0,05  |

Tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm can thiệp trước và sau can thiệp là 17,7% và 26,3%, ở nhóm đối chứng là 14,5% và 15,5%, hiệu quả can thiệp 7,6% (p<0,05). Ở nhóm can thiệp, kiến thức đúng trước can thiệp về biểu hiện trước và sau can thiệp là 80,9% và 95,0%, ở nhóm chứng là 80,4% và 78,2%, hiệu quả can thiệp là 16,3% (p<0,05); về các nguyên nhân trong học tập ở nhóm can thiệp là 39,1% trước và 54,5% sau can thiệp, ở nhóm chứng là 32,3% trước và

33,2% sau can thiệp, hiệu quả can thiệp đạt 14,7% (p<0,05); về nguyên nhân trong sinh hoạt ở nhóm can thiệp trước và sau can thiệp là 19,1% và 29,5%, ở nhóm chứng, là 20,9% và 21,4%; hiệu quả can thiệp là 9,9% (p<0,05); về dự phòng ở nhóm can thiệp trước can thiệp là 20,0% và sau can thiệp là 28,6%, ở nhóm đối chứng trước và sau can thiệp là 17,7% và 19,1%; hiệu quả can thiệp là 6,2% (p<0,05).

#### 3.2. Hiệu quả can thiệp thay đổi thực hành phòng chống tật khúc xạ

**Bảng 2. Thay đổi các hành vi trong sinh hoạt**

| Hành vi | Trường can thiệp(n=220) | Trường đối chứng(n=220) | HQCT |
|---------|-------------------------|-------------------------|------|
|---------|-------------------------|-------------------------|------|

|                               |         | TCT (%) | SCT (%) | CSHQ P        | TCT (%) | SCT (%) | CSHQ p        | p             |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------------|---------|---------|---------------|---------------|
| Xem truyền hình               | < 2 giờ | 96,3    | 97,7    | 1,9<br>>0,05  | 98,2    | 97,7    | 0,5<br>>0,05  | 1,4<br>>0,05  |
|                               | ≥ 2 giờ | 3,6     | 2,3     |               | 1,8     | 2,3     |               |               |
| Tiếp xúc máy tính, điện thoại | < 2 giờ | 75,0    | 80,5    | 5,5<br><0,05  | 71,8    | 69,5    | -2,3<br>>0,05 | 7,8<br><0,05  |
|                               | ≥ 2 giờ | 25,0    | 19,5    |               | 28,2    | 30,5    |               |               |
| Chơi thể thao                 | Có      | 54,1    | 55,0    | 0,9<br>>0,05  | 50,4    | 49,5    | -0,9<br>>0,05 | 1,8<br>>0,05  |
|                               | Không   | 45,9    | 45,0    |               | 49,6    | 50,5    |               |               |
| Chơi game                     | Không   | 44,5    | 60,9    | 16,4<br><0,05 | 43,2    | 49,1    | 5,9<br><0,05  | 10,5<br><0,05 |
|                               | Có      | 55,5    | 39,1    |               | 56,8    | 50,9    |               |               |

Tỷ lệ thực hành tiếp xúc máy tính dưới 2 giờ/ngày trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 75,0% và 80,5%; ở nhóm đối chứng là 98,2% và 97,7%; hiệu quả can thiệp là 7,8% (p<0,05). Tỷ lệ chơi game ở các học viên ở trường can thiệp là 55,5% giảm còn 39,1% sau can thiệp (p<0,05) trong khi ở nhóm đối chứng trước can thiệp là 56,8% giảm còn 50,9% (p<0,05), hiệu quả can thiệp đạt 10,5% (p<0,05).

**Bảng 3. Thay đổi các hành vi trong học tập**

| Hành vi               |            | Trường can thiệp (n=220) |         |               | Trường đối chứng (n=220) |         |               | HQCT p        |
|-----------------------|------------|--------------------------|---------|---------------|--------------------------|---------|---------------|---------------|
|                       |            | TCT (%)                  | SCT (%) | CSHQ p        | TCT (%)                  | SCT (%) | CSHQ p        |               |
| Mắt nhìn gần liên tục | < 2 giờ    | 86,8                     | 93,7    | 6,9<br><0,05  | 90,9                     | 88,7    | -2,2<br>>0,05 | 9,1<br><0,05  |
|                       | ≥ 2 giờ    | 13,2                     | 6,3     |               | 9,1                      | 11,3    |               |               |
| Tư thế học tập        | Đúng       | 55,0                     | 69,6    | 14,6<br><0,05 | 56,4                     | 59,1    | 2,7<br>>0,05  | 11,9<br><0,05 |
|                       | Không đúng | 45,0                     | 30,4    |               | 43,6                     | 40,9    |               |               |
| Học hành lang         | Không      | 79,5                     | 92,7    | 13,2<br><0,05 | 80,5                     | 82,7    | 2,2<br>>0,05  | 11,0<br><0,05 |
|                       | Có         | 20,5                     | 7,3     |               | 19,5                     | 17,3    |               |               |
| Học phòng ngủ         | Không      | 78,2                     | 94,1    | 15,9<br><0,05 | 78,6                     | 84,1    | 5,5<br><0,05  | 10,4<br><0,05 |
|                       | Có         | 21,8                     | 5,9     |               | 21,4                     | 15,9    |               |               |

Tỷ lệ thực hành nhìn gần liên tục dưới 2 giờ trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 86,8% và 93,7%, ở nhóm chứng là 90,9% và 88,7%, hiệu quả can thiệp 9,1% (p<0,05); về ngồi học tư thế đúng trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 55,0% và 69,6%; ở nhóm chứng là 56,4% và 59,1%; hiệu quả can thiệp 11,9% (p<0,05); về thói quen học ở hành lang ở nhóm can thiệp trước can thiệp là 20,5% giảm còn 7,3% (p<0,05), ở nhóm chứng là 19,5% giảm xuống 17,3%, hiệu quả can thiệp đạt 11,0%; về thói quen học tại phòng ngủ ở trường can thiệp trước can thiệp là 21,8% giảm còn 5,9% sau can thiệp, ở trường đối chứng từ 21,4% giảm còn 15,9% sau can thiệp, hiệu quả can thiệp đạt 10,4% (p<0,05).

**Bảng 4. Thay đổi thực hành chung về phòng chống tật khúc xạ ở các học viên**

| Thực hành chung | Trường can thiệp (n=220) |         |        | Trường đối chứng (n=220) |         |        | HQCT p |
|-----------------|--------------------------|---------|--------|--------------------------|---------|--------|--------|
|                 | TCT (%)                  | SCT (%) | CSHQ p | TCT (%)                  | SCT (%) | CSHQ p |        |
| Đúng            | 51,8                     | 63,6    | 11,8   | 49,1                     | 51,3    | 2,2    | 9,6    |
| Chưa đúng       | 48,2                     | 36,4    | <0,05  | 50,1                     | 48,7    | >0,05  | <0,05  |

Tỷ lệ thực hành đúng phòng chống tật khúc xạ học đường trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 51,8% và 63,6%; ở nhóm đối chứng là 49,1% và 51,3%; hiệu quả can thiệp 9,6%.

## VI. BÀN LUẬN

### 4.1. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về phòng, chống tật khúc xạ

Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy, tỷ lệ học viên có kiến thức đúng về phòng chống tật khúc xạ mắt đã được cải thiện nhiều ở trường can thiệp so với trường đối chứng. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ kiến thức đúng về tật khúc xạ mắt tăng 8,6%, hiệu quả can thiệp là 7,6%. Tỷ lệ học viên có kiến thức đúng về biểu hiện tăng từ

80,9% lên 95,0%, hiệu quả can thiệp đạt 16,3%; về nguyên nhân học tập là 39,1% tăng lên 54,5%, hiệu quả can thiệp là 14,7%; về nguyên nhân trong sinh hoạt là 19,1% tăng lên 29,5%, hiệu quả can thiệp đạt 9,9%; về các biện pháp phòng ngừa là 20,0% tăng lên 28,6%, hiệu quả can thiệp đạt 6,2%. Kết quả đã cho thấy phần lớn các học viên đều biết rằng tật khúc xạ có những biểu hiện như làm giảm khả năng nhìn gần trong trường hợp viễn thị, giảm khả năng

nhìn xa trong trường hợp cận thị, mắt sẽ nhìn không rõ các sự vật khi mắc tật khúc xạ. Tỷ lệ có kiến thức đúng, đầy đủ về các nguyên nhân trong học tập, sinh hoạt và các biện pháp phòng ngừa còn thấp, phần nhiều các học viên ít quan tâm đầy đủ về các nguyên nhân có thể gây ra tật khúc xạ học đường trong đời sống sinh hoạt thường ngày như tư thế ngồi học, ít tham gia các hoạt động thể dục thể thao, chơi game...

Theo Vũ Quang Dũng (2013) thấy ở các trường can thiệp, kiến thức đúng của học sinh về khái niệm, nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống cận thị sau can thiệp cao hơn trước can thiệp và tốt hơn trường đối chứng. Đặc biệt là tỷ lệ hiểu biết về cách phòng chống bệnh cận thị tăng từ 39,8% lên 92,9% ở nhóm can thiệp cộng đồng và tăng từ 40,3% tăng lên 89,9% ở nhóm can thiệp cộng đồng kết hợp với điều trị [2].

Truyền thông, giáo dục sức khỏe là nội dung đầu tiên trong trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của Việt Nam. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe có vai trò rất quan trọng trong phòng chống cận thị học đường. Các kết quả nâng cao kiến thức này là tiền đề quan trọng để thay đổi các hành vi gây hại đến thị lực mắt và giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ mắt ở các học viên sỹ quan quân đội.

#### 4.2. Hiệu quả can thiệp thay đổi thực hành về phòng, chống tật khúc xạ

Kết quả cho thấy, tỷ lệ thực hành đúng phòng chống tật khúc xạ ở nhóm can thiệp là 51,8% đã tăng lên 63,6% sau can thiệp, hiệu quả can thiệp 9,6%. Trong đó, tỷ lệ tiếp xúc máy tính trên 2 giờ/ngày giảm từ 25,0% xuống 19,5%, hiệu quả can thiệp là 7,8%; tỷ lệ chơi game giảm 16,4%, hiệu quả can thiệp 10,5%; tỷ lệ mắt nhìn gần liên tục trên 2 giờ là 13,2% giảm xuống 6,3%, hiệu quả can thiệp 9,1%; tỷ lệ ngồi học tư thế đúng từ 55,0% tăng lên 69,6%; hiệu quả can thiệp đạt 11,9%; tỷ lệ thói quen học ở hành lang, phòng ngủ giảm lần lượt là 13,2% và 15,9%, hiệu quả can thiệp là 11,0% và 10,4%.

Theo Vũ Quang Dũng (2013) thấy một số biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe đã có hiệu quả thay đổi các thói quen ở các trường can thiệp, một số hành vi nguy cơ cận thị ở nhóm can thiệp đã thay đổi theo hướng tích cực: tỷ lệ học sinh cúi đầu thấp khi học giảm khoảng 17%-18%, tỷ lệ nằm trên giường để học hoặc đọc sách cũng giảm khoảng 1%-2% và các hoạt động giải trí cần nhìn gần như xem ti vi, chơi điện tử, đọc truyện cũng giảm khoảng 28%-29%... Thay vào đó là các hành vi đúng như đeo kính khi

nhìn xa, bỏ kính khi nhìn gần tăng khoảng 40%-45% và có 83-86% học sinh tự luyện tập nhìn xa hàng ngày để phòng cận thị [2].

Nhìn chung, tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa tật khúc xạ mắt ở các học viên quân đội trong nghiên cứu này đã tăng lên song vẫn đang ở mức chưa cao, các biện pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe có tác động hiệu quả trong việc tăng cường thực hành đúng của các học viên, là lý do quan trọng dẫn tới giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ của các học viên. Do đó, việc tiếp tục duy trì, triển khai và lồng ghép các chương trình này vào trong quân đội là việc cần thiết, để thực hiện và ít tổn chi phí.

### V. KẾT LUẬN

Các biện pháp can thiệp truyền thông, giáo dục sức khỏe cho các học viên sỹ quan quân đội đã cho thấy hiệu quả nâng cao kiến thức và thực hành phòng, chống tật khúc xạ, được thể hiện qua tỷ lệ có kiến thức đúng ở nhóm can thiệp tăng thêm 8,6%; hiệu quả can thiệp đạt 7,6%; tỷ lệ thực hành đúng tăng 11,8%; hiệu quả can thiệp đạt 9,6%. Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ mắt nhìn gần liên tục trên 2 giờ đạt 9,1%; hiệu quả tăng tỷ lệ tư thế học đúng đạt 11,9%. Cần duy trì và áp dụng lồng ghép các giải pháp can thiệp này trong quân đội và tại các trường đào tạo học viên quân đội.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng (2006) *Thông tư liên tịch số 14/2006/TTLT-BYT-BQP ngày 20 tháng 11 năm 2006 về hướng dẫn việc khám sức khỏe thực hiện nghĩa vụ quân sự*, Hà Nội
2. Vũ Quang Dũng (2008) *Nghiên cứu thực trạng và một số giải pháp phòng chống cận thị ở học sinh trung học cơ sở khu vực trung du tỉnh Thái Nguyên năm 2006*,
3. Nguyễn Minh Tú, Hoàng Trọng Sỹ, Võ Văn Thắng, Trần Bình Thắng (2014) "Các chỉ tiêu hình thái, thể lực, bệnh tật và một số yếu tố liên quan ở sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y dược Huế". *Y học cộng đồng*, Đại học Y dược Huế, (10 +11), tr. 50 -57.
4. Dương Hoàng Ân, Nguyễn Bạch Ngọc, Đinh Minh Anh (2014) *Thực trạng cận thị của tân sinh viên trường đại học Thăng Long năm 2013 - 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng*, Trường Đại học Thăng Long, Kỷ yếu công trình khoa học 2014 – Phần II, tr.60.
5. Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình (2015) *Thực trạng tật khúc xạ và yếu tố liên quan tới mắt của sinh viên khoá K6 trường Cao đẳng Y tế Thái Bình*, Đề tài cơ sở, Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình, tr.13-15.

6. **World Health Organization (2007)** *Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness : action plan 2006-2011*, Geneva, Switzerland
7. **Williams K.M., Verhoeven V.J., Cumberland P., et al. (2015)** "Prevalence of refractive error in Europe: the European Eye Epidemiology (E(3)) Consortium". *Eur J Epidemiol*, 30 (4), pp.305-315.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh lý mũi xoang do dị hình vách ngăn và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 33,2. Triệu chứng cơ năng thường gặp: ngạt mũi 48/48 BN (100%), chảy mũi 48/48 BN (100%), hắt hơi 38/48 BN (79,2%), đau đầu 32/48 BN (66,7%), ngửi kém 7/48 BN (14,6%). Hình thái dị hình vách ngăn: mào (43,9%), gai (35,1%). Kết quả phẫu thuật sau 1 tháng điều trị triệu chứng cơ năng: ngạt mũi 4/48 BN (8,3%), chảy mũi 6/48 BN (12,5%), hắt hơi 6/48 BN (12,5%), đau đầu 3/48 BN (6,3%), ngửi kém 1/48 BN (2,1%). Tỷ lệ tai biến: chảy máu 2.1%, dính cuốn 2.1%. **Kết luận:** Kết quả áp dụng kỹ thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** dị hình vách ngăn, phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn.

## SUMMARY

### TO EVALUATE TREATMENT OF SURGICAL SEPTUM DEFORMITIES BY ENDOSCOPY SURGERY AT OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT – THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate treatment results of surgical septum deformities by endoscopy surgery at otorhinolaryngology department–Thai Nguyen National Hospital. **Method:** Prospective descriptive method with clinical intervention. **Result:** Mean age was 33,2. Gender: male (71%), female (29%). The rate of functional symptoms recovery: Nasal congestion 100%, nasal discharge 100%, sneezing 38/48 79.2%, headache 66.7%, abnormal smell 14.6%. Shape of septal defects: crest (43.9%), spines (35.1%). Shape of septal defects: crest (43.9%), spines (35.1%). Results after 1 month: Nasal congestion 8.3%, nasal discharge 12.5%, sneezing 12.5%, headache 6.3%, abnormal smell 2.1%. The rate of postoperative complications: bleeding 2.1% and 2.1% adhesive turbinate. **Conclusions:** Septum deformities by endoscopy surgery at otorhinolaryngology department – Thai Nguyen National Hospital has good result.

**Keywords:** nasal septum deformities, endoscopy surgery.

\*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 12.5.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị hình vách ngăn là loại dị hình rất phổ biến của hốc mũi. Nguyên nhân gây dị hình vách ngăn là do bẩm sinh hoặc do chấn thương ngay từ trong bào thai hay do tai nạn trong quá trình phát triển. Dị hình vách ngăn rất đa dạng về hình thái, bao gồm: vẹo, lệch, mào, gai hoặc phối hợp với nhau. Biểu hiện lâm sàng có thể khác nhau ở mỗi người và mức độ dị hình. Hậu quả của dị hình vách ngăn thường gây ra hẹp hốc mũi bên dị hình, làm thay đổi động học của luồng khí lưu thông, cản trở thông khí; có thể là nguyên nhân hình thành điểm tiếp xúc giữa hai mặt niêm mạc gây đau đầu mạn tính hoặc gây dị ứng thứ phát; có thể là nguyên nhân hoặc là yếu tố thuận lợi trong bệnh viêm mũi xoang, hoặc gây viêm mũi xoang kéo dài.

Khi dị hình vách ngăn gây ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, khứu giác, dẫn lưu xoang,... thì mới được xem là dị hình vách ngăn cần phải điều trị. Chỉnh hình vách ngăn có rất nhiều kỹ thuật và phương pháp. Mỗi phương pháp lại có ưu và nhược điểm riêng. Các kỹ thuật chỉnh hình vách ngăn ngày càng được cải tiến nhằm đạt được mục đích hạn chế tối đa tổn thương về giải phẫu, bảo tồn các chức năng sinh lý của mũi như chức năng thông khí, vận chuyển niêm dịch, cải thiện tình trạng viêm mũi xoang.

Nội soi chỉnh hình vách ngăn là một kỹ thuật phổ biến hiện nay. Trong những năm gần đây, đã có nhiều tác giả nghiên cứu cải tiến kỹ thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn, sử dụng các phương tiện kỹ thuật mới và đạt được thành công đáng kể. Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn đã được thực hiện thường qui tuy nhiên chưa có một công trình nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài với các mục tiêu sau: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh lý mũi xoang do dị hình vách ngăn. Đánh giá kết quả nội soi chỉnh hình vách ngăn tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Đối tượng:** 48 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi tại khoa Tai

Mũi Họng Bệnh Viện TW Thái Nguyên

- **Địa điểm:** Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- **Thời gian:** từ tháng 1/2016 đến tháng 8/2016.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.**

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.  
- Bệnh nhân được khám nội soi, chẩn đoán dị hình vách ngăn.

- Được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn  
- Được theo dõi sau phẫu thuật:  
+ Nội soi đánh giá sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng phẫu thuật.

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo mẫu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn trên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

**2.3. Các chỉ số nghiên cứu**

+ Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.  
+ Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, thực thể.

+ Đánh giá kết quả điều trị: tỷ lệ tai biến.

**2.4. Phương pháp thu thập số liệu**

Phỏng vấn, thăm khám lâm sàng bằng nội soi tai mũi họng trước và sau điều trị.

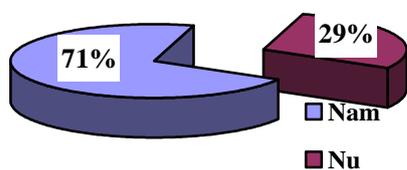
**2.5. Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

**III. KẾT QUẢ**

Phân tích số liệu từ 48 bệnh nhân dị hình vách ngăn được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên kết quả thu được như sau:

**3.1. Đặc điểm lâm sàng dị hình mũi xoang**

**\*Giới:**



**Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** Tỷ lệ giới: nam chiếm đa số với 71%, nữ là 29%.

**\*Triệu chứng cơ năng:**

**Bảng 1. Triệu chứng cơ năng (n=48)**

| Triệu chứng | n  | %     |
|-------------|----|-------|
| Ngạt mũi    | 48 | 100,0 |
| Chảy mũi    | 48 | 100,0 |
| Hắt hơi     | 38 | 79,2  |

|         |    |      |
|---------|----|------|
| Đau đầu | 32 | 66,7 |
| Ngủ kém | 7  | 14,6 |

**Nhận xét:** Triệu chứng ngạt mũi và chảy mũi gặp ở 100% bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân có hắt hơi là 79,2%, tỷ lệ đau đầu là 66,7%, có 7 trường hợp có biểu hiện ngủ kém chiếm tỷ lệ 14,6%.

**Bảng 2. Các hình thái dị hình vách ngăn (n=48)**

| Hình thái DHVN     | n         | %            |
|--------------------|-----------|--------------|
| Gai vách ngăn      | 20        | 35,1         |
| Mào vách ngăn      | 25        | 43,9         |
| Lệch vách ngăn     | 4         | 7,0          |
| Veo vách ngăn      | 4         | 7,0          |
| Dày chân vách ngăn | 4         | 7,0          |
| <b>N</b>           | <b>57</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Mào vách ngăn là dị hình hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 43,9%, gai vách ngăn chiếm tỷ lệ 35,1%, lệch vách ngăn, veo vách ngăn và dày chân vách ngăn cùng chiếm tỷ lệ 7,0%.

**Bảng 3. Các bệnh lý phối hợp (n=24)**

| Các bệnh lý phối hợp        | n         | %            |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Quá phát cuộn dưới          | 1         | 4,1          |
| Xoang hơi cuộn giữa         | 3         | 12,5         |
| Quá phát tổ chức lympho vòm | 12        | 50,0         |
| Polyp mũi                   | 4         | 16,7         |
| Viêm mũi xoang mù khe giữa  | 4         | 16,7         |
| <b>N</b>                    | <b>24</b> | <b>100,0</b> |

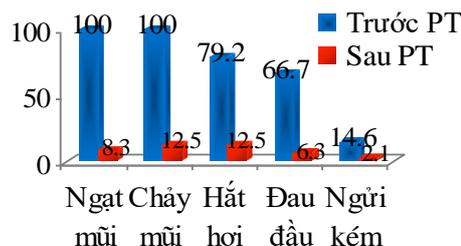
**Nhận xét:** Trong các bệnh lý phối hợp dị hình vách ngăn, quá phát tổ chức lympho vòm chiếm tỷ lệ cao nhất 50%; có 16,7% gặp polyp mũi, 16,7% viêm mũi xoang mạn tính với mù khe giữa, 12,5% xoang hơi cuộn giữa, 4,1% quá phát cuộn dưới.

**Bảng 4. Cách thức PT**

| Phẫu thuật     | n         | %            |
|----------------|-----------|--------------|
| CHVN đơn thuần | 28        | 58,3         |
| CHVN phối hợp  | 20        | 41,7         |
| <b>N</b>       | <b>48</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Trong cách thức phẫu thuật có 28 trường hợp chỉnh hình vách ngăn đơn thuần chiếm tỷ lệ 58,3%, 20 trường hợp chỉnh hình vách ngăn phối hợp chiếm tỷ lệ 41,7%.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

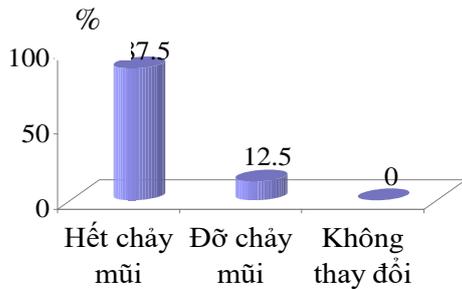


**Biểu đồ 1. Các triệu chứng cơ năng trước và sau PT 1 tháng (n=48)**

**Nhận xét:** Các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật giảm đáng kể với tỷ lệ các triệu chứng sau mổ như sau ngạt mũi 8.3%, chảy mũi 12.5%, hắt hơi 12.5, đau đầu 6.3%, ngứa kém 2.1%

Khi đánh giá chi tiết hơn, các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật được đánh giá theo nhận định chủ quan của người bệnh. Kết quả thu được gồm có hết và đỡ, không có trường hợp nào các triệu chứng không đổi hoặc nặng lên hay gặp phải những khó chịu mới, do đó đem lại sự hài lòng cho người bệnh.

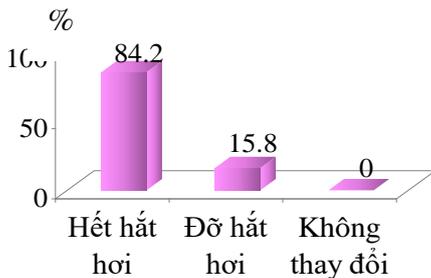
**\*Tình trạng chảy mũi**



**Biểu đồ 2. Triệu chứng chảy mũi sau PT 1 tháng (n=48)**

**Nhận xét:** 100% BN sau mổ có cải thiện tình trạng chảy mũi trong đó đa số BN hết chảy mũi với 87,5%, đỡ chảy mũi 12,5%.

**\*Tình trạng hắt hơi**



**Biểu đồ 3. Triệu chứng hắt hơi sau PT 1 tháng (n=38)**

**Nhận xét:** 100% BN sau mổ có cải thiện tình trạng hắt hơi, với 84,2% BN hết hắt hơi, đỡ hắt hơi 15,8%.

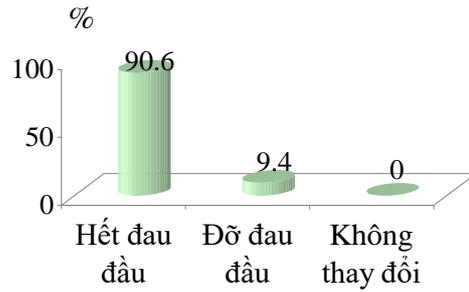
**\*Tỷ lệ tai biến**

**Bảng 5. Tỷ lệ tai biến**

| Tai biến      | n | %   |
|---------------|---|-----|
| Chảy máu      | 1 | 2.1 |
| Dính cuốn     | 1 | 2.1 |
| Rách niêm mạc | 0 | 0   |

**Nhận xét:** Tỷ lệ tai biến sau mổ gồm chảy máu và dính cuốn gặp ở 1 BN chiếm 2.1%, không gặp trường hợp nào rách niêm mạc.

**\*Tình trạng đau đầu**



**Biểu đồ 4. Triệu chứng đau đầu sau PT 1 tháng (n=32)**

**Nhận xét:** 100% BN sau mổ có cải thiện tình trạng đau đầu, với 90.6% BN hết đau đầu, đỡ đau đầu 9.4%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị hình vách ngăn**

**\* Tuổi, giới:** Trong 48 BN nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ 71% và nữ chiếm tỷ lệ 29%. Bệnh nhân ở nhóm tuổi 16 - 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao 57,4%, tiếp đó là nhóm tuổi 31 - 40 chiếm tỷ lệ 26,2%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 29.8 ± 10,5 tuổi. Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi và lớn tuổi nhất là 55 tuổi. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dung và Nguyễn Kim Tôn.

**\* Triệu chứng cơ năng**

- Triệu chứng cơ năng thường gặp là: ngạt mũi 48/48 BN (100%), chảy mũi 48/48 BN (100%), hắt hơi 38/48 BN (79,2%), đau đầu 32/48 BN (66,7%), ngứa kém 7/48 BN (14,6%).

- Hình thái dị hình vách ngăn: Mào vách ngăn là dị hình hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 43,9%, gai vách ngăn chiếm tỷ lệ 35,1%, lệch vách ngăn, vẹo vách ngăn và dày chân vách ngăn cùng chiếm tỷ lệ 7,0%. Chúng tôi cho rằng dị hình vách ngăn là yếu tố thuận lợi gây nên viêm mũi xoang với vai trò gây hẹp phức hợp lỗ ngách, làm cản trở sự thông khí và dẫn lưu niêm dịch trong các xoang dẫn đến viêm mũi xoang.

- Vị trí dị hình vách ngăn theo Cottle: gặp nhiều ở vùng 4,5 (84,2%).

**4.2. Đánh giá kết quả điều trị:** Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng

- Triệu chứng cơ năng: Sau phẫu thuật, các triệu chứng cơ năng đều được cải thiện hết hoặc đỡ: Ngạt mũi 4/48 BN (8,3%), chảy mũi 6/48 BN (12,5%), hắt hơi 6/48 BN (12,5%), đau đầu 3/48 BN (6,3%), ngứa kém 1/48 BN (2,1%).

Sau phẫu thuật 1 tháng có 42 bệnh nhân hết chảy mũi chiếm tỷ lệ 87,5%, 6 bệnh nhân đỡ chảy mũi chiếm tỷ lệ 12,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Kim Tôn (90,9% hết chảy mũi và 9,1% đỡ chảy mũi), Lý Đức Thuận (88,2% hết chảy mũi và 11,8% đỡ chảy mũi).

Có 32/38 trường hợp (84,2%) hết hắt hơi sau 1 tháng phẫu thuật, 6/38 trường hợp (15,8%) đỡ hắt hơi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Cao Minh Thành (92,9% hết hắt hơi và 7,1% đỡ hắt hơi), Nguyễn Kim Tôn (89,8% hết hắt hơi và 10,2% đỡ hắt hơi).

Sau phẫu thuật có 3/32 bệnh nhân (9,4%) đỡ đau đầu và 29/32 bệnh nhân (90,6%) hết đau đầu. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thái Hùng (82,6% hết đau và 17,4% đỡ đau), Syhavong Buaphan (95,2% hết đau và 4,8% đỡ đau), Lý Đức Thuận (87% hết đau đầu và 13% đỡ đau đầu).

- Phục hình giải phẫu vách ngăn (48/48 BN): vách ngăn thẳng và phẳng, bảo tồn được tối đa cấu trúc vách ngăn, không có di chứng.

- Tỷ lệ tai biến: Tai biến sau mổ trong nghiên cứu gặp với 1 BN bị chảy máu sau rút merocell phải nhét mêch tăng cường. Đây cũng là nguyên nhân dẫn tới dính cuốn sau phẫu thuật. Kết quả tốt hơn một số nghiên cứu khác của Cao Minh Thành và Nguyễn Kim Tôn.

## V. KẾT LUẬN

Sử dụng nội soi chỉnh hình vách ngăn cho kết quả khả quan, nên được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christmas D.A., Mirante J.P. and Yanagisawa E. (2006)**, Maxillary sinusitis caused by nasoseptal obstruction. *Ear Nose Throat J.* 85(3), 144-146.
2. **Elahi M.M. and Frenkiel S. (2000)**, Septal deviation and chronic sinus disease. *Am J Rhinol.* 14(3), 175-9.
3. **Yasan H. et al. (2005)**, What is the relationship between chronic sinus disease and isolated nasal septal deviation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 133(2), 190-3.
4. **Nguyễn Thái Hùng (2009)**, Nghiên cứu phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn - cuốn mũi qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Cao Minh Thành (2012)**, Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn bằng khoan vi phẫu, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 391(1), 19-22.
6. **Nguyễn Tư Thê, Quách Thị Cân, Nguyễn Quốc Dũng (2012)**, Lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn tại bệnh viện Trung ương Huế và bệnh viện Đại học Y Dược Huế, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 79(2), 104-110.
7. **Nghiêm Đức Thuận, Đào Gia Hiện (2010)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phẫu thuật bệnh lý dị hình vách ngăn mũi, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 376(2), 131-135.

## NGHIÊN CỨU THÀNH PHẦN HOÁ HỌC CỦA CÂY LÁ ĐẰNG (*VERNONIA AMYGDALINA DEL.*)

Nguyễn Mạnh Tuyền\*, Phạm Thái Hà Văn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số thành phần hoá học chính của cây lá đắng (*Vernonia amygdalina Del.*) trồng ở Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Cây lá đắng được thu hái tại Điện Bàn – Quảng Nam, được xác định tên khoa học là *Vernonia amygdalina Del.* Sử dụng các phương pháp nghiên cứu hoá học thường quy: định tính bằng phản ứng trong ống nghiệm; định tính, định lượng bằng sắc ký lớp mỏng hiệu năng cao. **Kết quả:** Đã xác định được thành phần hóa học

trong lá đắng (*Vernonia amygdalina Del.*) gồm các nhóm chất: saponin, flavonoid, tanin và đường khử. Định tính được flavonoid bằng sắc ký lớp mỏng với hệ dung môi Toluene - Ethyl acetat - Acid formic (5: 4: 1), có vết tương ứng với chất đối chiếu luteolin ( $R_f = 0,54$ ) và xác định được hàm lượng luteolin trong lá cây lá đắng là 0,027%. **Kết luận:** Lá đắng (*Vernonia amygdalina Del.*) trồng ở Việt Nam có saponin, flavonoid, tanin và đường khử. Hàm lượng luteolin định lượng bằng HPTLC trong lá cây lá đắng là 0,027%.

**Từ khóa:** lá đắng, HPTLC, luteolin, *Vernonia amygdalina Del.*

### SUMMARY

#### STUDYING THE CHEMICAL COMPONENTS OF BITTER LEAF (*VERNONIA AMYGDALINA DEL.*)

**Objectives:** To identify some of the major chemical components of bitter leaf (*Vernonia*

\*Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Tuyền

Email: nmanhtuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2017

Ngày duyệt bài: 8.5.2017

amygdalina Del.) grown in Vietnam. **Subjects and methods:** Bitter leaf, which were collected in Dien Ban district - Quang Nam province of Vietnam, identified scientific name as *Vernonia amygdalina* Del. by using the normal chemical research method as in vitro chemical reaction and high performance thin-layer chromatography (HPTLC) with reference luteolin. **Results:** The chemical composition of bitter leaf *Vernonia amygdalina* Del. these include: saponins, flavonoids, tannins and reducing sugars. Qualification of flavonoids by HPTLC with the development solvent system: Toluene - Ethyl acetate - Formic acid (5: 4: 1), there is corresponding spot with luteolin ( $R_f = 0.54$ ) and the content of luteolin in bitter leaf is 0.027%. **Conclusion:** There are saponins, flavonoids, tannins and reducing sugars components in the bitter leaf (*Vernonia amygdalina* Del.) grown in Vietnam. The content of luteolin, which determined by HPTLC in bitter leaf is 0.027%.

**Keywords:** bitter leaf, HPTLC, luteolin, *Vernonia amygdalina* Del.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lá đắng là một loài cây được trồng ở nhiều nước trên thế giới để làm rau ăn và làm thuốc, mới được di thực vào Việt Nam. Theo các nghiên cứu ngoài nước đã công bố, lá đắng có tác dụng hạ đường huyết, hạ lipid máu, bảo vệ gan, chống oxy hóa, thường được dùng để phòng, chữa bệnh tiểu đường, xơ vữa động mạch... [6],[7].

Ở Việt Nam, lá đắng đã được trồng và sử dụng khá phổ biến sau khi di thực. Tuy nhiên chủ yếu được sử dụng theo kinh nghiệm để chữa tiểu đường hoặc giải độc rượu và phần lớn được phổ biến theo cách truyền khẩu mà chưa có nghiên cứu chính thống nào về loài cây này. Để góp phần tiêu chuẩn hoá dược liệu, tạo tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định một số thành phần hoá học chính trong lá đắng trồng tại Việt Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Lá đắng được thu hái tại Điện Bàn - Quảng Nam vào tháng 3/2016. Lá thu hái về đem rửa sạch, sấy khô ở 60°C, sau đó được bảo quản trong túi nylon kín, để nơi khô ráo, thoáng mát. Mẫu cây có hoa được ép tiêu bản, lưu giữ tại phòng Tiêu bản - Bộ môn Thực vật, Trường Đại học Dược Hà Nội với số hiệu tiêu bản là HNIP/18498/17 và đã được giám định tên khoa học là *Vernonia amygdalina* Del. họ Cúc (Asteraceae).

Hoá chất, dung môi nghiên cứu: ethanol, diethyl ether, ethyl acetat, các thuốc thử định tính các nhóm chất... đạt tiêu chuẩn phân tích; chất đối chiếu luteolin đạt độ tinh khiết  $\geq 98\%$  (Nanjing Dilger Medical Technology Co. Ltd., China).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Định tính:** Định tính một số nhóm hợp chất hữu cơ có trong dịch chiết lá đắng bằng phản ứng hoá học [1]. Định tính flavonoid và luteolin trong lá đắng bằng sắc ký lớp mỏng có chất đối chiếu [2].

- **Định lượng:** Định lượng luteolin trong lá đắng bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng, sử dụng camera kỹ thuật số có độ phân giải cao, kết hợp phân tích hình ảnh bằng phần mềm VideoScan [4], [5].

- **Chuẩn bị dịch chiết:** Cân chính xác khoảng 5g bột lá đắng, cho vào bình nón, thêm 30ml ethanol tuyệt đối. Chiết siêu âm ở nhiệt độ phòng trong 15 phút x 3 lần, gộp dịch chiết, lọc qua giấy lọc. Dịch lọc cô cách thủy còn khoảng 1-2ml, phân tán trong khoảng 20ml nước cất. Chiết lỏng - lỏng với 20ml diethyl ether x 3 lần, để loại tạp chlorophyll. Lọc nước tiếp tục được chiết lỏng- lỏng với 20ml ethyl acetat x 3 lần. Gộp dịch ethyl acetat, cô đến cạn. Cẩn hoà tan với ethanol tuyệt đối vừa đủ (V<sub>dịchchiết</sub>). Lọc qua màng lọc 0,45µm.

- **Chuẩn bị dung dịch luteolin:** Hoà tan luteolin trong ethanol tuyệt đối được dung dịch có nồng độ 0,25mg/ml (0,25µg/µl).

- **Điều kiện sắc ký:** Tiến hành sắc ký trên máy Linomat 5 (CAMAG) với các điều kiện sắc ký như sau:

+ Pha tĩnh: Sử dụng bản mỏng tráng sẵn pha thường silicagel 60 F<sub>254</sub>

+ Pha động: Toluen - Ethyl acetat - Acid formic (5: 4: 1)

+ Thể tích chấm mẫu: 8µl

+ Độ dài vết chấm: 6mm

+ Quãng đường di chuyển của pha động: 8cm

+ Phát hiện vết sắc ký: bằng thiết bị UV-Visualizer ở bước sóng 254nm. Xử lý dữ liệu hình ảnh bằng phần mềm VideoScan.

- **Xây dựng đường chuẩn của luteolin:** Chấm 6 vết dung dịch luteolin 0,25 mg/ml với thể tích 2µl, 4µl, 6µl, 8µl, 10µl, 12µl tương ứng với nồng độ luteolin từ 0,5 – 3,0µg/vết chấm. Ghi diện tích pic, xây dựng phương trình hồi quy tuyến tính dựa trên giá trị diện tích pic và nồng độ luteolin.

- **Định lượng luteolin trong dịch chiết:** Thể tích chấm mẫu dịch chiết lá đắng là 8 µl. Từ đường chuẩn, xác định nồng độ luteolin có trong vết chấm của dịch chiết lá đắng. Từ đó tính hàm lượng luteolin trong dược liệu theo công thức:

$$(\%) X_{lá} = 100 * (V_{dịchchiết} * X_{lá}) / [V_{chấm} * M_{lá} * (1 - b_{lá})] (\%)$$

Trong đó: X<sub>lá</sub>: hàm lượng luteolin trong lá (%); x<sub>lá</sub>: khối lượng luteolin trong mẫu thử (µg);

$V_{chấm}$ : thể tích mẫu thử được chấm ( $\mu$ l);  $V_{dịchchiết}$ : thể tích dịch chiết ( $\mu$ l);  $M_{lá}$ : khối lượng lá cân ban đầu ( $\mu$ g);  $b_{lá}$ : hàm ẩm (%).

- **Khảo sát tính tương thích của hệ thống:** Chấm mẫu là dung dịch luteolin 0,25 mg/ml trong ethanol 6 lần, mỗi lần chấm với thể tích 4 $\mu$ l. Ghi sắc ký đồ, tính diện tích pic thu được. Tính RSD của diện tích pic. Độ ổn định của hệ thống sắc ký được biểu thị bằng sai số tương đối của 6 lần chấm mẫu.

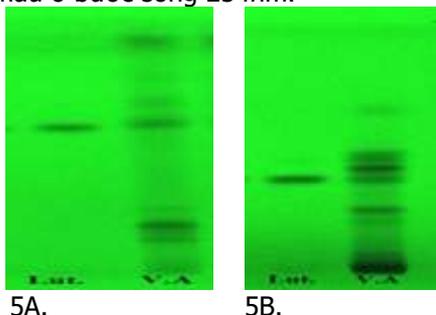
**Bảng 1. Các nhóm chất hữu cơ trong lá đẳng**

| TT | Nhóm chất     | Phản ứng định tính                   | Kết quả | Kết luận |
|----|---------------|--------------------------------------|---------|----------|
| 1  | Alcaloid      | TT Mayer                             | -       | Không có |
|    |               | TT Dragendorff                       | -       |          |
|    |               | TT Bouchardat                        | -       |          |
| 2  | Flavonoid     | Shinoda                              | +       | Có       |
|    |               | NaOH                                 | +       |          |
|    |               | Acid sulfuric                        | +       |          |
|    |               | NH <sub>3</sub>                      | +       |          |
| 3  | Saponin       | Hiện tượng tạo bọt                   | +       | Có       |
| 4  | Anthranquinon | Bontrager                            | -       | Không có |
| 5  | Tanin         | Pb(CH <sub>3</sub> COO) <sub>2</sub> | +       | Có       |
|    |               | Gelatin 1%                           | +       |          |
| 6  | Đường khử     | TT Fehling                           | +       | Có       |
| 7  | Coumarin      | P/ư mở vòng lacton                   | -       | Không có |
| 8  | Acid amin     | TT Ninhydrin                         | -       | Không có |
| 9  | Acid hữu cơ   | Na <sub>2</sub> CO <sub>3</sub>      | -       | Không có |

Trong lá đẳng có chứa các hợp chất flavonoid, saponin, tanin và đường khử. Chúng tôi tiếp tục tiến hành định tính flavonoid trong lá đẳng bằng sắc ký lớp mỏng.

**- Định tính flavonoid và luteolin bằng sắc ký lớp mỏng**

Tiến hành khảo sát một số hệ dung môi dùng định tính flavonoid trong lá đẳng bằng sắc ký lớp mỏng, kết quả thu được 2 hệ dung môi cho vết tách rõ (hình 5): hệ (I) Toluene - Ethyl acetat - Acid formic (5: 4: 1) (hình 5A); hệ (II) n-hexan - ethyl acetat - acid formic (20:19:1) (hình 5B). Hiện màu ở bước sóng 254nm.



**Hình 5. Sắc ký đồ flavonoid của lá đẳng (Lut. = Luteolin, V.A = dịch chiết ethanol lá đẳng Vernonia amygdalina Del.)**

**\*Xử lý số liệu:** Số liệu thực nghiệm được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2007.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Kết quả nghiên cứu**

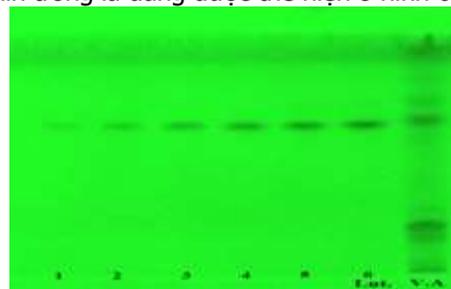
- **Định tính bằng phản ứng trong ống nghiệm:** Kết quả định tính các nhóm chất hữu cơ trong lá đẳng bằng phản ứng trong ống nghiệm được trình bày trong bảng 1.

*Ghi chú: (+) dương tính; (-) âm tính*

Trên sắc ký đồ (hình 5), dịch chiết lá đẳng có 1 vết tương đương với vết của luteolin ( $R_f$  (luteolin) = 0,54 (A);  $R_f$  (luteolin) = 0,31 (B)). Thể hiện, trong lá đẳng trồng ở Việt Nam có luteolin. Hệ dung môi (I) Toluene - Ethyl acetat - Acid formic (5: 4: 1) cho kết quả tách tốt nhất với  $R_f$  của luteolin là 0,54. Lựa chọn hệ (I) để định tính thành phần hoá học bằng sắc ký lớp mỏng và tiếp tục sử dụng để nghiên cứu định lượng luteolin trong lá đẳng.

**- Định lượng luteolin trong lá đẳng**

Tiến hành định lượng luteolin trong dịch chiết lá đẳng như đã mô tả với thể tích chấm mẫu dịch chiết lá đẳng:  $V_{lá} = 8\mu$ l. Sắc ký đồ định lượng luteolin trong lá đẳng được thể hiện ở hình 6:



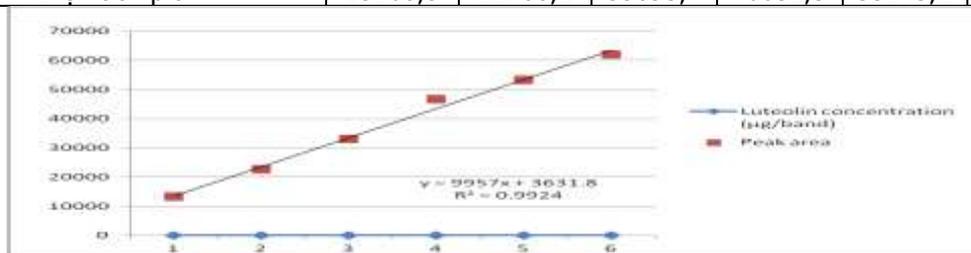
**Hình 6. Sắc ký đồ định lượng luteolin trong dịch chiết lá đẳng V. Amygdalina**

(Lut. = Luteolin, V.A = dịch chiết ethanol lá đấng *Vernonia amygdalina* Del.; hệ dung môi Toluene - Ethyl acetat - Acid formic (5: 4: 1); Hiện màu: bước sóng 254nm).

- Xây dựng đường chuẩn luteolin: Diện tích pic và nồng độ luteolin trong vết chấm thu được từ sắc ký đồ định lượng luteolin được thể hiện ở bảng 2. Từ đó xây dựng đường chuẩn của luteolin (hình 7).

**Bảng 2. Nồng độ luteolin và diện tích pic**

| Vchấm (µl)                     | 2       | 4       | 6       | 8       | 10      | 12      |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Nồng độ luteolin (µg/vết chấm) | 0,5     | 1,0     | 1,5     | 2,0     | 2,5     | 3,0     |
| Diện tích pic                  | 13268,3 | 22700,2 | 33093,7 | 46652,3 | 53243,2 | 61929,7 |



**Hình 7. Đồ thị mô tả mối tương quan giữa diện tích pic và nồng độ luteolin**

**Nhận xét:** Phương trình hồi quy tuyến tính của diện tích pic theo nồng độ luteolin là:  $y = 9957x + 3631,8$  với  $R^2 = 0,9924$ . Hệ số tương quan  $R^2$  xấp xỉ 1, thể hiện mối tương quan tuyến tính giữa diện tích pic và nồng độ luteolin

- Định lượng luteolin trong lá đấng: Từ đường chuẩn luteolin xây dựng được ta xác định được hàm lượng luteolin có trong mẫu lá đấng nghiên cứu. Tiến hành định lượng 3 lần để lấy kết quả trung bình. Kết quả định lượng luteolin trong lá đấng được thể hiện ở bảng 3.

**Bảng 3. Hàm lượng phần trăm luteolin trong lá đấng V. amygdalina**

| n  | Khối lượng lá Mlá (g) | Hàm ẩm Blá (%) | Nồng độ luteolin trong pic (µg) | Hàm lượng luteolin trong lá (%) |
|--|-----------------------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1  | 5,0700                | 4,69           | 2,53                            | 0,026                           |
| 2  | 5,0697                |                | 2,93                            | 0,030                           |
| 3  | 5,0704                |                | 2,39                            | 0,025                           |
| Hàm lượng luteolin trong lá trung bình (%) = |                       |                |                                 | 0,027                           |

**Nhận xét:** Hàm lượng luteolin trong lá đấng xác định được là 0,027%, hay 0,27 mg/g.

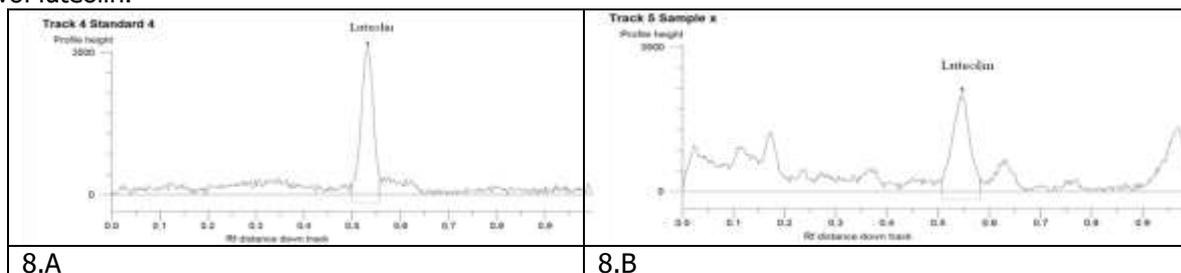
- Độ thích hợp của hệ thống: Kết quả diện tích pic của 6 lần chấm mẫu với cùng một lượng dung dịch luteolin (4 µl, nồng độ 0,25 mg/ml) được thể hiện trong bảng 4.

**Bảng 4. Diện tích pic của 6 lần chấm dung dịch luteolin**

| Lần           | 1           | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       |
|---------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Diện tích pic | 22823,6     | 22181,2 | 22170,1 | 22601,9 | 22445,7 | 22457,7 |
| RSD           | RSD = 1,02% |         |         |         |         |         |

**Nhận xét:** Độ lệch chuẩn tương đối RSD = 1,02% < 2%, hệ thống có độ thích hợp tốt.

- Độ đặc hiệu: Triển khai sắc ký với mẫu thử là dịch chiết lá đấng, mẫu đối chiếu là dung dịch luteolin (0,25mg/ml). Kết quả cho thấy: sắc ký đồ của mẫu thử cho vết luteolin có cùng giá trị  $R_f = 0,54$  với vết luteolin trong mẫu đối chiếu (hình 8). Như vậy, phương pháp phân tích có độ đặc hiệu với luteolin.



**Hình 8. Hình ảnh sắc ký của mẫu luteolin đối chiếu (A), mẫu thử dịch chiết lá đấng V. amygdalina (B).**

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong lá đắng có các nhóm chất: saponin, flavonoid, tanin và đường khử. Kết quả nghiên cứu này là khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của C.E. Offor (2014). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã không định tính các nhóm chất cyanogenic glycoside, phenol như nghiên cứu của C.E. Offor (cho kết quả dương tính), ngược lại, chúng tôi đã tiến hành định tính Coumarin (âm tính) và đường khử (dương tính) trong khi C.E. Offor không định tính các chất này. Theo nghiên cứu của C.E. Offor (2014), trong lá đắng còn có alkaloid và anthraquinon, tuy nhiên trong nghiên cứu này lại không phát hiện được. Điều đó có thể giải thích là mẫu nghiên cứu của chúng tôi là mẫu di thực được trồng tại Việt Nam nên có thể tạo ra sự khác biệt này hoặc do hàm lượng quá thấp nên chưa thể xác định bằng các phương pháp định tính thường quy. Nhận định này cần được tiếp tục nghiên cứu để chứng minh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã định tính và xác định được hàm lượng luteolin trong căn flavonoid của lá cây lá đắng (0,027%). Luteolin và các dẫn chất trong lá đắng *V. amygdalina* Del. là các hợp chất có hoạt tính sinh học mạnh. Luteolin, lá cây đắng cũng đã được chứng minh có tác dụng chống oxy hóa, bảo vệ gan, phòng chống ung thư và xơ vữa động mạch [3], [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, phương pháp định lượng luteolin bằng HPTLC được thực hiện một cách khá đơn giản, thường quy, cho kết quả nhanh, có độ đặc hiệu cao hoàn toàn có thể tiếp tục nghiên cứu để hoàn thiện phương pháp, tiến tới xây dựng tiêu chuẩn, phương pháp kiểm nghiệm dược liệu hoặc các chế phẩm có chứa lá đắng bằng HPTLC.

#### V. KẾT LUẬN

- Đã xác định được thành phần hóa học trong lá đắng *Vernonia amygdalina* Del. Bao gồm các nhóm chất: saponin, flavonoid, tanin và đường khử.

- Đã định tính được flavonoid bằng sắc ký lớp mỏng hiệu năng cao với hệ dung môi Toluene - Ethyl acetat - Acid formic (5: 4: 1) có vết tương ứng với chất đối chiếu luteolin với  $R_f = 0,54$ .

- Đã xác định được hàm lượng luteolin trong lá cây lá đắng là 0,027%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Dược liệu – ĐH Y-Dược TP.HCM (2006), *Phương pháp nghiên cứu dược liệu*, NXB ĐH Y-Dược TP.HCM.
2. Dược điển Việt Nam IV, PL-9, PL129.
3. EU Eyong, MA Agiang, IJ Atangwho, IA Iwara, MO Odey, PE Ebong (2011), "Phytochemicals and micronutrients composition of root and stem bark extracts of *Vernonia amygdalina* Del.", *Journal of Medicine and Medical Science*, Vol. 2(6), p.900-903.
4. Marcello Nicoletti (2011), "HPTLC fingerprint: a modern approach for the analytical determination of botanicals", *Brazilian Journal of Pharmacognosy*, 21(5): 818-823.
5. Nayan G. Patel, Kalpana G. Patel, Kirti V. Patel, Tejal R. Gandhi (2015), "Validated HPTLC method for quantification of luteolin and apigenin in *Premna mucronata* Roxb., Verbenaceae", *Advances in pharmacological sciences*, Vol. 2015, p.1-7.
6. P.C. Ekeocha, T.R. Fasola, A.H. Ekeocha (2012), "The effect of *Vernonia amygdalina* on alloxan induced diabetic albino rats", *African Journal of Food Science and Technology*, Vol. 3(3) p. 73-77.
7. Usunobun Usunomena (2012), "Review manuscript: a review of some African medicinal plants", *International Journal of Pharma and Bio Sciences Int. J. Pharm. Bio. Sci.* 2012 Oct; 3(4): (B) 1-11.

## THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ CHỨNG VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH NĂM 2015-2016

Đỗ Văn Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hương<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dunhnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2017

Ngày duyệt bài: 9.5.2017

Bằng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 1450 bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 48 giờ trở lên tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình trong năm 2015-2016, kết quả cho thấy: Có 4 chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện và kháng thuốc chủ yếu sau: *Pseudomonas aeruginosa*; *Staphylococcus aureus*; *Acinetobacter baumannii*; *Klebsiella pneumoniae*.

**Từ khóa:** kháng kháng sinh, vi khuẩn, Bệnh viện Sản Nhi, Ninh Bình.

**SUMMARY****ANTIBIOTIC RESISTANCE OF SOME STRAINS OF BACTERIA THAT INFECT THE HOSPITAL AT NINH BINH HOSPITAL OF MATERNITY AND CHILDREN IN 2015-2016**

By a cross-sectional descriptive study, an analysis of 1450 patients with a hospital stay of 48 hours or more at Ninh Binh Hospital of Maternity and Children in 2015-2016 showed that: There are four major types of hospital-acquired bacterial infections and drug resistance: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*.

**Keywords:** Antibiotic resistance, bacteria, The Maternity and Children Hospital, Ninh Binh

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hiện nay nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) và vi khuẩn kháng thuốc đang là vấn đề thách thức chất lượng khám chữa bệnh của mỗi bệnh viện trên toàn thế giới. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới (WHO) tại các nước phát triển, có 5% tới 10% bệnh nhân (BN) nhập viện mắc ít nhất một loại NKBV. Tỷ lệ này ở những nước đang phát triển cao gấp 3- 20 lần so với những nước phát triển.

NKBV không những gây hậu quả nặng nề về mặt lâm sàng, kinh tế mà còn là nguyên nhân làm xuất hiện những chủng vi khuẩn đa kháng thuốc. Tình trạng lạm dụng kháng sinh phổ biến ở những nước đang phát triển cũng là nguyên nhân làm trầm trọng thêm mức độ kháng thuốc của các chủng vi khuẩn bệnh viện.

Xét trong khuôn khổ một bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình là một trong hai bệnh viện có quy mô giường bệnh lớn nhất của tỉnh Ninh Bình. Tính đến thời điểm nghiên cứu, từ trước đến nay Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình chưa có nghiên cứu cơ bản nào về thực trạng kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện, do vậy chúng tôi triển khai nghiên cứu đề tài "Thực trạng kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm trùng bệnh viện tại bệnh viện Sản - Nhi Ninh Bình năm 2015- 2016". *Mục tiêu nghiên cứu:* Mô tả thực trạng kháng kháng sinh của một

số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2015-2016.

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

**2.1. Địa bàn nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

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

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:**

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Là tất cả bệnh nhân có thời gian nằm viện  $\geq 48$  giờ, bao gồm cả bệnh nhân xuất viện trong ngày điều tra. Một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện và kháng thuốc.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Những bệnh nhân có thời gian nằm viện dưới 48 giờ.

**2.4. Phương pháp nghiên cứu**

**2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích

**2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu thập số liệu**

- Cỡ mẫu áp dụng cho điều tra cắt ngang:

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

Với:  $p = 6,8\%$  là tỷ lệ NKBV (Điều tra toàn miền Bắc, năm 2005).

$\epsilon = 0.2$  là sai số tương đối cho phép trong nghiên cứu.

$q = 1 - p$  là tỷ lệ không mắc NKBV.

$\alpha = 0.05$  mức ý nghĩa thống kê.

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96.$$

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là 1386. Cộng thêm 5% ta được cỡ mẫu nghiên cứu là 1450.

- Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện cho đến khi đủ 1450 lượt bệnh nhân nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc NKBV.

- Một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện và kháng thuốc tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN****Bảng 3.1. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh theo các khoa**

| Khoa        | Số bệnh nhân | Số bệnh nhân dùng kháng sinh | Tỷ lệ (%)    |
|-------------|--------------|------------------------------|--------------|
| Cấp cứu     | 221          | 206                          | 93,21        |
| Sơ sinh     | 278          | 243                          | 87,41        |
| Nội nhi     | 396          | 317                          | 80,05        |
| Ngoại nhi   | 193          | 162                          | 83,93        |
| Sản- Phụ    | 362          | 347                          | 95,85        |
| <b>Tổng</b> | <b>1450</b>  | <b>1275</b>                  | <b>87,93</b> |

**Nhận xét:** Tỷ lệ sử dụng kháng sinh chung tại bệnh viện chiếm 87,93%. Cụ thể cao nhất là khoa Sản- phụ chiếm 95,85%, sau đó đến Cấp cứu chiếm 93,21%, Sơ sinh chiếm 87,41%, Ngoại nhi chiếm

83,93%, thấp nhất là Nội nhi chiếm 80,05%.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh theo số loại kháng sinh phối hợp**

| Số loại kháng sinh | Số lượng    | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------|-------------|------------|
| 1 loại             | 485         | 38,03      |
| 2 loại             | 587         | 46,04      |
| 3 loại             | 178         | 13,96      |
| >4 loại            | 25          | 1,97       |
| <b>Tổng</b>        | <b>1275</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Bệnh nhân được sử dụng phối hợp 2 loại kháng sinh điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (46,04%), 1 loại đơn thuần chiếm 38,03%, sử dụng 3 loại chiếm 13,96%, sử dụng từ 4 loại kháng sinh trở lên chiếm 1,97%.

**Bảng 3.3. Tình hình kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa***

| Tên kháng sinh | R (%) | I (%) | S (%) |
|----------------|-------|-------|-------|
| Amikacin       | 0.8   | 4.0   | 95.2  |
| Colistin       | 0     | 0     | 100   |
| Imipenem       | 0     | 0     | 100   |
| Levofloxacin   | 0     | 0     | 100   |
| Meropenem      | 0     | 0     | 100   |
| Ceftazidime    | 4.8   | 2.7   | 92.5  |
| Ciprofloxacin  | 9.5   | 4.8   | 85.7  |
| Gentamycin     | 23.8  | 9.5   | 71.4  |
| Cefotaxim      | 23.8  | 23.8  | 52.4  |
| Cefepime       | 1.0   | 4.0   | 95.0  |

**Nhận xét:** Chủng *Pseudomonas aeruginosa* còn nhạy cảm với hầu hết các loại kháng sinh, đặc biệt với Colistin, Imipenem, Levofloxacin, Meropenem nhạy 100%, *Pseudomonas aeruginosa* kháng với Cefotaxim (52,4%). So sánh với một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực tại bệnh viện Bạch Mai của tác giả Nguyễn Việt Hùng cho thấy *Pseudomonas aeruginosa* là vi khuẩn đa kháng thuốc rất mạnh, kháng mạnh với kháng sinh thuộc nhóm Quinolon,

Cefalosporin và Aminoglycoside. Có tới trên 50% chủng *Pseudomonas aeruginosa* kháng Cefalosporin thế hệ 3 và với Imipenem tỷ lệ kháng là 8,2% [1]. Như vậy có thể thấy tình hình kháng thuốc của chủng vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình còn thấp hơn nhiều so với các bệnh viện tuyến Trung ương. Điều này hoàn toàn lý giải được do đặc thù điều trị bệnh nhân nặng tại các bệnh viện tuyến trên là cao hơn dẫn tới làm tăng tỷ lệ kháng thuốc.

**Bảng 3.4. Tình hình kháng kháng sinh của *S.aureus***

| Tên KS         | R (%) | I (%) | S (%) |
|----------------|-------|-------|-------|
| Azithromycin   | 69.2  | 7.7   | 23.1  |
| Cloramphenicol | 57.9  | 2.6   | 39.5  |
| Ciprofloxacin  | 5.1   | 5.1   | 89.7  |
| Clindamycin    | 66.7  | 5.1   | 28.2  |
| Gentamycin     | 7.7   | 7.7   | 84.6  |
| Erythromycin   | 74.4  | 0.0   | 25.6  |
| Cefoxitin      | 41.0  | 0.0   | 59.0  |
| Levofloxacin   | 2.6   | 2.6   | 94.9  |
| Methicillin    | 51.5  | 6.1   | 42.4  |
| Oxacillin      | 60.5  | 0.0   | 39.5  |
| Penicillin G   | 92.3  | 1.2   | 6.5   |
| Metronidazol   | 56.7  | 20.0  | 23.3  |
| Vancomycin     | 0     | 0.0   | 100   |

**Nhận xét:** Chủng vi khuẩn *S.aureus* kháng với hầu hết các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy cảm với Vancomycin (100%), Levofloxacin (94,9%), Ciprofloxacin (89,7%), Gentamycin (84,6%). Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước

đó, như nghiên cứu năm 2008 tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội của tác giả Nguyễn Văn Hòa [2] cho thấy cầu khuẩn Gr (+) chiếm 53,3% trong các loại vi khuẩn phân lập được từ đường hô hấp, và thường gặp là tụ cầu vàng

kháng thuốc, kháng Methicillin (Meti-R) và nhạy 100% với Vancomycin. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng tại khoa Hồi sức bệnh viện Bạch Mai [1] cho thấy có tới 93,9% chủng *S.aureus*

kháng Methicilin. Với tình hình kháng thuốc của chủng tụ cầu vàng thì bệnh viện cần có chính sách sử dụng kháng sinh hết sức đúng đắn và thực sự là một vấn đề đáng báo động hiện nay.

**Bảng 3.5. Tình hình kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii***

| Tên KS                      | R (%) | I (%) | S (%) |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| Amikacin                    | 16.7  | 16.7  | 66.7  |
| Amoxicillin/Clavulanic acid | 100   | 0     | 0     |
| Ampicillin/Sulbavtam        | 100   | 0     | 0     |
| Cefotaximer                 | 66.7  | 29.0  | 4.3   |
| Ceftazidime                 | 66.7  | 0.0   | 33.3  |
| Ceftriaxone                 | 50.0  | 24.8  | 25.2  |
| Ciprofloxacin               | 35.2  | 1.8   | 63    |
| Colistin                    | 0.0   | 0.0   | 100   |
| Gentamycin                  | 42.4  | 6.0   | 51.6  |
| Imipenem                    | 0.0   | 0.0   | 100   |
| Levofloxacin                | 0.0   | 22    | 78    |
| Metronidazol                | 92.1  | 7.9   | 0     |

**Nhận xét:** Chủng vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* kháng hầu hết với các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy với Colistin (100%), Imipenem (100%), Levofloxacin (78%). Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng và CS tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai thì *Acinetobacter baumannii* kháng với tất cả các loại kháng sinh, cụ thể tỷ lệ kháng với Fosmycin là 58,3%, kháng với Imipenem là 13,6%, kháng Amikacin là 51,2%, kháng từ 93,2% -100% đối với các loại kháng

sinh Cefalosporin thế hệ 3 [1]. Có thể thấy rằng *Acinetobacter baumannii* là chủng vi khuẩn gặp chủ yếu tại tất cả các bệnh viện, là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện và đặc biệt *Acinetobacter baumannii* rất khó điều trị, đa kháng thuốc rất mạnh. Kết quả của các nghiên cứu tại các nước đang phát triển cũng cho thấy *Acinetobacter baumannii* là một trong ba tác nhân nguy hiểm nhất gây nhiễm khuẩn bệnh viện [3].

**Bảng 3.6. Tình hình kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae***

| Tên kháng sinh              | R (%) | I (%) | S (%) |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| ESBL                        | 18.5  |       | 81.5  |
| Amoxicillin/Clavulanic acid | 92.6  | 3.9   | 3.3   |
| Ampicillin/Sulbavtam        | 100   | 0     | 0     |
| Cefoperazone                | 63.0  | 3.7   | 33.3  |
| Cefuroxime                  | 66.7  | 3.7   | 29.6  |
| Ceftriaxone                 | 44.4  | 11.1  | 44.4  |
| Ceftazidime                 | 48.1  | 18.5  | 33.3  |
| Cefotaxim                   | 63.0  | 7.4   | 29.6  |
| Imipenem                    | 0.0   | 0.0   | 100   |
| Amikacin                    | 10.0  | 4.8   | 85.2  |
| Gentamycin                  | 22.2  | 7.4   | 70.4  |
| Ciprofloxacin               | 44.4  | 22.2  | 33.3  |
| Levofloxacin                | 0.0   | 11.1  | 88.9  |
| Metronidazole               | 96.3  | 3.7   |       |
| Fosfomycin                  | 0.0   | 7.4   | 92.6  |
| Colistin                    | 0.0   | 0.0   | 100   |
| Cloramphenicol              | 37    | 7.4   | 55.6  |

**Nhận xét:** Chủng vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* còn nhạy với Colistin (100%), Imipenem (100%), Fosfomycin (92,6%), Levofloxacin (88,9%), Amikacin (85,2%). Kháng với hầu hết các kháng sinh còn lại. Trong kết quả của một số nghiên cứu trước đó thì tỷ lệ kháng thuốc của *Klebsiella pneumoniae* cao hơn kết quả

nghiên cứu của chúng tôi, tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Bạch Mai thì tỷ lệ kháng Fosfomycin là 100%, kháng Gentamycin là 100%, kháng 87,5% với Amikacin, kháng 66,7% với Cefoperazone [1]. Tại Mỹ tỷ lệ *Klebsiella pneumoniae* kháng với Ceftazidime tại đơn vị Hồi sức tích cực luôn có xu hướng ngày càng tăng từ

3,6% lên 14,4% trong 3 năm từ năm 1999- 2002 [4].

**Bảng 3.7. Tình hình kháng kháng sinh của *Escherichia coli***

| Tên kháng sinh              | R (%) | I (%) | S (%) |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| ESBL                        | 18.5  |       | 81.5  |
| Amoxicillin/Clavulanic acid | 63.6  | 27.3  | 9.1   |
| Ampicillin/Sulbavtam        | 100   | 0     | 0     |
| Cefoperazone                | 57.9  | 2.8   | 32.7  |
| Cefuroxime                  | 63.6  | 3.7   | 29.6  |
| Ceftriaxone                 | 55.4  | 10.0  | 34.6  |
| Ceftazidime                 | 48.3  | 10.5  | 41.2  |
| Cefotaxime                  | 63.0  | 2.4   | 34.6  |
| Imipenem                    | 0.0   | 0.0   | 100   |
| Amikacin                    | 2.1   | 7.0   | 90.9  |
| Gentamycin                  | 45.0  | 1.0   | 54.0  |
| Ciprofloxacin               | 36.4  | 9.1   | 54.6  |
| Levofloxacin                | 0.0   | 9.1   | 90.1  |
| Metronidazole               | 96.3  | 3.7   |       |
| Fosfomycin                  | 0.0   | 6.4   | 93.6  |
| Colistin                    | 0.0   | 0.0   | 100   |
| Cloramphenicol              | 27.3  | 18.2  | 54.5  |

**Nhận xét:** Chủng *Escherichia coli* còn nhạy với Imipenem (100%), Colistin (100%), Fosfomycin (93,6%), Levofloxacin (90,1%), Amikacin (100%). Còn lại kháng với các loại kháng sinh còn lại.

## V. KẾT LUẬN

- *Pseudomonas aeruginosa*: Kháng tương đối với các loại kháng sinh thông thường, nhạy cảm tương đối với Amikacin (95,2%), Ceftazidime (92,5%), Ciprofloxacin (85,7%). Nhạy cảm 100% với các loại kháng sinh Colistin, Imipenem, Meropenem, Levofloxacin.

- *Tính kháng thuốc của chủng S.aureus*: Tỷ cầu vàng đa kháng với hầu hết với các loại kháng sinh thông thường, còn nhạy tương đối với một số loại như: Ciprofloxacin (89,7%), Gentamycin (84,6%), Levofloxacin (94,9%), nhạy 100% với Vancomycin.

- *Tính kháng thuốc của chủng Acinetobacter baumannii*: Kháng hầu hết tất cả các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy cảm với Colistin (100%), Imipenem (100%), với Amikacin tính nhạy cảm cũng không cao (66,7%).

- *Tính kháng thuốc của vi khuẩn Klebsiella pneumoniae*: Tỷ lệ kháng thuốc của *Klebsiella pneumoniae* rất cao, kháng hầu hết các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy tương đối với Amikacin (85,2%), với Levofloxacin (88,9%), với Fosfomycin (92,6%), còn nhạy 100% với Colistin và Imipenem.

## KHUYẾN NGHỊ

1. Bệnh viện cần triển khai đồng bộ các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện như tăng cường giám sát thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn. Đặc biệt chú trọng khoa Sơ sinh và thực

hiện gói giải pháp pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn đường hô hấp ở bệnh nhi.

2. Bệnh viện cần có chính sách sử dụng kháng sinh hợp lý. Cần tuân thủ đúng nguyên tắc điều trị kháng sinh theo kết quả nuôi cấy và làm kháng sinh đồ. Đồng thời cần triển khai rộng rãi liệu pháp sử dụng kháng sinh dự phòng nhằm kiểm soát các loại nhiễm khuẩn bệnh viện.

3. Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn là đầu mối, hoạt động tích cực mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn tại tất cả các khoa phòng nhằm thực hiện nghiêm ngặt công tác kiểm tra giám sát vấn đề tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn ở nhân viên y tế. Vệ sinh bàn tay là một trong những nội dung quan trọng trong giám sát thường quy. Đồng thời theo dõi tỷ lệ hiện mắc nhiễm khuẩn bệnh viện định kỳ, thường xuyên và đưa ra con số báo cáo với lãnh đạo bệnh viện nhằm sớm có giải pháp can thiệp và phòng ngừa kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Mỹ Châu, Trương Anh Thư và một số CS "Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Bạch Mai năm 2001". *Công trình nghiên cứu của bệnh viện Bạch Mai 2001- 2002*.
2. Nguyễn Văn Hòa và CS (2005), "Tình hình kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội năm 2005".
3. Andrew J. Hughes, FRACP; Nolzizza MBBS (2005); "Prevalence of nosocomial infection and antibiotic use at university medical center in Malaysia", *Vol.26, pp101- 104*.
4. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System (2002), "National Nosocomial

Infective Surveillance system report: Data summary from January 1992 to 2002", *Am J Infect control*, 30, pp. 458-475.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MẮT VỮNG BẢN LỀ CỔ CHẤM BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lê Bảo Tiến\*, Đinh Ngọc Sơn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật của phương pháp cố định bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít trong mắt vững bản lề cổ chẩm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên bệnh nhân được cố định bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít. **Kết quả:** Trong thời gian 2008-2017 khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tiến hành mổ 34 trường hợp, bao gồm 23 nam, 11 nữ. Tuổi trung bình  $39,34 \pm 5,6$ , cao nhất 78 tuổi, thấp nhất 20 tuổi. Trong đó chấn thương 27 bệnh nhân, bệnh lý 7 bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân đều không có tổn thương thần kinh và mạch máu sau mổ, triệu chứng thần kinh được cải thiện. **Kết luận:** Đây là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị mất vững vùng bản lề cổ chẩm.

**Từ khóa:** Mắt vững bản lề cổ chẩm, nẹp vít, bệnh viện Việt Đức.

### SUMMARY

#### RESULT OF SURGERY TREATMENT FOR OCCIPITOCERVICAL INSTABILITY AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the effectiveness of fixing occipitocervical with surgery in treatment of occipitocervical instability. **Method:** Descriptive retrospective study, carried out on patients whose occipitocervical instability. **Results:** During the nine years (2008-2017), The Spinal Surgery Department of Viet Duc hospital has conducted 34 surgeries on 23 males and 11 females including 27 trauma patients and 7 pathology ones, average age of whom is  $43.34 \pm 5.6$ . All patients showed no neurogenous and blood vessels injury after surgery, neurological symptoms were improved. **Conclusion:** This is a reliable and effective method in treatment of occipitocervical instability.

**Keywords:** occipitocervical instability, Viet Duc hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bản lề cổ chẩm là vùng nối tiếp xương sọ với cột sống cổ cao C<sub>1</sub>C<sub>2</sub>. Mắt vững bản lề cổ chẩm là thương tổn xảy ra do nhiều nguyên nhân khác nhau như chấn thương hay thương tổn sau chấn thương, viêm khớp dạng thấp, nhiễm trùng, dị tật bẩm sinh,... Chấn thương hay thương tổn sau chấn thương xảy ra có thể dẫn đến các bệnh lý trật cổ chẩm, vỡ lồi cầu chẩm, thương tổn C<sub>1</sub>, thương tổn C<sub>2</sub>... Phần lớn bệnh nhân sau chấn

thương biểu hiện bệnh từ từ và tổn thương hệ thống dây chằng là chính, tổn thương hệ thống dây chằng vùng này kéo dài mà không được điều trị đúng phương pháp dẫn đến mất sự thẳng trục, mất vững và làm hẹp ống sống. Các dị tật bẩm sinh đưa đến những tổn thương mạn tính và gây nên sự mất vững sau này [1-4].

Bệnh nhân tổn thương vùng bản lề cổ chẩm biểu hiện lâm sàng đau cổ, biểu hiện của thoái hóa tủy, chèn ép thần kinh sọ hay biến dạng giải phẫu vùng này.

Can thiệp phẫu thuật làm vững bản lề cổ chẩm bằng đường sau được giới thiệu lần đầu tiên bởi Foerster năm 1927[7], ông sử dụng xương mác để ghép và làm vững cột sống cổ. Từ đó đến nay nhờ sự phát triển của y học, hiểu biết về giải phẫu và tiến bộ của dụng cụ cố định mà xuất hiện nhiều kỹ thuật cố định cổ chẩm bằng dụng cụ khác nhau[7]. Hiện nay xu thế cố định bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít chiếm ưu thế, nẹp vít được cố định từ mai chẩm đến các đốt sống cổ dài ngăn tủy vào vị trí thương tổn, được ghép xương tự thân hoặc đồng loại trong mổ. Mục đích của nẹp vít cổ chẩm là làm vững vùng cố định và giải phóng chèn ép, tránh thương tổn về thần kinh, thương tổn tủy sống, mạch máu.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả phẫu thuật của phương pháp cố định bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít trong mắt vững bản lề cổ chẩm" tại bệnh viện Việt Đức.

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mất vững vùng bản lề cổ chẩm được can thiệp phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ 2008 đến 2017.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang  
**Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

**Thu thập số liệu:** Các bệnh nhân đều được chụp XQ và CT scanner sau mổ, theo dõi và khám lại ít nhất từ 6 tháng trở lên, đánh giá và theo dõi dựa vào thang điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analog Score), thang điểm NDI (Neck Disability Index), đánh giá thương tổn thần kinh theo phân loại Frankel.

\*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn

Email: sondinhngoc75@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 24.5.2017



**XQ kiểm tra sau mổ**

**Quy trình kỹ thuật:** Bệnh nhân được cạo gáy trước mổ, gây mê nội khí quản, nằm sấp đầu cúi trên khung để bộc lộ vùng cột sống cổ sau, cố định từ mai chẩm đến các đốt sống cổ tụt vào vị trí tổn thương. Trong mổ chúng tôi sử dụng kỹ thuật vít khối bên C1, bắt vít qua cuộn C2, vít qua cuộn hay khối bên các đốt sống khác tùy thuộc vào từng loại thương tổn dưới sự hướng dẫn của C-arm.



**Tư thế bệnh nhân**

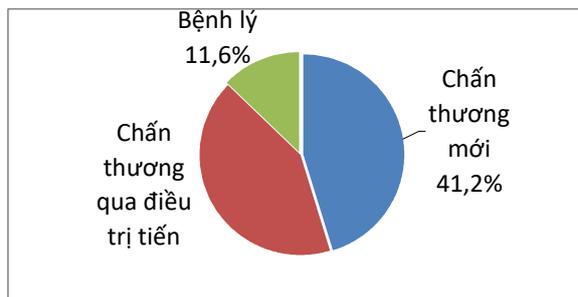
**III. KẾT QUẢ**

• **Thông tin chung:** 34 bệnh nhân được điều trị mất vững bản lề cổ chẩm bằng nẹp cổ chẩm tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức trong thời gian 2008 – 2017, trong đó nam 23 bệnh nhân, nữ 11 bệnh nhân. Tuổi trung bình là  $39,34 \pm 5,6$ , cao nhất 78 tuổi, thấp nhất 20 tuổi.

• **Nguyên nhân tổn thương tủy**

Nguyên nhân gặp phải do chấn thương 27 bệnh nhân (79,4%), bệnh lý 7 bệnh nhân (11,6%). Trong số các bệnh nhân chấn thương có 14 bệnh nhân chấn thương mới, 13 bệnh nhân sau chấn thương đã được điều trị tại các cơ sở y tế nhưng không phát hiện được thương tổn và đến với chúng tôi trong tình trạng đã có biểu hiện của tổn thương tủy do mất vững kéo dài. Có 7/13 trường hợp đến muộn cần phải kéo liên tục bằng khung Halo trước mổ, theo dõi sự thay đổi của cột sống cổ bằng X-quang cột sống cổ thường quy hàng ngày để điều chỉnh khung Halo cho phù hợp. Có 1 bệnh nhân kéo khung Halo bị loét do tỳ đè của khung nhưng được phát hiện và điều trị kịp thời. Trong các trường

hợp bệnh lý, 4/7 trường hợp là u cột sống cổ cao ăn vào C1, C2, 1 trường hợp dị tật trong hội chứng Klippel-Feil, 1 trường hợp tật lồng đáy sọ, 1 trường hợp quá sản C1C2.



**Biểu đồ 1:**

**Tỷ lệ nguyên nhân tổn thương tủy**

• **Kết quả điều trị:** Thời gian mổ trung bình 110 phút, không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong và sau mổ. Có 28 bệnh nhân được mở cung sau giải ép, tất cả bệnh nhân đều được ghép xương đường sau. Các bệnh nhân được theo dõi sau mổ trung bình  $37 \pm 0,88$  tháng cho kết quả tốt với VAS trước mổ là  $6,77 \pm 1,09$ , VAS sau mổ là  $1,71 \pm 0,59$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Không bệnh nhân nào có tổn thương thần kinh tăng thêm sau mổ. Không có bệnh nhân nào khám lại lỏng vít hay tuột dụng cụ sau mổ. 5/34 bệnh nhân khám lại than phiền đau lan đỉnh đầu sau điều trị các bệnh nhân triệu chứng có giảm.

**IV. BÀN LUẬN**

Mất vững bản lề cổ chẩm do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên do chấn thương, viêm khớp dạng thấp, ung thư, nhiễm trùng, trong các dị tật bẩm sinh... Phẫu thuật nẹp cổ chẩm nhằm mục đích làm vững bản lề cổ chẩm, giải phóng chèn ép về mặt thần kinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cả bệnh nhân chấn thương và bệnh lý tương tự các báo cáo của Menezes, Ibad Zidan, Nockels và cộng sự [3-5]. Đau cổ là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân do mất vững vùng bản lề cổ chẩm và đi kèm là các thương tổn thần kinh do mất vững lâu ngày. Mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp tổn thương của các dây thần kinh sọ nhưng trong một số báo cáo khác có đề cập đến tổn thương này. Trong số các bệnh nhân có tổn thương về mặt tủy sống cột sống cổ tổn thương đều tiến triển tốt sau mổ, tăng 1 mức theo thang điểm chia độ Frankel phù hợp với báo cáo của Zidal, Nockels và cộng sự [3,4]. Trong báo cáo không gặp bệnh nhân nào tử vong sau mổ khác với báo

cáo của George Sapkas và cs[2], nguyên nhân có thể do trong lô nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân ung thư giai đoạn nặng và thời gian nghiên cứu chưa được lâu.

Các nguy cơ trong phẫu thuật có thể là tổn thương động mạch đốt sống, tổn thương rễ thần kinh (C<sub>2</sub>), tổn thương sọ não hay tủy sống, bong nẹp hoặc nhỡ vít bắt vào mai chẩm, gặp vấn đề trong bắt vít vào mai chẩm, cuống hoặc khối bên đốt sống hay mất vững sau mổ [1,6]. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi gặp 3 vít khó khăn khi bắt vào khối bên C<sub>1</sub>, không có tổn thương động mạch đốt sống hoặc tổn thương thần kinh trong mổ. Mất vững sau mổ qua theo dõi không gặp bệnh nhân nào tương tự báo cáo của Nockel và cộng sự, ngược lại trong báo cáo của Kraus và cộng sự chỉ ra 36% mất vững tái phát sau mổ cố định cổ chẩm [1,4,5].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật làm vững vùng bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít là lựa chọn thích hợp cho các thương tổn vùng này kể cả trong chấn thương cũng như bệnh lý. Tuy nhiên chỉ định rất hạn chế đòi hỏi mỗi bệnh nhân cần được phân tích kỹ trước phẫu thuật. Kỹ thuật này mang lại hiệu quả cho bệnh nhân, ít xảy ra biến chứng nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và nắm chắc giải phẫu vùng này. Phẫu thuật này cũng

cần được áp dụng trong các trung tâm y tế có đầy đủ trang thiết bị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corbett D. Winegar, MD.**, James P. Lawrence, MD., Brian C. Friel, BA., Carmella Fernandez, MD., Joseph Hong, BS., Mitchell Maltenfort, PhD., Paul A. Anderson, MD., and Alexander R. Vaccaro, MD, PhD: A systematic review of the occipital cervical fusion: techniques and outcomes. *J Neurosurg Spine* (2010)13:5-16
2. **George Sapkas, Stamatiou A. Papadakis**, Dimitrios Segkos, Kontatinos Kateros, George Tsakotos and Pavlos Katonis: Posterior Instrumentation for Occipitocervical Fusion. *The Open Orthopaedics Journal*(2011)5:209-218.
3. **Ihab Zidan, Wael Fouad**: Occipitocervical fixation in the management of craniocervical instabilities. *Alexandria Journal of Medicine*(2011)47:185-192.
4. **Russ P. Nockels, MD.**, Christopher I. Shaffrey, MD., Adam S. Kanter, MD., Syed Azeem, MD., and Julie E. York, MD: Occipitocervical fusion with rigid internal fixation: long-term follow-up data in 69 patients. *J Neurosurg Spine* (2007)7:117-123.
5. **Arnold H. Menezes, MD**: Occipitocervical Fixation. *World Neurosurgery* 73 (2010)6:635-637.
6. **R. Todd Allen, MD, PhD.**, Robert Decker, MD., Jae Taek Hong, MD., and Rick Sasso, MD: Complications of Occipitocervical Fixation. *Spine surgery*(2009):167-176.
7. **Vincenzo Denaro MD**, Alberto Di Martino MD, PhD: Cervical Spine Surgery an Historical Perspective. *Clin Orthop Relat Res* (2011) 469:639-648

## HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG BUỒN NÔN - NÔN CỦA ONDANSETRON PHỐI HỢP DEXAMETHASON SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

Nguyễn Văn Minh\*, Thamvisith Thienxay\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật khá thường gặp và gây khó chịu cho bệnh nhân, chiếm tỉ lệ cao đến 80% ở bệnh nhân có nguy cơ cao. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả dự phòng buồn nôn, nôn và tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật nội soi phụ khoa của ondansetron phối hợp dexamethason với ondansetron đơn thuần. **Đối tượng và phương pháp:** Sau khi được phê duyệt và bệnh nhân đồng ý, 140 bệnh nhân với ASA I, II có chỉ định phẫu thuật nội soi phụ khoa có nguy cơ cao buồn nôn và nôn được chọn vào nghiên cứu và chia thành

hai nhóm. Nhóm OD nhận 4 mg dexamethason tĩnh mạch khi khởi mê và 4 mg ondansetron ngay trước khi kết thúc phẫu thuật. Nhóm O nhận 4 mg ondansetron ngay trước khi kết thúc phẫu thuật. Đánh giá buồn nôn, nôn và tác dụng không mong muốn trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ buồn nôn và nôn sau phẫu thuật trong khoảng thời gian 0 - 6 giờ ở nhóm O cao hơn nhóm OD (27,3% so với 6,2%,  $p < 0,05$ ). Buồn nôn và nôn mức độ 2 ở nhóm O cao hơn nhóm OD. Tỷ lệ buồn nôn trong nhóm O cao hơn nhóm OD (22,7% so với 6,2%,  $p < 0,05$ ). Tỷ lệ nôn và tỷ lệ vừa buồn nôn vừa nôn trong nhóm O cao hơn nhóm OD, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tác dụng không mong muốn thấp và tương đương giữa hai nhóm với chóng mặt 3,1%, nhức đầu 2,3%. **Kết luận:** Ondansetron kết hợp với dexamethason có hiệu quả dự phòng buồn nôn và nôn sau phẫu thuật nội soi phụ khoa tốt hơn chỉ dùng ondansetron đơn thuần.

**Từ khóa:** Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật, ondansetron, dexamethason, nội soi

\*Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

**SUMMARY****ONDANSETRON COMBINED WITH DEXAMETHASON IN PREVENTING POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING FOLLOWING LAPAROSCOPIC GYNECOLOGICAL SURGERY**

**Background:** Postoperative nausea and vomiting are common and as high as 80% in high-risk patients. The objective of this study was to compare the effect of postoperative nausea and vomiting prophylaxis between ondansetron combined with dexamethason and ondansetron alone after laparoscopic gynecological surgeries. **Materials and methods:** After hospital ethics committee approval and getting written informed consent from patients, one hundred forty patients with ASA I-II having indications for laparoscopic gynecological surgery were included in the study. They were randomly divided into two groups, receiving 4 mg dexamethason at induction combined with (group OD) or without 4 mg ondansetron at the end of procedure (group O). Postoperative nausea and vomiting and side effect were assessed during the first 24 hours. **Results:** Postoperative nausea and vomiting at 0-6 hour interval in O group were higher than in group OD (27.3% versus 6.2%,  $p < 0.05$ ). The incidence of nausea in group O was higher than in group OD. There was no significant difference in rate of vomiting and side effects between two groups. The dizziness was 3.1% and headache 2.3%. **Conclusion:** Ondansetron combined with dexamethason is more effective than ondansetron alone in prophylaxis of nausea and vomiting after gynecological laparoscopic surgery.

**Key words:** Postoperative nausea and vomiting, ondansetron, dexamethason, laparoscopic

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật (BNNSPT) là một trong những khó chịu nhất mà bệnh nhân than phiền khi phải trải qua phẫu thuật. Mặc dù có những tiến bộ về phẫu thuật, gây mê hồi sức và việc sử dụng các loại thuốc chống nôn mới nhưng tỷ lệ BNNSPT còn cao khoảng 30 - 80% [5]. BNNSPT được định nghĩa là xảy ra trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Mặc dù không trầm trọng về bản chất, nhưng BNNSPT gây ra những khó chịu cho bệnh nhân, gây ra các biến chứng làm kéo dài thời gian nằm ở phòng hồi tỉnh cũng như thời gian nằm viện và tăng giá thành điều trị [5]. Do vậy, dự phòng và điều trị buồn nôn, nôn sau phẫu thuật là vấn đề cần được quan tâm.

Phương pháp phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn về phương diện phẫu thuật nhưng tỷ lệ buồn nôn và nôn cao hơn phẫu thuật mở [4]. Tỷ lệ BNNSPT nội soi phụ khoa khoảng 40 - 70% [6]. Đây là tỷ lệ cao không thể chấp nhận được, cần có biện pháp dự phòng.

Đã có các nghiên cứu về hiệu quả dự phòng BNNSPT nội soi phụ khoa của ondansetron hoặc

dexamethason đơn trị. Nhưng tỷ lệ BNNSPT còn cao, 34% và 30% ở nhóm dự phòng bằng ondansetron và dexamethason, theo thứ tự [2]. Việc kết hợp hai thuốc này có làm giảm hơn nữa tỷ lệ BNNSPT nội soi phụ khoa ở bệnh nhân có nguy cơ cao hay không vẫn chưa được biết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu so sánh hiệu quả dự phòng BNNSPT nội soi phụ khoa của ondansetron phối hợp dexamethason với ondansetron đơn thuần.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán bị bệnh lý phụ khoa có chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 6 năm 2016.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Chọn những bệnh nhân có nguy cơ BNNSPT cao.
- Tuổi từ 16 trở lên.
- ASA I, II.
- Những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi phụ khoa.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không sử dụng thuốc chống nôn trước phẫu thuật.

**2.1.2. Tiêu chuẩn không chọn bệnh nhân:** Không chọn bệnh nhân có các yếu tố sau:

- Dị ứng với dexamethason hoặc ondansetron.
- ECG có khoảng QT kéo dài.
- Rối loạn điện giải.
- Phụ nữ cho con bú hoặc có thai.
- Có triệu chứng nôn và buồn nôn trước phẫu thuật.
- Có bệnh lý thần kinh kèm theo (u não, chấn thương sọ não...)
- Có bệnh đái tháo đường không ổn định kèm theo, suy gan.

- Đang sử dụng steroid.

- Có các bệnh lý nội khoa tăng urê máu hoặc đang điều trị ung thư bằng hóa chất.

**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Chuyển qua phẫu thuật mở do các nguyên nhân như khó khăn về phương diện phẫu thuật, do chảy máu nhiều, do tổn thương các cơ quan trong ổ bụng...

- Không thực hiện đúng quy trình gây mê.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên.

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Tính cỡ mẫu dựa trên mục tiêu: Hiệu quả dự phòng BNNSPT của ondansetron kết hợp với dexamethason.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ:

$$n = \frac{(z_{1-\beta} + z_{1-\alpha/2})^2 2\bar{\pi}(1-\bar{\pi})}{(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

Trong đó  $n_1$  là tỷ lệ BNNSPT nhóm sử dụng ondansetron và dexamethason,  $n_2$  là tỷ lệ BNNSPT nhóm ondansetron, xác suất sai lầm loại I là 5%, loại II 10%. Tính ra cần mỗi nhóm 63 bệnh nhân. Chúng tôi chọn mỗi nhóm 70 bệnh nhân. Do ước tính có khoảng 5% bị loại ra trong nghiên cứu.

**2.2.3. Các bước tiến hành:** Bệnh nhân được khám tiền mê như thường qui. Đánh giá nguy cơ BNNSPT theo bảng điểm Choi D.H dựa vào 5 yếu tố sau: Phụ nữ, say tàu xe hoặc tiền sử BNNSPT, thời gian gây mê dự đoán trên 1 giờ, không hút thuốc lá, sử dụng nhóm thuốc opioid sau phẫu thuật. Có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên được xem là có nguy cơ cao BNNSPT [4].

#### 2.2.4. Ghi nhận thông số

- Bệnh nhân được đánh giá mức độ buồn nôn-nôn sau phẫu thuật theo thang điểm

Klockgether - Radke tại các khoảng thời gian 0 - 6 giờ và 7 - 24 giờ:

- + Mức độ 0: Không nôn và không buồn nôn.
- + Mức độ 1: Buồn nôn nhẹ (cảm giác lợm giọng).
- + Mức độ 2: Buồn nôn nặng (cảm giác nôn nhưng không nôn được).
- + Mức độ 3: Nôn khan hoặc nôn thực sự dưới 2 lần/ giai đoạn
- + Mức độ 4: Nôn thực sự  $\geq 2$  lần/giai đoạn.
- Tác dụng không mong muốn: Đau đầu, chóng mặt, dị ứng...

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 140 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi phụ khoa về dự phòng BNNSPT, có 9 bệnh nhân chuyển qua phẫu thuật mở, 66 bệnh nhân ở nhóm O và 65 bệnh nhân ở nhóm OD.

**Bảng 3.1. Tuổi, cân nặng, chiều cao của các nhóm nghiên cứu**

| Đặc điểm       | Nhóm | Nhóm O (n= 66)  | Nhóm OD (n= 65) | p      |
|----------------|------|-----------------|-----------------|--------|
| Tuổi (năm)     |      | 33,7 $\pm$ 12,4 | 34,9 $\pm$ 14,1 | > 0,05 |
| Cân nặng (kg)  |      | 54,8 $\pm$ 6,7  | 50,5 $\pm$ 6,7  | < 0,05 |
| Chiều cao( cm) |      | 159,9 $\pm$ 5,3 | 160,2 $\pm$ 4,6 | > 0,05 |

Sự khác biệt về tuổi, cân nặng, chiều cao giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.2. Loại phẫu thuật**

| Chẩn đoán                                 | Nhóm | Nhóm O (n, %) | Nhóm OD (n, %) | p     |
|---|------|---------------|----------------|-------|
| Cắt buồng trứng                           |      | 18 (27,3)     | 20 (30,8)      | >0,05 |
| Bóc u nang                                |      | 30 (45,4)     | 24 (36,9)      |       |
| Cắt tử cung                               |      | 6 (9,1)       | 9 (13,8)       |       |
| Cắt u lạc nội mạc                         |      | 10 (15,2)     | 9 (13,8)       |       |
| Gỡ dính tiểu khung - Viêm dính tiểu khung |      | 1 (1,5)       | 1 (1,5)        |       |
| Thông vòi tử cung - Tắc vòi tử cung       |      | 1 (1,5)       | 2 (3,1)        |       |

Phẫu thuật bóc u nang buồng trứng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt về loại phẫu thuật giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.3. Đặc điểm trong phẫu thuật, gây mê**

| Đặc điểm                    | Nhóm | Nhóm O (n= 66)    | Nhóm OD (n= 65)   | p      |
|-----------------------------|------|-------------------|-------------------|--------|
| Thời gian phẫu thuật (phút) |      | 65,7 $\pm$ 21,3   | 62,2 $\pm$ 19,7   | > 0,05 |
| Thời gian gây mê (phút)     |      | 74,6 $\pm$ 21,3   | 68,4 $\pm$ 19,9   | > 0,05 |
| Lượng dịch truyền (ml)      |      | 875,8 $\pm$ 228,8 | 860,0 $\pm$ 321,5 | > 0,05 |
| Lượng fentanyl ( $\mu$ g)   |      | 147,8 $\pm$ 10,9  | 146,9 $\pm$ 26,8  | > 0,05 |

Thời gian phẫu thuật, gây mê, lượng dịch truyền và fentanyl dùng trong phẫu thuật giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.4. So sánh tỷ lệ BNNSPT của các nhóm**

| Giai đoạn  | Nhóm | Nhóm O |           | Nhóm OD |           | p      |
|------------|------|--------|-----------|---------|-----------|--------|
|            |      | (n=66) | Tỷ lệ (%) | (n=65)  | Tỷ lệ (%) |        |
| 0 - 6 giờ  |      | 18     | 27,3      | 4       | 6,2       | < 0,05 |
| 7 - 24 giờ |      | 1      | 1,5       | 0       | 0         | > 0,05 |
| 0 - 24 giờ |      | 18     | 27,3      | 4       | 6,2       | < 0,05 |

Tỷ lệ BNNSPT trong khoảng thời gian 0 - 6 giờ và trong 24 giờ đầu ở nhóm O cao hơn nhóm OD có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### 3.2.2. Phân loại mức độ buồn nôn và nôn trong 24 giờ sau phẫu thuật

**Bảng 3.5. So sánh mức độ BNNSPT giữa các nhóm trong 24 giờ sau phẫu thuật**

| Mức độ \ Nhóm | Nhóm O   |           | Nhóm OD  |           | P      |
|---------------|----------|-----------|----------|-----------|--------|
|               | (n = 66) | Tỷ lệ (%) | (n = 65) | Tỷ lệ (%) |        |
| <b>Độ 0</b>   | 48       | 72,7      | 61       | 93,8      | < 0,05 |
| <b>Độ 1</b>   | 6        | 9,1       | 3        | 4,7       | > 0,05 |
| <b>Độ 2</b>   | 10       | 15,2      | 1        | 1,5       | < 0,05 |
| <b>Độ 3</b>   | 1        | 1,5       | 0        | 0         | > 0,05 |
| <b>Độ 4</b>   | 1        | 1,5       | 0        | 0         | > 0,05 |

BNNSPT mức độ 0 và mức độ 2 ở nhóm OD thấp hơn nhóm O có ý nghĩa thống kê. Tác dụng không mong muốn thấp và tương đương giữa hai nhóm với chóng mặt 3,1%, nhức đầu 2,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. So sánh hiệu quả dự phòng buồn nôn và nôn của các nhóm:** Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả dự phòng BNNSPT của nhóm kết hợp ondansetron với dexamethason tốt hơn sử dụng ondansetron đơn thuần thể hiện ở giảm tỉ lệ và giảm mức độ BNNSPT.

Ondansetron là thuốc đầu tiên trong nhóm đối kháng thụ thể serotonin được dùng để dự phòng BNNSPT vì hiệu quả tốt và ít tác dụng không mong muốn. Thuốc có tác dụng chống nôn hiệu quả hơn chống buồn nôn. Liều khuyến cáo nên dùng là 4 mg tĩnh mạch lúc kết thúc phẫu thuật. Ondansetron được chứng minh là thuốc có hiệu quả chống BNNSPT tương đương với các thuốc chống nôn khác, người ta chọn ondansetron vì giá rẻ. Tuy nhiên, khi sử dụng đơn thuần ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa tỉ lệ buồn nôn còn cao [2].

Dexamethason có tác dụng chống buồn nôn tốt hơn là chống nôn trong giai đoạn 24 giờ sau phẫu thuật. Ngoài ra, có nhiều bằng chứng cho thấy hiệu quả chống nôn của dexamethason tăng khi sử dụng phối hợp với thuốc chống nôn nhóm kháng thụ thể serotonin. Như vậy việc sử dụng kết hợp hai thuốc có tác dụng dự phòng sớm và muộn tác động lên các vị trí thụ thể khác nhau là cơ sở của việc kết hợp này.

Trong nghiên cứu, kết hợp hai thuốc tác dụng lên hai vị trí khác nhau, một thuốc chống buồn nôn mạnh và một thuốc chống nôn ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi có nguy cơ cao làm giảm tỉ lệ BNNSPT từ 27,3% nếu chỉ dùng ondansetron đơn thuần xuống 6,2% ở nhóm kết hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới khi dùng liệu pháp dự phòng BNNSPT đa mô thức ở bệnh nhân có nguy cơ cao [1],[7].

Nguyễn Văn Chừng và cộng sự nghiên cứu hiệu quả và an toàn của ondansetron phối hợp với dexamethason trên bệnh nhân phẫu thuật tai mũi họng có nguy cơ BNNSPT trung bình và cao. Kết quả thấy tỉ lệ BNNSPT ở nhóm kết hợp thấp

hơn nhóm chứng có nghĩa thống kê (8,57 so với 47,14%), tỉ lệ ngứa 1,43%, nhức đầu 2,86% và chóng mặt 2,86%.

Theo nghiên cứu của Thomas và cộng sự, tỷ lệ BNNSPT trong 3 giờ đầu của nhóm kết hợp ondansetron với dexamethason chỉ 8,6% so với 22% ở nhóm dùng ondansetron và 28,3% ở nhóm dùng dexamethason. Tuy nhiên, có sự khác biệt là tỷ lệ buồn nôn và nôn trong 24 giờ còn cao (24,1%), điều này có thể giải thích được do cách dùng thuốc. Các tác giả dùng ondansetron lúc khởi mê, thuốc có thời gian bán hủy ngắn, thời gian tác dụng ngắn nên hết tác dụng chống buồn nôn và nôn khi bệnh nhân tỉnh. Hơn nữa, sau phẫu thuật dùng giảm đau loại tramadol, một thuốc giảm đau họ morphin, có tác dụng không mong muốn là buồn nôn và nôn có thể lên đến 62,5% nếu dùng với mục đích giảm đau sau phẫu thuật [7].

**4.2. Tác dụng không mong muốn:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tác dụng không mong muốn thấp, nhức đầu và chóng mặt ở nhóm O là 3%, nhóm OD 1,5% - 3%. Tác dụng không mong muốn giữa sử dụng ondansetron đơn thuần hay phối hợp với dexamethason không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Với liều dùng như trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp.

Vấn đề tác dụng không mong muốn của các liệu pháp dự phòng nôn cũng đã được nghiên cứu trong y văn. Carlisle và cộng sự đã tìm kiếm trong dữ liệu thư viện Cochran các nghiên cứu về tác dụng dự phòng BNNSPT và tác dụng không mong muốn của các thuốc so với giả dược. Kết quả có 737 nghiên cứu của 8 thuốc dự phòng nôn droperidol, metoclopramid, ondansetron, tropisetron, dolasetron, dexamethason, cyclizin and granisetron trên 103 237 đối tượng từ năm 1966 đến năm 2004. Về tác dụng không mong muốn, rất thiếu bằng chứng: Tác dụng an thần của droperidol (RR1,32), đau đầu của ondansetron (RR1,16). Tác giả cũng đưa ra kết luận từ 1 đến 5 bệnh nhân trong số 100 người

có thể bị một tác dụng không mong muốn mức độ nhẹ như an thần hoặc nhức đầu khi dùng một trong những loại thuốc chống nôn nói trên [3].

Mặc dầu, với tỉ lệ thấp, nhưng các thuốc dùng dự phòng cũng có thể gây tác dụng không mong muốn. Vì vậy chỉ áp dụng liệu pháp dự phòng buồn nôn và nôn cho các trường hợp có nguy cơ cao.

## V. KẾT LUẬN

Ondansetron kết hợp với dexamethason có hiệu quả dự phòng BNNSPT nội soi phụ khoa tốt hơn chỉ dùng ondansetron đơn thuần. Nhóm dùng ondansetron phối hợp với dexamethason có tỷ lệ BNNSPT là 6,2% so với nhóm dùng ondansetron đơn thuần là 27,3%. Nên áp dụng liệu pháp dự phòng BNNSPT bằng ondansetron 4 mg phối hợp dexamethason 4 mg cho những bệnh nhân có nguy cơ cao có chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị các bệnh lí phụ khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chùng, Trần Thị Ánh Hiền (2011), "Nghiên cứu hiệu quả dự phòng buồn nôn

- và nôn sau mổ của ondansetron phối hợp dexamethason sau phẫu thuật tai mũi họng", *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15 (1), tr. 340-4.
2. Nguyễn Quốc Kính, Nguyễn Đình Long (2012), "So sánh hiệu quả dự phòng và điều trị buồn nôn, nôn sau mổ nội soi phụ khoa của ondansetron với dexamethason", *Tạp chí nghiên cứu y học*, Phụ trương 80(3C), tr. 149-51.
3. Carlisle J., Stevenson C.A. (2006), "Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD004125. DOI: 0.1002/14651858.CD004125.pub2.
4. Choi D.H., Ko J.S., Ahn H.J., Kim J.A. (2005), "A Korean predictive model for postoperative nausea and vomiting", *J Korean Med Sci*, 20, pp. 811-5.
5. Gan T. J. et al. (2014), "Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting", *Anesth Analg*, 118 (1), pp. 85-113.
6. McKeen D.M., Ramiro Arellano R., O'Connell C. (2009), "Supplemental oxygen does not prevent postoperative nausea and vomiting after gynecological laparoscopy", *Can J Anesth*, 56, pp. 651-7.
7. Thomas R., Jones N. (2001), "Prospective randomized, double-blind comparative study of dexamethasone, ondansetron, and ondansetron plus dexamethasone as prophylactic antiemetic therapy in patients undergoing day-case gynaecological surgery", *Br J Anaesth*, 87(4), pp. 588-92.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH MÓNG CHỌC THỊT

Lương Huy Vĩnh\*, Nguyễn Hữu Sáu\*\*

những nguyên nhân quan trọng gây móng chọc thịt là cắt móng không đúng cách.

**Từ khóa:** móng chọc thịt, những rối loạn về móng, phi đại bờ móng.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME PREDISPOSING FACTORS TO THE INGROWN TOENAIL DISEASE

**Background:** Ingrown toenails are one of the most frequent nail disorders of young persons. **Objectives:** Comment on clinical characteristics, predisposing factors of ingrown toenail. **Methods:** A cross-sectional study of 87 patients with ingrown toenail, Treatment at the National hospital of Dermatology and Venereology from March to November 2016. **Results:** Mean age of disease was 29,59 ± 13,05, more female than male (1,55/1). Clinical characteristics: Pain in collision, pressure (81,16%), various lesions: keratosis lateral nail fold (55,87%); Inflammation, swelling (54,25%); and granulation tissue (6,88 %). **Predisposing factors:** Incorrect nail clipping (97,70%), The tip of the toe is compressed in a narrow tipped shoe (42,52%) Infected after pregnancy (33,33%). **Conclusion:** Nail follicular disease is characterized by pain in most patients and physical damage is manifold, more common in the nail technician improperly.

### TÓM TẮT<sup>56</sup>

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng. Một số yếu tố liên quan của bệnh móng chọc thịt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tuổi, giới, thói quen chăm sóc móng... trên 87 bệnh nhân (BN) bị móng chọc thịt, điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 3/2016 đến tháng 11/2016. **Kết quả:** tuổi mắc bệnh trung bình (TB) là 29,59 ± 13,05, nữ nhiều hơn nam (1,55/1). Tổn thương ngón I chiếm 65,18%, tổn thương dãy sừng rãnh móng (55,87%), sưng nề bờ móng (54,25%); bệnh chỉ gặp ở giai đoạn II (57,47%) và giai đoạn III (42,52%) đau khi va chạm, đè ép (81,16%). Phần lớn là cắt móng không đúng cách 97,70%; thói quen đi giày chật, đế cao 42,52%; mắc bệnh sau khi có thai 33,33%... **Kết luận:** bệnh móng chọc thịt có biểu hiện đau ở hầu hết BN và tổn thương thực thể rất đa dạng, một trong

\*Trung tâm Phòng chống bệnh XH Lạng Sơn

\*\*Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Huy Vĩnh

Email: vinhxdl@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 24.5.2017

**Keyword:** Ingrown toenail, nail disorders, hypertrophy of the lateral nail folds.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Móng chọc thịt là tình trạng các góc và/hoặc bờ tự do phát triển và chèn ép vào phần mềm cạnh móng. Đây là trong các bệnh lý phổ biến trong các bệnh về móng. Triệu chứng thường gặp là đau do móng bị ảnh hưởng, có thể gây nhiễm trùng, hóa mủ, u hạt nhiễm khuẩn... Nếu không được điều trị sẽ tiến triển thành mạn tính và gây ra nhiều biến chứng. Bệnh thường gặp ở ngón chân, nhất là ngón cái [4], hiếm gặp ở móng tay. Bệnh không đe dọa tính mạng, nhưng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và làm suy giảm khả năng lao động của người bệnh[1],[2].

Một số nghiên cứu đã ghi nhận: các yếu tố nguy cơ như cắt móng không đúng cách, đi giày nhiều với đôi giày chật, phụ nữ có thai, tăng cân nhanh... có thể gây nên móng chọc thịt[1],[4].

Để có được một chẩn đoán sớm, xác định các yếu tố liên quan đến bệnh móng chọc thịt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh móng chọc thịt giúp định

hướng cho thầy thuốc lâm sàng có biện pháp điều trị thích hợp, hiệu quả và thực hiện các biện pháp phòng tránh phù hợp.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 87 BN được chẩn đoán là móng chọc thịt

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

**\*Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**\*Tiến hành nghiên cứu:**

- Xác định tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu;

- Mô tả các triệu chứng lâm sàng (cơ năng, thực thể).

- Phân loại giai đoạn bệnh:

• Giai đoạn 1: bờ móng bị viêm, sưng nề;

• Giai đoạn 2: bờ móng bị viêm, sưng, đau, tổn thương không lành, tiết dịch hoặc mủ và u hạt nhiễm khuẩn;

• Giai đoạn 3: gồm triệu chứng của 2 giai đoạn trên xuất hiện thêm hình thành áp xe và phì đại bờ móng.

- Xác định các yếu tố liên quan.

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ**

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

| Phân bố theo nhóm tuổi         | Số bệnh nhân  | Tỷ lệ %       |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Nhóm tuổi < 19                 | 14            | 16,09%        |
| Nhóm tuổi 20- 29               | 42            | 48,27%        |
| Nhóm tuổi >29                  | 31            | 35,63%        |
| Tổng                           | 87            | 100%          |
| Phân bố tuổi theo giới tính    | Nam (n=34)    | Nữ (n=53)     |
| Tuổi cao nhất                  | 62            | 77            |
| Tuổi thấp nhất                 | 01            | 11            |
| Tuổi TB                        | 26,60 ± 13,19 | 31,41 ± 12,75 |
| Tuổi TB của cả nhóm nghiên cứu | 29,59         |               |
| Độ lệch chuẩn                  | 13,05         |               |
| Số quan sát                    | 87            |               |

**Nhận xét bảng 3.1:** BN nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam (53/34)= 1,55/1, tuổi TB của nữ cũng cao hơn nam (31,41 và 26,60). Nhóm tuổi từ 20 - 29 gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 48,27%.

**Bảng 3.2: Thời gian mắc bệnh**

| Thời gian     | n  | %    |
|---------------|----|------|
| < 01 năm      | 47 | 54,0 |
| 01 - < 02 năm | 15 | 17,2 |
| > 02 năm      | 25 | 28,7 |

**Nhận xét bảng 3.2:** thời gian mắc bệnh chủ yếu là < 01 năm, chiếm tỷ lệ 54,0%.

**Bảng 3.3: Phân bố ngón chân bị tổn thương (n=247)**

| Ngón tổn thương | Chân phải  | Chân trái  | Tổng         |
|-----------------|------------|------------|--------------|
| Ngón I          | 82         | 79         | 161 (65,18%) |
| Ngón khác       | 44         | 42         | 86 (34,81%)  |
| <b>Tổng</b>     | <b>126</b> | <b>121</b> | <b>247</b>   |

**Nhận xét bảng 3.3:** Tổng cộng có 247 ngón bị tổn thương, ngón I gặp nhiều nhất chiếm 65,18%.

**Bảng 3.4: Triệu chứng cơ năng (n =87)**

| Triệu chứng             | n  | %    |
|-------------------------|----|------|
| Đau khi đi giày (đè ép) | 72 | 82,7 |
| Đau liên tục            | 15 | 17,2 |

|              |           |             |
|--------------|-----------|-------------|
| <b>Tổng:</b> | <b>87</b> | <b>99,9</b> |
|--------------|-----------|-------------|

**Nhận xét bảng 3.4:** Hầu hết BN có biểu hiện đau khi đi giày, dép chật, chiếm tỷ lệ (82,7%).

**Bảng 3.5: Biểu hiện lâm sàng**

| Triệu chứng               | Tỷ lệ tổn thương |       |
|---------------------------|------------------|-------|
|                           | SL               | %     |
| Dây sừng rãnh móng        | 138              | 55,87 |
| Sừng nề bờ móng           | 134              | 54,25 |
| Viêm quanh móng           | 112              | 45,34 |
| Thương tổn rỉ dịch        | 105              | 42,51 |
| Thương tổn hóa mủ         | 95               | 38,46 |
| Đóng vẩy tiết             | 87               | 35,22 |
| Phi đại bờ móng           | 74               | 29,95 |
| Phi đại biểu bì dưới móng | 41               | 16,59 |
| U hạt nhiễm khuẩn         | 17               | 6,88  |
| Sừng nề, viêm tẩy lan tỏa | 03               | 1,21  |
| Móng quặp                 | 10               | 4,04  |

**Nhận xét bảng 3.5:** tổn thương dây sừng rãnh móng gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 55,87%.

**Bảng 3.6: Đặc điểm tổn thương rãnh móng**

| Ngón chân                    | Vị trí tổn thương |               |       |
|------------------------------|-------------------|---------------|-------|
|                              | Ngón I            | Các ngón khác | p     |
| Bờ trong (bờ xương chày)     | 09                | 13            | <0,05 |
| Bờ ngoài (bờ xương mác)      | 31                | 29            | <0,05 |
| Cả 2 bờ                      | 121               | 44            | <0,05 |
| Tổng số rãnh móng tổn thương | 282               | 130           | <0,05 |

**Nhận xét bảng 3.6:** Rãnh móng tổn thương gặp nhiều ở bờ ngoài, chủ yếu là ngón I (khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.7: Phân bố theo giai đoạn bệnh (n=87)**

| Giai đoạn bệnh | Số BN     | Tỷ lệ %    |
|----------------|-----------|------------|
| Giai đoạn I    | 0         | 0          |
| Giai đoạn II   | 50        | 57,47      |
| Giai đoạn III  | 37        | 42,52      |
| <b>Tổng</b>    | <b>87</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét bảng 3.7:** Giai đoạn 2 gặp nhiều nhất, có 50 trường hợp chiếm tỷ lệ 57,47 %.

**Bảng 3.8: Các yếu tố liên quan (n=87)**

| Danh mục                              | n  | %     |
|---------------------------------------|----|-------|
| Cắt móng không đúng cách              | 85 | 97,70 |
| Giày chật, hẹp, đế cao                | 37 | 42,52 |
| Tăng cân nhanh                        | 08 | 9,19  |
| Thai nghén                            | 29 | 33,33 |
| Khác                                  | 01 | 1,14  |
| Số BN có 01 yếu tố nguy cơ            | 25 | 28,73 |
| Số BN có từ 02 yếu tố nguy cơ trở lên | 60 | 68,96 |
| Số BN không có yếu tố nguy cơ nào     | 02 | 2,29  |

**Nhận xét bảng 3.8:** Yếu tố nguy cơ cắt móng không đúng cách gặp nhiều nhất (97,70%). Trong đó có 60 BN có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm 68,96%.

#### IV. BÀN LUẬN

Móng chọc thịt là một trong những chứng rối loạn móng thường gặp, ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh thường gặp ở người trưởng thành trẻ tuổi. Nghiên cứu trên 87 BN được chẩn đoán là móng chọc thịt tại Bệnh viện Da Liễu Trung ương cho thấy:

Tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới: Nữ có 53 BN chiếm tỷ lệ 60,91%, nam là 34 BN chiếm

39,08%. Như vậy, nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam (53/34) = 1,55/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Pico A.M và cộng sự (cs)<sup>[3]</sup>: tỷ lệ nữ lớn hơn nam (nữ = 53,8%).

Nhận xét về tuổi mắc bệnh cho thấy nhóm tuổi từ 20 - 30 gặp nhiều nhất (42 trường hợp chiếm 48,27%). Tuổi mắc bệnh TB của nữ cao hơn nam (31,41 và 26,60). Tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là  $29,59 \pm 13,05$ ; tuổi thấp nhất là 12 tháng tuổi, cao nhất là 75 tuổi.

Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Terzi E và cs<sup>[5]</sup>, tuổi mắc bệnh TB là 27,94 ± 13,13.

*Về đặc điểm lâm sàng chúng tôi ghi nhận:*

Trong tổng số 247 ngón bị tổn thương thì ngón I gặp nhiều nhất có 161 ngón bị tổn thương, chân phải nhiều hơn chân trái. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ; Hầu hết BN có biểu hiện đau khi đi giày, dép (81,16%); người bệnh khó khăn khi đi giày; Biểu hiện tổn thương thực thể: gặp nhiều nhất là dầy sừng rãnh móng (55,87%); sưng nề bờ móng (54,25%); viêm mô quanh móng (45,34%); 6,88% u hạt nhiễm khuẩn và chỉ có 1,21% viêm tấy lan tỏa;

Đặc điểm tổn thương bờ móng: tổn thương ở bờ ngoài nhiều hơn bờ trong (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$ ), điều này có thể do yếu tố đi giày chật tạo áp lực lên ngón chân thứ nhất đè ép liên tục vào ngón chân thứ hai gây tổn thương bờ ngoài nhiều hơn bờ trong, và chân phải nhiều hơn chân trái (có thể đa số là thuận chân phải, nguy cơ tổn thương chân phải nhiều hơn).

Bệnh nhân đến khám và điều trị chủ yếu ở giai đoạn 2 và giai đoạn 3, giai đoạn 2 có 50 trường hợp chiếm tỷ lệ 57,47%; giai đoạn 3 là 37 trường hợp, chiếm tỷ lệ 42,52%, không có bệnh nhân đến khám ở giai đoạn 1. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Zaraq I và cs<sup>[6]</sup>: giai đoạn 2 là 63,15%, giai đoạn 3 là 34,5%. Như vậy, bệnh nhân của nghiên cứu này đến khám và điều trị sớm hơn. Xác định đúng giai đoạn bệnh giúp cho thầy thuốc áp dụng phương pháp điều trị thích hợp như: giai đoạn 1 ưu tiên các biện pháp điều trị bảo tồn, giai đoạn 2 và 3 áp dụng các phương pháp phẫu thuật;

Các yếu tố liên quan đến bệnh: Yếu tố nguy cơ cắt móng không đúng cách gặp nhiều nhất (97,70%); giày chật, đế cao (42,52%). Trong đó có 60 BN có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên, chiếm 68,96%. Có thể do nhu cầu thẩm mỹ móng và

thời trang đã ảnh hưởng đến nguy cơ mắc bệnh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Rauch C và cs<sup>[4]</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh: giới nữ (60,91%) cao hơn nam (39,08%), tỷ lệ nữ/nam = 1,55/1;

Tuổi mắc bệnh TB 29,59 ± 13,05. Nhóm tuổi 20 - 30 chiếm tỷ lệ cao (48,27%);

Triệu chứng cơ năng: biểu hiện đau khi va chạm, đè ép (81,16%);

Tổn thương lâm sàng rất đa dạng như: dầy sừng rãnh móng (55,87%); sưng nề bờ móng (54,25%)... Với 412 bờ móng trên tổng số 247 ngón chân bị tổn thương.

Yếu tố liên quan: phần lớn là cắt móng không đúng cách (98,85%) và giày chật, đế cao (42,52%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haneke E. (2012) "Controversies in the Treatment of Ingrown Nails", *Dermatology Research and Practice*, 16, pp. 1-12.
2. Khunger N., Kandhari R. (2012), "Ingrown toenails", *Indian Journal Dermatol Venereol Leprol*, 78(3), 279-289.
3. Pico AM., Verjano E., Mayordomo R. (2017), "Relation Between Nail Consistency and Incidence of Ingrown Toenails in Young Male Runner", *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 107(2), pp. 137-143.
4. Rauch C., Cherkaoui M. R. (2014) "Physics of nail conditions: why do ingrown nails always happen in the big toes?", *Physical Biology*, 11(6), pp. 1-10.
5. Terzi E., Guvenc U., Tursten B. et al. (2015), "The effectiveness of matrix cauterization with trichloroacetic acid in the treatment of ingrown toenails", *Indian Dermatol Online Journal*, 6(1), pp. 4-8.
6. Zaraq I., Dorbani I., Hawilo A. et al. (2013), "Segmental phenolization for the treatment of Ingrown toenails: technique report, follow up of 146 patients, and review of the literature", *Dermatology Online Journal* 19(6), pp. 1-4.

## NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ, CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA LOÃNG XƯƠNG TRÊN NGƯỜI VIỆT NAM

Đinh Ngọc Sơn\*, Nguyễn Lê Bảo Tiên\*

### TÓM TẮT

\*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn

Email: sondinhngoc75@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2017

**Mục tiêu:** Xác định yếu tố nguy cơ của loãng xương và đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị loãng xương và biến chứng của loãng xương trên người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành đa trung tâm, từ tháng 5/2012 đến tháng 5/2015 trên tổng số 1400 đối tượng

Ngày duyệt bài: 26.5.2017

ngiên cứu. Trong đó, 90 bệnh nhân loãng xương được điều trị bằng Alendronate hoặc Strontium ranelate. Phương pháp tạo hình đốt sống bằng bơm cement không bóng và có bóng được thực hiện cho 60 bệnh nhân bị xẹp đốt sống (nhẹ và vừa) do biến chứng của loãng xương. 60 trường hợp xẹp đốt sống nặng được phẫu thuật cố định cột sống với hệ thống vít nở hoặc nẹp vít cùng bơm cement qua cuống. Chúng tôi tiến hành thay khớp háng nhân tạo có cement cho 30 bệnh nhân gãy cổ xương đùi do loãng xương. Qua đó ghi nhận lại kết quả điều trị và các biến chứng sau 6 tháng can thiệp. **Kết quả:** Yếu tố nguy cơ chính gây loãng xương ở Việt Nam bao gồm: tuổi cao, thể trạng nhỏ bé, lạm dụng rượu, thuốc lá, mãn kinh sớm, có con trên 5 lần. Các phương pháp điều trị bằng thuốc cho loãng xương và phẫu thuật cho biến chứng của loãng xương đều đạt kết quả tốt (>80%) và ít biến chứng (<15%). **Kết luận:** Việc phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ và điều trị hiệu quả bằng các loại thuốc có thể giúp ngăn chặn căn bệnh này. Khi chỉ định chính xác các phương pháp phẫu thuật sẽ giúp điều trị cho bệnh nhân bị biến chứng của loãng xương hiệu quả và an toàn.

**Từ khoá:** yếu tố nguy cơ, loãng xương, điều trị, biến chứng

## SUMMARY

### RESEARCH FOR THE RISK FACTORS, TREATMENT METHODS FOR OSTEOPOROSIS DISEASE AND ITS COMPLICATION IN VIETNAMESE POPULATION

**Objective:** To determine the risk factors of osteoporosis and evaluate the result of all the treatment methods for this disease and its complication in Vietnamese population. **Methods:** A multi - institutes study was conducted in Vietnam from May 2012 to May 2015 including 1400 patients. Of which, 90 consecutive osteoporotic pts were treated by Alendronate or Strontium ranelate. Vertebroplasty and kyphoplasty were performed for 60 (mild or moderate) osteoporotic vertebral compression fracture pts. 60 severe vertebral compression fractures were treated by expandable pedicle screw or pedicle screw with cement. The indications for use of the total hip replacement were osteoporotic hip fracture (30 cases). 6 month post - intervention we determined the outcome and complications of all the methods. **Results:** The main risk factors of osteoporosis in Vietnam include older age, small body frames, excessive alcohol consumption or tobacco use, early menopause, over five times pregnancy. The medicine method or operation managements were obtained good results (80%) and low complications (<15%). **Conclusion:** Assessing the risk factors and early medication treatment can prevent this disease. The exact indications for some surgical managements can solve the osteoporotic complications effectively and safely.

**Keywords:** risk factors, Osteoporosis, treatment, complications

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh loãng xương và các biến chứng của loãng xương đang được coi là một "bệnh dịch

âm thầm" lan rộng khắp thế giới, ngày càng có xu hướng gia tăng và trở thành gánh nặng cho y tế cộng đồng. Ở Mỹ, dự báo số người mắc loãng xương sẽ tăng lên đến 6,3 triệu người vào năm 2050 so với 1,7 triệu năm 1990. Số liệu của thế giới cho thấy đối với bệnh loãng xương, có 10 triệu người mắc bệnh hàng năm, chi phí 17,03 tỷ USD/ năm [1].

Loãng xương có thể gây ra những biến chứng thường gặp như xẹp đốt sống, gù cột sống, gãy cổ xương đùi, gãy xương chi trên, nhiễm trùng phổi, tiết niệu, viêm tắc tĩnh mạch...và cuối cùng là tử vong [2]. Ngày nay, nhờ sự phát triển của khoa học công nghệ, chúng ta đạt được những bước tiến lớn trong công tác điều trị loãng xương và biến chứng của nó. Gần đây, các thuốc chống loãng xương và phương pháp điều trị biến chứng của loãng xương đang được ứng dụng phổ biến trên thế giới. Những công nghệ này cũng đang được ứng dụng tại Việt Nam trong những năm gần đây[3]. Tuy nhiên, chưa có công trình nào đi sâu vào việc xây dựng chỉ định và quy trình phẫu thuật cho bệnh nhân Việt Nam bị biến chứng của loãng xương. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các yếu tố nguy cơ của loãng xương tại Việt Nam, đề xuất các biện pháp dự phòng, đánh giá kết quả điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật cho các biến chứng của loãng xương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu đa trung tâm, được thực hiện ở những cơ sở y tế lớn trong cả nước là bệnh viện Việt Đức, trường Đại học Y Hà Nội, viện Lão khoa trung ương, học viện Quân Y 103, Viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 5/2012 đến 5/2015.

**\*Xác định một số yếu tố nguy cơ của loãng xương:** Thiết kế nghiên cứu bệnh chứng, tiến cứu, được thực hiện tại một số tỉnh miền Bắc Việt Nam. Nghiên cứu bao gồm 1400 đối tượng, 424 nam và 988 nữ. Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm bệnh là nam giới  $\geq 60$  tuổi và phụ nữ  $\geq 50$  tuổi có chỉ số đo mật độ xương T - Score  $\leq -2,5$ . Nhóm chứng là nam giới  $\geq 60$  tuổi và phụ nữ  $\geq 50$  tuổi có chỉ số đo mật độ xương T - Score  $\geq -1,0$ . Xác định yếu tố nguy cơ: tiền sử gãy xương, người thân tiền sử gãy xương, mãn kinh trước 45 tuổi, hút thuốc, chế độ ăn thiếu canxi, nghiện rượu, nằm liệt giường do bệnh lý... Đề xuất các biện pháp dự phòng loãng xương: Sử dụng phương pháp chuyên gia

**\*Nghiên cứu một số thuốc điều trị nội khoa cho bệnh nhân loãng xương:** Nghiên

cứu tiến cứu, gồm 90 BN được chẩn đoán xác định là LX tiên phát: Mật độ xương có T-score  $\leq$  -2,5 hoặc đã có tiền sử gãy xương. Bao gồm: 80 BN nữ và 10 BN nam. Nhóm 1 (50 BN nữ: 10 BN nam): Điều trị bằng Aledronate 70mg, 1viên/tuần liên tục trong 1 năm. Nhóm 2 (30 BN nữ): Điều trị bằng Strontium ranelate 2g, 1gói/ ngày liên tục 1 năm. Tiêu chí đánh giá sau 1 năm: sự thay đổi mật độ xương, tỷ lệ gãy xương mới, BMI, mức độ cải thiện đau theo VAS, sự thay đổi chỉ số sinh hóa, tác dụng phụ của thuốc.

**\*Nghiên cứu phẫu thuật điều trị biến chứng xẹp đốt sống do loãng xương:** Nghiên cứu tiến cứu gồm 120 BN được xác định là xẹp đốt sống do loãng xương: Đau dai dẳng tại đốt sống bị xẹp, điều trị nội khoa sau 4 tuần không đáp ứng, có thể có yếu tố chấn thương kèm theo. XQ: xẹp đốt sống ngực - thắt lưng, T-score  $\leq$  -2.5, MRI có hình ảnh phù nề đốt sống tương ứng. Tạo hình đốt sống bằng bơm cement không bóng (30 BN), có bóng (30 BN): Không có biểu hiện tổn thương thần kinh, xẹp đốt sống nhẹ ít

hơn 66% chiều cao thân đốt sống, CT scanner cột sống vững, không có mảnh xương chèn ép ống tủy. Bơm cement có bóng được chỉ định 15 ngày đầu sau chấn thương. Cố định cột sống với hệ thống vít nở (30 BN), cố định cột sống với bắt vít bơm cement qua cuống (30 BN): Có hoặc không có biểu hiện tổn thương thần kinh, xẹp đốt sống nặng lớn hơn 66% chiều cao đốt sống, CT scanner cột sống mất vững, gù cột sống tiến triển.

**\*Đánh giá phẫu thuật điều trị biến chứng gãy cổ xương đùi do loãng xương bằng thay khớp háng nhân tạo có cement:** Nghiên cứu tiến cứu, gồm 30 BN: BN > 60 tuổi, có T-score  $\leq$  -2.5, BN gãy cổ xương đùi do chấn thương mới (trong vòng 1 tuần sau chấn thương), gãy cổ xương đùi muện (1 tuần - 3 tháng), gãy cổ xương đùi đã có biến chứng không liền hoặc tiêu chỏm, gãy cổ xương đùi đã mổ kết hợp xương nhưng thất bại.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm chung

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

| Nghiên cứu             | Nam         | Nữ          | n    | Tuổi trung bình |
|------------------------|-------------|-------------|------|-----------------|
| Yếu tố NC              | 424 (30.2%) | 988 (69.8%) | 1400 | 66.56           |
| Nội khoa               | 10 (11.1%)  | 80 (88.9%)  | 90   | 67.45           |
| Bơm cement             | 8 (13.3%)   | 52 (86.7%)  | 60   | 68.47           |
| Cố định vít nở         | 5 (16.6%)   | 25 (83.7%)  | 30   | 66.3            |
| Cố định vít bơm cement | 7 (21.1%)   | 23 (78.9%)  | 30   | 61.03           |
| Thay khớp háng         | 1 (3.3)     | 29 (96.7%)  | 30   | 65.5            |

Tỷ lệ bệnh nhân nữ bị LX và các biến chứng của LX cao hơn rất nhiều so với nam giới (bảng 1).

**2. Nghiên cứu xác định một số yếu tố nguy cơ:** Với nghiên cứu 1400 đối tượng trong quần thể, chúng tôi phát hiện một số yếu tố nguy cơ chính gây LX khác biệt giữa nam và nữ như sau:

**Nguy cơ LX theo tuổi, chiều cao, cân nặng:** Qua nghiên cứu 424 đối tượng nam chúng tôi nhận thấy: nhóm tuổi  $\geq$ 70, chiều cao thấp <160cm, cân nặng thấp <60kg, chỉ số khối cơ thể <18,5 so với nhóm đối tượng < 70 tuổi, chiều cao  $\geq$ 160cm, cân nặng  $\geq$  60kg chỉ số khối cơ thể  $\geq$  18,5 có nguy cơ loãng xương cao hơn với OR tương ứng là 1,69; 2,04; 3,17; 4,44. Còn với 988 đối tượng nữ: nhóm tuổi  $\geq$ 70, chiều cao thấp <142cm, cân nặng thấp < 42kg, chỉ số khối cơ thể <18,5 so với nhóm đối tượng < 70 tuổi, chiều cao  $\geq$  142cm, cân nặng  $\geq$  42kg chỉ số khối cơ thể  $\geq$  18,5 có nguy cơ loãng xương cao hơn với OR tương ứng là 4,14; 2,97; 9,48; 4,83.

**Yếu tố nguy cơ khi uống rượu, hút thuốc lá:** Ở nam giới  $\geq$  60 tuổi: uống rượu, hút thuốc lá so với không uống rượu, không hút thuốc lá có nguy cơ bị loãng xương cao hơn với OR tương ứng là 2,02; 1,83 ( $p < 0,05$ ).

**Yếu tố nguy cơ:** có kinh muện, mãn kinh sớm, sinh con > 5 lần: Ở nữ giới  $\geq$  50 tuổi, nhóm đối tượng có kinh muện sau 16 tuổi, mãn kinh sớm trước 45 tuổi, thời gian mất kinh trên 12 tháng không liền đến thai kỳ hoặc sinh con  $\geq$  5 lần có nguy cơ loãng xương cao hơn so với nhóm đối tượng không mắc các tình trạng trên với OR tương ứng là 1,65; 2,5; 2,36; 16,79; 3,05 có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3. Nghiên cứu một số thuốc điều trị nội khoa cho BN LX:** Với 90 BN bị LX và được điều trị LX hiệu quả sau 12 tháng, kết quả giảm đau theo thang điểm VAS cải thiện rõ rệt khi so sánh với trước điều trị, không có sự khác biệt về hiệu quả giảm đau giữa Alendronate và Strontium ranelate.

**Bảng 2. Cải thiện mật độ xương sau điều trị thuốc chống LX**

| Nhóm điều trị       | Strontium ranelate(n = 30) | Alendronate(n = 60) |
|---------------------|----------------------------|---------------------|
| T-score cột sống TL |                            |                     |

|                             |                   |                   |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| - Trước can thiệp           | -3,69 ± 0,25      | -3,12 ± 0,21      |
| - Sau can thiệp             | -3,47 ± 0,23      | -2,98 ± 0,19      |
| Hiệu quả                    | 0,214 (p < 0,001) | 0,139 (p < 0,001) |
| <b>p &gt; 0,05</b>          |                   |                   |
| <b>T-score cổ xương đùi</b> |                   |                   |
| - Trước can thiệp           | -1,50 ± 0,12      | -1,76 ± 0,12      |
| - Sau can thiệp             | -1,22 ± 0,11      | -1,75 ± 0,10      |
| Hiệu quả                    | 0,279 (p < 0,001) | 0,007 (p > 0,05)  |
| <b>p &lt; 0,05</b>          |                   |                   |

Hiệu quả cải thiện mật độ xương: Chúng tôi nhận thấy 2 thuốc đều đạt hiệu quả cao trong việc cải thiện mật độ xương sau điều trị, so sánh rất có ý nghĩa thống kê với p < 0.05 (bảng 2).

**Bảng 3. Tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị LX**

| Triệu chứng | Strontium ranelate<br>(n = 30) | Tỷ lệ (%) | Alendronate<br>(n = 60) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|--------------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| Buồn nôn    | 0                              | 0         | 2                       | 3,3       |
| Nôn         | 0                              | 0         | 2                       | 3,3       |
| Trào ngược  | 0                              | 0         | 4                       | 6,6       |
| Tiểu chảy   | 1                              | 3,3       | 0                       | 0         |
| Tắc mạch    | 0                              | 0         | 0                       | 0         |
| Ban ngứa    | 1                              | 3,3       | 1                       | 1,66      |
| Đau đầu     | 1                              | 3,3       | 1                       | 1,66      |

Tác dụng không mong muốn: với 90 BN điều trị của mình, chúng tôi chỉ có tỷ lệ rất nhỏ BN bị buồn nôn, trào ngược, tiêu chảy, ban ngứa đau đầu (bảng 3). Những tác dụng phụ của thuốc này không gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe của người bệnh và đòi hỏi phải tuân thủ nghiêm ngặt quy trình sử dụng thuốc.

**4. Nghiên cứu phẫu thuật điều trị biến chứng sụp đốt sống do loãng xương**

Qua phẫu thuật cho 120 BN bị biến chứng sụp đốt sống do LX chúng tôi nhận thấy các phương pháp phẫu thuật đều rất hiệu quả trong việc giảm đau cho BN. Khi đem so sánh trung bình điểm VAS trước mổ và sau mổ thấy có sự cải thiện rõ rệt với p < 0.05 (bảng 4). Tỷ lệ BN đạt kết quả rất tốt và tốt theo MacNab đều đạt trên 85%, không có BN nào đạt kết quả xấu (bảng 5).

**Bảng 4. Hiệu quả của phương pháp điều trị theo VAS**

| Điểm VAS       | TrB trước mổ | TrB sau mổ | p      |
|----------------|--------------|------------|--------|
| Bơm không bóng | 8.5          | 1.33       | < 0.05 |
| Bơm có bóng    | 8.1          | 1.4        | <0.05  |
| CĐ vít nở      | 7.3          | 2.3        | <0.001 |
| CĐ bơm cement  | 7.7          | 2.3        | <0.05  |

**Bảng 5. Hiệu quả của phương pháp điều trị theo MacNab**

| MacNab         | Rất tốt % | Tốt % | Trung bình | Xấu % |
|----------------|-----------|-------|------------|-------|
| Bơm không bóng | 83        | 13.3  | 3.4        | 0     |
| Bơm có bóng    | 73        | 23.2  | 3.4        | 0     |
| CĐ vít nở      | 97.7      | 3.3   | 0          | 0     |
| CĐ bơm cement  | 63.2      | 23.6  | 13.2       | 0     |

**5. Nghiên cứu phẫu thuật điều trị biến chứng gãy cổ xương đùi do LX:** Trong 30 BN được thay khớp háng điều trị biến chứng gãy cổ xương đùi do LX có 18 BN được thay khớp háng toàn phần có xi măng, 12 BN được thay khớp háng bán phần có xi măng. Chúng tôi đánh giá vị trí của hõm khớp trong 18 trường hợp được thay khớp háng toàn phần thì đa số hõm khớp của người bệnh được đặt đúng vị trí chiếm tỷ lệ 94.4% (17 BN). Chỉ có 1 trường hợp đặt không đúng vị trí chiếm 5.6%.

Tỷ lệ BN đi lại không cần dụng cụ hỗ trợ chiếm 76.6%, số BN còn lại chỉ cần hỗ trợ bằng 1 gậy. Những BN đạt biên độ vận động khớp háng mức 5 điểm lên tới 70%. chức năng khớp háng của người bệnh đã có sự thay đổi rõ rệt. Số lượng BN đạt kết quả rất tốt và tốt chiếm 93.3%. Chúng tôi không có bất cứ BN nào bị nhiễm trùng hoặc tử vong sau mổ. Qua đó cho thấy phương pháp thay khớp háng có cement rất hiệu quả trong điều trị BN bị gãy cổ xương đùi do biến chứng của LX.

Sau 6 tháng theo dõi có 83. 3% BN ở mức độ không đau khớp háng và 16.7% đau khớp háng

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung:** Nhóm tuổi trung bình của các BN này giao động từ 61,03 – 68,47. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu về LX trên thế giới[4]. Tỷ lệ BN nữ cao hơn là do giới nữ có nhiều yếu tố nguy cơ như sự thay đổi nội tiết tố sau mãn kinh, sinh con, chế độ dinh dưỡng... Tuổi trung bình của BN LX cao cũng thể hiện quy luật tại giai đoạn này quá trình hủy cốt bào cao hơn tạo cốt bào.

**2. Nghiên cứu xác định một số yếu tố nguy cơ:** Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: tuổi cao, chiều cao thấp, cân nặng thấp, chỉ số BMI thấp có nguy cơ loãng xương cao hơn. Cân nặng là yếu tố ảnh hưởng nhiều đến khối lượng xương đỉnh. Trong mọi trường hợp những người nặng cân sẽ có bộ xương nặng hơn, và có chu chuyển xương ít nhạy cảm với PTH, bởi vậy khối lượng xương được duy trì. Ở những người nhẹ cân, sự mất xương xảy ra nhanh hơn và tần xuất gãy cổ xương đùi và xẹp đốt sống cao hơn. Cân nặng cao là một yếu tố bảo vệ cơ thể khỏi tình trạng mất xương thông qua việc tạo xương và tăng chuyển androgen của tuyến thượng thận thành estron ở mô mỡ [5].

Ở nam giới  $\geq 60$  tuổi: uống rượu, hút thuốc lá so với không uống rượu, không hút thuốc lá có nguy cơ bị loãng xương cao hơn với OR tương ứng là 2,02; 1,83 ( $p < 0,05$ ). Ảnh hưởng của thuốc lá đến mật độ xương có thể do thuốc lá làm giảm tạo xương do gây độc trực tiếp lên các tế bào tạo xương. Khói thuốc còn làm cho cơ thể giảm hấp thu calci, tăng nồng độ cortisol và hormone giáp trạng trong máu, đồng thời làm giảm hoạt động của calcitonin do đó làm tăng nguy cơ LX. Ngoài ra, người hút thuốc lá thường giảm hoạt động thể lực, tăng uống rượu do vậy làm giảm mật độ xương [6].

-Yếu tố nguy cơ: có kinh muộn, mãn kinh sớm, sinh con > 5 lần có nguy cơ loãng xương cao hơn so với nhóm đối tượng không mắc các tình trạng trên. Sau khi mãn kinh dẫn đến giảm estrogen dẫn đến giảm mật độ xương nhanh chóng. Những người sinh con nhiều lần sẽ ảnh hưởng tới quá trình chuyển hóa calci do sự dịch chuyển calci từ mẹ sang con trong quá trình mang thai và cho con bú [7].

**3. Nghiên cứu một số thuốc điều trị nội khoa cho BN LX:** Hai thuốc đều đạt hiệu quả cao trong việc cải thiện mật độ xương sau điều trị. Alendronate ức chế hoạt động hủy xương thông qua những cơ chế phức tạp ở bậc tế bào. Alendronate có một ái lực hóa học mạnh cho các tinh thể calci và liên kết ngẫu nhiên trên bề mặt

xương, làm gián đoạn các hoạt động của tế bào hủy xương trực tiếp bằng cách ức chế quá trình sản xuất acid, lysosomal enzym, và qua đường mevalonat. Ngoài ra, chúng còn gián tiếp kích hoạt qua các tế bào tạo xương và đại thực bào, ức chế quá trình thu hút các tế bào hủy xương và kích hoạt qui trình của các tế bào hủy xương. Qua các cơ chế này, Alendronate làm giảm chiều sâu của các lỗ hổng do tế bào hủy xương gây ra giảm quá trình tạo xương mới của các đơn vị chu chuyển xương. Strontium ranelate là nhóm thuốc duy nhất có 2 tác động: giảm hủy xương và tăng tạo xương. Những tác dụng phụ của thuốc này không gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe của người bệnh và đòi hỏi phải tuân thủ nghiêm ngặt quy trình sử dụng thuốc.

**4. Nghiên cứu phẫu thuật điều trị biến chứng xẹp đốt sống do loãng xương:** Qua phẫu thuật cho 120 BN bị biến chứng xẹp đốt sống do LX chúng tôi nhận thấy các phương pháp phẫu thuật đều rất hiệu quả trong việc giảm đau cho BN. Những BN xẹp đốt sống nhẹ, không có thiếu hụt thần kinh, tổn thương không chèn ép thần kinh thì chỉ định bơm cement không bóng hoặc có bóng. Bơm cement có bóng chỉ định trong vòng 15 ngày đầu sau chấn thương do lúc này tổn thương chưa liền, dễ nắn chỉnh. Bệnh nhân xẹp đốt sống nặng, có thiếu hụt thần kinh, tổn thương có chèn ép thần kinh thì bắt buộc phải phẫu thuật. Chúng ta có thể lựa chọn hoặc cố định cột sống với vít nở hoặc bơm cement qua cuống. Điểm ưu việt của phương pháp tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng và phẫu thuật cố định cột sống với vít nở hay bơm cement qua cuống là khả năng nắn chỉnh đốt sống bị xẹp.

## V. KẾT LUẬN

- Qua nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy yếu tố nguy cơ chính gây loãng xương là: tuổi cao, chiều cao thấp, cân nặng thấp, uống rượu, hút thuốc lá nhiều, có kinh muộn, mãn kinh sớm, có con trên 5 lần.

- Khi BN bị LX chúng ta có thể điều trị hiệu quả bằng Alendronate và Strontium ranelate mà gặp rất ít tác dụng phụ.

- Với người bệnh bị biến chứng xẹp đốt sống hay gãy cổ xương đùi do LX, với chỉ định chặt chẽ chúng ta có thể lựa chọn các phương pháp phẫu thuật như: tạo hình đốt sống bằng bơm cement không bóng, có bóng, cố định cột sống với hệ thống vít nở hoặc bơm cement qua cuống, thay khớp háng nhân tạo có cement. Những phương

pháp phẫu thuật này rất an toàn, hiệu quả giúp BN cải thiện chất lượng cuộc sống rõ rệt.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention:** Morbidity and Mortality Weekly Report (2002) *JAMA*, 286, 1571-72.
2. **Anthony D Woolf, Kristina Åkesson (2008),** "What is osteoporosis?", *Osteoporosis, Clinical Publishing Oxford*, 1. 1772-1776.
3. **Nguyễn Văn Thạch, (2010):** "Tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện Việt Đức", *Kỷ yếu Hội nghị Hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ IX, Hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam*, 90-92.
4. **Abdul-Jalil Y., J. Bartels, O. Alberti & R. Becker (2007),** "Delayed presentation of pulmonary polymethylmethacrylate emboli after percutaneous vertebroplasty", *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(20): p. E589-93.
5. **Asomaning K, Bertone-Johnson E.R, Nasca P.C, et al. (2006).** The association between body mass index and osteoporosis in patients referred for a bone mineral density examination. *J Womens Health (Larchmt)*. 15(9), 1028-1034.
6. **Ataka H., T. Tanno & M. Yamazaki (2009),** "Posterior instrumented fusion without neural decompression for incomplete neurological deficits following vertebral collapse in the osteoporotic thoracolumbar spine", *Eur Spine J*, 18(1): p. 69-76.
7. **Chang K. W., Y. Y. Chen, C. C. Lin, H. L. Hsu & K. C. Pai (2005),** "Apical lordosating osteotomy and minimal segment fixation for the treatment of thoracic or thoracolumbar osteoporotic kyphosis", *Spine (Phila Pa 1976)*, 30(14): p. 1674-81.

## THỰC TRẠNG BỆNH TẬT, ĐIỀU TRỊ THUỐC ARV VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ, XÃ HỘI CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV TẠI QUẢNG TRỊ NĂM 2015

Nguyễn Văn Tiến<sup>1</sup>, Đỗ Văn Dung<sup>2</sup>, Đào Thị Minh Hồng<sup>3</sup>,  
Trần Thị Khuyên<sup>1</sup>, Đào Huy Cừ<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Duy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, cỡ mẫu 103 người, đối tượng trên 18 tuổi được quản lý tại Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS. Kết quả cho thấy thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lớn hơn hoặc bằng 3 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0%. Tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Về tuân thủ điều trị thuốc có 7,3% trong tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị. Có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV có tác dụng phụ của thuốc. Phần lớn người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2% trong đó chủ yếu là tiếp cận điều trị ARV chiếm 78,6%.

**Từ khóa:** Bệnh tật, ARV, người nhiễm HIV, Quảng Trị

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF SITUATION ILLNESS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH HIV ARV DRUGS IN QUANG TRI 2015

This study was performed according to the method described cross-sectional study, quantitative study

combining quality, sample size 103 people, the subjects over 18 are managed at the Center for HIV/AIDS. The results showed that the detection time of the study subjects mainly HIV is greater than or equal to 3 years 71,8%. Clinical stage of HIV primarily Phase I 67,0% occupancy rate. HIV prevalence has joined ARV 79,6%. About 7,3% non compliance of the treatment of non-compliance. There are 24,4% of people with HIV taking antiretroviral drugs have side effects of HIV mainly thuốc. Most of them have access and use of health care services 93,2% of which are mainly ARV access 78.6%.

**Keywords:** Disease, ART, HIV infected people, Quang Tri

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mặc dù tuổi thọ của người nhiễm HIV đã được kéo dài bằng việc sử dụng thuốc ARV nhưng một người sống chung với HIV không những phải đối phó với một loạt các triệu chứng liên quan đến HIV trong thời gian dài với các bệnh nhiễm trùng cơ hội do suy giảm miễn dịch, bên cạnh đó nhiều người trong số các bệnh nhân HIV/AIDS phải đối diện với các vấn đề xã hội như sự kỳ thị, nghèo đói, trầm cảm có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ không chỉ từ khía cạnh sức khỏe thể chất, mà còn cả về sức khỏe tâm thần và xã hội [5]. Do bị kỳ thị phân biệt đối xử nên người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS đã không dám tiết lộ thông tin về tình trạng nhiễm HIV/AIDS của mình. Những người có hành vi nguy cơ cao không dám đi xét nghiệm và không áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây

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

<sup>2</sup>Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

<sup>3</sup>Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, tỉnh Quảng Trị

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2017

Ngày duyệt bài: 26.5.2017

niễm HIV cho người khác vì sợ bị phát hiện. Và cũng chính do bị kỳ thị làm cho người nhiễm HIV/AIDS đôi khi có những phản ứng tiêu cực, chẳng hạn như cố tình làm lây lan HIV cho người khác... Tất cả những điều này đã làm cho dịch HIV/AIDS ngấm ngấm lan ra trong cộng đồng. Trong năm 2015, cả nước ta đã phát hiện 10.195 trường hợp nhiễm mới HIV số bệnh nhân chuyển sang AIDS là 6130, tử vong do AIDS 2130 trường hợp. 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. Tại Quảng Trị, từ ca nhiễm HIV đầu tiên năm 1997, tính đến ngày 31/12/2015, trên địa bàn tỉnh đã giám sát phát hiện được trường hợp nhiễm HIV/AIDS đang còn sống là 196 người, trong đó 153 trường hợp chuyển qua giai đoạn AIDS lũy tích và đã có 89 bệnh nhân AIDS đã tử vong [5]. Tỉnh Quảng trị từ trước đến nay chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào về thực trạng bệnh tật, điều trị ARV và sử dụng các dịch vụ y tế, xã hội của người nhiễm HIV/AIDS, do vậy nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài này, với mục tiêu "*Mô tả thực trạng bệnh tật, điều trị thuốc ARV và sử dụng dịch vụ y tế, xã hội của người nhiễm HIV tại Quảng Trị năm 2015*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Địa bàn nghiên cứu:** Phòng khám ngoại trú Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS và các phường, xã có người nhiễm HIV đang còn sống thuộc địa bàn tỉnh Quảng Trị.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại

Quảng Trị và có danh sách quản lý của Trung tâm phòng, chống HIV đến tháng 5 năm 2016.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/ 2015 – tháng 5/2016

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu:

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính

### 2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

*Cỡ mẫu:*

\*Đối với cỡ mẫu nghiên cứu định lượng: Đối tượng thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn lựa đều được đưa vào nghiên cứu, cỡ mẫu 103 người.

\*Đối với cỡ mẫu nghiên cứu định tính:

- Với thảo luận nhóm: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích cỡ mẫu 14 bệnh nhân. Chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm từ 7 bệnh nhân. Mỗi cuộc 7 bệnh nhân.

- Với phỏng vấn sâu: Chọn chủ đích 5 bệnh nhân. Mỗi cuộc 1 bệnh nhân.

*Chọn mẫu:*

\* Đối với nghiên cứu định lượng:

- Lấy danh sách quản lý người nhiễm HIV để tiếp cận, sàng lọc lại các bệnh nhân và lựa chọn những người đủ tiêu chuẩn để mời vào nghiên cứu.

- Đối với những người không tham gia điều trị ngoại trú nhưng có trong danh sách quản lý của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS thì điều tra viên sẽ cùng cán bộ trạm Y tế đến tận hộ gia đình để thu thập thông tin.

\*Đối với nghiên cứu định tính: Lựa chọn mẫu dựa vào danh sách người nhiễm HIV/AIDS để chọn đủ 2 cuộc thảo luận nhóm và 5 cuộc phỏng vấn sâu.

**2.6. Phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epi - Data 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Các đặc điểm về tình trạng bệnh tật của người nhiễm HIV/AIDS

**Bảng 3.1. Đặc điểm tình trạng bệnh tật (n=103)**

| Đặc điểm                             | Số lượng | Tỷ lệ % |
|--------------------------------------|----------|---------|
| <b>Thời gian phát hiện nhiễm HIV</b> |          |         |
| ≤1 năm                               | 11       | 10,7    |
| 1 – 3 năm                            | 18       | 17,5    |
| ≥3 năm                               | 74       | 71,8    |
| <b>Lâm sàng</b>                      |          |         |
| Giai đoạn I                          | 69       | 67,0    |
| Giai đoạn II                         | 26       | 25,2    |
| Giai đoạn III                        | 8        | 7,8     |
| Giai đoạn IV                         | 0        | 0       |
| <b>Bệnh lý mãn tính đi kèm</b>       |          |         |
| Có                                   | 25       | 24,3    |
| Không                                | 78       | 75,7    |
| <b>Tình trạng sức khỏe hiện tại</b>  |          |         |
| Mệt mỏi                              | 24       | 23,3    |
| Bình thường                          | 79       | 76,7    |

Ở bảng 3.1, thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lớn hơn hoặc bằng 3 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0%. Có 24,3% người nhiễm HIV có các bệnh lý mãn tính đi kèm, trong đó nhiễm lao chiếm tỷ lệ cao nhất 60% trong số người bị bệnh mãn tính. Về tình hình sức khỏe hiện tại, tỷ lệ người có dấu hiệu mệt mỏi chiếm 23,3%.

### 3.2. Tình hình điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV/AIDS

**Bảng 3.2. Tình hình điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV (n=103)**

| Đặc điểm                            | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-------------------------------------|----------|---------|
| <b>Điều trị thuốc ARV</b>           |          |         |
| Có                                  | 82       | 79,6    |
| Không                               | 21       | 20,4    |
| <b>Tuân thủ điều trị ARV(n=82)</b>  |          |         |
| Có                                  | 76       | 92,7    |
| Không                               | 6        | 7,3     |
| <b>Tác dụng phụ của thuốc(n=82)</b> |          |         |
| Có                                  | 20       | 24,4    |
| Không                               | 62       | 75,6    |

Ở bảng 3.2, tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Về tuân thủ điều trị thuốc có 7,3% trong tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị. Có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV có tác dụng phụ của thuốc.

### 3.3 Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế và xã hội

**Bảng 3.3. Tình hình tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế và xã hội (n=103)**

| Đặc điểm                                  | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---|----------|---------|
| <b>Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ y tế</b>   |          |         |
| Có  | 96       | 93,2    |
| Không                                     | 7        | 6,8     |
| <b>Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ xã hội</b> |          |         |
| Có  | 22       | 21,4    |
| Không                                     | 81       | 78,6    |
| <b>Sử dụng các dịch vụ hỗ trợ y tế</b>    |          |         |
| Có  | 96       | 93,2    |
| Không                                     | 7        | 6,8     |
| <b>Sử dụng các dịch vụ hỗ trợ xã hội</b>  |          |         |
| Có  | 22       | 21,4    |
| Không                                     | 81       | 78,6    |

Ở bảng 3.3, phần lớn người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2% trong đó chủ yếu là tiếp cận điều trị ARV chiếm 78,6% tiếp cận, có 21,4 % người nhiễm HIV có tiếp cận và được hỗ trợ về dịch vụ xã hội trong đó chủ yếu là vay vốn và được hỗ trợ nhà ở chiếm 15,5%.

## VI. BÀN LUẬN

### 4.1. Các đặc điểm về tình trạng bệnh tật của đối tượng nghiên cứu:

Thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ  $\geq 3$  năm trước (71,8%). Điều này có thể là do HIV có thời gian ủ bệnh dài nên số lượng đối tượng chủ động đi xét nghiệm để phát hiện sớm thường thấp. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0% và giai đoạn 2 là 25,2%, trên thực tế những đối tượng ở 2 giai đoạn này chiếm tỷ lệ nhiều hơn do đối tượng ở 2 giai đoạn sau tỷ lệ chết cao hơn vì giai đoạn 3, 4 bệnh thường biểu hiện nặng nề, sức khỏe suy giảm nghiêm trọng. Có 24,3% người nhiễm HIV có các bệnh lý mãn tính đi kèm có thể do các bệnh mãn tính có cùng đường lây nhiễm với HIV như viêm gan B, viêm

gan C, theo như nghiên cứu thực trạng đồng nhiễm HBC, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện A Thái Nguyên của tác giả Hoàng Ngọc Bích [1]. Do người nhiễm HIV có hệ thống miễn dịch giảm nên tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Bên cạnh đó tại tác dụng phụ của thuốc điều trị, chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý có thể gây ra một số bệnh mãn tính cho bệnh nhân. Về tình hình sức khỏe hiện tại, tỷ lệ người có dấu hiệu mệt mỏi chiếm 23,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đối tượng ở nghiên cứu này đang mắc HIV ở giai đoạn I nên tình trạng sức khỏe hiện tại vẫn còn khỏe mạnh bình thường, số đối tượng mệt mỏi chiếm tỷ lệ thấp.

**4.2. Tình hình điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV:** Điều trị ARV đem đến cho người nhiễm HIV cuộc sống bình thường như

người khỏe mạnh không nhiễm bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Trong những năm gần đây, chính phủ có sự quan tâm và chú trọng hơn đến công tác phòng chống và điều trị cho những người nhiễm HIV và đang triển khai việc sử dụng ARV miễn phí cho những đối tượng bị nhiễm HIV nên tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV hiện nay chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV được điều trị ARV trên 1 năm chiếm đa số [4]. Tỷ lệ điều trị thuốc ARV trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao cũng là bởi phòng khám ngoại trú Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Quảng Trị không những đang triển khai điều trị ARV cho những người nhiễm HIV mà còn có phòng tư vấn và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội và làm các xét nghiệm miễn phí cho người nhiễm HIV.

Về tuân thủ điều trị thuốc có 92,7% đối tượng tuân thủ điều trị cho thấy sự nỗ lực rất lớn trong công tác điều trị HIV trên địa bàn tỉnh. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu này chỉ ra vẫn còn có 7,3% tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị đây có thể là do công tác điều trị bằng ARV còn gặp một số khó khăn như các đối tượng quên không đến nơi để nhận thuốc hay các đối tượng không hợp tác hoặc còn thiếu cán bộ chuyên trách về lĩnh vực này nhắc nhở tư vấn nhắc lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với kết quả nghiên cứu của Hồ Phong Điệp và cộng sự nghiên cứu năm 2013 đến năm 2014 tại Quảng Trị về đánh giá sự tuân thủ thuốc ARV cho kết quả có 18% quên uống thuốc trong tháng [2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đối tượng tham gia nghiên cứu đã có ý thức tốt về tuân thủ nhưng có lẽ do những nguyên nhân khách quan hay do ảnh hưởng của tâm lý nên vẫn còn tỷ lệ nhỏ đối tượng chưa tuân thủ việc điều trị ARV. Bên cạnh đó, việc điều trị HIV là rất khó khăn và phức tạp, bệnh nhân phải dùng nhiều thuốc trong một thời gian dài, do đó họ thường có cảm giác mệt mỏi, tác dụng phụ của thuốc nên ngại phải uống quá nhiều thuốc nên việc tuân thủ uống đúng số lần và đúng khoảng cách là khó thực hiện. Tuy nhiên, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV thì các tác dụng phụ của ARV ảnh hưởng nhiều đến tiến trình điều trị vì phải thay đổi phác đồ khi có tác dụng phụ hoặc làm ảnh hưởng đến việc tuân thủ của người bệnh, thậm chí có thể nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh. Nghiên cứu của

chúng tôi cho thấy, có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV thì chịu tác dụng phụ của thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần với nghiên cứu của Tạ Thị Lan Hương tại Ninh Bình cho thấy, có 22,0% đối tượng nghiên cứu đang gặp tác dụng phụ khi điều trị ARV [3]. ARV có tác dụng làm giảm sự phát triển của virus HIV và làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS. Dùng ARV cho người có HIV được nhìn nhận là một trong những biện pháp tích cực giúp người có HIV cải thiện sức khỏe và kéo dài thời gian sống của mình tuy nhiên ARV không được chỉ định rộng rãi vì tỷ lệ gây ra tác dụng phụ cao, nó có thể gây ra các bệnh như các bệnh lý thần kinh ngoại vi, viêm tụy, phân bố lại mỡ, độc cho gan, độc với thần kinh trung ương. Tuy nhiên, hậu quả của HIV gây ra lớn hơn nhiều lại chưa có thuốc nào điều trị thay thế không gây tác dụng phụ nên cho dù có gây tác dụng phụ nhưng vẫn phải sử dụng ARV.

**4.3 Thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế và xã hội:** Nghiên cứu này cho thấy người nhiễm HIV có nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2%, phần lớn các dịch vụ những người nhiễm HIV lựa chọn sử dụng là tư vấn xét nghiệm tự nguyện, điều trị ARV, điều trị methadone... Điều này cho thấy những người nhiễm HIV đã có nhận thức về vấn đề sức khỏe của bản thân khá tốt, có mong muốn duy trì và cải thiện cuộc sống của mình, tỷ lệ người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ xã hội còn thấp có thể có 2 lý do: Một là do chính bản thân họ không muốn tham gia vào các hoạt động xã hội vì sợ bị công khai. Hai là dịch vụ xã hội tại địa phương chưa đủ đáp ứng nhu cầu của họ và trong quá trình thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu họ cũng có đưa ra các ý kiến trên như: "*những người đã công khai họ rất muốn được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ xã hội như: chương trình bao cao su, tham gia các hoạt động truyền thông phòng, chống HIV AIDS tại cộng đồng, tham gia sinh hoạt thường xuyên với câu lạc bộ Yêu Thương, tiếp cận với các nguồn vốn vay để tăng gia sản xuất*" (TLN có nghề nghiệp tự do và nhóm có điều kiện kinh tế nghèo và cận nghèo, PVS anh K, chị C). Các mong muốn của họ đều chính đáng nhằm nâng cao đời sống cho họ nói riêng và chất lượng cuộc sống nói chung. Điều này làm cho các nhà quản lý nên có các chiến lược lâu dài bền vững để hỗ trợ cho người nhiễm HIV hòa nhập với cộng đồng.

## V. KẾT LUẬN

- Thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lớn hơn hoặc bằng 3 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0%.

- Tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Về tuân thủ điều trị thuốc có 7,3% trong tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị. Có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV có tác dụng phụ của thuốc.

- Phần lớn người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2% trong đó chủ yếu là tiếp cận điều trị ARV chiếm 78,6%.

### KHUYẾN NGHỊ

1. Tư vấn sâu hơn về nội dung tuân thủ điều trị để bệnh nhân thấy rõ được tầm quan trọng của việc tuân thủ uống thuốc và nâng cao chất lượng cuộc sống của đối tượng.

2. Tăng cường các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị để giúp bệnh nhân theo đúng lịch biểu

của chương trình để việc điều trị bệnh cho bệnh nhân có hiệu quả hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Ngọc Bích và cs (2014) "Thực trạng đồng nhiễm HBC, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện A Thái Nguyên". Tạp chí Y học dự phòng, 25 (10), tr. 171-172.
2. Hồ Phong Điệp và cộng sự (2014) Đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc ARV và một số yếu tố liên quan của người nhiễm HIV/AIDS tại Quảng Trị từ 2013 đến 2014, tr. 38.
3. Tạ Thị Lan Hương (2012) Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Ninh Bình năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng,
4. Tran XB (2012) "Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Viet Nam". Plos One, 7 (e41062)
5. WHO (2002) WHOQOL-HIV Instrument: Users Manual Scoring and Coding of the WHOQOL\_HIV Instrument, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva.

## SO SÁNH HIỆU QUẢ GÂY TÊ TỬY SỐNG BẰNG BUPIVACAIN ĐẰNG TRỌNG VỚI TỶ TRỌNG CAO KHI KẾT HỢP FENTANYL TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI

Nguyễn Văn Minh\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bupivacain được sử dụng trên lâm sàng để gây tê tủy sống có hai dạng là đẳng trọng và tỉ trọng cao. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả gây tê và tác dụng không mong muốn của bupivacain 9 mg đẳng trọng với tỉ trọng cao khi kết hợp thêm 20mcg fentanyl trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai. **Đối tượng và phương pháp:** 100 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai, đồng ý tham gia nghiên cứu được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm. Nhóm I nhận 9mg bupivacain đẳng trọng và nhóm II nhận 9mg bupivacain tỉ trọng cao, cả hai nhóm được dùng kết hợp thêm 20mcg fentanyl đường tủy sống. Gây tê tủy sống thành công cho phẫu thuật, cần dùng thêm thuốc giảm đau trong phẫu thuật, thời gian phong bế đến T4, mức phong bế từ C8 trở lên, tụt huyết áp, chậm nhịp tim, ngứa, rét run, buồn nôn và nôn được ghi nhận. **Kết quả:** Tỷ lệ gây tê tủy sống thành công (100%), không có bệnh nhân nào phải chuyển qua gây mê toàn thân, không có bệnh nhân nào cần dùng thêm thuốc giảm đau trong phẫu thuật,

tỉ lệ tụt huyết áp (52% ở nhóm I so với 62% ở nhóm II), lượng ephedrin sử dụng, chậm nhịp tim, ngứa, rét run, buồn nôn và nôn trong phẫu thuật, mức tê lan lên trên C8 giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian đạt đến mức phong bế khoang tủy T4 ở nhóm I dài hơn nhóm II ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Không có sự khác biệt về hiệu quả gây tê và tác dụng không mong muốn của 9 mg bupivacain đẳng trọng so với bupivacain tỉ trọng cao khi kết hợp với 20 mcg fentanyl trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai. Tuy nhiên, thời gian đạt phong bế đến khoang tủy ngực T4 nhanh hơn, bupivacain tỉ trọng cao có thể được lựa chọn.

**Từ khóa:** Bupivacain, đẳng trọng và tỉ trọng cao, gây tê tủy sống, phẫu thuật lấy thai

### SUMMARY

#### COMPARISON OF INTRATHECAL PLAIN AND HYPERBARIC BUPIVACAINE BOTH WITH FENTANYL FOR CESAREAN SECTION

**Background:** Bupivacaine is an amide local anesthetic used in isobaric and hyperbaric forms. The objectives of this study were to compare the anesthetic effectiveness and side effects of 9mg of plain and hyperbaric bupivacaine combined with 20µg fentanyl in spinal anesthesia for cesarean section. **Materials and methods:** one hundred parturients were randomly divided to receive spinal anesthesia with either plain (group I) or hyperbaric bupivacaine

\*Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

(group II) 9mg with fentanyl 20 µg for cesarean section. Success of anesthesia, supplemental analgesia, time to dermatome T4, high sensory block above C8, hypotension, bradycardia, pruritus, shivering, nausea and vomiting were recorded.

**Results:** the success rate of anesthesia was 100%, no parturients required supplemental analgesia, incidence of hypotension (52% in group I versus 62% in group II), the amount of ephedrine used, nausea and vomiting, high sensory block above C8 were insignificantly different between two groups. The time to dermatome T4 in group II was shorter than in group I ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** there was no difference in the effectiveness of anesthesia and side effects in cesarean section between 9mg of intrathecal plain and hyperbaric bupivacaine combined with 20µg fentanyl. Due to a more rapid onset of sensory blockade at the 4th thoracic vertebra level, hyperbaric bupivacaine may be chosen.

**Key words:** Bupivacaine, plain and hyperbaric, spinal anesthesia, cesarean section

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ phẫu thuật lấy thai ở các nước Châu Á là 27,3%, Việt Nam 35,6%, Thái Lan 15%, Hàn Quốc 36% [3],[7]. Gây mê hồi sức trong phẫu thuật lấy thai là một trong những kỹ thuật đặc biệt cùng một lúc vừa đảm bảo sức khỏe cho mẹ và cho con.

Phương pháp gây tê tủy sống (GTTS) được chứng minh là có nhiều lợi ích trong phẫu thuật này như dùng ít thuốc, đưa trẻ ít tiếp xúc với thuốc mê, tránh được đặt nội khí quản do đó tránh được biến chứng của nó như thất bại đặt nội khí quản, thiếu oxy, trào ngược dịch dạ dày vào phổi trong và ngay sau khi phẫu thuật cho mẹ. Ngoài ra người mẹ tỉnh táo để đón một sự kiện đặc biệt: Sự chào đời của em bé. Yêu cầu của gây tê tủy sống trong phẫu thuật lấy thai là vừa đảm bảo giảm đau cho mẹ, lấy thai dễ dàng, không khó chịu lúc lau ổ bụng trước khi đóng nhưng vừa ít tụt huyết áp dẫn đến những khó chịu như buồn nôn, nôn, nhức đầu, giảm tưới máu tử cung. Việc chọn lựa loại thuốc tê nào để gây tê cũng là vấn đề cần quan tâm.

Bupivacain là thuốc tê thuộc nhóm amid, có dưới hai dạng đẳng trọng và tỉ trọng cao, được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng trong gây tê tủy sống để phẫu thuật. Loại tỉ trọng cao, thuốc nặng hơn dịch não tủy, khi được tiêm vào khoang dưới nhện, có xu hướng lan về vị trí thấp trong khoang dịch não tủy theo trọng lực, việc lựa chọn loại thuốc này trong gây tê tủy sống có thể điều chỉnh tư thế để đạt được mức tê mong muốn trong những phút đầu sau gây tê. Bupivacain đẳng trọng khuếch tán chậm trong dịch não tủy có thể làm tỉ lệ và mức độ tụt huyết áp ít hơn, không ảnh hưởng đến mức độ lan khi

thay đổi tư thế, tuy nhiên khó dự đoán được mức phong bế khi gây tê tủy sống. Cho đến nay chưa có nghiên cứu so sánh gây tê tủy sống bằng bupivacain đẳng trọng với tỉ trọng cao trong phẫu thuật lấy thai. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả gây tê và tác dụng không mong muốn của bupivacain cùng liều 9mg đẳng trọng với tỉ trọng cao khi kết hợp thêm 20mcg fentanyl trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Nghiên cứu trên các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, trong thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 02 năm 2017.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sản phụ đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu, có chỉ định phẫu thuật lấy thai và áp dụng phương pháp GTTS, phân loại sức khỏe I, II theo phân loại của Hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA I và ASA II), tuổi thai đủ tháng, có ngôi thai là ngôi chỏm.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ có rối loạn đông máu (tỷ lệ prothrombin < 50%, tiểu cầu < 100G/L hoặc đang dùng thuốc chống đông), bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật, mắc hội chứng HELLP, bị dọa vỡ hoặc vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược, bị các bệnh lý về tim mạch, có vết phẫu thuật cũ ở thành bụng, đang trong tình trạng sốc, bị suy thai cấp, bị gù vẹo cột sống lưng hoặc nhiễm trùng vùng lưng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có so sánh giữa hai nhóm.

### 2.3. Cách tiến hành

**2.3.1. Quy trình tuyển chọn đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trên 100 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai đạt tiêu chuẩn lựa chọn, bốc thăm ngẫu nhiên phân sản phụ vào một trong hai nhóm.

Nhóm I gồm 50 sản phụ được gây tê tủy sống bằng bupivacain đẳng trọng liều 9mg kết hợp với 20mcg fentanyl.

Nhóm II gồm 50 sản phụ được gây tê bằng bupivacain tỉ trọng cao liều 9mg kết hợp với 20mcg fentanyl.

**2.3.2. Thuốc và các phương tiện:** Thuốc tê bupivacain 0,5% (Bupivacaine<sup>®</sup>) hàm lượng ống 100mg/20ml của hãng Aguettant, Pháp. Thuốc tê bupivacain 0,5% (Marcaine Heavy<sup>®</sup>) hàm lượng ống 20mg/4ml của hãng Astrazeneca, Thụy Sĩ. Thuốc giảm đau fentanyl ống 2ml của hãng Hameln, Đức: 100 mcg. Lấy 1,8 ml thuốc tê bằng bơm tiêm 5ml, lấy 0,4ml thuốc fentanyl bằng bơm tiêm 1ml, tổng cộng 2,2ml. Thuốc

ketamin để giảm đau thêm cho bệnh nhân sau khi gây tê tủy sống mà vẫn còn cảm giác đau trong khi phẫu thuật. Kim gây tê tủy sống G27 của hãng B/Braun. Bơm tiêm 1ml, 5ml. Băng dính dán sau lưng. Theo dõi các thông số gồm tần số tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub> và nhịp thở được đo tự động trên máy Heyer. Ghi nhận các thông số 2 phút/lần trong 10 phút đầu sau gây tê tủy sống. Sau đó cứ 5 phút đo lại một lần cho đến kết thúc cuộc phẫu thuật. Kim đầu tù 18G để xác định mức phong bế cảm giác (phương pháp pinprick) sau khi sản phụ được GTTS.

**2.3.3. Phương pháp tiến hành:** Bệnh nhân được khám trước phẫu thuật, kiểm tra bệnh án, các xét nghiệm cơ bản và chỉ định phẫu thuật; Khai thác tiền sử bệnh, tiền sử dị ứng thuốc tê, kháng sinh; Đo chiều cao, cân nặng; Đặt đường truyền ngoại vi bằng catheter 18G, truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch Ringer lactat trước khi tiến hành gây tê tủy sống; Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm nghiêng trái; Vị trí chọc kim ở khe liên đốt L<sub>2-3</sub>, khi dịch não tủy chảy ra tiến hành bơm thuốc theo nhóm trong thời gian là 30 giây, sau đó rút kim, dán băng dính vô khuẩn; Đặt tư thế sản phụ nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, bàn phẫu thuật nằm ngang, nghiêng trái, thở oxy qua gong kính (3 lít/phút); Tiếp tục truyền dung dịch Ringer lactat 500ml, duy trì; Khi phong bế cảm giác đến khoanh tủy T<sub>6</sub> bắt đầu rạch da; Sau khi lấy thai ra khỏi buồng tử cung, cặp cuống rốn, truyền tĩnh mạch chậm 20 đơn vị oxytocin. Sản phụ ngay sau đó được dùng kháng sinh đường tĩnh mạch theo phác đồ.

#### 2.3.4. Chỉ tiêu theo dõi, đánh giá và xử trí

- Kiểm soát đau không đủ phải chuyển qua gây mê toàn thân.

- Cần thêm thuốc giảm đau để tiến hành phẫu thuật

- Thời gian đạt đến mức phong bế khoanh tủy T<sub>4</sub>, mức tê lan cao đến C8 trở lên. Đánh giá phong bế cảm giác đau theo phương pháp châm kim (pin-prick) cứ 1 phút/lần trong 15 phút đầu, sau đó 5 phút 1 lần cho đến khi kết thúc phẫu thuật. Đánh giá thời gian tiềm tàng ức chế cảm

giác đau đến mức T<sub>4</sub>, đánh giá mức mất cảm giác cao nhất trong các lần đánh giá hoặc mức phong bế cảm giác đạt được vào phút thứ 20 kể từ lúc tiêm thuốc tê theo sơ đồ phân phối cảm giác của Scott D., T<sub>4</sub> ngang mức hai núm vú trở, mức lan C8 tê mô út hoặc ngón út. Đánh giá mức độ vô cảm cho cuộc phẫu thuật dựa vào thang điểm Abouleish và được chia ra 3 mức độ:

**Tốt:** Sản phụ không có cảm giác đau, khó chịu trong cuộc phẫu thuật

**Trung bình:** Sản phụ có cảm giác đau nhẹ, khó chịu trong cuộc phẫu thuật, cần cho thuốc giảm đau fentanyl 50 mcg có hoặc không kết hợp ketamin 0,5mg/kg sau đó tiến hành phẫu thuật.

**Kém:** Sản phụ đau khi rạch da, phải chuyển phương pháp mê nội khí quản. Gọi là thất bại khi đạt mức vô cảm trung bình hoặc kém, phải dùng thêm thuốc hoặc chuyển phương pháp gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- Tụt huyết áp: khi huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg hoặc thấp hơn 80% so với giá trị trước khi gây tê. Xử trí bằng dùng ephedrin 6mg, có thể lặp lại và bù dịch để điều chỉnh huyết áp đạt đến trên 80% huyết áp nền.

- Chậm nhịp tim: Tần số tim dưới 50lần/phút, dùng atropin 0,5mg, có thể lặp lại.

- Lượng ephedrin sử dụng.

- Buồn nôn và nôn, run lạnh trong phẫu thuật.

- Suy hô hấp khi tần số hô hấp dưới 10 lần/phút và hoặc SpO<sub>2</sub> ≤ 92%.

- Đánh giá tác dụng ức chế vận động theo thang điểm của Bromage tại thời điểm 10 phút:

Br<sub>1</sub>: Cử động cẳng chân và bàn chân bình thường

Br<sub>2</sub>: Chỉ có thể gấp gối, cử động bàn chân

Br<sub>3</sub>: Không thể co gối, cử động bàn chân

Br<sub>4</sub>: Hoàn toàn không thể cử động cẳng, bàn chân.

**2.3.5. Số liệu được xử lý** với phần mềm SPSS 13.0 cho Windows.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 100 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế, kết quả thu được như sau:

#### 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

**Bảng 1. Tuổi, cân nặng, chiều cao của hai nhóm**

| Thông số       | Nhóm I (n = 50)         | Nhóm II (n = 50)        | p      |
|----------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| Tuổi (năm)     | 28,7 ± 4,6 [18 - 40]    | 29,3 ± 4,5 [18 - 41]    | > 0,05 |
| Cân nặng (kg)  | 61,2 ± 6,4 [50 - 74]    | 60,9 ± 6,2 [50 - 75]    | > 0,05 |
| Chiều cao (cm) | 157,3 ± 5,9 [150 - 167] | 156,5 ± 7,2 [150 - 168] | > 0,05 |

Tuổi, cân nặng, chiều cao của hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân phân bố đồng đều vào hai nhóm.

#### 3.2. Thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền, lượng ephedrin đã dùng

##### **Bảng 2. Thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền, lượng ephedrin đã dùng**

| Thông số                    | Nhóm | Nhóm I (n = 50)           | Nhóm II (n = 50)            | p      |
|-----------------------------|------|---------------------------|-----------------------------|--------|
| Thời gian phẫu thuật (phút) |      | 42,7 ± 15,3 [35 - 66]     | 43,5 ± 12,7 [36 - 69]       | > 0,05 |
| Lượng dịch truyền (ml)      |      | 1120,3 ± 233,9 [900-1400] | 1108,9 ± 264,1 [950 - 1300] | > 0,05 |
| Lượng ephedrin đã dùng (mg) |      | 8,6 ± 6,9 [0 - 30]        | 8,2 ± 6,5 [0 - 27]          | > 0,05 |

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền và lượng ephedrin đã dùng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

**3.3. Đánh giá các chỉ số vô cảm:** Không có bệnh nhân nào cần chuyển qua gây mê nội khí quản, không có bệnh nhân nào cần thêm thuốc giảm đau ketamin hoặc fentanyl, có 1 bệnh nhân và có 2 bệnh nhân ở nhóm II khó chịu nhẹ khi đè đáy tử cung khi lấy thai, thời gian đặt phong bế khoang tử T<sub>4</sub> ở nhóm II ngắn hơn nhóm I (bảng 3), mức phong bế C8 trở lên giữa hai nhóm tương đương nhau (bảng 4).

**Bảng 3. Thời gian tiềm tàng đạt các mức phong bế cảm giác**

| Thời gian (phút) | Nhóm                 | Nhóm I (n = 50) | Nhóm II (n = 50) | p      |
|------------------|----------------------|-----------------|------------------|--------|
| T <sub>4</sub>   | ( $\bar{X} \pm SD$ ) | 5,4 ± 1,6       | 4,4 ± 1,2        | ≥ 0,05 |
|                  | Min - max            | 3 - 10          | 2 - 7            |        |

Thời gian sản phụ đạt mức phong bế cảm giác đau ở vị trí khoang tử T<sub>4</sub> của nhóm I chậm hơn nhóm II (p < 0,05).

**Bảng 4. Mức phong bế cao nhất**

| Mức phong bế cao nhất | Nhóm | Nhóm I (n=50) | Nhóm II (n=50) | p      |
|-----------------------|------|---------------|----------------|--------|
| T <sub>4</sub>        |      | 9             | 5              | > 0,05 |
| T <sub>3</sub>        |      | 12            | 16             |        |
| T <sub>2</sub>        |      | 15            | 13             |        |
| T <sub>1</sub>        |      | 9             | 11             |        |
| C <sub>5</sub>        |      | 1             | 2              |        |
| C <sub>4</sub>        |      | 2             | 3              |        |

Nhóm II có mức phong bế cao nhất cao hơn nhóm I, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Các tác dụng không mong muốn trong phẫu thuật**

| Thông số      | Nhóm | Nhóm I (n = 50) |    | Nhóm II (n = 50) |    | p      |
|---------------|------|-----------------|----|------------------|----|--------|
|               |      | n               | %  | n                | %  |        |
| Tụt huyết áp  |      | 26              | 52 | 31               | 62 | > 0,05 |
| Chậm nhịp tim |      | 2               | 4  | 3                | 6  |        |
| Buồn nôn, nôn |      | 2               | 4  | 4                | 8  |        |
| Ngứa          |      | 2               | 4  | 2                | 4  |        |
| Rét run       |      | 4               | 8  | 3                | 6  |        |

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tụt huyết áp, chậm nhịp tim, buồn nôn, nôn, ngứa, run lạnh ở hai nhóm.

**Bảng 6. Chỉ số Apgar của trẻ ở hai nhóm**

| Thời gian     | Nhóm             | Nhóm I (n = 50) | Nhóm II (n = 50) | p      |
|---------------|------------------|-----------------|------------------|--------|
| Phút thứ nhất | Min-Max          | 8-10            | 8-10             | > 0,05 |
|               | $\bar{X} \pm SD$ | 8,5 ± 0,4       | 8,6 ± 0,3        |        |
| Phút thứ năm  | Min-Max          | 9 - 10          | 9 - 10           | > 0,05 |
|               | $\bar{X} \pm SD$ | 9,6 ± 0,6       | 9,6 ± 0,5        |        |

Ở hai nhóm đều không có trường hợp nào trẻ có chỉ số Apgar ở các phút thứ 1 và phút thứ 5 thấp dưới 8 điểm. Sự khác biệt về điểm số Apgar giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Hiệu quả vô cảm:** Nghiên cứu cho thấy bupivacain liều 9mg kết hợp với 20 mcg fentanyl đẳng trọng hay tỉ trọng cao đều có tỉ lệ thành công 100% hiệu quả gây tê tùy sống cho phẫu thuật lấy thai, không có bệnh nhân nào cần

chuyển qua gây mê nội khí quản hoặc cần phải dùng thêm thuốc ketamin hoặc fentanyl. Thời gian đạt mức phong bế đến T<sub>4</sub> ở nhóm tỉ trọng cao ngắn hơn nhóm đẳng trọng (p < 0,05). Tỉ lệ tụt huyết áp ở nhóm tỉ trọng cao lớn hơn nhóm

đẳng trọng nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Yêu cầu gây mê trong phẫu thuật lấy thai là phải vừa đảm bảo an toàn cho mẹ và con, giãn cơ tốt để tiến hành phẫu thuật dễ dàng, không phải dùng thêm các thuốc khác ketamin, fentanyl hoặc chuyển qua gây mê toàn thân có đặt nội khí quản làm mất đi lợi ích của gây tê vùng. Dùng liều thuốc tê cao sẽ đảm bảo được tỉ lệ thành công tuy nhiên gặp phải bất lợi thường gặp là tỉ lệ tụt huyết áp cao. Việc chọn liều thuốc tê thế nào để vừa cân bằng được yêu cầu đảm bảo thành công về vô cảm nhưng ít tụt huyết áp là vấn đề còn nhiều tranh luận. Các hướng dẫn thực hành khuyến cáo nên chọn liều thuốc tê 8 - 10mg và yêu cầu gây tê cần đạt mức phong bế đến khoảng T4 để bệnh nhân không có cảm giác đau hoặc khó chịu trong khi phẫu thuật [2]. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn liều 9mg. Trần Quốc Dĩnh [1] dùng liều bupivacain 8 mg đơn thuần thấy tỉ lệ sản phụ cần dùng thêm thuốc giảm đau 16%, cần chuyển mê toàn thân là 1%. Liều bupivacain 8 mg đơn thuần không phải là liều lựa chọn trong gây tê cho phẫu thuật lấy thai.

Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp gộp về liều bupivacain trong gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai. Tác giả kết luận dùng liều trên 8 mg thì hiệu quả gây tê tốt hơn, tỉ lệ bệnh nhân đau trong phẫu thuật ít hơn, ít cần dùng thêm các thuốc an thần giảm đau nhưng tỉ lệ tụt huyết áp trong phẫu thuật nhiều hơn so với dùng liều từ 8 mg trở xuống. Tác giả cũng kết luận rằng tụt huyết áp có thể dự phòng và điều trị hiệu quả mà không gây nên hậu quả nghiêm trọng bằng bù dịch, dùng thuốc co mạch và đặt sản phụ ở tư thế nằm nghiêng sang trái [2].

Fentanyl là thuốc hỗ trợ làm cải thiện chất lượng của gây tê tủy sống, làm tăng thời gian giảm đau, giảm liều thuốc tê sử dụng. Liều fentanyl thay đổi từ 10-25mcg, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn liều 20mcg.

Tỉ trọng thuốc tê so với dịch não tủy là yếu tố quan trọng, quyết định sự phân bố của thuốc tê trong dịch não tủy. Ở các phẫu thuật không phải sản khoa, thuốc tê tỉ trọng cao làm mức lan về phía đầu cao hơn. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không ủng hộ điều này. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng tỉ trọng ít có ảnh hưởng lên mức lan của thuốc trong dịch não tủy khi gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai. Điều này có thể do tử cung mang thai làm cho cột sống nằm ngang, mất chỗ lõm ở phần ngực [6].

Punshi và cộng sự so sánh bupivacain đẳng trọng với tỉ trọng cao cùng liều 10mg kết hợp 25mcg fentanyl trong phẫu thuật lấy thai thấy không có sự khác biệt về hiệu quả gây tê cho phẫu thuật, thời gian khởi phát tác dụng, mức độ lan rộng của phong bế cũng như các thông số huyết động, nhưng thời gian phục hồi cảm giác kéo dài hơn ở nhóm dùng thuốc đẳng trọng [5]

**4.2. Tác dụng không mong muốn:** Tụt huyết áp là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất trong gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai, có thể từ 20 đến 100% [4]. Tuy nhiên, biến chứng này có thể dự phòng được. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tụt huyết áp ở nhóm tỉ trọng cao nhiều hơn nhóm đẳng trọng có thể do thuốc lan lên nhanh hơn về phía đầu, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Buồn nôn và nôn trong phẫu thuật có thể do tụt huyết áp hay do tác dụng của fentanyl tủy sống, fentanyl ít gây nôn, nên nguyên nhân chính do tụt huyết áp.

## V. KẾT LUẬN

Hiệu quả gây tê tủy sống và tác dụng không mong muốn của 9mg bupivacain đẳng trọng tương đương bupivacain tỉ trọng cao khi kết hợp với 20mcg fentanyl trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai. Thời gian đạt phong bế đến nhanh hơn, gây tê tủy sống bằng bupivacain tỉ trọng cao có thể được lựa chọn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Dĩnh, Hồ Khả Cảnh, Nguyễn Văn Minh (2010)**, "Đánh giá hiệu quả và tỷ lệ tụt huyết áp của gây tê tủy sống với marcain 8mg để mổ lấy thai", *Tạp chí y học thực hành*, Số 682+683: 559-61.
2. **Arzola C., Wiczorek P.M. (2011)**, "Efficacy of low-dose bupivacaine in spinal anaesthesia for Caesarean delivery: Systematic review and meta-analysis", *British Journal of Anaesthesia*, 107(3): 308-18.
3. **Lumbiganon P., Laopaiboon M., Gülmezoglu A.M. et al. (2010)**, "Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08", *www.thelancet.com*, Published online DOI:10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
4. **Ngan Kee W.D., Khaw K.S., Lee B.B., Lau T.K., Gin T. (2000)**, "A dose-response study of prophylactic intravenous ephedrine for the prevention of hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery", *Anesthesia & Analgesia*, 90: 1390-5.
5. **Punshi G.D., Afshan G. (2012)**, "Spinal anaesthesia for caesarean section: plain vs hyperbaric bupivacaine", *J Pak Med Assoc*, 62: 807-11.
6. **Russell I.F., Holmqvist E.L. (1987)**, "Subarachnoid analgesia for caesarean section. A double-blind comparison of plain and hyperbaric 0.5% bupivacaine", *Br J Anaesth*, 59: 347-53.

**7. Sng B.L., Siddiqui F.J., Leong W.L., Assam P.N.,  
Chan E.S.Y., Tan K.H., Sia A.T. (2016),**  
"Hyperbaric versus isobaric bupivacaine for spinal

anaesthesia for caesarean section", *Cochrane  
Database of systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.:  
CD005143. DOI: 10.1002/14651858.CD005143.pub3.

# MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 455 - THÁNG 6 - SỐ 1 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N<sup>o</sup>1 - JUNE - 2017

- 1 **Đ**ặc điểm lâm sàng và hình ảnh học bệnh nhân u tuyến yên 1  
**C**linical characteristics and images of pituitary tumors  
**Nguyễn Thị Minh Phương, Mai Trọng Khoa,  
Đoàn Văn Đệ, Trần Quốc Hùng và Cs**
- 2 **T**hực trạng bệnh răng miệng ở trẻ mắc bệnh hemophilia tại Bệnh viện Nhi Trung ương 4  
**R**eal situation of dental disease in hemophilia patients in the National Children's Hospital  
**Đỗ Văn Cẩn, Trịnh Đình Hải**
- 3 **N**ghiên cứu sự biến đổi điện não, lưu huyết não ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn 7  
não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ dưới ảnh hưởng của điện châm  
**R**esearch the changing of eeg and reg in the patients with chronic cerebral  
circulatory insufficiency due to degeneration of the cervical under the influence of  
electro-acupuncutre  
**Phạm Hồng Vân**
- 4 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của điện châm trong điều trị thiếu năng 11  
tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ  
**S**tudy on clinical characteristics and effective of electro- acupuncture in the treatment  
of chronic cerebral circulatory insufficiency due to degeneration of the cervical  
**Hoàng Thị Hòa, Phạm Hồng Vân**
- 5 **C**ác hành vi phạm tội và yếu tố thúc đẩy ở đối tượng sử dụng rượu trong giám định 16  
pháp y tâm thần  
**C**riminal behaviors and promotive factors in the alcoholic users of the psychiatric  
forensic examination  
**Cao Tiến Đức, Trần Văn Trường, Nguyễn Văn Ngân**
- 6 **K**hảo sát sự biến đổi một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên 20  
**C**hanges of selected hormones production in patients with pituitary tumor  
**Nguyễn Thị Minh Phương, Mai Trọng Khoa  
Đoàn Văn Đệ, Trần Quốc Hùng và CS**
- 7 **G**ía trị tiên lượng tử vong 30 ngày của rung nhĩ trong nhồi máu cơ tim cấp 23  
**R**elations and 30-day mortality pronostic value of atrial fillibration inacute myocardial infarction  
**Huỳnh Kim Phượng, Phạm Tú Quỳnh,  
Nguyễn Thanh Hiền, Lê Công Tấn**
- 8 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh bằng siêu âm kiểu xoay cho 26  
dạng đục nhân trắng  
**E**valuation on the results of torsional emulsification technique for the white cataract  
**Nguyễn Quốc Đạt**
- 9 **M**ột số biểu hiện lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong bệnh trầm cảm ở người cao tuổi 30  
**C**linical manifestations some sleep disorders in depression in the elderly  
**Nguyễn Văn Dũng**
- 10 **N**hận xét đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhi sốt Dengue có xuất huyết tiêu hóa 34  
**C**linical features of Dengue fever in pediatric patients with gastrointestinal hemorrhage  
**Lê Minh Dũng, Nguyễn Duy Thắng,  
Nguyễn Quang Duật**

- 11 **Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính** 38  
**Some factors to prognosticate surgical outcome in severe brain traumatic injury due to acute subdural hematoma**  
**Vũ Minh Hải, Phạm Thị Tĩnh**
- 12 **Đánh giá kết quả tư vấn, khám sàng lọc, phát hiện sớm ung thư vú ở nữ giới tại TP. Hà Nội và các tỉnh lân cận** 41  
**Assesing the results of consultation, screening, early detection of women breast cancer in Ha Noi and other nearby provinces**  
**Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa, Nguyễn Thị Hoa Mai**
- 13 **Nghiên cứu một số nguyên nhân chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 44  
**Study on causes of post-partum heamorrhage at National Hospital of Obstetrics and Gyneacology**  
**Nguyễn Quảng Bắc**
- 14 **Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo hai dây chằng chéo khớp gối một thì bằng gân tự thân với kỹ thuật nội soi** 48  
**Outcome of simultaneous arthroscopic anterior cruciate ligament and posterior cruciate ligament reconstruction with autograft**  
**Lê Hồng Hải, Lê Hanh**
- 15 **Đánh giá vai trò của chụp cắt lớp vi tính đa dãy kiểm tra sau mổ khối dị dạng mạch máu não (Nghiên cứu trên 225 bệnh nhân được chụp kiểm tra sau phẫu thuật)** 51  
**Evaluation of role of postoperative MSCT scanner in cerebral arterio-veinous malformation surgery**  
**Nguyễn Thế Hào, Võ Hồng Khôi**
- 16 **Tỷ lệ và mối liên quan của rung nhĩ trong nhồi máu cơ tim cấp** 54  
**Incidence and relations of atrial fillibration in acute myocardial infarction**  
**Huỳnh Kim Phượng, Phạm Tú Quỳnh, Nguyễn Thanh Hiền, Lê Công Tấn**
- 17 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới được can thiệp nội tĩnh mạch** 57  
**Clinical aspect and risk factors of chronic venous insufficiency of lower extremity**  
**Đình Quang Huy, Phạm Thái Giang**
- 18 **Đánh giá kết quả sử dụng kính nội nhãn đa tiêu trong phẫu thuật phaco tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng** 61  
**Evaluation of the results of using multifocal intraocular lens in phaco surgery at the Danang Eye Hospital**  
**Nguyễn Quốc Đạt**
- 19 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân loạn thần do rượu** 65  
**Clinical research characteristics emotional disorder do patients in wine psychosis**  
**Nguyễn Văn Dũng và cộng sự**
- 20 **Nhận xét giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy đối chiếu với tổn thương giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ung thư dạ dày** 69  
**Evaluating the role of multi – slide computed tomography (MSCT) in comparision with pathology result in post-operative gastric cancer patient**  
**Phạm Văn Bình, Hà Hải Nam**

- 21 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ** 72  
**Research the clinical and subclinical characteristics of pregnant women with thrombocytopenia in labour**  
**Nguyễn Quảng Bắc**
- 22 **Nghiên cứu tình hình bệnh tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Trà Vinh năm 2016** 75  
**Research situation diarrhea in child under 5 years and relevant factors in Tra Vinh province 2016**  
**Trương Văn Dũng, Phạm Thế Hiền**
- 23 **Thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015** 79  
**Reality of dental caries and needs treatment of elderly people in Viet Nam 2015**  
**Hà Ngọc Chiêu, Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn, Đinh Xuân Thành**
- 24 **Đánh giá kết quả bước đầu nội soi lấy sỏi qua da qua đường hầm nhỏ vào thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nghệ An** 84  
**Early results of mini percutaneous nephrolithotomy at Nghe An general Hospital**  
**Lê Huy Ngọc, Tôn Thất Hậu, Hồ Trường Thắng, Nguyễn Tuấn Vinh**
- 25 **ĐỐI CHIẾU TỔN THƯƠNG THỰC THỂ VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN CỦA UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG VỚI NHĨ ĐỒ** 87  
**In comparison between the results of tympanograms with characteristics of tumor and stages of NPC**  
**Vũ Trường Phong**
- 26 **Nghiên cứu mối liên quan giữa týp virus với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue** 90  
**Correlation of serotype-specific Dengue virus infection with clinical manifestations in pediatric patients**  
**Lê Minh Dũng, Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Quang Duật**
- 27 **Thực trạng rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành và một số yếu tố liên quan tại huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An năm 2014** 94  
**Actual state of dyslipidemia of adults and some related factors in Tuong Duong district, Nghe An province in 2014**  
**Vũ Minh Hải, Ninh Thị Nhung**
- 28 **Đánh giá kết quả tư vấn, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú ở phụ nữ trên 40 tuổi tại Thành phố Hà Nội và các tỉnh lân cận năm 2016** 99  
**Evaluating the results of consultation, screening and early detection of breast cancer for women over 40 years old in Ha Noi City and neighboring provinces, 2016**  
**Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa**
- 29 **Đánh giá tác dụng hỗ trợ của Plasma lạnh trong điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai** 104  
**Evaluate efficiency of medical Plasma in treatment of post c-section wound infection**  
**Nguyễn Quảng Bắc**
- 30 **Nghiên cứu thực trạng công tác y tế trường học tại các trường trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh Trà Vinh năm 2015** 106  
**Research reality work at the medical school high school facility Tra Vinh province 2015**  
**Phạm Thế Hiền, Nguyễn Văn Lơ**

- 31 **K**ết quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi khớp gối và khớp vai tại khoa Phẫu thuật khớp – Bệnh viện TƯQĐ 108 112  
**R**esults of prophylactic antibiotic treatment in arthroscopic surgery knee and shoulder joints in Department of joint surgery of Central Military Hospital 108  
**Lê Hồng Hải**
- 32 **N**ghiên cứu biến chứng sau mổ máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai 114  
**P**ostoperative complications of chronic subdural hematomas surgery  
**Nguyễn Thế Hào, Võ Hồng Khôi**
- 33 **B**ước đầu đánh giá kết quả điều trị suy tĩnh mạch hiển lớn bằng sóng cao tần với catheter CR45I 117  
**T**he treatment outcomes of radiofrequency ablation of chronic great saphenous vein with catheter CR45I at Ha Noi Heart Hospital  
**Đinh Quang Huy, Phạm Thái Giang**
- 34 **K**inh nghiệm bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi 3d điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện K 120  
**I**nitial experience in 3D laparoscopic surgery in treatment of colorectal cancer at K Hospital  
**Phạm Văn Bình**
- 35 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng của thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân khi chuyển dạ 123  
**R**esearch the clinical characteristics of pregnant women with thrombocytopenia in labour  
**Nguyễn Quảng Bắc, Nguyễn Trọng Tuyển**
- 36 **K**ết quả điều trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn II-III bằng phác đồ folfox 4 126  
**T**he result of adjuvant chemotherapy using the folfox 4 regimen in stage II and stage III colon cancer  
**La Văn Trường**
- 37 **Giá** trị tiên lượng biến cố tim mạch nội viện của rung nhĩ trong nhồi máu cơ tim cấp 130  
**S**hort-term pronostic value of acute myocardial infarction-associated atrial fibrillation  
**Huỳnh Kim Phụng, Phạm Tú Quỳnh, Nguyễn Thanh Hiền, Lê Công Tấn**
- 38 **Đ**ặc điểm lâm sàng của giai đoạn hưng cảm nặng có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực 134  
**C**linical features of heavy with manic episode psychosis in disorder bipolar  
**Nguyễn Văn Dũng, và cộng sự**
- 39 **Đ**ánh giá chảy máu tiền phòng do chấn thương đụng đập nhãn cầu tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng 139  
**E**valuation of hyphema due to blunt trauma at the Danang Eye Hospital  
**Nguyễn Quốc Đạt**
- 40 **Đ**ặc điểm chỉ số nhân chia KI67 trước và sau điều trị hóa chất tiền phẫu ung thư biểu mô tuyến vú 143  
**C**haracteristic of KI67 expressions before and after neoadjuvant chemotherapy in breast cancer  
**Lê Phong Thu, Nguyễn Thu Thủy, Tạ Văn Tờ**
- 41 **Đ**ặc điểm rối loạn vận động, quên và co giật ở bệnh nhân rối loạn phân ly lứa tuổi vị thành niên 146  
**T**he clinical characteristic of dissociative movements, dissociative amnesia, dissociative seizure in adolescents  
**Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Thu Hà**

- 42 **Đ**ặc điểm trầm cảm và bệnh lý cơ thể ở bệnh nhân cao tuổi 149  
**The characteristic of depression and physical diseases in elderly patients**  
**Đoàn Thị Huệ, Trần Thị Tuyết Mai**
- 43 **N**guyên nhân vi khuẩn và phân bố týp huyết thanh của streptococcus pneumoniae và 153  
haemophilus influenzae gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại Hải Dương  
**Cause of bacteria and distribution serotypes of streptococcus pneumoniae and**  
**haemophilus influenzae in community-acquired pneumonia children in Hai Duong**  
**Lê Thanh Duyên, Nguyễn Tiến Dũng**
- 44 **Đ**ánh giá chất lượng cuộc sống công nhân khai thác than bị viêm mũi xoang mạn tính 156  
công ty than Nam Mẫu Uông Bí Quảng Ninh  
**Evaluation of the quality of life in the coal mining workers with chronic rhinosinusitis**  
**Nam Mau company Uong Bi Quang Ninh**  
**Nguyễn Như Đua, Lương Thị Minh Hương, Trương Việt Dũng**
- 45 **Ch**ất lượng và một số yếu tố liên quan đến nhận định tình trạng người bệnh khi vào 160  
khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai của điều dưỡng năm 2016  
**The quality and factors relating to nursing assessment on patients admitted to**  
**intensive care unit in Bach Mai Hospital**  
**Hoàng Minh Hoàn, Đào Xuân Cơ, Phạm Huy Tuấn Kiệt**
- 46 **M**ột số yếu tố liên quan đến thực hành vệ sinh và chăm sóc răng miệng ở trẻ mắc 164  
bệnh hemophilia tại Bệnh viện Nhi Trung ương  
**Some factors related to practical cleaning and sanitary care in children with**  
**hemophilia at National Hospital of Pediatrics**  
**Đỗ Văn Cẩn, Trịnh Đình Hải, Dương Thị Diễm Hằng**
- 47 **Đ**ánh giá hiệu quả kết hợp methotrexat và tiêm depo-medrol nội khớp trong điều trị 167  
viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam  
**Evaluation of the combined effect of methotrexate and intra-articular depo- medrol in**  
**the treatment of early rheumatoid arthritis at Ha Nam general Hospital**  
**Lê Quang Minh, Lại Thùy Dương**
- 48 **K**ết quả hóa-xạ trị đồng thời điều trị hỗ trợ ung thư trực tràng giai đoạn II-III sau 171  
phẫu thuật triệt căn  
**The results of concurrent chemoradiation as an adjuvant therapy for post curative**  
**surgery treatment on patients with rectal cancer stage II and stage III**  
**La Vân Trường**
- 49 **Đ**ánh giá tương quan giữa chỉ số chức năng thông khí phổi và mức độ kiểm soát hen 176  
trên bệnh nhi hen phế quản  
**Relationship between lung function indexes and asthma management**  
**Đào Thị Thu Trang, Nguyễn Thị Bình**
- 50 **K**iến thức và thực hành phòng chống tật khúc xạ của học viên trường trần đại nghĩa 179  
**Effectiveness of intervention knowledge and practice about prevention of refractive**  
**eyes of cadetsats**  
**Phí Vĩnh Bảo, Nguyễn Văn Tập,**  
**Đào Văn Dũng, Trần Văn Hưởng**

- 51 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi tại Khoa Tai Mũi Họng 184  
- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên  
**T**o evaluate treatment of surgical septum deformities by endoscopy surgery at  
Otorhinolaryngology Department - Thai Nguyen National Hospital  
**Nguyễn Công Hoàng**
- 52 **N**ghiên cứu thành phần hoá học của cây lá đắng (*vernonia amygdalina* del.) 187  
**S**tudying the chemical components of bitter leaf (*vernonia amygdalina* del.)  
**Nguyễn Mạnh Tuyển, Phạm Thái Hà Văn**
- 53 **T**hực trạng kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện 191  
tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2015-2016  
**A**ntibiotic resistance of some strains of bacteria that infect the Hospital at Ninh Binh  
Hospital of Maternity and Children in 2015-2016  
**Đỗ Văn Dung, Nguyễn Thị Hương**
- 54 **Đ**ánh giá kết quả điều trị phẫu thuật mất vững bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít tại Bệnh 196  
viện Việt Đức  
**R**esult of surgery treatment for occipitocervical instability at Viet Duc Hospital  
**Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn**
- 55 **H**iệu quả dự phòng buồn nôn-nôn của ondansetron phối hợp dexamethason sau 198  
phẫu thuật nội soi phụ khoa  
**O**ndansetron combined with dexamethason in preventing postoperative nausea and  
vomiting following laparoscopic gynecological surgery  
**Nguyễn Văn Minh, Thamvisith Thienxay**
- 56 **Đ**ặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh móng chọc thịt 202  
**C**linical characteristics and some predisposing factors to the ingrown toenail disease  
**Lương Huy Vĩnh, Nguyễn Hữu Sáu**
- 57 **N**ghiên cứu các yếu tố nguy cơ, các phương pháp điều trị loãng xương và biến chứng 205  
của loãng xương trên người Việt Nam  
**R**esearch for the risk factors, treatment methods for osteoporosis disease and its  
complication in Vietnamese population  
**Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến**
- 58 **T**hực trạng bệnh tật, điều trị thuốc ARV và sự dụng dịch vụ y tế, xã hội của người 210  
nhiễm HIV tại Quảng Trị năm 2015  
**C**haracteristics of situation illness and treatment of patients with HIV ARV drugs in  
Quang Tri 2015  
**Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung, Đào Thị Minh Hồng,  
Trần Thị Khuyên, Đào Huy Cừ, Nguyễn Thế Duy**
- 59 **S**o sánh hiệu quả gây tê tủy sống bằng bupivacain đẳng trọng với tỷ trọng cao khi 214  
kết hợp fentanyl trong phẫu thuật lấy thai  
**C**omparison of intrathecal plain and hyperbaric bupivacaine both with fentanyl for  
cesarean section  
**Nguyễn Văn Minh**