KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC TẠO HÌNH NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI

Hoàng Văn Hậu[1], Đỗ Trường Thành[2], Hoàng Long[1], Vũ Nguyễn Khải Ca[1], Nguyễn Đình Liên[1], Đỗ Ngọc Sơn[2], Nguyễn Đức Minh[2], Trần Chí Thanh[2], Vũ Văn Hà[2], Nguyễn Minh Tuấn[3], Phạm Văn Khiết[4], Ngô Trung Kiên[4]

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới khá an toàn và hiện đang được áp dụng tại một số bệnh viện lớn ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới. **Đối tượng và phương pháp**: 31 trường hợp trên 15 tuổi được chẩn đoán và điều trịniệu quản sau tĩnh mạch chủ và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2019. **Kết quả**: Thời gian phẫu thuật trung bình là 92,6±32,9 phút, thời gian khâu nối niệu quản: 30,3±10,2 phút. Thời gian nằm viện trung bình dưới 5 ngày 71%. Tỉ lệ bệnh nhân có cải thiện mức độ giãn bể thận sau 1 tháng là 67,7%; sau 3 tháng là 60,0%. Mức lọc cầu thận trước và sau điều trị là: (GRF) 92,2 ± 23,2ml/phút/1,73m^2 và 101,5±27,6 (ml/phút/ 1,73m^2) sau 3 tháng. Kết quả tốt sau điều trịcho 31 bệnh nhân sau 3 tháng là 86,6%. **Kết luận**: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, ít đau, mang tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

SUMMARY

RESULTS OF RETROCAVAL URETER RECONSTRUCTIONS BY RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY

Repair and reconstruction operation by using retrocaval ureter laparoscopic surgery is safe and applying in some hospitals. **Objective:** To evaluate the results of retrocaval ureter by reconstructions retroperitoneal laparoscopic surgery. **Method**: Aclinical intervention study of 31 patients was operated to repair of retrocaval ureter by retroperitoneal laparoscopic surgery during the time from January 2011 to December 2019 in Viet Duc hospital, Ha Noi Medical University hospital, Bach Mai hospital and Saint Paul hospital**. Results**: The mean age was 34.3±16.3 years (15-68). Male was 64.5% (20/31) and 35.5% was female (11/31), the symtoms of retrocaval patients presented for right-sided flank pain 87.1%. Computed tomography (CT) showed hydronephrosis and dilatation of the upper third of the right ureter, it highlighted pyelo-calyceal dilatation level II (71%) of the right kidney signing the obstacle on the urinary tract presenting 100% typical Saxophone shaped and J reverse configurationwith right retrocaval ureter type I (31/31) 100%. The mean operation time was 92.6±32.9 minutes. Uretero-ureterostomy anastomosis meantime was 30.3±10.2. The JJ-stent was removed 4 weeks after surgery; mean hospital stay was shorter than 5 day (71%).The reducing hydronephrosis level was 67.7% after 1 month, 60% after 3 month. Glomerular fitration rate (GFR) was 92.2±23.2ml/minute/173m^2 preoperation and 101.5±27.6 (ml/minute/1.73m^2) at 3 month postoperation. **Conclusion:** The retroperitoneal laparoscopic approach to repair retrocava is feasible and safe surgical method. Patients have achieved a good treatment with short hospital stay, painless, higher aesthetic trend.

Key words: Retroperitoneal laparoscopic; retrocaval ureter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (NQSTMCD) là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp với tỷ lệ 1/1500 – 1/1000 người [1]. Các nghiên cứu về phôi thai học cho thấy đây thực chất là một bất thường trong quá trình hình thành tĩnh mạch chủ dưới vào tuần thứ 6 đến thứ 8 của phôi thai. Vì vậy, NQSTMCD thường gặp ở bên phải, tần suất xuất hiện của bệnh gấp ba đến bốn lần ở nam giới so với nữ giới [2].

Trước đây phẫu thuật mở tạo hình niệu quản là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Ngày nay với xu hướng phát triển kỹ thuật nội soi điều trịbệnh lý tiết niệu. Năm 1994,Baba đã giới thiệu ca kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua ổ bụng tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ, đến năm 1999, Salomon lần đầu tiên ứng dụng nội soi sau phúc mạc điều trị NQSTMCD [2]. Nghiên cứu của Mao và cộng sự (2017) so sánh phẫu thuật nội soi sau phúc mạc và mổ mở cho thấy nhiều ưu điểm: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, lượng máu mất trong mổ ít, giảm thời gian nằm viện và hồi phục sau mổ cho bệnh nhân [3].

Tại Việt Nam, từ năm 2007 tới 2011 các tác

[1]*Bệnh viện ĐH Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Việt Đức,*
[3]*Bệnh viện Bạch Mai*
[4]*Bệnh viện Xanh Pôn*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Hậu
Email: hauhmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 2/5/2020
Ngày phản biện khoa học: 20/5/2020
Ngày duyệt bài: 27/5/2020

giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Phát, Trần Chí Thanh, Vũ Nguyễn Khải Ca… đã thực hiện thành công phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ. Tuy nhiên, các kết quả về điều trị bệnh lý niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc vẫn còn những hạn chế do số lượng bệnh nhân được phẫu thuật chưa nhiều. Do vậy nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá kết quả tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc**.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán niệu quảnnằm sau tĩnh mạch chủ dưới (NQSTMCD) với đầy đủ tiêu chuẩn lâm sàng, siêu âm, chụp cắt lớp đa dãy (MSCT) hệ tiết niệu có dựng hình, có hồ sơ phẫu thuật đầy đủ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.Tiêu chuẩn loại trừ: có chống chỉ định phẫu thuật và đã phẫu thuật cùng bên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng theo dõi dọc trên các bệnh nhân NQSTMCD được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Xanh Pôntrong thời gian từ 1/2011- 12/2019. Cỡ mẫu nghiên cứu thuận tiện được lựa chọn trên bệnh có tỷ lệ khá hiếm. Tổng số 31 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ dưới trong đó có 14 bệnh nhân hồi cứu (nhóm 1) và 17 bệnh nhân tiến cứu (nhóm 2).

2.3. Qui trình kỹ thuật mổ nội soi. Hoàn thiện hồ sơ với đầy đủ thông tin, tên, tuổi, chiều cao, cân nặng, tiền sử bệnh tiết niệu, tiền sử bệnh khác, có sỏi thận, niệu quản kết hợp, giải thích kỹ về phương pháp điều trị nội soi sau phúc mạc, tai biến, chuyển mổ mở nhỏ.

2.4. Chỉ định. Tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ: trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất 15 tuổi, cao nhất 68 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện hẹp niệu quản sau tĩnh mạch chủ với triệu chứng lâm sàng đau hông lưng (87,1%), chạm thận (+) một trường hợp, tiểu buốt hoặc khám tình cờ… chụp cắt lớp vi tính cho hình ảnh điển hình của niệu quản sau tĩnh mạch chủ. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật đều không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi hoặc tiền sử phẫu thuật tiết miệu cũ cùng bên.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Giải thích kỹ cho bệnh nhân về ưu điểm của PTNS sau phúc mạc điều trị NQSTMCD

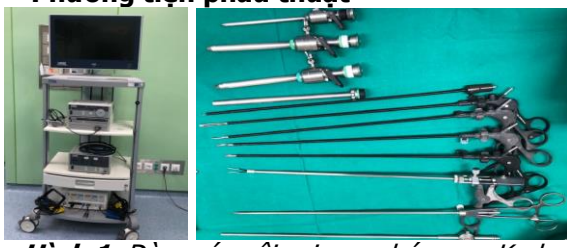
- Các biện pháp xử lý nếu có biến chứng để người bệnh yên tâm

Chuẩn bị phương tiện phẫu thuật

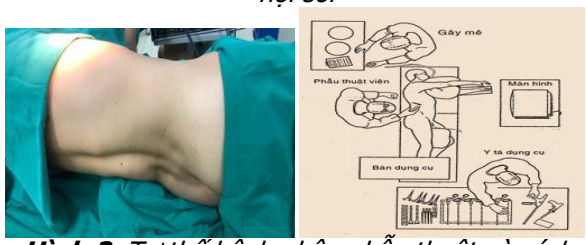
- Phòng mổ ngoại tiết niệu.
- Bàn mổ có thể gập góc ở giữa hoặc độn gối ở vùnghông.
- Bộ dụng cụ nội soi ổ bụng, gồmcó:

+ Dàn máy nội soi ổ bụng Karl- Storz có hệ thống bơm hơi điều chỉnh áp lực.

Phương tiện phẫu thuật



Hình 1. *Dàn máy nội soi sau phúc mạc Karl-Storz® và các dụng cụ sử dụng trong phẫu thuật nội soi*



Hình 2. *Tư thế bệnh nhân phẫu thuật và cách bố trí phòngmổ*

Các bước phẫu thuật

Bước 1: Vị trí đặt trocar

+ Trocar 1: 10mm được đặt theo phương pháp mở ở trên đường nách giữa

+ Trocar 2: 10mm ở đầu dưới xương sườn XII, trên đường nách sau dưới

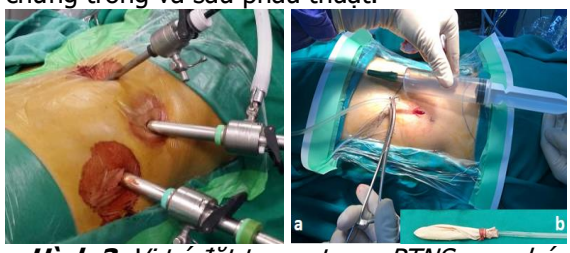
+ Trocar 3: 5mm trên đường nách trước

Bước 2: Phẫu tích bộc lộ niệu quản, tĩnh mạch chủ dưới, bể thận và cực dưới thận.

Bước 3: Tạo hình niệu quản

Bước 4: Kiểm tra miệng nối niệu quản, rút trocar

Bước 5: Theo dõi, xử trí các tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.



Hình 3. *Vị trí đặt trocar trong PTNS sau phúc mạc bơm hơi tạo khoang sau phúc mạc bằng bóng (a là xi lanh 50ml dùng để bơm hơi, b là bóng được tạo thành từ 1 ngón tay găng)*

2.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Trong khi phẫu thuật: Phẫu thuật thành công: phẫu thuật an toàn, tạo hình được niệu quản khi không có tai biến chảy máu, rách thủng phúc mạc, tràn khí dưới da. Phẫu thuật thất bại: không tạo hình được niệu quản, chuyển mổ mở. Hậu phẫu không đau; bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh, giảm đau ít, thời gian phục hồi sức khỏe nhanh, ăn sớm, ngủ được, vận động sớm, rút xông tiểu sau 1 ngày, ra viện sau 3-5 ngày. Khám lại sau mổ 1 tháng để rút ống thông niệu quản (JJ) khám lại bệnh nhân sau 3 tháng, 6 tháng và hàng năm khám lâm sàng, siêu âm và chụp phim có thuốc cản quang để đánh giá sự lưu thông niệu quản, độ giãn ứ niệu quản giảm hoặc hết.

Sau khi phẫu thuật

Kết quả tốt: Hết các triệu chứng lâm sàng, vết mổ đẹp, siêu âm hết hoặc giảm giãn niệu quản, chụp lưu thông thấy thuốc lưu thông tốt trên phim, không có biến chứng(Clavien Dido = 1). Hậu phẫu không đau (VAS =0-1) và bệnh nhân hài lòng.

Kết quả khá: Hết triệu chứng lâm sàng, vết mổ đẹp, siêu âm hết giãn hoặc giảm giãn niệu quản, chụp lưu thông thấy thuốc lưu thông tốt trên phim, không có biến chứng (Clavien Dido = 1, VAS = (0-1). Hậu phẫu đau ít và bệnh nhân hài lòng.

Kết quả trung bình, xấu: Còn triệu chứng lâm sàng, có biến chứng (Clavien Didol =2), đau nhiều VAS=2, không cải thiện triệu chứng, siêu âm còn giãn thận và niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật (n=31)

Đặc điểm		Nhóm 1 (n=14)		Nhóm 2 (n=17)		Chung (n=31)	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi	Dưới 19 tuổi	4	28,6	2	11,8	6	19,4
	20-29 tuổi	5	35,7	4	23,5	9	29,0
	30-39 tuổi	2	14.3	4	23,5	6	19,4
	40-49 tuổi	0	0	2	11,8	2	6,5
	Trên 50 tuổi	3	21,4	5	29,4	8	25,8
	Tuổi trung bình X±SD (min-max)	30,1±15,48 (17-63)		37,1±16,6 (15-68)		34,3±16,3 (15-68)	
Giới	Nam	11	78,6	8	47,1	19	69,8
	Nữ	3	21,4	9	52,9	12	30,2
Mức độ giãn bể thận trên CT scan (n= 31)	Giãn độ 1	4	28,6	1	5,9	5	16,1
	Giãn độ 2	9	64,3	13	76,5	22	71,0
	Giãn độ 3	1	7,1	3	17,6	4	12,9

Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 20 đến 40 chiếm gần 50%, tuổi trung bình: 34,3±16,3 tuổi, tuổi thấp nhất là 15 và cao nhất là 68. Tỷ lệ nam/nữ 2/1.

Bảng 3.2. Kết quả trong và ngay sau mổ

		Nhóm 1(n=14)		Nhóm 2 (n=17)		Chung (n=31)	
		n	%	n	%	n	%
Thời gian phẫu thuật	<60	2	14,3	3	17,6	5	16,1
	60-89	7	50,0	6	35,3	13	41,9
	90-119	4	28,6	5	29,5	9	29,0
	>120	1	7,1	3	17,6	4	12,9
	X±SD (min-max)	87,1±23,6 (50-130)		97,1±39,2 (45-180)		92,6±32,9 (45-180)	
Thời gian khâu nối niệu quản	<30	4	28,6	7	41,2	11	35,5
	30-44	10	71,4	8	47,1	18	58,1
	≥45	0	0	2	11,8	2	6,5
	X±SD (min-max)	30,7±9,2 (10-40)		30,0±11,3 (15-45)		30,3±10,2 (15-45)	
Thời gian sử dụng thuốc giảm đau	<3 ngày	7	50,0	3	17,6	10	32,3
	7> ngày>= 3	7	50,0	14	82,4	21	67,7
Thời gian nằm viện	< 5 ngày	12	85,7	10	58,8	22	71,0
	5-7 ngày	2	14,3	7	41,2	9	29,0

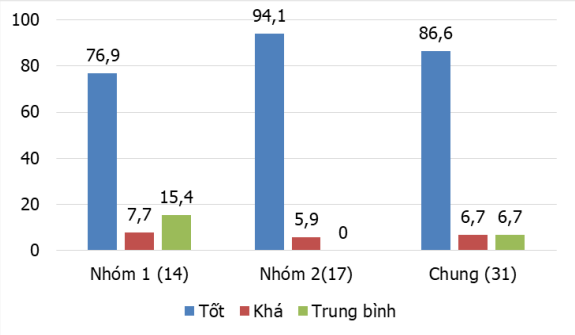
Thời gian phẫu thuật 92,6±32,9 phút, Thời gian khâu nối niệu quản: 30,3±10,2 phút. Thời gian

nằm viện trung bình dưới 5 ngày 71%.Thời gian dùng thuốc giảm đau từ 3 đến 5 ngày chiếm chủ yếu, dài nhất là 7 ngày.

Bảng 3.3. *So sánh triệu chứng lâm sàng, mức độ giãn bể thận trước và sau điều trị*

Đặc điểm			Nhóm 1 (n=14)		Nhóm 2 (n=17)		Chung (n=31)	
			n	%	n	%	n	%
Đau hông lưng	Trước điều trị	Có	11	78,6	16	94,1	27	87,1
		Không	3	21,4	1	5,9	4	12,9
	Sau điều trị	Có	0	0	0	0	0	0
		Không	14	100	17	100	31	100
Giảm mức độ giãn bể thận trên siêu âm sau 1 tháng		Có	10	71,4	11	64,7	21	67,7
		Không	4	28,6	6	35,3	10	32,3
Giảm mức độ giãn bể thận trên CT scan sau 3 tháng (n=30)		Có	7	53,8	11	64,7	18	60,0
		Không	6	46,2	6	35,3	12	40,0

Sau điều trị, triệu chứng đau hông lưng cải thiện rõ rệt, không còn bệnh nhân nào có triệu chứng này. Mức độ giảm giãn bể thận trên siêu âm sau 1 tháng cũng cải thiện rõ: 21/31(67,7%) các trường hợp, sau 3 tháng tỷ lệ giảm mức độ giãn bể thận trên cắt lớp vi tính là 18/30 (60%) (chỉ có 30 ca đánh giá được trên CT scanner sau 3 tháng).



Bảng 3. 4. Kết quả điều trị chung sau 3 tháng (n=30)

Sau 3 tháng chúng tôi khám lại cho 30 bệnh nhân có kết quả tốt 86,6% (26/30), khá 6,7%, trung bình 6,7%. Theo bảng tiêu chuẩn phân loại kết quả phẫu thuật ban đầu.

IV. BÀN LUẬN

Cho đến những năm 90 của thế kỷ XX, mổ mở kinh điển được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh. Bắt đầu từ Harril năm 1940 với kỹ thuật mổ mở cắt đoạn bể thận giãn chuyển về vị trí giải phẫu trên bệnh nhân thận ứ nước, một loạt các nghiên cứu điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới được công bố. Ngày nay, phương pháp phẫu thuật nội soi được ưu tiên sử dụng, tác giả Schuessler năm 1993 hay Baba và cs năm 1994 với phương pháp phẫu thuật nội soi qua ổ bụng, cho đến Matsuda và cs năm 1996 với kỹ thuật nội soi qua phúc mạc [5],[6],[7]. Đến năm 1999, trường hợp lâm sàng đầu tiên được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới được Salomon và cs thực hiện [8]. Tại Việt nam, một số báo cáo riêng lẻ của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Phát, Nguyễn Văn Học (2007), Trần Chí Thanh Trần Chí Thanh, Đỗ Ngọc Sơn, Vũ Nguyễn Khải Ca và cs (2011) đã sử dụng phương pháp nội soi sau phúc mạc điều trị bệnh lý NQSTMCD mang lại kết quả tốt..

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian 9 năm từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2019, tại 4 bệnh viện lớn của miền Bắc, kết quả lựa chọn được 31bệnh nhân có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đưa vào nghiên cứu, trong đó có 14 bệnh nhân được hồi cứu và 17 bệnh nhân tiến cứu.

Thời gian mổ trung bình của phẫu thuật nội soi là 92,6±32,9 phút (bảng 3.2). Kết quả của chúng tôi tương đương với với kỹ thuật mổ mở là 95,6±22,0 phút của Mao và CS (2017), và ngắn hơn so với kỹ thuật nội soi là 112,0±42,1 phút của chính tác giả này [3]. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi cũng nhanh hơn của Ricciardulli (2015) và cộng sự cũng sử dụng kỹ thuật nội soi sau phúc mạc tương tự với thời gian phẫu thuật trung bình là 131 phút [4]. Cũng như tác giả chúng tôi thấy rằng chúng tôi thấy rằng thời gian khâu nối niệu quản là:Thời gian khâu nối niệu quản: 30,3±10,2 phút, chiếm chủ yếu trong toàn bộ phẫu thuật, trung bình từ 40-60 phút. Thời gian đầu khi mới bắt đầu triển khai kỹ thuật, cần nhiều thời gian hơn để giải phóng niệu quản, để đặt JJ, để khâu nối.

Thời gian nằm viện trung bình: Thời gian nằm viện trung bình dưới 5 ngày chiếm 71%. Theo nghiên cứu của Mao và cộng sự (2017) cho thấy, thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật nội soi là 7,4±1,1 ngày [3] và so với nhóm phẫu thuật mở là: 14,8±1,1 ngày. Nghiên cứu của Ricciardulli và cộng sự (2015) cho thấy thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 2,5 ngày (từ 2-3 ngày) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm phẫu thuật nội soi đa phần bệnh nhân chỉ

cần nằm viện dưới 5 ngày (71%). Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Mao và cộng sự, cao hơn Ricciardulli và cộng sự.

Cải thiện triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật: Sau khi ra viện, tất cả 31 bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được tái khám để rút thông JJ qua nội soi bàng quang. Bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau hông lưng trước phẫu thuật là 87,1%, sau phẫu thuật 4 tuần, không còn bệnh nhân nào có biểu hiện triệu chứng. Trước phẫu thuật, có 1 bệnh nhân có chạm thận dương tính, sau phẫu thuật không có bệnh nhân nào chạm thận dương tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Như vậy, sau phẫu thuật 4 tuần, bệnh nhân đã có sự hồi phục về mặt lâm sàng. Kết quả này tương đồng với Mao và cộng sự (2017) [3]. Theo tác giả, thời gian hồi phục cơ thể trung bình của phẫu thuật nội soi là 23,6±2,4 ngày, thấp hơn ở mức có ý nghĩa thống kê p<0,05 so với mổ mở là 52,8±1,3 ngày.

Cải thiện cận lâm sàng sau phẫu thuật: Mức độ giãn bể thận trên siêu âm sau 1 tháng cũng cải thiện rõ: 21/31 (67,7%) các trường hợp, sau 3 tháng tỷ lệ giảm mức độ giãn bể thận trên cắt lớp vi tính là 18/30 (60%) (chỉ có 30 ca đánh giá được trên CT scanner sau 3 tháng). Kết quả này tương đương với Ricciardulli, sau 3 tháng giảm độ giãn thận rõ rệt, sau phẫu thuật tình trạng lưu thông niệu quản tốt hơn, do vậy tình trạng ứ nước thận cũng đã cải thiện rõ.

Cải thiện chức năng thận sau phẫu thuật: Mức lọc cầu thận trước và sau điều trị là: (GRF) 92,2±23,2 ml/phút/1,73m^{2}và 101,5±27,6 (ml/phút/1,73m^2) sau 3 tháng. Sau 3 tháng phẫu thuật, 30 bệnh nhân có kết quả tốt 86,6% (26/30), khá 6,7% và trung bình 6,7%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản điều trị bệnh lý NQSTMCD cho kết quả tốt. Phẫu thuật nội soi mang lại nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở như: Tính hiệu quả, tính an toàn cao (Clavien – dido =1), thời gian phẫu thuật ngắn tương đương phẫu thuật mở, ít đau sau mổ (VAS = 0), giảm thời gian nằm viện và hồi phục về giải phẫu va chức năng sau mổ, đảm bảo tính thẩm mỹ nhờ tính xâm lấn tối thiểu. Do đóphẫu thuật nội soi sau phúc mạc nên là lựa chọn ưu tiên điều trị bệnh lý niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mc Dougal W.S., Wein A.J., Kavoussi L.R. et al (2015),** Campbell-Walsh Urology 11th Edition Review E-Book. Elsevier Health Sciences.
2. **Abdessater M., El Khoury R., Elias S. et al. (2019),** Diagnosis and laparoscopic management of retrocaval ureter: A review of the literature and our case series, Int J Surg Case Rep, 59165-175.
3. **Mao L., Xu K., Ding M. et al. (2017),** Comparison of the efficacy and safety of retroperitoneal laparoscopic and open surgery for the correction of retrocaval ureter, Therapeutics and clinical risk management, 13697.
4. **Ricciardulli S., Ding Q., Zhang X. et al. (2015),** Retroperitoneal laparoscopic approach for retrocaval ureter: our experience on 27 cases, Journal of Urology and Research, 2(4), 1033.
5. **Schuessler W.W., Grune M.T., Tecuanhuey L.V. et al. (1993),** Laparoscopic dismembered pyeloplasty, The Journal of Urology, 150(6), 1795-1799.
6. **Baba S., Oya M., Miyahara M. et al. (1994),** Laparoscopic surgical correction ofcircuivicaval ureter, Urology, 44(1), 122-126.
7. **Matsuda T., Yasumoto R., Tsujino T. (1996),** Laparoscopic Treatment of a Retrocaval Ureter, European Urology, 29115-118.
8. **Salomon L., Hoznek A., Balian C. et al. (1999),** Retroperitoneal laparoscopy of a retrocaval ureter, BJU Int, 84(1), 181-182.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHẦY BẰNG ĐINH METAIZEAU

Nguyễn Đức Bình[1], Nguyễn Hạnh Quang[1], Nguyễn Tiến Bình[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu điều trị 48 BN gãy đầu dưới xương chày bằng đinh Metaizeau tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Xanh pôn- Hà nội. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị, chỉ định, ưu, nhược điểm của phương pháp. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu tiến cứu, thử lâm sàng không nhóm chứng. **Kết quả:** Rất tốt: 9,1%; tốt: 81,8%; trung bình: 9,1% và không có kết quả kém. Không ghi nhận các biến chứng viêm xương và khớp giả. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị của phương pháp. **Kết luận**: Phương pháp kết hợp xương bằng đinh Metaizeau là một chỉ định hợp lý cho những gãy đầu dưới xương chày.

Từ khoá: Gãy đầu dưới xương chày, đinh Metaizeau

**Bệnh viện Xanh Pôn*
***Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Bình
Email: binhstpaul@yahoo.com
Ngày nhận bài: 29/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 19/5/2020
Ngày duyệt bài: 26/5/2020

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT FOR DISTAL METAPHYSEAL TIBIAL FRACTURES BY METAIZEAU NAIL

Aims: Study on the treatment for distal metaphyseal tibial fractures by Metaizeau nail. **Patients and method:** 48 patients of 43 OTA/AO type A distal metaphyseal tibial fractures were treated by Metaizeau Nail in Trauma-Orthopedic department- St. Paul hospital, Hanoi, from 01/2014 to 12/2018. **Results:** The treatment outcome: excellent: 9,1% good: 81,8% fair: 9,1% bad: 0%. There was no complication: osteitis, pseudarthroses. The purpose of study wasevaluated thetreatment outcome of this method. **Conclusions:** Five years of clinical experience have shown that the TEN could be reasonable indication for unstable distal metaphyseal tibia fractures.

Key words: Distal tibia fracture, Metaizeau elastic nailing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay những gãy đầu dưới xương chày thường được mổ mở, kết hợp xương nẹp vít. Kỹ thuật này có đem tới sự nắn chỉnh tốt, tuy nhiên cũng có không ít những nguy cơ nhiễm trùng [1]. Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ rất cao, thậm chí chiếm tới 50% [2]. Các tác giả Olerud và Karlstrom [3]báo cáo kết hợp xương nẹp vít có hiện tượng chậm liền xương, nhiễm trùng và gãy nẹp. Để giảm những nguy cơ này, một số phương pháp được áp dụng gồm: kết hợp xương bằng cố định ngoài ở giai đoạn đầu, sau đó kết hợp xương xâm lấn tối thiểu ở thì sau. Kết hợp xương bằng đinh nội được coi như một phương pháp lý tưởng cho những gãy thân xương [4] và dần được mở rộng cho những gãy đầu dưới xương chày. Phương pháp này có ưu điểm là không phải mở ổ gãy, độ vững cao với nhiều điểm có thể cố định. Tuy nhiên đầu dưới xương chày loe rộng, ngắn, một số trường hợp phạm khớp là những khó khăn để có thể áp dụng pháp này. Có thể dẫn tới những biến chứng như không liền xương, liền lệch và gãy đinh.

Để khắc phục những vấn đề trên, chúng tôi áp dụng bằng KHX đinh Metaizeau là một chùm đinh có đường kính nhỏ, đàn hồi với đầu được uốn cong[5]. Những đinh này được đóng vào ống tuỷ và những đầu cong được toả ra các hướng, neo vào vùng hành xương. Tuy nhiên liệu với hai đinh như thông thường có đủ độ vững hay không hay phải đóng thêm một hoặc hai đinh nữa. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng đinh Metaizeau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. 48 BN, tuổi từ 30 đến 87 (trung bình 56,1). Gồm 31 nam, 17 nữ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
- Gãy kín đầu dưới xương chầy loại A (phân loại AO/OTA), có tổn thương phần mềm ở mức độ 0, 1, 2 (phân loại Tschern) và gãy hở độ I, II, IIIA (Phân loại Gustilo).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy xương bệnh lý.
- Dị dạng ống tuỷ
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp với theo dõi dọc.

Nội dung nghiên cứu:

- Thăm khám lâm sàng và đánh giá phim XQ trước mổ
- Dụng cụ: chuẩn bị C-arm, bàn mổ chỉnh hình và dụng cụ phẫu thuật
- Vô cảm: tê tuỷ sống hoặc mê NKQ
- Kỹ thuật mổ

+ Bệnh nhân trên bàn chỉnh hình, kéo nắn phục hồi giải phẫu ổ gãy xương chày dưới C-arm.

Hình 1. *Tư thế bệnh nhân*

+ Trong trường hợp có gãy xương mác, nếu có chỉ định mổ sẽ tiến hành phẫu thuật kết xương mác bằng nẹp vít hoặc đóng đinh Kirschner trước.

+ Dưới C-arm, đóng các đinh Metaizeau xuôi dòng từ đầu trên xương chày qua ổ gãy xuống đầu dưới xương chầy.

Hình 2. *Chụp C- arm kiểm tra kết quả kết hợp xương*

+ Kiểm tra dưới C-arm, nếu thấy doãng mộng chày mác, sẽ bắt 1 vít vỏ xương cứng đk 3,5 mm

bắt qua 3 hoạc 4 vỏ xương để cố định khớp chầy mác dưới.

- Chăm sóc sau phẫu thuật

+ Rút dẫn lưu 48 giờ sau mổ

+ Hướng dẫn BN tập vận động khớp cổ chân và khớp gối sau 48 giờ

+ Tập đi: Những BN được KHX bằng 3 hoặc 4 đinh được tăng cường nẹp bột và tập đi chống 2 nạng có tỳ một phần lên chân mổ ngay từ những ngày đầu sau mổ cho tới hết tuần thứ 6. Những BN được KHX 2 đinh phải tăng cường bột cẳng bàn chân, đi chống 2 nạng khôngtỳ lên chân mổ trong 6 tuần đầu.

+ Thời gian hẹn BN đến mổ tháo phương tiện kết xương sau tối thiểu là 1 năm

Đánh giá kết quả

+ Đánh giá kết quả gần trên cắc mặt: diễn biến tại vết mổ, kết quả nắn chỉnh phục hồi giải phẫu và kết quả kết xương.

+ Đánh giá kết quả xa, sau mổ tối thiểu 12 tháng. Đánh giá trên các mặt:tình trạng sẹo mổ, tình trạng liền xương tại ổ gãy, kết quả phục hồi trục xương theo tiêu chuẩn của Johner- Wrush [6] và kết quả phục hồi chức năng của Olerud (1984)[7]. Trong đó kết quả chỉnh trục dựa trên phim XQ để đánh giá trục thẳng, nghiêng và dựa trên lâm sàng để đánh giá mức độ xoay.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

3.1.1. Đặc điểm chung

- 48 BN: nam 31BN (64,6%), nữ17 BN (35,4%). Tuổi từ 30-87 (TB 56,1 tuổi)

- Nguyên nhân: TNGT: 33 (68,6%), TNSH: 14 (29,2%), CTTT: 1(2,1%)

3.1.2. Đặc điểm tổn thương

- Gãy kín: 34 (70,8%), gãy hở: 14 (29,2%)

- Phân loại gãy hở (Gustilo): độ I: 5, độ II: 7, độ IIIa: 2

- Phân loại tổn thương phần mềm trong gãy kín:

- Độ 0:15 (44,1%) Độ 1:14 (41,2%) Độ II: 5 (14,7%)

- Phân loại gãy (Muller-AO): A1:16 (33,3%) A2: 23 (47,9%) A3:9 (18,8%)

- Khoảng cách từ khe khớp chày-sên tới đường gãy: dưới 3cm: 29 (60,4%), trên 3-5cm: 19 (39,6%)

- Gãy xương mác: 41 (85,4%)

- Tổn thương khớp chày-mác dưới: 6 (12,5%)

- Kết hợp xương mác: nẹp: 32 (78%), đinh kirschnner: 2(4,9%), không KHX: 7 (17,1%)

- Số đinh Metaizeau sử dụng kết xương: 2 đinh: 5 (10,4%); 3 đinh: 28 (58,3%); 4 đinh: 15 (31,3%)

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gần

- Vết mổ: liền sẹo kỳ đầu: 45 BN(93,8%); nhiễm khuẩn nông: 3 BN (6,2%)

- Kết quả chỉnh trục xương chầy sau mổ

Bảng 1. *Kết quả chỉnh trục xương chầy (n=48)*

Kết quả chung chỉnh trục xương chày	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	10	20,8
Tốt	35	72,9
Trung bình	3	6,3
Kém	0	0
Tổng	**48**	**100**

3.2.2. Kết quả thời điểm 3 tháng, 6 tháng (n=48)

- Kết quả chỉnh trục xương chày

Bảng 2. *Kết quả chỉnh trục xương (n=48)*

Kết quả chung chỉnh trục xương chày	3 tháng	6 tháng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	10	10	20,8
Tốt	33	33	68,8
Trung bình	4	4	8,3
Kém	1	1	2,1
Tổng	**48**	**48**	**100**

- Thời gian liền xương

+ Dưới 12 tuần: 25 bệnh nhân (52,1%)

+ Từ 12-24 tuần: 23 bệnh nhân (47,9%)

- Kết quả PHCN

Bảng 3. Kết quả PHCN 6 tháng (n=48)

Kết quả PHCN	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	6	12,5
Tốt	37	77,1
Trung bình	5	10,4
Kém	0	0
Tổng	**48**	**100**

3.2.3. Kết quả xa. Kiểm tra được 33 BN với thời gian theo dõi trung bình là 28,6 tháng (tối thiểu 12 tháng và xa nhất 59 tháng). Theo tiêu chuẩn đánh giá của Johner-Wrush.

Tình trạng sẹo mổ: mềm mại không viêm rò 100%. Kết quả liền xương đạt: 100%.

- Kết quả trục xương chày

Bảng 4. Kết quả trục xương chày (n=33)

Kết quả chỉnh trục xương chày	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	5	15.2
Tốt	26	78.8
Trung bình	2	6
Kém	0	0
Tổng	**33**	**100**

- Kết quả PHCN

Bảng 5. Kết quả PHCN (n=33)

Kết quả phục hồi chức năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	5	15.2
Tốt	25	75.8

Trung bình	3	8
Kém	0	0
Tổng	**33**	**100**

Bảng 6. Kết quả xa (n=33)

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	3	9.1
Tốt	27	81.8
Trung bình	3	9.1
Kém	0	0
Tổng	**33**	**100**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về liền vết thương. Theo các nghiên cứu của Mcnab [8], thì đoạn 1/3 dưới và đầu dưới xương chày là nơi được cấp máu ít nhất ở cẳng chân. Hơn nữa, phần mềm xung quanh chỉ có da và gân nên khi gãy đầu dưới xương chầy nếu mổ kết xương nẹp vít thì nguy cơ nhiễm khuẩn toác vết mổ lộ xương và nẹp vít rất cao. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhiễm khuẩnlà 6,3% tương đồng với những nghiên cứu KHX đinh NT của Kruppa (7,1%), Nork (6,4%) và thấp hơn so với KHX nẹp vít của Mustaq (9,5%), Palvuvadi (10%).

4.2. Về khả năng chỉnh trục. Chỉ định KHX đinh nội tuỷ có chốt điều trị gãy đầu dưới xương chầy chân cũng không được khuyến khích cho những gãy ở gần khớp vì đầu ngoại vi còn quá ngắn không đủ để bắt các vít chốt chống xoay. Đinh metaizeau với đầu cong phía xa trở nên ưu việt đối với các gãy vùng này với kiểu chốt khoá bên trong của nó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm ngay sau mổ: để đánh giá kết quả phẫu thuật, thấy có 3 BN lệch trục ở mức trung bình gồm 2 BN vẹo ngoài 7^0 và 1 BN vẹo trong 8^0. Tỷ lệ BN đạt kết quả tốt và rất tốt đạt 93,7%. Tại thời điểm 6 tuần sau mổ, theo dõi 48 BN, nhằm đánh giá khả năng duy trì kết quả chỉnh trục của phẫu thuật. Tuy số BN lệch trục so với thời điểm ngay sau mổ không thay đổi (3 BN) nhưng có 1 BN ổ gãy di lệch thêm từ mức trung bình (vẹo ngoài 7^0) xuống mức kém (vẹo ngoài 18^0). Tại thời điểm 3 tháng, theo dõi 48 BN, tổng số Bn lệch trục là 5 BN vì xuất hiện thêm 2 BN di lệch thứ phát. Tại các thời điểm trước cả 2 đều có kết quả chỉnh trục tốt nhưng sau đó 1 BN vẹo trong 9^0 và 1 BN vẹo ngoài 8^0. Tỷ lệ tốt và rất tốt là 89,6%. Tại thời điểm 6 tháng, theo dõi 48 BN, kết quả chỉnh trục trên XQ và lâm sàng không thay đổi so với thời điểm 3 tháng. Điều này có thể được lý giải bởi ở thời điểm 3 tháng, tuy rằng một số BN chưa liền xương hoàn toàn nhưng việc hầu hết có can cầu đã hình thành, góp phần không nhỏ vào độ vững của ổ KHX.Ở phần kết quả xa, theo dõi 33 BN, kết quả tốt và rất tốt là 94%. Tỷ lệ lệch trục khi KHX bằng đinh nội tuỷ trong nghiên cứu của Prasad là 20%, của Egol là 14%.

4.3. Về thời gian liền xương. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy KHX bằng đinh đàn hồi đã kích thích hình thành sớm những can xương ngoại vi, góp phần duy trì độ vững của ổ kết xương, sớm giúp BN giải phóng khỏi sự hỗ trợ của nạng, nhanh chóng hoà nhập với sinh hoạt hàng ngày. Đây là một trong những ưu điểm lớn nhất của phương pháp KHX bằng đinh đàn hồi.

Tại thời điểm 1,5 tháng, chúng tôi theo dõi được 48 BN, phim Xq cho thấy có những hình ảnh của can ngoại vi ở tất cả các BN tuy rằng ở các mức độ khác nhau ở các lứa tuổi và các dạng gãy. Tuy nhiên vẫn chưa có sự xuất hiện của can xương ở 2 mặt gãy. Tất cả những BN được KHX bằng 3 hoặc 4 đinh (40 BN) đều có thể tỳ hoàn toàn chân bên gãy mà không có cảm giác đau ở 40/48 BN. Tại thời điểm 3 tháng, theo dõi 48 BN thì có 25 BN (52,1%) xuất hiện can xương ở 2 mặt gãy, tuy nhiên gần một nửa số BN (23BN, 47,9%) vẫn chưa thấy hoặc rất mờ nhạt, đa số là những gãy ngang và gãy chéo. Tất cả các BN được bỏ nạng và tỳ chân hoàn toàn.

Tại thời điểm 6 tháng, theo dõi 48 BN, hầu hết đều liền xương vững, bắt đầu có sự sửa chữa can xương. Còn 1TH ở BN 65 tuổi, gãy hở độ IIIA, mất 1 phần xương thì ổ gãy vẫn chưa liền hoàn toàn, sau 12 tháng ổ gãy liền xương chắc. Thời gian liền xương trung bình trong nghiên cứu của Collinge là 21 tuần, của Redfern là 3 tháng. Đối với xương mác, tất cả đều liền xương, thời gian liền xương trung bình là 3,5 tháng.

4.4. Về phục hồi chức năng. Chúng tôi chọn ở thời điểm tối thiểu là 6 tháng vì ở khoảng thời điểm này, xương đã liền, bệnh nhân đã có thể tỳ chân hoàn toàn. Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, kết quả đánh giá chức năng cổ chân theo thang điểm của Olerud có 5 TH đạt kết quả trung bình (10,4%), không có TH nào kết quả kém, tỷ lệ đạt kết quả tốt và rất tốt là 89,6%. Đối với kết quả xa, chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện, khi có 3 BN có kết quả PHCN trung bình ở thời điểm sau 6 tháng chuyển lên mức tốt; tỷ lệ tốt và rất tốt là 91%. 3 BN này trước đó đau khi đi lại, phù nề, hạn chế vận động khớp cổ chân. Kiểm tra lại ở thời điểm 15 và 18 tháng, các triệu chứng trên không còn, BN có thể trở lại với công việc và sinh hoạt hàng ngày.

Kết quả này bắt nguồn từ những ưu điểm của KHX đinh đàn hồi đó là ngoài sự đạt được những tiêu chuẩn chung của KHX bên trong như nắn

chỉnh giải phẫu, đảm bảo độ vững tạo điều kiện cho phục hồi chức năng sớm. Thì những ưu thế riêng của FIN như KHX kín là không làm tổn thương thêm phần mềm chính vì vây khả năng phục hồi phần mềm quanh cổ chân thuận lợi hơn. Nhất là đối với vùng cổ chân khi mà phần mềm chỉ là da bọc xương. Một ưu thế nữa là sự PHCN của FIN khác hoàn toàn với của KHX nep vít, đinh NT chốt là những KHX vững chắc (rigid fixation). Nó đến từ sự liền xương mau chóng với sự xuất hiện của can cầu ở giai đoạn sau (tuần thứ 3) và ở sự liên kết lực giữa các đầu xương gãy với yếu tố phần mềm xung quanh qua đinh đàn hồi ngay sau khi KHX. Một sự PHCN được cho là hết sức sinh lý so với ở KHX bằng nẹp vit và đinh NT, khi mà chịu lực trong những tháng đầu hoàn toàn dựa trên phương tiện kết xương. Trong nghiên cứu của De Caffiniere [5] kết quả PHCN tốt và rất tốt là 85,8%, của Ehlinger điểm PHCN trung bình là 83,2%.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương bằng đinh Metaizeau là điều trị hiệu quả đối với gãy đầu dưới xương chầy với ưu điểm phục hồi tốt về giả phẫu, cố định ổ gãy vững chắc và bảo tồn tối đa hệ thống mạch nuôi dưỡng ổ gãy. Kết quả gần liền vết mổ kỳ đầu 100%, kết quả liền xương đạt 100%. Kết quả phục hồi chức năng đạt rất tốt là 9,1%, kết quả tốt là 81,8% và kết quả trung bình 9,1%. Không có kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wyrsch B, M.M., McAndrew M, et al** (1996). Operative treatment of fractures of the tibial plafond. A randomized, prospective study. J Bone Joint Surg Am. **78**: p. 1646-1675.
2. **McCann PA, J.M., Mitchell ST, et al** (2011).Complications of definitive open reduction and internal fixation of pilon fractures of the distal tibia. Orthop Rev. **35**: p. 413-418.
3. **Olerud S, K.G.** (1972). Tibial fractures treated by AO compression osteosynthesis. Experiences from a five year material. Acta Orthop Scand Suppl. **140** (1-104).
4. **Whittle AP, W.G.** (2003). Fractures of the lower extremity. Campbells's Operative Orthopaedics. p. 2757-2761.
5. **de la Caffiniere, J.Y., R. Benzimra, and N. Chanzy** (1999).[Treatment of distal metaphyseal fractures of the tibia with the interlocking flexible osteosynthesis system]. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. **85** (1): p. 42-50.
6. **R. Johner, W.** (1983). Classification of Tibial Shaft Fractures and Correlation with Results after Rigid Internal Fixation. Clinical Orthopaedics and Related Research. **178**: p. 7-25.
7. **Olerud, C. and H. Molander** (1984).A scoring scale for symptom evaluation after ankle fracture. Arch Orthop Trauma Surg. **103**(3): p. 190-4.
8. **Macnab, I. and W.G. De Haas** (1974).The role of periosteal blood supply in the healing of fractures of the tibia. Clin Orthop Relat Res. (105): p. 27-33.

ĐÁNH GIÁ CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP ĐỐI VỚI SỰ HÀI LÒNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGOẠI TRÚ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP Ở CẦN THƠ GIAI DOẠN 2016-2018

Nguyễn Phục Hưng*, Nguyễn Minh Chính**

TÓM TẮT

Mục đích: Đo lường mức độ hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công thông qua đó đánh giá được chất lượng dịch vụ, ngoài ra còn tìm hiểu được yêu cầu mong muốn của người dân, xây dựng các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, phát huy vai trò chính của các cơ sở y tế (CSYT) công lập trong công tác chăm sóc sức khỏe toàn dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1.084 người bệnhngoại trú có bảo hiểm y tế (BHYT) giai đoạn 2016 – 2017 và nghiên cứu can thiệp giai đoạn 2017 - 2018 tại 3 CSYT công ở thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Một số giải pháp can thiệp trong kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại 3 CSYT đã phát huy một phần hiệu quả. Sau can thiệp (SCT), tỉ lệ về sự hài lòng của người bệnh đối với kết quả cung cấp dịch vụ y tế tăng cao nhất ở bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ (từ 62,25% lên 69,50%). Mức hài lòng của người bệnh về khả năng tiếp cận tăng cao nhất ở TTYT huyện Phong Điền với mức tăng 12,28%. Sự minh bạch trong thông tin và thủ tục có tỉ lệ hài lòng tăng ở 3 bệnh viện, cao nhất tại bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ (17,40%). Với kết quả tăng từ 55,75% lên 74,38%, bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ có tỉ lệ người bệnh hài lòng với cơ sở vật chất và phương tiện đạt cao nhất. Còn về sự hài lòng của

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ,*
***Học viện Quân Y,*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phục Hưng
Email: phuchung275@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 5/5/2020
Ngày duyệt bài: 25/5/2020

người bệnh đối với thái độ, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế tại 3 bệnh viện đều đạt mức cao. **Kết luận:** Khảo sát cung cấp thêm tư liệu cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ và chất lượng chăm sóc trong công tác khám chữa bệnh tại Cần Thơ cũng như cả nước.

Từ khóa: khả năng tiếp cận, cơ sở vật chất, thái độ ứng xử.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF INTERVENTION SOLUTIONS TO OUT-OF-HEALTH CARE SERVICES WITH HEALTH INSURANCE AT SOME PUBLIC HEALTH ESTABLISHMENTS IN CAN THO CITY 2016-2018

Objective: Assessing the quality of hospital services and investigating the patients' demands of the outpatient medical services based on their satisfactory measurements. Consequently, contributing to the enhacement of health services' quality and improving the main role of health facilities in the overall health care system. **Subject and Methods:** Design of cross-sectional descriptive research on 1,084 patients for the 2016 - 2017 period and intervention research for the 2017 - 2018 period at 3 public health facilities in Can Tho city. **Results:** Some interventions on prescribing for outpatient at 3 health facilities seemed to be effective. After the intervention, the percentage of patients' satisfaction with the results of providing medical services increased the highest in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital (from 62.25% to 69.50%). The level of satisfaction of patients with accessibility increased the highest at Phong Dien district health center with an increase of 12.28%. The transparency of information and procedures has increased the satisfaction rate in 3 hospitals, the highest at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital (17.40%). With the results increasing from 55.75% to 74.38%, Can Tho University Medicine and Pharmacy Hospital has the highest rate of patients satisfied with facilities and facilities. As for the s atisfaction of patients with attitude, professional capacity of health workers in 3 hospitals are high. **Conclusions:** This research provides background knowledge for the healthcare organizations and policy makers to have a better understanding of the patients' opinions and their involvement in improving the health care services' quality.

Keywords: Accessibility of medical services, hospital facility, medical staff service attitude.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đo lường mức độ hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công là một việc khá quan trọng hằng năm, thông qua đó đánh giá được chất lượng dịch vụ, ngoài ra còn nắm bắt được yêu cầu mong muốn của người dân để góp phần xây dựng các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, phát huy vai trò chính của các cơ sở y tế công lập trong công tác chăm sóc sức khỏe toàn dân. Xuất phát từ vấn đề cấp bách đó, trên thế giới cũng đã có rất nhiều nghiên cứu khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân như nghiên cứu. Ở Việt Nam, cũng có khá nhiều nghiên cứu được tiến hành như tại bệnh viện nhi Thái bình, song rất ít các nghiên cứu được tiến hành trên thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Các đối tượng. 1.084 người bệnh ngoại trú có BHYT tại 3 CSYTcông lập ở thành phố Cần Thơ, từ tháng 09/2016 đến tháng 04/2017 và 1.084 người bệnh ngoại trú có BHYT tại 3 CSYT được chọn can thiệp từ tháng 09/2017 đến tháng 04/2018.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Các CSYT nhà nước, người bệnh, người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bảng phỏng vấn. Mẫu SCT phải tương đồng về tuổi, giới tính, mã ICD-10, trình độ học vấn.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu. Đánh giá trước và sau can thiệp hiệu quả của một số giải pháp can thiệp nhằm làm tăng mức độ hài lòng cao của người bệnh: dựa vào mẫu số 2 "Phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú" theo Quyết định 4939/QĐ-BYT ngày 15/09/2016 của Bộ Y tế [1] và dựa trên thang điểm Likert 5. Thang đo sự hài lòng của bệnh nhân bao gồm 30 tiểu mục thuộc 5 yếu tố: Khả năng tiếp cận (5 tiểu mục), sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị (10 tiểu mục), cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (8 tiểu mục), thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (3 tiểu mục), kết quả cung cấp dịch vụ (4 tiểu mục). Đánh giá thang đo mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng chăm sóc sức khỏe được dựa trên thang điểm Likert [2] với các mức độ "rất không hài lòng" (1 điểm), "Không hài lòng" (2 điểm), "bình thường" (3 điểm), "hài lòng" (4 điểm), "rất hài lòng" (5 điểm). Tính tỷ lệ phần trăm mức hài lòng cao (từ 4 điểm trở lên).

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả cung cấp dịch vụ y tế

Bảng 3.1. *Mức hài lòng cao của người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ y tế sau can thiệp*

Tên CSYT		E1		E2		E3		E4		TB
		n	%	n	%	n	%	n	%	
ĐHYD (n=100)	TCT	68	68,0	55	55,0	63	63,0	63	63,0	62,25
	SCT	65	65,0	66	66,0	71	71,0	76	76,0	69,50
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		< 0,05		
Ô Môn (n=681)	TCT	492	72,2	470	69,0	487	71,5	491	72,1	71,22
	SCT	477	70,0	468	68,7	483	70,9	443	65,1	68,69
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		< 0,05		
Phong Điền (n=303)	TCT	153	50,5	144	47,5	150	49,5	152	50,2	49,42
	SCT	148	48,8	156	51,5	161	53,1	167	55,1	52,15
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		

Về cung cấp dịch vụ y tế, có sự giảm tỷ lệ phần trăm mức hài lòng cao tại BVĐK quận Ô Môn, tăng nhẹ tại 2 bệnh viện còn lại. Riêng bệnh viện Trường ĐHYD có chỉ số tăng cao nhất 7,25%, tuy nhiên mức tăng hay giảm đa số chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.2. Khả năng tiếp cận

Bảng 3.2. *Mức hài lòng cao của người bệnh về khả năng tiếp cận sau can thiệp*

Tên CSYT		A1		A2		A3		A4		A5		TB
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ĐHYD (n=100)	TCT	73	73,0	69	69,0	58	58,0	64	64,0	71	71,0	67,00
	SCT	80	80,0	67	67,0	74	74,0	82	82,0	72	72,0	75,00
	p	> 0,05		> 0,05		< 0,05		< 0,05		> 0,05		
Ô Môn (n=681)	TCT	535	78,6	475	69,8	486	71,4	445	65,3	505	74,2	71,84
	SCT	498	73,1	512	75,2	491	72,1	513	75,3	537	78,9	74,92
	p	< 0,05		< 0,05		> 0,05		< 0,05		< 0,05		
Phong Điền (n=303)	TCT	223	73,6	207	68,3	198	65,3	208	68,6	226	74,6	70,10
	SCT	263	86,8	254	83,8	241	79,5	236	77,9	253	83,8	82,38
	p	< 0,05		< 0,05		< 0,05		< 0,05		< 0,05		

Đa số tỷ lệ hài lòng của người bệnh về khả năng tiếp cận đều tăng SCT, trung tâm y tế (TTYT) huyện Phong Điền tăng cao nhất 12,28%, bệnh viện Trường đại học Y Dược (ĐHYD) tăng 8% và bệnh viện đa khoa (BVĐK)quận Ô Môn tăng 3,08%.

3.3. Sự minh bạch thông tin và thủ tục

Bảng 3.3. *Mức hài lòng cao của người bệnh về minh bạch thông tin, thủ tục sau can thiệp*

Tên CSYT		B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	TB
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ĐHYD (n=100)	TCT	76 (76,0)	65 (65,0)	75 (75,0)	75 (75,0)	69 (69,0)	75 (75,0)	68 (68,0)	72 (72,0)	74 (74,0)	76 (76,0)	72,50
	SCT	87 (87,0)	86 (86,0)	88 (88,0)	88 (88,0)	92 (92,0)	89 (89,0)	94 (94,0)	91 (91,0)	91 (91,0)	93 (93,0)	89,90
	P	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
Ô Môn (n=681)	TCT	540 (79,3)	553 (81,2)	513 (75,3)	512 (75,2)	519 (76,2)	512 (75,2)	520 (76,4)	460 (67,5)	467 (68,6)	488 (71,7)	74,65
	SCT	502 (73,7)	528 (77,5)	499 (73,3)	518 (76,1)	539 (79,1)	512 (75,2)	529 (77,7)	487 (71,5)	530 (77,8)	543 (79,7)	76,17
	P	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	
Phong Điền (n=303)	TCT	271 (89,4)	273 (90,1)	275 (90,8)	270 (89,1)	272 (89,8)	269 (88,8)	265 (87,5)	269 (88,8)	268 (88,4)	271 (89,4)	89,21
	SCT	275 (90,8)	274 (90,4)	271 (89,4)	283 (93,4)	264 (87,1)	280 (92,4)	282 (93,1)	292 (96,4)	261 (86,1)	277 (91,4)	91,06
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05	

Sự minh bạch thông tin và thủ tục đạt tỷ lệ hài lòng cao ở người bệnh khám BHYT ngoại trú SCT tăng cao nhất tại bệnh việnTrường ĐHYD Cần Thơ với các biến số khảo sát đều có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với quá trình cải cách các thủ tục hành chính của nhà nước ta trong các năm gần đây. Các qui trình khám chữa bệnh đều được vi tính hóa và thông tin về các chi phí được công khai đến người bệnh.

3.4. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh

Bảng 3.4. *Mức hài lòng cao của người bệnh về cơ sở vật chất, phương tiện sau can thiệp*

Tên CSYT		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	TB
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ĐHYD (n=100)	TCT	66 (66,0)	56 (56,0)	56 (56,0)	58 (58,0)	51 (51,0)	55 (55,0)	49 (49,0)	55 (55,0)	55,75
	SCT	71 (71,0)	67 (67,0)	72 (72,0)	79 (79,0)	74 (74,0)	78 (78,0)	75 (75,0)	79 (79,0)	74,38
	p	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
Ô Môn (n=681)	TCT	545 (80,0)	468 (68,7)	456 (67,0)	427 (62,7)	457 (67,1)	445 (65,3)	473 (69,5)	483 (70,9)	68,91
	SCT	464 (68,1)	423 (62,1)	444 (65,2)	457 (67,1)	440 (64,6)	457 (67,1)	420 (61,7)	450 (66,1)	65,25
	p	< 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	
Phong Điền (n=303)	TCT	227 (74,9)	234 (77,2)	237 (78,2)	213 (70,3)	220 (72,6)	230 (75,9)	244 (80,5)	242 (79,9)	76,20
	SCT	242 (79,9)	201 (66,3)	223 (73,6)	227 (74,9)	230 (75,9)	225 (74,3)	227 (74,9)	260 (85,8)	75,70
	p	> 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Về cơ sở vật chất và phương tiện, bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ có mức hài lòng cao tăng có ý nghĩa thống kê, do năm 2016, bệnh viện còn mới thành lập nên có khó khăn về nhiều mặt, năm 2017, Trường ĐHYD Cần Thơ đầu tư xây dựng và phát triển các dịch vụ tại bệnh viện. Chính vì thế, tỉ lệ SCT tăng cao nhất 18,63% so với các bệnh viện còn lại. Tại TTYT huyện Phong Điền, giai đoạn 2017 là sát nhập giữa TTYT dự phòng huyện Phong Điền vào thành TTYT 2 chức năng nên về cơ sở vật chất và phương tiện còn khó khăn ở khâu bố trí và sắp xếp lại. Còn BVĐK quận Ô Môn năm 2017 mở rộng thêm giường bệnh nội trú, xây thêm 1 khu nội trú cho khoa Nhiễm và chống nhiễm khuẩn ngay tại khu giữ xe của người bệnh gây nên sự bất tiện trong đi lại cho người bệnh và gặp nhiều khó khăn trong việc củng cố các dịch vụ cho người bệnh ở giai đoạn này.

3.5. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế

Bảng 3.5. *Mức hài lòng cao của người bệnh về thái độ, năng lực chuyên môn nhân viên sau can thiệp*

Tên CSYT		D1		D2		D3		TB
		n	%	n	%	n	%	
ĐHYD (n=100)	TCT	81	81	87	87	89	89	85,67
	SCT	85	85	79	79	88	88	84,00
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		
Ô Môn (n=681)	TCT	600	88,1	597	87,7	607	89,1	88,30
	SCT	586	86	572	84	595	87,4	85,81
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		
Phong Điền (n=303)	TCT	268	88,4	283	93,4	276	91,1	90,98
	SCT	275	90,8	267	88,1	277	91,4	90,10
	p	> 0,05		< 0,05		> 0,05		

Về thái độ, năng lực chuyên môn nhân viên đạt tỷ lệ hài lòng cao. Điều này cho thấy nhân viên y tế luôn nghiêm túc trong công việc, ứng xử lịch sự công bằng giữa các bệnh nhân. Ngoài ra nhân viên còn tận tình giúp đỡ, sẵn sàng tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc cho bệnh nhân, tuy có giảm nhưng không nhiều, đa số đều không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước can thiệp

Năm 2013, Bộ Y Tế (BYT) đã phê duyệt đề án "Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công" và năm 2016 BYT ban hành bộ tài liệu hướng dẫn phương pháp đo lường, công cụ đo lường sự hài lòng của người dân với từng loại dịch vụ y tế công để thực hiện thống nhất trong toàn ngành. Theo đó qui định tùy thuộc theo nhu cầu của mỗi cơ sở và từng bộ phận trực thuộc mà định kỳ đo lường có thể theo tháng, theo quý hoặc theo năm, tiến hành đánh giá và tổ chức công bố thực hiện theo định kỳ 1 lần/năm vào thời điểm 2 tuần đầu của tháng giêng hàng năm kế tiếp và báo cáo kết quả chỉ số đo lường sự hài lòng của người dân đến cấp quản lý trực tiếp (BYT, Sở Y tế) trước ngày 31 tháng 01 hàng năm. Trên cơ sở chỉ số hài lòng của người dân

đối với dịch vụ của đơn vị tiến hành các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cung cấp dịch vụ phu hợp với mong đợi của người sử dụng dịch vụ. Đến năm 2018 có 80% và đến năm 2020 có 100% các đơn vị sự nghiệp y tế trong lĩnh vực khám chữa bệnh và lĩnh vực y tế dự phòng thực hiện việc đo lường và tự công bố chỉ số hài lòng của người dân đối với dịch vụ sự nghiệp y tế công do đơn vị cung cấp. Bên cạnh, BYT cũng qui định hằng năm, có tối thiểu 30% các đơn vị sự nghiệp y tế công được kiểm tra, giám sát việc đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ sự nghiệp công và tối thiểu tổ chức một cuộc điều tra độc lập ngẫu nhiên để đo lường và đưa ra chỉ số chung về sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ sự nghiệp y tế công [3], [4].

Xét kết quả khảo sát tại từng CSYT (bảng 3.1, bảng 3.2, bảng 3.3, bảng 3.4, bảng 3.5). BVĐK quận Ô Môn có khả năng tiếp cận, kết quả cung cấp dịch vụ y tế được đánh giá cao nhất trong 3 bệnh viện được khảo sát lần lượt là 71,84% và 71,22%. TTYT huyện Phong Điền được người bệnh đánh giá tốt nhất về lời nói, thái độ, giao tiếp chuẩn mực, đối xử công bằng của nhân viên y tế (90,98%), sự minh bạch về thông tin và thủ tục (89,21%), cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (76,2%). Kết quả này tương tự nghiên cứu được thực hiện vào năm 2016 tại Ấn Độ tổng quan về ấn tượng đối với dịch vụ (78% hài lòng), tình trạng sạch sẽ (81% hài lòng) [5].

4.2. Sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau can thiệp

Sự hài lòng của người bệnh là một chỉ số quan trọng để đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe, ngày càng nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh được tiến hành để đo lường sự thành công của hệ thống cung cấp các dịch vụ của các CSYT. Việt Nam hiện nay có 76,5% dân số tham gia BHYT [6] nên số lượt người dân khám bệnh có BHYT ngày càng tăng. Có thể nói, đa số mức độ hài lòng cao SCT đều tăng chứng tỏ các giải pháp can thiệp phần nào cũng phát huy hiệu quả. Bên cạnh, kết quả này cũng nhờ vào các biện pháp của BYT để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại các CSYT công lập trên toàn quốc. Trước thời gian tiến hành can thiệp, năm 2016, tổng số có 19.104 cuộc gọi đến đường dây nóng BYT, đa số nội dung người dân phản ánh về tình trạng xuống cấp của cơ sở vật chất, nội quy CSYT là 32,7%; về quy trình chuyên môn là 35%; về thái độ, tinh thần trách nhiệm của y, bác sỹ là 15,6%; về các vấn đề liên quan đến viện phí và thủ tục khám chữa bệnh BHYT là 10,5%; bên cạnh đó, có tỷ lệ nhỏ các ý kiến phản ánh về các vấn đề tiêu cực (1,2%), tình hình an ninh trật tư tại các CSYT (2,4%). Kết quả đánh giá độc lập theo quyết định số 2151/QĐ-BYT do Viện Chiến lược và Chính sách Y tế phối hợp với các địa phương, đơn vị tiến hành vào tháng 7 năm 2016 tại 10 cơ sở khám chữa bệnh công lập các tuyến trung ương, tỉnh, huyện được khảo sát cho thấy đã có những chuyển biến tích cực về: nhận thức và cam kết thực hiện của lãnh đạo các cơ sở khám chữa bệnh; nhận thức, thái độ ứng xử và kỹ năng giao tiếp của đa số nhân viên y tế, 71% người bệnh nhận xét nhân viên y tế có thái độ cử chỉ thân thiện hơn; chuyển biến về chất lượng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh và ghi nhận của người bệnh, trên 61% người bệnh cho biết việc niêm yết thông tin về quy trình khám chữa bệnh tốt hơn, thời gian chờ đợi giảm hơn, cơ sở vật chất tại khu vực khám bệnh, điều kiện vệ sinh môi trường, vệ sinh buồng bệnh được cải thiện hơn. Có 87,7% người bệnh đã biểu thị thái độ hài lòng đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại 10 bệnh viện được khảo sát [7].

Nhìn chung SCT các chỉ số tương đối tăng, trong đó TTYT huyện Phong Điền có chỉ số về khả năng tiếp cận (82,38%), sự mình bạch thông tin và thủ tục (91,06%), cơ sở vật chất và phương tiện (75,70%), thái độ năng lực chuyên môn của nhân viên (90,10%) cao nhất trong 3 bệnh viện khảo sát. Đối với kết quả cung cấp dịch vụ, bệnh viện Trường ĐHYD cao nhất đối với các bệnh viện còn lại đó là 69,50%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Cu Ba, Đồng Hới chỉ đạt 52,2% về kết quả cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân [8].

V. KẾT LUẬN

Các giải pháp can thiệp đối với cán bộ y tế đa phần phát huy tác dụng. Sự hài lòng mức cao về dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoại trú SCT cho kết quả cao ở các bệnh viện. Tỉ lệ hài lòng cao của người bệnh ở cả 5 phương diện: về kết quả cung cấp dịch vụ y tế, bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ có mức tăng cao nhất (tăng 7,25%); trong khả năng tiếp cận của người bệnh, tỉ lệ mức độ hài lòng tăng ở cả 3 bệnh viện, cao nhất là TTYT huyện Phong Điền (tăng từ 70,1% lên 82,38%); còn đối với hai phương diện là sự minh bạch thông tin, thủ tục và về cơ sở vật chất, phương tiện, bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ đều đạt mức tăng cao nhất (tăng 17,4% và 18,63%); cuối cùng là về tỷ lệ hài lòng của người bệnh đối với thái độ, năng lực chuyên môn nhân viên, cả 3 bệnh viện đều cho mức tỉ lệ tăng cao.Trong 5 mục khảo sát thì có nội dung về thái độ ứng xử,

năng lực chuyên môn của nhân viên y tế được đánh giá tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016),** Quyết định số 4939/QĐ-BYT ngày 15/09/2016 Phê duyệt kế hoạch triển khai đề án đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công, giai đoạn 2016-2020. Hà Nội.
2. **Rensis Likert (1932)** A techique for the measurement of attitudes. New York.
3. **Bộ Y tế (2013),** Quyết định số 4448/QĐ-BYT ngày 06/11/2013 về việc phê duyệt đề án "Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công", Hà Nội.
4. **Bộ Y tế (2016),** Quyết định số 4939/QĐ-BYT ngày 15/09/2016 Phê duyệt kế hoạch triển khai đề án đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công, giai đoạn 2016-2020, Hà Nội.
5. **Kumar P., Adhikari A., Ray M., et al. (2018**). Assessment of patient satisfaction in outpatient department of a tertiary care hospital in West Bengal, India: a questionnaire based study. International Journal of Community Medicine and Public Health, 5(9):3919-3923.
6. **Bộ Y tế (2017),** Tóm tắt số liệu thống kê y tế 2011-2015, NXB Y học, Hà Nội
7. **Bộ Y tế (2017),** Báo cáo tổng kết công tác năm 2016 và phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2017, Hà Nội.
8. **Phùng Thị Hồng Hà, Trần Thị Thu Hiền (2012),** Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện Việt Nam-Cu Ba Đồng Hới - Quảng Bình, Tạp chí khoa học Đại học Huế, 72B(3):75-84.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY CÀI XƯƠNG HÀM TRÊN CÓ SAI KHỚP CẮN BẰNG KỸ THUẬT CẮT XƯƠNG LE FORT I

Thịnh Thái*, Bùi Mai Anh*, Nguyễn Hồng Hà*, Vũ Trung Trực*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Gãy cài xương hàm trên là hình thái gãy xương hàm trên hiếm gặp, trong đó xuong hàm trên gãy di lệch làm sai khớp cắn nhưng xương vẫn vững gây khó khăn khi phẫu thuật. Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy cài xương hàm trên bằng kỹ thuật cắt xương Le Fort I. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu gồm 12 bệnh nhân được chẩn đoán gãy cài xương hàm trên một hoặc hai bên trên lâm sàng có sai khớp cắn. Thời gian 01/2014-6/2019. **Kết quả**: 12 bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình 30,4. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: sưng nề, biến dạng mặt 100%, xương hàm trên vững 100%, sai khớp cắn 100%. Triệu chứng cận lâm sàng: mờ xoang hàm 100%, mất liên trục bờ xương 25%. Kết quả sau phẫu thuật: 91,67% bệnh nhân có khớp cắn đúng. Có 2 (chiếm 16,67%) bệnh nhân há miệng còn hạn chế (<3,5cm). Các bệnh nhân đều ăn nhai tốt như trước khi bị tai nạn. **Kết luận**: Phẫu thuật cắt xương Le Fort I để điều trị gãy cài xương hàm trên là một phương pháp điều trị hiệu quả, hồi phục khớp cắn tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gãy cài xương hàm trên, cắt xương Le Fort I

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF IMPACTED MAXILLARY FRACTURE BY LE FORT I OSTEOTOMY

Objectives: To evaluate the clinical, subclinical characteristics and the results of surgical treatment by Le Fort I osteotomy for impacted maxillary fracture with malocclusion. **Methods:** A clinical intervention, retrospective study of 12 patients underwent Le Fort I osteotomy between 01/2014- 6/2019. **Results:** We had 12 male patients. The most common clinical signs: swelling and deformity (100%), immobility 100%, malocclusion (100%). Subclinical signs: blurred sinus (100%), discontinuity of bone (25%). The results of treatment were: 91,67% correct occlusion, 2 patients with limited mouth opening. Almost patient can chew normally. **Conclusion:** Le Fort I osteotomy may be an effective treatment method for impacted maxillary fracture. The patients could have good occlusion after surgery.

Keywords: Impacted maxillary fracture, Le Fort I osteotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy gãy xương hàm trên phối hợp với gãy xương gò má chiếm 54,7% các trường hợp chấn thương hàm mặt. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (90%) và nam giới chiếm tỉ lệ cao (90-95%) [1],[2]. Trên thực tế, rất ít gặp gãy đơn thuần xương hàm trên chuẩn theo phân loại của Le Fort. Đa số các trường hợp gãy xương hàm trên phối hợp nhiều đường gãy với nhau. Một trong những bệnh cảnh gãy xương hàm trên hiếm gặp là gãy cài xương hàm trên gây lệch khớp cắn. Trong đó xương hàm trên có thể gãy Le Fort I bên này phối hợp với gãy cành tươi hoặc gãy cài Le Fort II hoặc III bên đối diện, hoặc gãy Le Fort II bên này phối hợp với gãy cành tươi hoặc gãy cài Le Fort III bên đối diện.

**Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực
Email: drvutrungtruc@gmail.com
Ngày nhận bài: 14/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 3/5/2020
Ngày duyệt bài: 22/5/2020

Các trường hợp này làm mặt phẳng cắn bị nghiêng, khớp cắn sai nhưng xương hàm trên vẫn vững gây khó khăn cho việc nắn chỉnh khớp cắn trong mổ. Nếu kéo xương hàm dưới để cố định khớp cắn dễ dẫn đến sai khớp cắn sau khi bỏ cố định hàm do sự di động của khớp thái dương hàm.

Cắt xương hàm trên Le Fort I được ứng dụng nhiều trong phẫu thuật cắt chỉnh hàm tuy nhiên trong điều trị chấn thương hàm mặt lại ít được đề cập. Cắt xương Le Fort I bên gãy cài hoặc ít di lệch làm di động xương hàm trên có thể giúp nắn chỉnh khớp cắn được dễ dàng. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị gãy cài xương hàm trên có sai khớp cắn bằng kỹ thuật cắt xương Le Fort I" với mục tiêu:

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy cài xương hàm trên.

- Đánh giá kết quả điều trị gãy cài xương hàm trên bằng kỹ thuật cắt xương Le Fort I.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 12 bệnh nhân được chẩn đoán gãy cài xương hàm trên có sai khớp cắn được điều trị nội trú tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt- Tạo hình- Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01/2014 -6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng theo dõi dọc. Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt xương hàm trên Le Fort I, nắn chỉnh khớp cắn, cố định hai hàm, kết hợp xương bằng nẹp vít. Được theo dõi và đánh giá sau mổ tối thiểu 6 tháng về cân đối khuôn mặt, tình trạng khớp cắn và mức độ há miệng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 12 bệnh nhân, tất cả đều là nam giới, sau tai nạn giao thông, nhóm tuổi chủ yếu từ 20 – 30 tuổi chiếm 91,67%. Các triệu chứng lâm sang trước mổ được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. *Phân loại triệu chứng lâm sàng trước mổ*

Triệu chứng lâm sàng	Bệnh nhân (BN)	Tỷ lệ %
Sưng nề, biến dạng	12	100
Bầm tím, tụ máu quanh ổ mắt	10	83,33
Đau chói khi sờ	10	83,33
Sai khớp cắn	12	100
Di động xương hàm trên	0	0
Vết thương phần mềm	9	75

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được chụp cắt lớp vi tính trước mổ (CT), 100% các trường hợp gãy xương hàm trên đều có hiện tượng mờ xoang hàm do tụ dịch máu trong xoang, 25% mất liên tục bờ xương. Trong nghiên cứu, tỷ lệ những bệnh nhân bị gãy xương hàm trên hai bên phối hợp gãy gò má cung tiếp cao nhất (41,67%), số bệnh nhân bị gãy xương hàm trên 2 bên đơn thuần chiếm 25% cao hơn so với số bệnh nhân gãy xương hàm trên 1 bên đơn thuần (có 1 BN).

Đánh giá kết quả dựa trên các tiêu chí về chức năng và thẩm mỹ. Số bệnh nhân có khớp cắn đúng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao 91,67%. Chỉ có1 BN có sai khớp cắn chiếm 8,33%. Số bệnh nhân có biên độ há miệng tối đa tốt (đạt 3 khoát ngón tay) là 10 bệnh nhân chiếm 83,33%, chỉ có 2 bệnh nhân còn há miệng hạn chế chiếm 16,67%. Về thẩm mỹ, 10/12 trường hợp hài lòng với kết quả phẫu thuật, có 2 BN do tình trạng chấn thương phối hợp quá nặng kèm theo vết thương phần mềm phức tạp gây sẹo co kéo sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

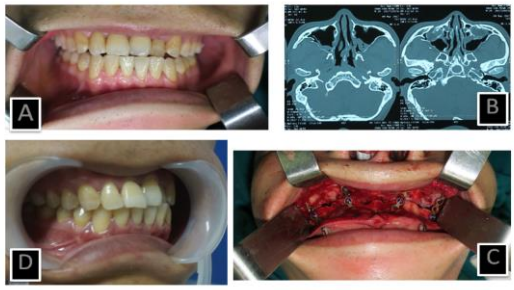
Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều là nam giới. Trong đó nhóm tuổi từ 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất là 91,67%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số các tác giả trong và ngoài nước. Như nghiên cứu của tác giả Trần Văn Trường và Trương Mạnh Dũng tỷ lệ nam bị chấn thương là 82,5% gặp chủ yếu ở lứa tuổi 20-40 là 60,2%. Theo nghiên cứu của Hoàng Ngọc Lan năm 2014 tỷ lệ nam gặp chấn thương gãy xương hàm trên và gò má cung tiếp là 90,9%, với lứa tuổi hay gặp là từ 19-39 chiếm 76,4%. Theo báo cáo của các tác giả nước ngoài như Gandhi (2011), Ramli (2011)… đều cho thấy tỷ lệ tương tự [3],[4]. Điều này là vì lứa tuổi từ 20-40 là lứa tuổi tham gia vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất và các hoạt động giao thông tích cực nhất trong cộng đồng, vì vậy tỉ lệ chấn thương thường gặp nhiều nhất ở lứa tuổi này. Tỷ lệ chấn thương xảy ra nhiều ở nam giới là do nam giới có những đặc thù riêng về tính cách, đặc tính hoạt động mạnh mẽ trong mọi lĩnh vực, đồng thời sử dụng rượu bia nhiều hơn nữ giới khi điều khiển phương tiện giao thông [2].

Triệu chứng lâm sàng quan trọng trong gãy cài xương hàm trên là tình trạng sai khớp cắn. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có dấu hiệu sai khớp cắn. Trong nghiên cứu của Hoàng Ngọc Lan thì tỷ lệ khớp cắn đúng vẫn là 20%. Xương hàm trên vững gặp ở 12 bệnh nhân chiếm 100% các trường hợp. Trong gãy xương hàm trên hai bên di lệch, khi thăm khám sẽ thấy xương hàm trên mất vững. Trong trường hợp gãy cài, do các phần xương gãy không rời nhau

nên khó thấy được sự di động của xương hàm trên. Điều này càng dễ dẫn tới bỏ sót tổn thương. Các dấu hiệu lâm sàng khác hay gặp như: đau chói khi sờ, bầm tụ quanh ổ mắt và vết thương phần mềm cũng chiếm tỷ lệ cao. Các vết thương phần mềm kèm theo cũng gây ảnh hưởng đáng kể tới kết quả thẩm mỹ của bệnh nhân sau điều trị [5].

Mục đích của chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương hàm mặt là xác định số lượng và vị trí của các đường gãy, mức độ di lệch,… là cơ sở để các bác sĩ đưa ra kế hoạch điều trị. Trong nghiên cứu này trên phim CT, dấu hiệu mờ xoang hàm chiếm 100% các trường hợp, mất liên tục bờ xương gặp ở 3 bệnh nhân chiếm 25%. Tỷ lệ này ngược với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Lan, dấu hiệu mất liên tục bờ xương là 92,7%. Nguyên nhân dẫn tới sự khác nhau này là do gãy cài xương hàm trên thì các mảnh gãy vẫn liên tục với nhau, có sự di lệch rất ít. Đặc biệt trong những trường hợp gãy cài xương hàm trên một bên, dấu hiệu mờ xoang hay mất liên tục bờ xương có khi chỉ nhìn thấy ở một bên, hình ảnh cận lâm sàng này không tương xứng với dấu hiệu sai khớp cắn trên lâm sàng. Vì vậy khi thăm khám lâm sàng, nếu có sai khớp cắn mà xương hàm trên vững cần nghĩ tới khả năng xương hàm trên bị gãy cài.

Điều trị gãy xương hàm mặt nhằm phục hồi cả hai vấn đề: chức năng và các đường cong của mặt theo không gian ba chiều như trước khi tai nạn (vấn đề thẩm mỹ). Qua các tài liệu y văn đã được công bố, hai cách tiếp cận kinh điển đã được mô tả là "từ dưới lên và từ trong ra ngoài" (bottom up and inside out) hoặc "từ đỉnh xuống và từ ngoài vào trong" (top down and outside in). Cách làm được ưa chọn nhiều nhất là thường bắt đầu phục hình hàm dưới sau đó là các thành phần mặt-trán, cung tiếp-ổ mắt. Đây chính là nguyên tắc cơ bản của phục hình các chấn thương hàm mặt [5],[6],[7]. Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi được tiến hành phẫu thuật nắn chỉnh xương gãy, có trường hợp gãy xương hàm dưới phối hợp được cố định xương trước. Các trường hợp còn lại được bộc lộ xương hàm trên qua đường tiền đình miệng, do xương hàm trên vững không thể nắn chỉnh nên phải cắt rời xương hàm trên Le Fort I làm cho xương hàm trên di động, sau đó nắn chỉnh về đúng khớp cắn, cố định hai hàm bằng vít neo chặn sau đó cố định xương gãy bằng nẹp vít Titannium. Khi bệnh nhân có gãy cài xương hàm trên, mặc dù có sai khớp cắn nhưng do sự di động của lồi cầu xương hàm dưới, giãn cơ trong gây mê, khớp cắn vẫn có thể về vị trí đúng nếu không cắt xương làm di động xương hàm trên mà chỉ cố nắn chỉnh và cố định hai hàm. Tuy nhiên, sau khi bỏ cố định hàm thì nguy cơ khớp cắn sai trở lại, bệnh nhân đến với khớp cắn hở, không ăn nhai được. Việc cắt xương hàm trên sẽ làm xương hàm trên di động, giúp nắn chỉnh khớp cắn dễ dàng, lồi cầu ở vị trí trung tính. Một số tác giả, sau khi kết hợp xương hàm trên còn mở cố định hàm để đánh giá lại khớp cắn, nếu khớp cắn không đúng khi lồi cầu ở vị trí trung tính, thậm chí cần phải chỉnh lại phương tiện kết hợp xương cho phù hợp [6].



Hình 1. BN nam 29 tuổi. (A) sai khớp cắn trước mổ, xương hàm trên vững, (B) CT gãy xương hàm trên phải, bên trái không rõ đường gãy, (C) cắt xương hàm trên Le Fort I bên trái để nắn chỉnh, (D) khớp cắn đúng sau mổ.

Theo dõi sau mổ tối thiểu 6 tháng, chỉ có một trường hợp sai khớp cắn nhẹ và hạn chế há miệng ở mức 25mm. Tuy nhiên tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị. Khớp cắn là mục tiêu chức năng quan trọng hàng đầu trọng việc điều trị gãy xương hàm. Số bệnh nhân đặt khớp cắn đúng là 11 bệnh nhân chiếm 91,67%. Số bệnh nhân có biên độ há miệng tối đa tốt (đạt 3 khoát ngón tay) là 10 bệnh nhân chiếm 83,33%. Trường hợp khớp cắn sai là do bệnh nhân gãy xương nặng, kèm theo đường gãy dọc vòm, thời gian điều trị muộn do đó việc nắn chỉnh khó khăn. Bệnh nhân kèm theo chấn thương gãy nhiều răng gây khó khăn cho việc cố định hàm. Ba ngày sau phẫu thuật bệnh nhân tuột vít neo chặn cố định hàm và không khám lại ngay dẫn tới việc điều chỉnh khớp cắn khó khăn. Bệnh nhân được hướng dẫn tập há miệng kèm theo các thuốc giãn cơ, giảm đau và hỗ trợ khớp thái dương hàm. Mặc dù tình trạng há miệng có cải thiện nhưng do vết thương phần mềm co kéo gây hạn chế mở miệng. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn có thể ăn uống được tương đối bình thường. Trường hợp này do nhiều sẹo co kéo sau mổ nên khuôn mặt biến dạng nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Qua điều trị 12 bệnh nhân bị gãy cài xương

hàm trên có sai khớp cắn chúng tôi nhận thấy phẫu thuật cắt xương Le Fort I để điều trị loại gãy xương này là một phương pháp điều trị hiệu quả, khôi phục khớp cắn tốt cho bệnh nhân. Phương pháp này còn mở rộng áp dụng cho các trường hợp chấn thương muộn, can lệch hay di chứng sau chấn thương hàm mặt. Khi thăm khám lâm sàng nếu bệnh nhân có lệch khớp cắn mà xương hàm trên tương đối vững cần nghĩ tới loại tổn thương này để xử trí cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (2000).** Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998) trên 2149 bệnh nhân, Tạp chí Y học Việt Nam, 10:27-36.
2. **Hoàng Ngọc Lan (2014).** Đánh giá chức năng nhai trên bệnh nhân sau điều trị gãy xương hàm trên Le Fort I, Le Fort II và gò má cung tiếp, Luận án Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Răng-Hàm-Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Roszalina R, Normastura A.R, Roslan A.R (2011).** A retrospective study of oral and maxillofacial injuries in Seremban Hospital, Malaysia, Dental Traumatology; 27(2): 122-126.
4. **Chen C-T, Chen R-F, Wei F-C (2010).** Craniofacial trauma and reconstruction. In : Siemionow MZME-K, editor. Plastic and reconstruction surgery. London: Spring-verlag; p.22
5. **Hart N, Kuttenberger J (2010).** Surgical strategy for complex craniofacial fractures. Craniofacial trauma. Berlin: Springer-Verlag;2010. P205-38.
6. **Marciani R (2009).** Integrating the care and treatment of complex facial trauma patient. In: Fonseca R, Marciani R, editors. Oral and maxillofacial surgery. 2nd ed. Saunders/ Elsevier; 2009. p395-11.
7. **Ali F, Gwanmesia I, Simmons J (2012).** Maxillofacial trauma. In: Hettiaratchy S, editor. Plastic surgery. London: Springer-Verlag; 2012. p93-102

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ U NỀN SỌ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI-XOANG BƯỚM

Phạm Duy*, Lê Hồng Nhân*, Đồng Văn Hệ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh u nền sọ được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 52 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua mũi xoang bướm tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 08 năm 2015, không kể u tuyến yên. **Kết quả:**Tuổi trung bình 35,5 ± 19,4, nam chiếm 67,3% và nữ chiếm 32,7%. Có 10 thể giải phẫu bệnh, trong đó có 4 thể hay gặp nhất: u sọ hầu chiếm 55,8%; u nhầy xoang bướm chiếm 13,5%; u nguyên sống chiếm 9,6%; u tế bào mầm chiếm 5,8%. Đau đầu chiếm 98,1%, rối loạn thị giác chiếm 92,3%, rối loạn nội tiết chiếm 63,5%. U kích thước 20-40mm chiếm 88,5%, dạng hỗn hợp chiếm 59,6%, vị trí trên yên và não thất ba chiếm 69,3%. **Kết luận:** Khối u nền sọ được phẫu thuật nội soi chủ yếu là u sọ hầu, u gây triệu chứng chính là đau đầu và rối loạn thị giác. Kích thước u trung bình 20-40mm và dạng hỗn hợp là chủ yếu. Phần lớn u nằm ở vị trí trên yên và não thất ba.

Từ khoá: Nội soi, qua mũi, nền sọ, đường xoang bướm

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGERY CHARACTERISTICS OF SKULL BASE TUMORS TREATED BY ENDOSCOPIC ENDONASAL TRANSPHENOIDAL APPROACH

Objectives: To describe clinical features and images of skull base tumors treated with endoscopic transnasal transphenoidal surgery. **Methods:** A prospective study of 52 patients who underwent transnasalsurgery at Viet Duc Hospital from January 2014 to August 2015, excluding pituitary adenoma. **Results:** Meanage 35.5 ± 19.4, male 67.3%; female32.7%. 10 types of anapathology, of which 4 typesare the most common: craniopharyngiomas 55.8%; sphenoid sinus mucocele 13.5%; chordoma 9.6%; germ cell tumors 5.8%. Headache 98.1%, visual trouble 92.3%, endocrine disorder 63.5%. Tumor with size 20-40mm tumors is 88.5%, the mixed component form is 59.6%, the position suprasellar and 3rd ventricle is 69.3%. **Conclusion:** Skullbase tumors undergoing transnasal surgery is mainly craniopharyngiomas, which cause headaches and visual disturbances. The mean size of the tumor is 20-40mm and the majority is mixed form. Most tumors are located in suprasellar and 3rd ventricles.

Keywords: Endoscope, Endonasal, Skull base, Transphenoidal approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nền sọ có thể nằm ở nền sọ trước, giữa hoặc sau. Phần lớn u nền sọ là các u lành tính (u màng não, u sọ hầu, u tuyến yên…), một số ít ác tính, vì vậy u phát triển từ từ, ít triệu chứng cho tới khi kích thước lớn chèn ép vào giao thoa thị giác hoặc gây hội chứng tăng áp lực sọ mới được phát hiện, gây khó khăn cho phẫu thuật. Vài năm gần đây, cùng với sự phát triển của phẫu

**Bệnh viện Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy
Email: dr.duypham2310@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 5/5/2020
Ngày duyệt bài: 21/5/2020

thuật nội soi, hệ thống định vị trong phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật các khối u nền sọ tầng trước qua đường mũi- xoang bướm ngày càng phát triển ở Việt Nam. Với kinh nghiệm thu nhận được từ phẫu thuật nội soi qua đường mũi-xoang bướm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh u nền sọ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi" với hai mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng khối u nền sọ.

- Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ khối u nền sọ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 52 bệnh nhân được chẩn đoán là u nền sọ và được phẫu thuật nội soi qua đường mũi-xoang bướm tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 08 năm 2015.Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là u nền sọ (bằng lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ), được phẫu thuật nội soi và có kết quả mô bệnh học. Chúng tôi không lấy những bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến yên.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu. Mọi thông tin chỉ tiêu nghiên cứu tác giả trực tiếp khai thác, đánh giá, điền vào bệnh án mẫu có sẵn, tham gia phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định bằng các test t-student, chi-square, Fisher, lấy mức ý nghĩa thống kê $p \leq 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu: Tuân theo các quy định trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Việt Đức thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiêng cứu

Bảng 1. *Tuổi và giới*

Giới	Số lượng	Tỉ lệ %
Nam	35	67,3
Nữ	17	32,7
Tuổi trung bình: 35,5 ± 19,4		

Bảng 2. *Đặc điểm giải phẫu bệnh*

Loại	Số lượng	Tỉ lệ %
U sọ hầu	29	55,8
U nhầy xoang bướm	7	13,5
Nang Rathke	2	3,8
U nguyên sống	5	9,6
Ung thư vòm họng	2	3,8
U quái	2	3,8
U nguyên bào thần kinh khứu giác	1	1,9
U tế bào mầm	3	5,8
U sao bào lông	1	1,9

Bảng 3. *Triệu chứng lâm sàng*

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau đầu	51	98,1
Rối loạn thị giác	48	92,3
Rối loạn nội tiết	33	63,5
Đái nhạt trước mổ	12	23,1
Rối loạn tâm thần	5	9,6

3.2. Đặc điểm hình ảnh của u nền sọ

Bảng 4. *Kích thước u*

Kích thước u	Số lượng	Tỉ lệ%
<20 mm	0	0
20 - 40 mm	46	88,5
>40 mm	6	11,5

Bảng 5. *Tính chất u*

Tính chất	Số lượng	Tỉ lệ %
Dạng đặc	14	26,9
Dạng nang	7	13,5
Hỗn hợp	31	59,6

Bảng 6. *Vị trí u*

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %
Xoang bướm	7	13,5
Hố yên	3	5,8
Trên yên	16	30,8
Não thất ba	20	38,5
Dốc nền	6	11,5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 35,5 ± 19,4, bệnh nhân ít tuổi nhất là 3 tuổi, lớn tuổi nhất là 67 tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là nhóm trên 40 tuổi, chiếm 46,2%. Nghiên cứu của Dehdashiti [3] trên 17 bệnh nhân u nền sọ có 10 bệnh nhân trên 40 tuổi, nghiên cứu của Savas Ceylan [2] trên 13 bệnh nhân u nền sọ có 12 bệnh nhân trên 40 tuổi, các kết quả này cũng cho thấy nhóm tuổi trên 40 là nhóm mắc u nền sọ cao nhất. Điều này cũng giải thích cho độ tuổi trung bình của u nền sọ thường trên 40.Nhóm nghiên cứu gồm 35 nam và 17 nữ với tỉ lệ tương ứng là 67,3% và 32,7%. Tuy nhiên trên y văn thế giới và chúng tôi cũng chưa có sự giải thích cho sự khác nhau về giới tính này.Có 10 thể giải phẫu bệnh, trong đó có 4 thể hay gặp nhất: u sọ hầu chiếm 55,8%; u nhầy xoang bướm chiếm 13,5%; u nguyên sống chiếm 9,6%; u tế bào mầm chiếm 5,8%.Các thể bệnh còn lại, gồm nang Rathke, u nguyên bào thần kinh khứu giác, u sao bào lông, ung thư vòm họng, u quái gặp ít hơn với tỉ lệ dưới 5%. Thực tế trong quá trình phẫu thuật nội soi, chúng tôi nhận thấy nếu không tính u tuyến yên, thì u sọ hầu là thể giải

phẫu bệnh thường gặp nhất.

Đau đầu là triệu chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 51 trong tổng số 52 bệnh nhân, chiếm 98,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân u sọ hầu, nang Rathke và u nguyên sống đều vào viện vì triệu chứng đau đầu. Theo chúng tôi, đau đầu là một triệu chứng hay gặp, là lí do vào viện của nhiều bệnh nhân nhưng không đặc hiệu cho một thể bệnh nào. Rối loạn thị giác gặp ở 48 bệnh nhân chiếm 92,3%. Tỉ lệ này chiếm 67,8% trong nhóm bệnh nhân u sọ hầu theo Shozo Yamada [1]. Tỉ lệ của chúng tôi cao hơn có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có bệnh nhân có u kích thước trên 2 cm. Các triệu chứng thị giác gây ra do khối u chèn ép vào thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, do tăng áp lực nội sọ gây phù gai thị.Đái nhạt trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 bệnh nhân chiếm 23,1%. Đái nhạt trong u nền sọ thuộc thể đái tháo nhạt trung ương, nguyên nhân do khối u chèn ép vào cuống tuyến yên, vùng dưới đồi gây giảm sản sinh hormon chống bài niệu ADH. Tỉ lệ đái nhạt trước mổ của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Shozo Yamada với tỉ lệ 24,7%[1]. Rối loạn nội tiết gặp ở 33 bệnh nhân với tỉ lệ 63,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Shozo Yamada với tỉ lệ rối loạn nội tiết của bệnh nhân u sọ hầu là 66% [1]. Các bệnh nhân u sọ hầu trong nghiên cứu của chúng tôi có u ở vị trí trên yên, lan vào não thất ba nhiều gây chèn ép cuống tuyến yên và vùng dưới đồi, dẫn đến tỉ lệ cao bị suy tuyến yên. U nguyên sống vị trí u ở vùng dốc nền và u nhầy xoang bướm vị trí ở trong xoang bướm không gây chèn ép tuyến yên nên không có triệu chứng suy tuyến yên. Chúng tôi gặp 5 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tâm thần, chiếm 9,6% với các biểu hiện như thay đổi nhân cách, suy giảm trí nhớ. Sự suy giảm trí nhớ là do tổn thương đến thể vú hoặc đường kết nối của thể vú với hệ thống hải mã, hệ vòm và bó vú-dưới đồi.

4.2. Đặc điểm về hình ảnh u: Nghiên cứu của chúng tôi có trường hợp u có kích thước lớn trên 40mm chiếm 11,5% và không gặp u có kích thước dưới 20mm. U có kích thước 20 đến 40 mm có chiếm 88,5%. Chúng tôi nhận thấy khối u quá lớn kích thước trên 40mm, tập trung ở vùng não thất ba rất khó để thực hiện lấy u qua đường mũi – xoang bướm. Theo nghiên cứu của Ricardo J. Komotar [4], những u có thể phẫu thuật qua đường mũi – xoang bướm có kích thước nằm trong khoảng 24 đến 32mm.Trong 52 bệnh nhân, u dạng hỗn hợp gồm cả phần nang và phần đặc chiếm tỉ lệ cao nhất (59,6%). U dạng đặc chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (26,9%), thấp nhất là u dạng nang (13,5%). Nghiên cứu của chúng tôi u dạng hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất, giống như trong nghiên cứu của tác giả Ricardo J. Komotar [4] với tỉ lệ 58,3%. U sọ hầu có 18/29 trường hợp là dạng hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất. Cả 7 trường hợp u sọ hầu thể men răng đều dạng hỗn hợp. Tất cả bệnh nhân nang Rathke trong nghiên cứu của chúng tôi đều là dạng nang. Tất cả bệnh nhân u nguyên sống đều là u dạng đặc. Điều này cũng phù hợp với các mô tả của các tác giả về hình ảnh của những thể u này [5],[6]. Về vị trí u, vùng trong não thất ba và vùng trên yên chiếm tỉ lệ cao nhất, tương ứng 20/52 (chiếm 38,5%) và 16/52 (chiếm 30,8%). Vùng dốc nền có 6 ca, chiếm 11,5%, trong đó có 5 ca u nguyên sống và 1 ca ung thư vòm họng. U trong xoang bướm có 7 trường hợp, chiếm 13,5% và u ở hố yên có 3 trường hợp, chiếm 5,8%. Như vậy u trên hoành yên chiếm 69,3% và dưới hoành yên chiếm 30,7%. Kết quả này gần với kết quả của Shozo Yamada [1] với tỉ lệ u trên hoành yên chiếm 62,2% và dưới hoành yên chiếm 37,8%.

V. KẾT LUẬN

- Về lâm sàng, tuổi trung bình mắc bệnh là 35,5, nam chiếm 67,3% và nữ chiếm 32,7%. Có 10 thể giải phẫu bệnh, trong đó u sọ hầu là thể thường gặp nhất. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu, rối loạn thị giác và rối loạn nội tiết.

- Về hình ảnh, u kích thước 20-40mm chiếm đa số, trong đó hơn 1 nữa là dạng hỗn hợp chiếm, vị trí u trên yên và não thất ba thường gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shozo Yamada và các cộng sự. (2010)**, "Surgical Outcome in 90 Patients with Craniopharyngioma: An Evaluation of Transsphenoidal Surgery", WORLD NEUROSURGERY. **74** (2/3), 320-330.
2. **Savas Ceylan, Kenan Koc và Ihsan Anik (2009),** "Extended endoscopic approaches for midline skull-base lesions", Neurosurg Rev. **32**(309-319).
3. **Amir R. Dehdashti và các cộng sự. (2009),** "Expanded endoscopic endonasal approach for anterior cranial base and suprasellar lesions: Indications and limitations", Neurosurgery. **64**, 677-689.
4. **Ricardo J. Komotar và các cộng sự. (2012),** "Endoscopic Endonasal Compared withMicroscopic Transsphenoidal and Open Transcranial Resection of Craniopharyngiomas", World Neurosurgery. **77**(2), 329-341.
5. **Richard G. Ellenbogen, Saleem I. Abdulrauf và Laligam N. Sekhar (2012),**Principles ofNeurological Surgery, 3, Saunders, Elsevier Inc., Philadelphia.
6. **Andrew H. Kaye (2005),**Essential Neurosurgery, Blackwell Publishing.

MỨC ĐỘ HỒI PHỤC VẬN ĐỘNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ CẤP SAU ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THEO THANG ĐIỂM VẬN ĐỘNG FUGL-MEYER VÀ BARTHEL

Trần Đức Sĩ[1], Nguyễn Kim Trang[1,2], Đặng Vĩnh Hiệp[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ghi nhận mức độ hồi phục vận động ở người bệnh đột quỵ được điều trị vật lý trị liệu tại Bệnh viện An Bình theo thang điểm vận động Fugl-Meyer và Barthel. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu. Đối tượng là những người bệnh đột quỵ cấp được điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện An Bình. Các tiêu mục tập vận động trong phương pháp Fugl-Meyer được sử dụng để đánh giá sự hồi phục vận động, đối chiếu trước và sau tập 1 tuần tập VLTL. Thang điểm Barthel cũng được áp dụng để đánh giá mức độ hồi phục của bệnh nhân. **Kết quả:** Có 97 người bệnh tham gia nghiên cứu, trong đó tỷ lệ nam:nữ = 0,94:1, tuổi của nam (57,9) nhỏ hơn so với tuổi của nữ (66,5). Tỷ lệ có hồi phục vận động theo thang điểm Fugl-Meyer là 74,2% và theo Barthel là 79,4%. Các yếu tố liên quan đến sự hồi phục vận động ở 2 thang điểm là: yếu liệt nặng và rối loạn nuốt. **Kết luận và kiến nghị:** Cả 2 thang điểm đều cho thấy có sự hồi phục chức năng vận động ở người bệnh đột quỵ sau 1 tuần tập VLTL. Cần nghiên cứu mức độ hồi phục này vào các tuần tập tiếp theo, dài thời gian hơn.

Từ khóa: Tai biến mạch máu não, đột quỵ, VLTL, PHCN, Fugl-Meyer, Barthel

SUMMARY

MOTOR FUNCTION RECUPERATION AFTER PHYSIOTHERAPY IN POST-STROKE PATIENT USING MODIFIED FUGL-MEYER SCALE AND BARTHEL INDEX

Objectives: Assess the motor function recuperation of post-stroke patients after 1 week of physiotherapy in An Binh Hospital using modified Fugl-Meyer Scale and Barthel Index. **Methods:** A prospective study was conducted in a rehabilitation unit at An Binh hospital. Patients with a newly diagnosed stroke were recruited. Motor function recuperation pre- and post-treament was assessed using two scales: modified Fugl-Meyer and Barthel Index. **Results**: In our 97 cases, the sex ration is 0.94:1; the mean age is 57,9 for male and 66,5 for female. After 1 week of physiotherapy, most patients (74.2%) have had motor recuperation according to our modified Fugl-Meyer scale. Similarly, 79.4% patients have had an increasement of Barthel Index. Fugl-Meyer scale and Barthel Index impovement were both related to seririty of weakness, deglutition trouble. **Conclusion:** Both Fugl-Meyer scale and Barthel Index showed the recuperation of patient's motor function after 1 week of physiotherapy. We need more study with longer survey period to assess the longterm recuperation.

Keywords: Stroke, recuperation, rehabilitation, physiotherapy, Fugl-Meyer, Barthel

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (đột quỵ) là một cấp cứu thần kinh thường gặp, là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân chính gây tàn tật ở người trưởng thành trên thế giới.[1] Di chứng đột quỵ (ĐQ) là gánh nặng không chỉ đối với người bệnh (NB), gia đình họ mà còn ảnh hưởng đến cộng đồng và quốc gia họ đang sống.[2] Việc tổ chức các Đơn vị đột quỵ, việc chẩn đoán, điều trị và điều trị cấp cứu ngày càng tốt đã giúp NB đột quỵ sống sót.[3],[4]. Mục tiêu mới đặt ra cho việc điều trị ĐQ là phục hồi chức năng (PHCN), nhằm giảm thiểu các biến chứng, di chứng, giúp nâng cao khả năng độc lập, tái hòa nhập cộng đồng và nâng cao chất lượng sống cho NB[3].

Trên thế giới, mức độ cải thiện của bệnh nhân sau ĐQ đã được nghiên cứu nhiều và đa số đều ghi nhận tác dụng của PHCN. Okamusa T và cộng sự, cho thấy: Việc tiến hành thường xuyên PHCN vận động có tác dụng tốt, giúp cải thiện mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau ĐQ [7]. Ở nước ta có ít nghiên cứu về PHCN cho người bệnh sau ĐQ đề cập đến mức độ hồi phục, từ đó thiếu cơ sở cho việc đánh giá mức độ ảnh hưởng của di chứng vận động, sự độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của NB.

An Bình là một trong bốn bệnh viện đa khoa có Đơn vị đột quỵ sớm nhất ở thành phố Hồ Chí Minh. Khoa Y học cổ truyền- Vật lý trị liệu (VLTL) của Bệnh viện, có khu điều trị nội trú và ngoại trú, bên cạnh đó Khoa còn phối hợp điều trị với các khoa khác, đặc biệt là khoa Nội Thần kinh. Các bệnh nhân ĐQ chiếm phần lớn lượng bệnh điều trị ở Khoa. Bệnh nhân được tập các bài tập theo lý thuyết của Bobath và Fugl-Meyer (FM) từ giai đoạn rất sớm sau chẩn đoán. Fugl-Meyer là một trong những phương pháp PHCN được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Song song với đó là hệ thống thang điểm Fugl-Meyer giúp đo lường mức độ tàn tật. Hệ thống tập và đánh giá 5

[1]*Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
[2]*Bệnh viện An Bình, TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ,
Email: sitd@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 1/4/2020
Ngày phản biện khoa học 19/4/2020
Ngày duyệt bài: 8/5/2020

thành phần (vận động, cảm giác, thăng bằng, biên độ cử động và đau khớp).

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ hồi phục chức năng vận động (CNVĐ) của NB đột quỵ cấp điều trị PHCN tại BV An Bình, nhằm nâng cao chất lượng điều trị phục hồi CNVĐ, hướng đến giảm thiểu khiếm khuyết vận động cho NB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt dọc, tiến cứu, đánh giá mức độ vận động của 97 người bệnh đột quỵ (nhồi máu não, xuất huyết não…) trước và sau 1 tuần điều trị PHCN tại BV An Bình trong 1 năm 2018. Số ca nghiên cứu đủ nhiều hơn cỡ mẫu tối thiểu cần là 94 người. Cỡ mẫu được tính bằng chương trình Stata/SE 15.1 để ước tính cỡ mẫu cho 2 số trung bình phụ thuộc, dựa vào mức độ cải thiện- phục hồi chức năng vận động- theo thang điểm Barthel (BI) trung bình sau 6 tuần tập VLTL của một nghiên cứu năm 2017, tác giả Lê Minh Hải làm tại BV Phục hồi chức năng- Điều trị bệnh nghề nghiệp[6]. Trong đó, d_o = 39,3 (ĐLC 19,1) là mức thay đổi điểm Barthel trung bình sau 6 tuần tập VLTL (so sánh trước và sau 6 tuần tập), d_a = 34,3 là mức thay đổi điểm Barthel trung bình sau 1 tuần tập VLTL mong muốn trong nghiên cứu này, vì nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên NB là đột quỵ cấp và đánh giá sau chỉ 1 tuần tập VLTL.

Người bệnh ĐQ có đủ các tiêu chuẩn sau sẽ được chọn vào mẫu nghiên cứu: có đột quỵ mới dẫn đến yếu liệt vận động, không có tiền sử yếu liệt vận động trước đó. Nhóm nghiên cứu ghi nhận vào Phiếu thu thập các thông tin hành chánh, bệnh sử, tiền sử, tình trạng lúc nhập viện và các vấn đề xảy ra trước khi khám PHCN từ hồ sơ bệnh án hoặc có thể bổ sung khi bắt đầu nhận vào nghiên cứu.

Việc khám- đánh giá CNVĐ, ghi nhận vào Phiếu thu thập ở khám lần 1 và theo dõi- đánh giá, ghi nhận các số liệu vào Phiếu thu thập sau một tuần tập VLTL, được thực hiện bởi các bác sĩ của Khoa (đã được tập huấn quy trình thống nhất). Chúng tôi đánh giá mức độ hồi phục vận động của bệnh nhân dựa trên các tiêu mục đánh giá vận động của hệ thống thang đo Fugl-Meyger (chúng tôi không ghi nhận các yếu tố cảm giác, thăng bằng, biên độ cử động và đau khớp trong nghiên cứu này). Ở đây chúng tôi quy ước chia khả năng vận động của bệnh nhân theo 3 cấp bậc: 0 = không làm được; 5= cần trợ giúp; 10=tự làm được. Các đánh giá này tương tự như những thang điểm vận động khác, cho phép chúng ta đánh giá chi tiết hơn và so sánh với thang điểm Barthel. Cả 2 thang đo này cùng được đánh giá 2 lần, trước và sau một tuần tập VLTL.

Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương, Hội đồng y đức trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch; của Giám đốc và Hội đồng nghiên cứu khoa học- Hội đồng thuốc và điều trị BV An Bình và các đối tượng tham gia. Chỉ định và quy trình tập VLTL đang được áp dụng thường quy tại BV An Bình, do đó, không có sự khác biệt trong chăm sóc và điều trị giữa NB có hoặc không tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 97 NB, nam ít hơn nữ, tỉ suất là 0.94:1. Tuổi trung bình của người bệnh là 62,3 tuổi; nam giới bị đột quỵ sớm hơn, tuổi đột quỵ của nam (57,9) nhỏ hơn so với nữ (66,5). Thời gian từ nhập viện đến bắt đầu tập VLTL hay khám lần 1 trung bình là 2 ngày và dài nhất là 12 ngày.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và độ nặng của đột quỵ. Chẩn đoán xác định là Nhồi máu não chiếm 86,6% trong nghiên cứu này. Tỉ lệ xuất huyết là 12,4%. Có 1 trường hợp (1,0%) vừa nhồi máu vừa xuất huyết/huyết khối tĩnh mạch nội sọ.

Đánh giá sức cơ trong lần khám 1 hay khi bác sĩ PHCN khám nhận bệnh, cho biết: tỷ lệ yếu cơ nặng- sức cơ của bên liệt ở mức từ 0/5 đến 2/5- là 34,0% và tỷ lệ không yếu cơ nặng hay yếu cơ nhẹ- sức cơ 3/5 đến 4/5- là 66,0%. Trong đó 54 (55,7%) người bệnh bị yếu liệt bên phải, còn lại là bên trái.

Qua thăm khám, có 4 trường hợp không xác định được người bệnh có rối loạn cảm giác hay không do vấn đề tri giác của người bệnh. Tỷ lệ có rối loạn cảm giác nông là 26,8% và có rối loạn cảm giác sâu là 17,5%. Có 31,8% người bệnh có rối loạn nuốt hoặc đang đặt thông dạ dày nuôi ăn. Có rối loạn ngôn ngữ lúc nhập viện là 49,5%, nói đớ chiếm 35,0%. Rối loạn cơ vòng là 14,4% và có 10,3% trường hợp đang có thông tiểu lưu. Có 4 (4,1%) người bệnh cần hỗ trợ hô hấp. Điểm Glasgow lúc nhập viện có giá trị trung bình là 14,6 (+/-1,4). Có đến 86,7% trường hợp có Glasgow ở mức điểm 15 và Glasgow nhỏ nhất là 8 điểm.

3.2. Chức năng vận động theo Fugl-Meyer. Điểm vận động trước tập VLTL có trung vị là 70 điểm (trung bình là 53,6). Điểm thấp nhất là 0 điểm (liệt hoàn toàn) và cao nhất là 110 điểm. Điểm Vận động trong lần khám thứ 2 (sau tập 1 tuần) có trung vị là 75 điểm (trung bình là 65,6). Sự khác biệt trước sau này có ý nghĩa thống kê với p của Wilcoxon signed- rank

test ghép cặp < 0,001.

Phần lớn người bệnh (74,2%) có tăng điểm Vận động ít nhất là 5 điểm sau 1 tuần tập VLTL. Mức tăng điểm vận động trung bình là 12 điểm (+/- 11,5); mức tăng nhiều nhất là 45 điểm, nhỏ nhất là 0 điểm (không cải thiện gì). Không có trường hợp nào điểm vận động sau tập giảm so với trước tập.

Bảng 1. *Các yếu tố liên quan đến sự thay đổi điểm vận động FM sau 1 tuần tập*

Các yếu tố	Điểm Vận động sau 1 tuần đầu tập		OR	P
	Có thay đổi (n=72)	Không thay đổi (n=25)		
Yếu cơ nặng	52 (72,2%)	12 (48,0%)	0,36	0,029
Rối loạn nuốt	55 (82,1%)	12 (48,0%)	0,29	0,009

3.3. Sự thay đổi điểm Barthel sau 1 tuần tập VLTL. Chức năng vận động theo thang điểm Barthel đánh giá trong khám PHCN lần 1, trước tập VLTL, có trung vị là 30 điểm. Mức độ độc lập hay phụ thuộc của NB vào người thân trong các hoạt động sống hằng ngày thể hiện qua thang điểm Barthel. Trước tập VLTL, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn là 43,3%; phụ thuộc nhiều 28,8%; phụ thuộc ít 24,8%; và độc lập 3,1%.

Mức tăng điểm Barthel sau 1 tuần tập VLTL trung bình là 10 điểm. Phần lớn người bệnh (79,4%) có tăng điểm Barthel ít nhất là 5 điểm sau 1 tuần tập VLTL. Trong đó trường hợp cải thiện tốt nhất là tăng 50 điểm; không có trường hợp nào điểm Barthel giảm so với trước tập. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001và z = 8,22 > 0 (Wilcoxon signed- rank test ghép cặp).

Bảng 2. *Các yếu tố liên quan đến sự thay đổi điểm Barthel sau 1 tuần tập*

Các yếu tố	Điểm Barthel sau 1 tuần đầu tập		OR	p
	Có thay đổi (n=77)	Không thay đổi (n=20)		
Yếu cơ nặng	19 (24,68%)	14 (70%)	0,14	< 0,001
Hỗ trợ hô hấp	1 (1,3%)	3 (15%)	0,07	< 0,01
Rối loạn cơ vòng	8 (10,39%)	6 (30%)	0,27	0,03
Rối loạn nuốt	20 (25,97%)	10 (50%)	0,35	0,04
Liệt chi bên phải	47 (61,04%)	7 (35%)	2,91	0,04

3.4. Tương quan giữa các thang điểm đánh giá sự hồi phục CNVĐ sau 1 tuần tập VLT: Có sự tương quan giữa 2 thang điểm sử dụng để đánh giá mức độ hồi phục chức năng vận động của NB với giá trị r = 0,63.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nhập khoa VLTL của chúng tôi không bị ảnh hưởng tri giác nặng nên hầu hết được tập VLTL sớm. Việc kết hợp điều trị PHCN sớm cho người bệnh ĐQ cấp tại Bệnh viện là rất tốt, phù hợp với nhiều khuyến cáo hiện nay. Tất cả người bệnh nhập viện vì ĐQ cấp nên được bắt đầu vận động sớm[3] (trong vòng 24 đến 48 giờ sau khi ĐQ khởi phát) nếu không có chống chỉ định. PHCN sau ĐQ cần được bắt đầu ngay khi người bệnh được cấp cứu ổn định về thần kinh và nội khoa. Ở giai đoạn "rất sớm" này, chương trình tập VLTL có thể chỉ là VLTL hô hấp, hoặc cùng với điều dưỡng đã được huấn luyện về PHCN giúp NB giữ tư thế tốt, phòng chống loét nằm, huyết khối tĩnh mạch, những bất lợi cho việc tập luyện vận động sau này. Chỉ việc dịch chuyển sớm (giai đoạn từ 24 đến 48 giờ)[1] thì phải cân nhắc và cần bàn hỏi với bác sĩ điều trị trong giai đoạn "rất sớm" này.

4.1. Chức năng vận động trước tập và sau tập VLTL. Chức năng vận động theo thang điểm Barthel lúc ban đầu, trước tập VLTL, đánh giá trong khám PHCN lần 1- có trung vị là 30 điểm. Nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hải[6], chức năng vận động theo thang điểm Barthel trước lúc tập là 20 điểm, và mức độ phụ thuộc theo thang Barthel thể hiện qua tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn: phụ thuộc một phần: độc lập là 52%: 42%: và 6%. Điểm trung bình của Barthel lúc khám nhận bệnh thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi và tỷ lê NB phụ thuộc hoàn toàn là 52%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (43,30%). Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả này có thời gian từ lúc ĐQ đến lúc "khám lần 1" là hơn 1 tháng chiếm đến 77%. Cũng thế, tỷ lệ này ở nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Luật là 75,8%: 22,6% và 1,6%; tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn là rất cao (75,8%)[8]. Các tác giả trên đều nghiên cứu tại các viện điều dưỡng, đối tượng nặng hơn, cần chăm sóc tại viện lâu dài hơn nên kết quả khác biệt là hợp lý.

Tỷ lệ NB có hồi phục CNVĐ theo Barthel (79,4%) cao hơn so với theo thang điểm Vận động Fugl-Meyer (74,2%). Dù vậy, không thể nói là khả năng đánh giá hồi phục CNVĐ của thang

Fugl-Meyer là kém hơn Barthel; bởi Barthel thiên về đánh giá sự vận động trong các sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Sự cải thiện của điểm Barthel ngoài khả năng vận động còn liên quan đến mức độ tỉnh táo, sự thích nghi, v.v… của người bệnh.

4.2. Các yếu tố liên quan đến sự hồi phục chức năng vận động sau 1 tuần tập VLTL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố tuổi không liên quan với mức độ hồi phục CNVĐ sau 1 tuần tập VLTL; khác với nghiên cứu của tác giả Trần thị Mỹ Luật ghi nhận dưới 60 tuổi thì phục hồi tốt hơn trên 60 tuổi.[8]

Hồi phục CNVĐ có liên quan với mức độ yếu cơ của NB ở cả hai thang đo. Điều này là phù hợp với logic thông thường. Khả năng thay đổi điểm Vận động sau 1 tuần tập VLTL ở người có yếu cơ nặng chỉ bằng 0,36 lần khả năng này ở người có yếu cơ vừa và nhẹ. Sự khác biệt này ở thang điểm Barthel càng rỏ hơn. Sau 1 tuần tập VLTL, người có yếu cơ nặng có tỉ lệ hồi phục chỉ bằng 0,14 lần nhóm còn lại. Có thể là người có yếu cơ nặng thì mức độ lệ thuộc trong các sinh hoạt hàng ngày càng cao, sự lệ thuộc này không dễ được cải thiện cho dù sức cơ có cải thiện nhẹ. Trong khi đó ở thang đo Vận động Fugl-Meyer, chúng tôi chỉ đánh giá các CNVĐ đơn thuần, các thay đổi về vận động sẽ được ghi nhận trực tiếp dù có làm thay đổi cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân hay không.

Tình trạng rối loạn nuốt có liên quan với thay đổi chức năng vận động ở cả 2 thang điểm được sử dụng. Điều này có thể do ảnh hưởng của độ nặng ĐQ hoặc liên quan đến sức cơ mặt. Sau 1 tuần tập VLTL người có rối loạn nuốt có sự hồi phục kém hơn ở người không có rối loạn nuốt lần lượt là 0,29 lần (thang F-M) và 0,35 lần (BI). Tỉ số chênh cao hơn ở Barthel vì rối loạn nuốt không được tính trong phần vận động của Fugl-Meyer nhưng lại ảnh hưởng đến chất lượng sống, mức độ phụ thuộc của bệnh nhân.

Tương tự như vậy, tình trạng rối loạn cơ vòng và sự hỗ trợ chức năng hô hấp cũng không được tính đến trong CNVĐ FM nên không liên quan có ý nghĩa, mà chỉ liên quan đến sự cải thiện điểm Barthel. Số trường hợp NB có các yếu tố kết hợp này cũng ít do đó hiện chưa thể đưa ra kết luận hay khuyến cáo về mặt lâm sàng.

Riêng vấn đề bên liệt, sự hồi phục CNVĐ theo thang điểm Barthel là có tương quan. Khả năng thay đổi điểm Barthel sau 1 tuần tập VLTL ở NB liệt bên phải thì tốt hơn và gấp 2,9 lần khả năng này ở NB liệt bên trái. Vấn đề này chúng tôi cho rằng do bên phải là bên thuận của đa số NB nên mức độ vận động trong sinh hoạt hàng ngày cao hơn bên trái, cộng với tác động của việc tập VLTL sẽ giúp sự cải thiện vận động được tốt hơn.

4.3. Tương quan giữa các thang điểm đánh giá sự hồi phục CNVĐ. Có sự tương quan tốt giữa 2 thang điểm sử dụng để đánh giá mức độ hồi phục CNVĐ của NB với giá trị r = 0,63. Không những vậy, giữa 2 thang đo đều cùng có sự tương đồng về các yếu tố liên quan đến sự hồi phục vận động. Các yếu tố: yếu liệt nặng; rối loạn nuốt đều liên quan có ý nghĩa thống kê với hồi phục ở 2 thang điểm vận động Fugl-Meyer và Barthel. Sự khác biệt giữa 2 thang điểm này là thang Vận động Fugl-Meyer mô tả đơn thuần về mức độ vận động, còn thang Barthel đánh giá mức độ lệ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày. Như vậy thang Vận động Fugl-Meyer phù hợp hơn với các kỹ thuật viên, bác sĩ VLTL để theo dõi quá trình tập hoặc nếu các bác sĩ nội thần kinh có quan tâm đến khả năng vận động của NB một cách chi tiết. Thang Barthel vừa đánh giá vận động nhưng nhắm đến mức độ lệ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân nên hữu ích trong trường hợp muốn đánh giá, dự liệu chất lượng sống của bệnh nhân sau tai biến hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Bắt đầu tập VLTL sớm là phù hợp với các khuyến cáo hiện nay. Tuy nhiên vẫn còn những NB được chỉ định trễ. Điều này phải được cải thiện nhưng cần có sự đồng thuận từ các đồng nghiệp trong lĩnh vực đột quỵ.

Phần lớn NB đều có sự hồi phục chức năng vận động sau 1 tuần tập VLTL. Sự cải thiện chức năng vận động và mức độ hồi phục chức năng vận động cũng thể hiện rõ ở cả 2 thang điểm vận động Fugl-Meyer và Barthel. Có sự tương quan tốt giữa mức độ hồi phục của 2 thang đo. Tuy nhiên, mức độ cải thiện yếu liệt được thể hiện theo thang điểm vận động Fugl-Meyer diễn tả sự hồi phục chức năng vận động đơn thuần, còn thang Barthel cho thấy tiên lượng về sự lệ thuộc của bệnh nhân trong hoạt động hàng ngày.

Mức độ yếu cơ là yếu tố chính tiên lượng mức độ hồi phục. Người có mức độ yếu cơ vừa hoặc nhẹ có cải thiện vận động nhiều hơn. Dù vậy, chúng tôi kiến nghị áp dụng tập VLTL vận động cho cả những NB bị yếu liệt nặng vì họ vẫn có những cải thiện nhất định sau tập.

Bệnh nhân liệt bên phải sẽ tiên lượng tốt hơn về việc cải thiện mức độ lệ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày sau tập VLTL. Như vậy cần khuyến khích người bệnh chủ động tập vận động, sử dụng chi bị yếu đặc biệt là nếu bị yếu bên trái.

Chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu với cỡ mẫu tối thiểu vừa đủ do giới hạn về thời gian và nguồn lực; cần có những nghiên cứu khác lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn để kiểm chứng và mở rộng những kết quả ghi nhận trên đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sundseth A., Thommessen B., Ronning O.M. (2012).** "Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial". Stroke; 43(9):2389-2394.
2. **Nguyễn Xuân Nghiên (2002).** Vật lý trị liệu phục hồi chức năng. NXB Y học Hà Nội.
3. **Winkler A (2019).** AVANT - Stroke-Rehabilitation Education Program in Vietnam. 11th World Stroke Congress. Morressier doi:10.26226/MORRESSIER. 5B9A8CFFDBD47E000FBF5A20.
4. **Okamusa T, Nakagawa Y (1995).** Characteristics of participant in community based rehabilitation program and treir lavels of independence in activitive of daily living. Nippon - Koshu - Eisei - Zasshi, 42; 887.
5. **Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, Olsson S, Steglind S (1975).** The poststroke hemiplegic patient. 1. A method for evaluation of physical performance. Scand J Rehabil Med.;7:13–31.
6. **Lê Minh Hải (2017).** Mức Độ Phục Hồi Chức Năng Vận Động Và Chất Lượng Cuộc Sống Của Bệnh Nhân Tai Biến Mạch Máu Não Trước Và Sau Khi Điều Trị Phục Hồi Chức Năng Vận Động Tại Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng - Điều Trị Bệnh Nghề Nghiệp Năm 2017. Luận văn Chuyên khoa 2; Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
7. **Cao Phi Phong, Trần Trung Thành (2012).** Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân sau đột quỵ. Hội Thần kinh học Việt Nam.
8. **Trần Thị Mỹ Luật (2008).** Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện điều dưỡng-PHCN tỉnh Thái nguyên. Luận văn Thạc sĩ Y khoa; Trường đại học Y dược-Đại học Thái Nguyên

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC

Hoàng Văn Hậu[1], Đỗ Trường Thành[2], Hoàng Long[1], Vũ Nguyễn Khải Ca[1], Nguyễn Đình Liên[1], Đỗ Ngọc Sơn[2], Nguyễn Đức Minh[2], Trần Chí Thanh[2], Vũ Văn Hà[2], Nguyễn Minh Tuấn[3], Phạm Văn Khiết[4], Ngô Trung Kiên[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng,chỉ định phâuc thuật tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạcđiều trị bệnh niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới. **Đối tượng và phương pháp**: Mô tả cắt ngang trên31 trường hợp được chẩn đoán niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới tại Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2019. **Kết quả**: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,3±16,3, thấp nhất là 15 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Nam giới chiếm chủ yếu với tỉ lệ 64,5% cao hơn nữ giới 35,5%. Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng chủ yếu đau thắt lưng hông âm i chiếm tỉ lệ87,1%, vị trí bệnh gặp ở 100% bên phải. Cận lâm sàng: siêu âm có giãn niệu quản, bể thận. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy hệ tiết niệu có hình ảnh điển hình chữ J ngược hay kèn Saxophone 100%, với mức độ giãn bể thận độII chiếm chủ yếu với tỉ lệ 71,0%. Chẩn đoán: Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới bên phải 31/31 ca.Chỉ định điều trị phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quảncho 31 trường hợp được chẩn đoán hẹp niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới có kết quả tốt. **Kết luận:** Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, tỷ lệ bệnh 1/1000 - 1/1500. Diễn biến bệnh âm thầm, tuổi phát hiện trung bình là 30 đến 40 tuổi, triệu chứng thường gặp là đau hông lưng bên phải. Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu cho hình ảnh đặc trưng giãn niệu quản bể thận bên phải. Tất cả 31 bệnh nhân đều được chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ.

Từ khóa: Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, nội soi sau phúc mạc

[1]Bệnh viện ĐH Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Việt Đức,
[3]Bệnh viện Bạch Mai,
[4]Bệnh viện Xanh Pôn.
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Hậu
Email: hauhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/5/2020
Ngày phản biện khoa học: 20/5/2020
Ngày duyệt bài: 27/5/2020

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND INDICATION AND RECONSTUCTION OF LAPAROSCOPIC TECHNIQUES OF RETROCAVAL URETER

Objective: To describe clinical, para-clinical features and indication and reconstruction of laparoscopic techniques of retrocaval ureter. **Patients and method**: A cross-section study of 31 patients was operated to repair of retrocaval ureter by retroperitoneal laparoscopic surgery during period of

2011- 2019 in Viet Duc hospital and Ha Noi Medical University hospital, Bach Mai hospital and Xanh Pon hospital. **Results**: The mean age was 34.3±16.3 years (15-68). Male proportion was 64.5%(20/31)and female was 35.5% (11of 31). Symtoms of retrocaval patients presented for right-sided flank pain with 87.1%. Renal ultrasound demonstrated severe right-side hydronephrosis and computed tomography scan suggested the presence of a retrocaval ureter to contribute to diagnosis as it highlighted pyelo-calyceal dilatation level II (71%). The right kidney signing the obstacle on the urinary tract presented 100% typical Saxophne shaped;J reverse configuration with right retrocaval ureter type I was (31/31) 100%. The Retroperitoneal Recostruction Laparoscopic Approached for right Retrocaval Ureters (31/31 cases) had good results. **Conclusion:** Clinical features of Retrocaval Ureters were mainly right flank pain signs and other symptoms were rare. Computed tomography scan suggested the presence of a right retrocaval ureter contributing to confirm diagnosis. All patients were operated by retroperitoneal laparoscopic approach to repair retrocava.

Key words: Retroperitoneal laparoscopic; retrocaval ureter

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (NQSTMCD-retrocaval ureter) là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp. Nghiên cứu đầu tiên được công bố bởi Hochstetter (1893), cho đến nay, y văn ghi nhận có khoảng 200 trường hợp trên toàn thế giới [1],[2]. Tỉ lệ bệnh xấp xỉ 1/1000 - 1/1500 người [3]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, đây là một bất thường của tĩnh mạch chủ dưới trong quá trình bào thai gây ra hiện tượng tĩnh mạch chủ nằm trước niệu quản (preureteral vena cava). Vị trí bất thường chủ yếu ở bên phải, gặp ở nam giới nhiều gấp 3-4 lần nữ giới, thường được phát hiện vào khoảng 30-40 tuổi [1].

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là bệnh lý bẩm sinh với diễn biến âm thầm, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau vùng thắt lung hông bên phải. Các triệu chứng lâm sàng khác nghèo nàn và thường được chẩn đoán khi bệnh nhân phát hiện ra thận, niệu quản ứ nước, sỏi thận hay sỏi niệu quản, nhiều trường hợpcó suy giảm chức năng thận, thậm chí thận mất chức năng [1], [2]. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp cắt lớp vi tính với hình ảnh điển hình là dấu hiệu kèn Saxophone và chữ J ngược [4], [5].

Trên thế giới phẫu thuật mở bệnh niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới đã được Harill thực hiện từ năm 1940. Phẫu thuật nội soi bệnh niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới đã được các tác giả Schuessler (1993),Babas và cộng sự 1994, Salomon (1999) thực hiện[4],[5],[6].

Tại Việt Nam, các tác giả Thái Cao Tần (2019), Phan Khánh Việt (2019), Trương Thanh Tùng (2017) Nguyễn Khoa Hùng (2011)…, đã tiến hành thành công phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ. Tuy nhiên, các nghiên cứu về các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định kỹ thuật tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc vẫn còn hạn chế do nguồn lực có hạn, chủ yếu phụ thuộc nhiều vào các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định và kỹ thuật tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (NQSTMCD) tạiBệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Xanh Pôn trong thời gian từ 1/2011 đến 12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang được áp dụng.

2.1.2. Cỡ mẫu: Bao gồm 31 bệnh nhân.Tiêu chuẩn lựa chọn dựa vào các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh điển hình trên chụp cắt lớp vi tính. Loại trừ các bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi và có tiền sử phẫu thuật tiết niệu bên phải.Mẫu nghiên cứu thuận tiện được lựa chọn chủ đích dựa trên nghiên cứu các bệnh hiếm, tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong giai đoạn 2011-2019 được chọn để nghiên cứu.

2.1.3. Chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc mạc: Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện hẹp niệu quản sau tĩnh mạch chủ với triệu chứng lâm sàng đau hông lưng, có chạm thận(+), tiểu buốt hoặc khám tình cờ… chụp cắt lớp vi tính cho hình ảnh điển hình của niệu quản sau tĩnh mạch chủ được chỉ định phẫu thuật tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc trưng cá nhân của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân có niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (n=31)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	15-19 tuổi	6	19,4
	20-29 tuổi	9	29,0
	30-39 tuổi	6	19,4
	40-49 tuổi	2	6,4
	Trên 50 tuổi	8	25,8

	Tuổi trung bình X±SD (min-max)	34,3±16,3 (15-68)	
Giới	Nam	19	69,8
	Nữ	12	30,2
Tổng		31	100

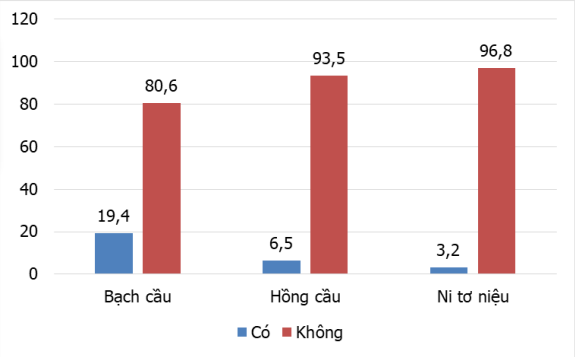
Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 20 đến 40 chiếm gần 50%, tuổi trung bình: 34,3±16,3 tuổi. Thấp nhất: 15, cao nhất 68. Tỷ lệ nam/nữ 2/1.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (n=31)

Đặc điểm		**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Triệu chứng	Đau thắt lưng hông âm ỉ	27	87,1
	Đái buốt	1	3,2
	Đau tinh hoàn	1	3,2
	Không có triệu chứng tình cờ khám phát hiện	2	6,5
Chạm thận	Dương tính	1	3,2
	Âm tính	30	96,8
Thời gian xuất hiện triệu chứng	< 12 tháng	27	87,1
	≥ 12 tháng	4	12,9
Tiền sử bản thân	Sỏi tiết niệu	2	6,5
	Đái buốt	2	6,5
	Mổ đẻ cũ	1	3,2
	Khỏe mạnh	26	83,8
Tổng		31	100

Triệu chứng đến khám vì đau hông lưng là phổ biến nhất (chiếm 87,1%). Thời gian xuất hiện triệu chứng <12 tháng chiếm 87,1%. Tiền sử bệnh: có hai trường hợp có điều trị hẹp niệu quản từ tuyến y tế cơ sở có biến chứng sỏi nhỏ. Một trường hợp được phát hiện khi vào viện vì xoắn tinh hoàn, một trường hợp đái buốt, một trường hợp có dấu hiệu chạm thận dương tính.



Biểu đồ 1. *Đặc điểm phân tích nước tiểu của bệnh nhân có niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (n=31)*

Có 2 trường hợp có hồng cầu niệu, có 1 trường hợp nitrit dương tính và 6 trường hợp có bạch cầu niệu.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm máu và CT scan bệnh nhân có niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới (n=31)

Chỉ số		**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Mức lọc cầu thận GFR	Bình thường ≥90	16	51,6
	Giảm nhẹ 60-90	12	38,7
	Giảm trung bình 30-60	3	9,7
	Mức lọc trung bình X±SD (min-max)	89,2±22,6 (42,5-125,0)	
Mức độ giãn bể thận trên chụp cắt lớp vi tính	Không giãn	0	0
	Giãn độ I	5	16,1
	Giãn độ II	22	71,0
	Giãn độ III	4	12,9
	Giãn độ IV	0	0
Týp tổn thương	Týp I	31	100
	Týp II	0	0

Mức lọc cầu thậncủa các bệnh nhân giảm trung bình đến nhẹ chiếm 48,4%. Mức độ giãn thận độ 2 là phổ biến (71%). Týp I là tổn thương thường gặp chiếm 100% (31/31) trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu được 31 bệnh nhân NQSTMCD từ 4 bệnh viện lớn ở miền Bắc. Kết quả về đặc điểm tuổi được trình bày trong bảng 1 tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,3±16,3, trong đó thấp nhất là 15 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Nhóm tuổi từ 20-39 tuổi chiếm chủ yếu trong nghiên cứu với tỉ lệ 48,4%. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trường hợp lâm sàng trước đó tại Việt Nam của Thái Cao Tần (2019), Phan Khánh Việt (2019), Trương Thanh Tùng (2017) Nguyễn Khoa Hùng (2011) [4],[5],[6],[7], và các tác giả nước ngoài như: S. Ricciardulli (2015) [8], Tác giả S. Ricciardulli tiến hành nghiên cứu trong 11 năm từ 2002 đến 2013 tại Trung Quốc, kết quả thu được 27 ca, độ tuổi trung bình là 28 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 39 tuổi. Trong nghiên cứu này độ tuổi cao hơn so với nghiên cứu của S. Ricciardulli (2015). Có sự khác biệt như vậy là do nghiên cứu của tác giả tiến hành tại một trung tâm duy nhất, còn chúng tôi tiến hành trên 4 bệnh viện lớn ở miền Bắc.

Các báo cáo về tần suất thường gặp ở nam hơn ở nữ với tỉ lệ xấp xỉ 3/1. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam chiếm chủ yếu với tỉ lệ 64,5% cao hơn nữ 35,5%, tỉ lệ xấp xỉ 2/1 (bảng

1). Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ nam/nữ thấp hơn so với S. Ricciardulli (2015), tỉ lệ nam/nữ của tác giả xấp xỉ 3/1 [8]. Chúng tôi cho rằng bệnh lý này gặp ở nam nhiều hơn nữ, liên quan đến quá trình phát triển bào thai cũng như các biểu hiện lâm sàng. Theo Bagheri (2009), tác giả thống kê lại được 12 bệnh nhân nam và 8 bệnh nhân nữ có NQSTMCD, tỉ lệ xấp xỉ 1/1. Có lẽ, đây là một bệnh lý hiếm gặp, số lượng bệnh nhân chưa nhiều cho nên có sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Đau thắt lưng hông âm ỉ và kéo dài là triệu chứng thường gặp nhất trong các bệnh lý niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới. Do niệu quản bị chèn ép giữa tĩnh mạch chủ và cột sống gây giãn thận- niệu quản một cách từ từ, diễn tiến một cách âm thầm, cho đến khi có các biến chứng: sỏi thận, sỏi niệu quản, đái máu, nhiễm khuẩn niệu, thận ứ nước, giảm hoặc mất chức năng. Trong nghiên cứu này triệu chứng đau thắt lưng hông âm ỉ chiếm chủ yếu với tỉ lệ 87,1%. Ricciardulli (2015) thấy triệu chứng đau thắt hông lưng là 37,1%, đái máu 25,9%, nhiễm trùng đường tiết niệu 22,2% và không triệu chứng 14,8% [8]. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ do nghiên cứu này được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương với lượng bệnh nhân tập trung khám bệnh nhiều hơn, bệnh cảnh đa dạng, và đến sớm hơn với các triệu chứng đau nhẹ.Trong nghiên cứu này, chỉ có 1 bệnh nhân có đái buốt, 1 bệnh nhân có đau tinh hoàn. Ngoài ra, có 2 bệnh nhân phát hiện bệnh tình cờ khi đi khám sức khỏe. Khám tiết niệu có một trường hợp chạm thận dương tính. Như vậy cũng có những trường hợp niệu quản hẹp tắc nghẽn cấp tính hoặc ứ nước thận nhiều gây căng và đau.

Kết quả chúng tôi phát hiện 100% hình ảnh điển hình trên MSCT. Theo Lautin (1988), chụp CT xoắn ốc cho tỷ lệ phát hiện niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là 94%. Trong nghiên cứu này có 71,0% bệnh nhân có mức độ giãn bể thận độ II (Bảng 3). Theo S. Ricciardulli, trong 27 trường hợp, có 2 ca thận ứ nước độ I, 8 ca độ II, 10 ca độ III và 7 ca độ IV [8]. Kết quả của tác giả cao hơn của chúng tôi ở phân độ III và IV có lẽ do tác giả chỉ tiến hành trên một trung tâm duy nhất, nên bệnh nhân đến muộn, dẫn tới các biểu hiện ở giai đoạn lâm sàng muộn, để lại dấu hiệu trên siêu âm và cắt lớp vi tính có bể thận niệu quản giãn nhiều hơn.

Vị trí bị bệnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị NQSTMCD. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân có vi trí bị bệnh bên phải. Xét trên phương diện phôi thai học, 100% bệnh nhân sẽ gặp triệu chứng ở bên phải vì đây là bất thường của tĩnh mạch chủ dưới bên phải. Tuy nhiên, có thể có những trường hợp gặp ở bên trái tương tự như Ricciardulli (2015), đó là trên bệnh nhân có đảo ngược phủ tạng.

IV. KẾT LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng thường gặp ởlứa tuổi trẻ: từ 30 đến 40, tần suất nam/ nữ = 2/1. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau hông lưng bên phải âm ỉ. Các triệu chứng khác ít gặp như đái máu vi thể, hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn niệu, sỏi tiết niệu, có dấu hiệu ứ nước thận. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đa dãy có giá trị chẩn đoán xác định bệnh. Toàn bộ 31 bệnh nhân có niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới được chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McDougal W. S.et al** (2015).Campbell-Walsh Urology, 11th, Elsevier, Philadelphia.
2. **Tuncer M., Faydaci G., Kafkasli A.et al** (2016).Retrocaval Ureter: A Rare Congenital Anomaly.J Kartal TR,27(2), 138-141.
3. **Frober R.**(2007).Surgical anatomy of the ureter. BJU Int, 100(4), 949-65.
4. **Thái Cao Tần** (2019). Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị bệnh niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới - báo cáo một trường hợp hiếm gặp, <http://bvcdn.org.vn/2020/02/04/phau-thuat-noi-soi-sau-phuc-mac-dieu-tri-benh-nieu-quan-sau-tinh-mach-chu-duoi/>.
5. **Phan Khánh Việt**(2019). Niệu quản sau tĩnh mạch chủ: nhân một trường hợp được chẩn đoán và điều trị tại BVĐK tỉnh Quảng Trị, <http://benhvientinh.quangtri.gov.vn/vi/news/kien-thuc-y-khoa/nieu-quan-sau-tinh-mach-chu-nhan-mot-truong-hop-duoc-chan-doan-va-dieu-tri-tai-bvdk-tinh-quang-tri-461.html>
6. **Trương Thanh Tùng** (2017). Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, nhân 2 trường hợp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, <http://bvdktinhthanhhoa.com.vn/tin-tuc/bai-vit-chuyen-mon/nieu-quan-sau-tinh-mach-chu-duoi-nhan-2-truong-hop-tai-benh-vien-da-khoa-tinh-thanh-hoa.190.html>
7. **Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh, Lê Đình Đạm và cộng sự** (2011), Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, nhân một trường hợp, <https://bomongoaiydhue.net/?cat_id=127&id=565>.
8. **RicciardulliS., Ding Q., ZhangX. et al.** (2015).Retroperitoneal laparoscopic approach for retrocaval ureter: our experience on 27 cases. Journal of Urology and Research, 2(4), 1033.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN LẬU (NEISSERIA GONORRHOEAE) PHÂN LẬP TỪ CÁC MẪU BỆNH PHẨM CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU CẦN THƠ NĂM 2019

Phạm Thanh Thảo*, Trần Gia Hưng*, Nguyễn Thị Thùy Trang*, Huỳnh Văn Bá*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu (N. gonorrhoeae) phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da Liễu Cần Thơ từ tháng 5 đến tháng 11 năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong 40 mẫu phân lập vi khuẩn lậu dương tính, kết quả kháng sinh đồ cho thấy tất cả các mẫu đều đề kháng với ít nhất hai loại kháng sinh. Các kháng sinh có tỉ lệ đề kháng cao nhất là penicillin (100%), ciprofloxacin (90%), ofloxacin (82,5%), levofloxacin (80%) và tetracycline (67,5%). Trong khi đó, các kháng sinh thông dụng trong phác đồ điều trị lậu hiện nay có tỉ lệ đề kháng thấp hơn: azithromycin (5%), ceftriaxone (15%), cefotaxime (22,5%) và cefuroxime (37,5%). **Kết luận:** Kết quả cho thấy vi khuẩn lậu lưu hành tại địa phương vẫn còn khá nhạy với các kháng sinh thông dụng được khuyến cáo trong phác đồ điều trị lậu hiện nay, tuy nhiên tỉ lệ đề kháng có tăng hơn so với các nghiên cứu trước đó được thực hiện tại Việt Nam. Do đó, cần theo dõi sát sao sự diễn tiến của tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu để có những thay đổi phù hợp trong việc điều trị.

Từ khóa: Đề kháng kháng sinh, vi khuẩn lậu, Neisseria gonorrhoeae.

SUMMARY

STUDY ABOUT THE ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF NEISSERIA GONORRHOEAE ISOLATED FROM PATIENTS OF CAN THO DERMATO-VERENOLOGY HOSPITAL, 2019

Objective: Investigate the antimicrobial resistance of Neisseria gonorrhoeae isolated from patients of Can Tho Dermato-Verenology Hospital from May to November, 2019. **Method:** Cross- sectional descriptive study. **Results:** In 40 positive isolation of N. gonorrhoeae, all were resistant with at least 2 antibiotics. Antibiotics had the highest level of resistance were penicillin (100%)ciprofloxacin (90%), ofloxacin (82,5%), levofloxacin (80%) and tetracycline (67,5%). The first-line antimicrobials, however, had lower resistant prevalence such as azithromycin (5%), ceftriaxone (15%), cefotaxime (22,5%) and cefuroxime (37,5%). **Conclusion:** The local isolated N. gonorrhoeae are still susceptible with the first-line antibiotics;however, the resistant levels are higher compare to the result of other studies in the past. We need to keep a close eye on the drug resistant gonococci in the future to adjust the current recommended therapy.

Keywords: Antimicrobial resistance, Neisseria gonorrhoeae, gonococci. Penicillin,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lậu là một bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infection – STI) phổ biến ở cả nam và nữ, do song cầu khuẩn Gram âm có tên là Neisseria gonorrhoeae (N. gonorrhoeae) gây nên. Bệnh được điều trị chủ yếu bằng kháng sinh liều duy nhất theo các phác đồ kinh điển. Sự đề kháng của các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt là bệnh lậu đối với kháng sinh đã tăng nhanh trong những năm gần đây và làm giảm các lựa chọn điều trị. Tình trạng giảm nhạy cảm của vi khuẩn lậu với các lựa chọn kháng sinh cuối cùng để điều trị bệnh (cephalosporin uống và tiêm) xuất hiện gần đây cùng với các đề kháng kháng sinh đã biết với penicillin, sulphonamide, tetracycline, quinolone và macrolide đã gióng lên một hồi chuông báo động trong việc thực hành lâm sàng điều trị bệnh lậu.

Nguyên nhân cho thực trạng này bắt nguồn từ việc sử dụng rộng rãi hoặc lạm dụng kháng sinh trong điều trị bệnh lậu đã làm các chủng N. gonorrhoeae liên tục gia tăng sự đề kháng kháng sinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới vùng Tây Thái Bình Dương, sự xuất hiện và lan rộng của các chủng N. gonorrhoeae kháng thuốc đã hạn chế rất nhiều hiệu quả điều trị bệnh lậu (WHO, 2002). Vì vậy, việc tiếp tục theo dõi tình hình kháng thuốc của N. gonorrhoeae đối với các kháng sinh đang được sử dụng là hết sức cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ từ tháng 5/2019 đến tháng 11/2019, không phân biệt tuổi, giới, có triệu chứng tiết dịch niệu đạo, âm đạo, cổ tử cung, được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán nhiễm N. gonorrhoeae.

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bá
Email: nvnguyen2412@gmail.com
Ngày nhận bài: 2/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 29/4/2020
Ngày duyệt bài: 20/5/2020

- Bệnh nhân không sử dụng kháng sinh trong vòng 7 ngày trước đó.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Trong trường hợp có thể, yêu cầu bạn tình của bệnh nhân đến khám bệnh và nếu hội đủ tiêu chuẩn cũng được đưa vào nghiên cứu.
- Mẫu phân lập vi khuẩn lậu dương tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu. Nhận, xử lý thống kê số liệu bằng các phần mềm SPSS 22 và Microsoft Excel 2013.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5 – 11/2019, chúng tôi phân lập được 40 mẫu vi khuẩn lậu dương tính từ các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ. Về mặt dịch tễ, độ tuổi trung bình của mẫu là 32,12 ± 8,821 với tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế, 90% so với 10% của nữ. Theo kết quả kháng sinh đồ, tất cả các mẫu đều đề kháng với ít nhất hai loại kháng sinh (xem bảng 1).

Bảng 1. Số loại kháng sinh bị đề kháng (n = 40)

Số loại	n	%
2 loại	2	5
3 loại	2	5
4 loại	7	17,5
5 loại	8	20
6 loại	10	25
7 loại	4	10
8 loại	7	17,5
Tổng	**40**	**100**

Các kháng sinh có tỉ lệ đề kháng cao nhất là penicillin (100%), ciprofloxacin (90%), ofloxacin (82,5%), levofloxacin (80%) và tetracycline (67,5%). Trong khi đó, các kháng sinh thông dụng trong phác đồ điều trị lậu hiện nay có tỉ lệ đề kháng thấp hơn: azithromycin (5%), ceftriaxone (15%), cefotaxime (22,5%) và cefuroxime (37,5%) (xem bảng 2).

Bảng 2. Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu (n = 40)

Loại kháng sinh	Kết quả kháng sinh đồ(%)		
	Nhạy	Trung gian	Đề kháng
Cefuroxime	60	2,5	37,5
Ceftriaxone	85	0	15
Cefotaxime	72,5	5	22,5
Doxycyclin	27,5	20	52,5
Tetracyclin	27,5	5	67,5
Azithromycin	95	0	5
Spectinomycin	97,5	0	2,5
Penicillin	0	0	100
Ciprofloxacin	10	0	90
Levofloxacin	17,5	2,5	80
Ofloxacin	10	7,5	82,5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ đề kháng với các kháng sinh: penicillin, quinolones, tetracycline. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đây là nhóm các kháng sinh bị đề kháng nhiều nhất với tỉ lệ đề kháng lần lượt là penicillin (100%), ciprofloxacin (90%), ofloxacin (82,5%), levofloxacin (80%) và tetracycline (67,5%).

So sánh với các nghiên cứu về lậu cầu kháng thuốc được thực hiện ở Việt Nam từ trước đến nay ta thấy có sự dao động về tỉ lệ đề kháng các kháng sinh. Từ năm 2008 – 2017, qua các nghiên cứu khác nhau trải dài khắp ba miền đất nước, các kháng sinh bị đề kháng nhiều nhất vẫn là penicillin với tỉ lệ đề kháng dao động từ 73,3% - 100%, ciprofloxacin (86% - 98%), tetracycline (88% – 100%) (Lê Ngọc Kim Giao và cộng sự, 2008; Bùi Khắc Hậu, 2009; Nguyễn Thanh Tân, 2012; Olsen B. và cộng sự, 2013 và Nguyễn Hữu An, 2017). Cá biệt trong nghiên cứu của Bùi Khắc Hậu và Nguyễn Thị Thủy thực hiện năm 2008 – 2009 ở Hà Nội thì tỉ lệ đề kháng ciprofloxacin và tetracycline khá thấp, lần lượt là 6,7% và 26,7%, có thể là do khác biệt về địa lý và tình hình đề kháng diễn tiến theo thời gian.

Nhìn chung, ta có thể thấy tình trạng đề kháng ở các nhóm kháng sinh trước đây được sử dụng để điều trị lậu nhưng hiện nay không còn được khuyến cao do tỉ lệ đề kháng cao như penicillin, ciprofloxacin vẫn chưa có dấu hiệu thay đổi.

4.2. Tỉ lệ đề kháng với ceftriaxone. Ceftriaxone là kháng sinh lựa chọn đầu tay trong phác đồ điều trị lậu tại Việt Nam hiện nay. Qua các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam và thống kê trên thế giới, ta có thể thấy tỉ lệ đề kháng với loại kháng sinh này có xu hướng tăng dần. Cụ thể, trong các nghiên cứu của Lê Kim Ngọc Giao (2008) và Bùi Khắc Hậu (2009) chưa phát hiện trường hợp nào đề kháng ceftriaxone, đến nghiên cứu của Olsen B. (2013) và Nguyễn Thanh Tân (2012) thì tỉ lệ này đã tăng lên 13,2% và 5. Đáng chú ý, nghiên cứu của Nguyễn Hải An cùng đồng sự thực hiện tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2015 – 2017 cho thấy tỉ lệ đề kháng ceftriaxone là 47,62% (2015) và 64% (2016), tuy sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,214) nhưng với tỉ lệ cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu những năm về trước cũng cho thấy một cảnh báo trong tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu.

Tỉ lệ đề kháng ceftriaxone của vi khuẩn lậu

phân lập được trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp so với các kháng sinh khác có trong nghiên cứu, đạt 15%. Tỉ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Lê Kim Ngọc Giao, Bùi Khắc Hậu, Olsen B. và Nguyễn Thanh Tân nhưng vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hải An và phù hợp với tình hình tăng chung của tỉ lệ lậu cầu đề kháng ceftriaxone.

4.3. Tỉ lệ đề kháng với azithromycine. Azithromycine là kháng sinh điều trị kết hợp bắt buộc với ceftriaxone trong phác đồ điều trị lậu ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, azithromycin được sử dụng cho các trường hợp lậu đồng mắc với Clamydia. Tương tự như ceftriaxone, tỉ lệ đề kháng với azithromycin cũng đang có chiều hướng tăng nhưng chậm hơn. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ này là 5%, nằm trong khoảng trung bình so với các nghiên cứu trước đây của các tác giả khác. Đối với azithromycine, tỉ lệ đề kháng tăng từ 1% trong nghiên cứu của Lê Kim Ngọc Giao (2008) đến 12% trong nghiên cứu của Olsen B. (2011).

4.4. Tỉ lệ đề kháng với spectinomycin. Riêng với kháng sinh spectinomycin, trong các nghiên cứu đã thực hiện tại Việt Nam trước đây, không có trường hợp đề kháng nào được phát hiện (Lê Ngọc Kim Giao và cộng sự, 2008; Bùi Khắc Hậu, 2009; Olsen B. và cộng sự, 2013 và Nguyễn Hữu An, 2017). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, đã phát hiện được 1/40 trường hợp vi khuẩn lậu phân lập được đề kháng với spectinomycin, chiếm 2,5%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy vi khuẩn lậu lưu hành tại địa phương vẫn còn khá nhạy với các kháng sinh thông dụng được khuyến cáo trong phác đồ điều trị lậu hiện nay, tuy nhiên tỉ lệ đề kháng có tăng hơn so với các nghiên cứu trước đó được thực hiện tại Việt Nam. Do đó, cần theo dõi sát sao sự diễn tiến của tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu để có những thay đổi phù hợp trong việc điều trị, cũng như có thêm xét nghiệm xác định sau điều trị để đảm bảo sự thành công của việc điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu An và các cộng sự. (2017),** "Tình hình kháng kháng sinh lậu cầu khuẩn được phân lập trên mẫu bệnh phẩm tại Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01 - 2015 đến tháng 06 - 2017", Tạp chí Y học dự phòng. 27(11), tr. 235.
2. **Lê Ngọc Kim Giao, Hoàng Tiến Mỹ và Nguyễn Thanh Bảo (2008),** "Tình hình đề kháng kháng sinh của Nesseria gonorrhoe tại bệnh viện Da Liễu Thành Phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 12(1).
3. **Bùi Khắc Hậu và Nguyễn Thị Thủy (2009),** "Nghiên cứu kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu", Tạp chí Y học thực hành. 712, tr. 58 - 61.
4. **Nguyễn Thanh Tân (2012),** Mô tả một số yếu tố liên quan đến phân bố Chlamydia trachomatis, Human papillomavirus đến kháng thuốc của vi khuẩn lậu trên bệnh nhân STD tại miền Trung Tây Nguyên năm 2010 - 2012, Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa.
5. **Olsen B., et al. (2013),** "Antimicrobial susceptibility and genetic characteristics of Neisseria gonorrhoeae isolates from Vietnam, 2011", BMC infectious diseases. 13(1), p. 40.
6. **World Health Organization (2012),** "Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae".

HIỆU QUẢ CỦA CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP VÀO THỰC TRẠNG KÊ ĐƠN THUỐC NGOẠI TRÚ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP Ở THÀNH PHỐ CẦN THƠ GIAI ĐOẠN 2016-2018

Nguyễn Phục Hưng*, Nguyễn Minh Chính**

TÓM TẮT

Mục đích: Khảo sát thực trạng và hiệu quả các giải pháp can thiệp trong kê đơnthuốc điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế (CSYT)công lập trên địa bàn thành phố (TP) Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 4.046 đơn thuốc giai đoạn 2016 – 2017 tại 11 CSYT công lập và nghiên cứu can thiệp tại 3 CSYT được chọn giai đoạn 2017 – 2018 để tiến hành can thiệp với 1.084 đơn thuốc được ở thành phố Cần Thơ. **Kết quả**: Số thuốc kê trung bình (TB) trong một đơn là 5 thuốc; Tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic và tên chung quốc tế là 98,62%; Tỷ lệ đơn có kháng sinh (KS) và có thuốc tiêm là 31,1% và 0,9%; Tỷ lệ đơn có vitamin và corticoid: 24,7% và 12,1%;Tỷ lệ các thuốc được kê đơn có trong danh mục thuốc thiết yếu (DMTTY) và danh mục thuốc chủ yếu (DMTCY): 41,98% và 63,07%; Tỷ lệ tương tác thuốc (TTT) là 48,5%. Một số giải pháp can thiệp trong kê đơn thuốc

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
*** Học viện Quân Y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phục Hưng
Email: phuchung275@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 2/5/2020
Ngày duyệt bài: 22/5/2020

điều trị ngoại trú tại 3 CSYT đã phát huy một phần hiệu quả: Số thuốc kê TB trong một đơn sau can thiệp (SCT): TB tổng số thuốc được kê của BVĐK quận Ô Môn tăng từ 4,00 đến 5,00 thuốc trong một đơn, tuy nhiên sự tăng này là không đáng kể (p < 0,05). Bệnh viện Trường đại học Y Dược (ĐHYD) Cần Thơ và trung tâm y tế (TTYT) huyện Phong Điền, sự thay đổi trước và sau khi can thiệp là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Tỷ lệ TTT tại TTYT huyện Phong Điền tăng từ 49,5% lên 58,1% (p < 0,05); Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ tăng 7% SCT và bệnh viện đa khoa (BVĐK) quận Ô Môn tăng 4,1%, sự thay đổi SCT là chưa có ý nghĩa thống kê tại 2 bệnh viện này (p > 0,05). **Kết luận:** Đây là tài liệu tham khảo cho cán bộ y tế và lãnh đạo về tình hình kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú trên địa bàn TP Cần Thơ đồng thời đưa ra các biện pháp can thiệp có hiệu quả.

Từ khóa: Kê đơn, bệnh nhân ngoại trú, can thiệp, tương tác thuốc.

SUMMARY

THE EFFICIENCY OF INTERVENTION TO THE STATUS OF PRESCRIPTION FOR OUTPATIENTSWITH HEALTH INSURANCE AT SOME PUBLIC HEALTH ESTABLISHMENTS IN CAN THO CITY DURING THE 2016-2018

Purpose: Surveying the status of drug prescribing and the effectiveness of interventions in prescribing for outpatient at public health facilities in Can Tho. **Subject and research methods:** Cross-sectional descriptive research on 4,046 prescriptions during the 2016-2017 period at 11 public health facilities and intervention research at 3 selected health facilities in the 2017-2018 period to conduct intervention with 1,084 prescriptions in Can Tho city. **Results:** The average number of drugs per prescription was 5; The percentage of drugs prescribed by generic and International Nonproprietary Names was 98.62%; The rates of applications with antibiotics and injectable drugs was 31.1% and 0.9% respectively; Proportion of having vitamins and corticosteroids was 24.7% and 12.1% respectively; The proportion of prescription drugs included in Essential drug list and Main drug list: 41.98% and 63.07%; The rate of drug interactions at 11 medical facilities is 48.5%. Some interventions on prescribing for outpatient at 3 health facilities seemed to be effective: The average number of drugs per prescription: The total number of drugs per prescription of O Mon District General Hospital are increased from 4. 00 to 5.00, however this increase was not significant (p <0.05). At the hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Phong Dien Health Center, the change before and after the intervention was not statistically significant with p> 0.05. The rate of drug interaction at Phong Dien Health Center increased from 49.5% to 58.1% (p <0.05); the hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy increased 7% after intervention and O Mon District General Hospital increased 4.1%, the change after intervention was not statistically significant at these two hospitals (p> 0.05). **Conclusion:** The study is a reference for health officiers and leaders in the situation of drug prescribing for outpatient in the city. Can Tho also proposed effective interventions.

Keywords: Prescription, outpatient, intervention, drug interactions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc đóng một vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của con người. Bộ Y tế (BYT) đã tăng cường chỉ đạo và hướng dẫn cho các bệnh viện thực hiện công tác sử dụng thuốc hợp lý, an toàn như áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý, cấp phát thuốc; khuyến khích sử dụng phần mềm tra tương tác và chống chỉ định của thuốc; tập huấn về sử dụng kháng sinh hợp lý; ban hành văn bản liên quan đến vấn đề kê đơn và sử dụng thuốc. Tuy nhiên, thực trạng sử dụng thuốc thiếu hiệu quả, đặc biệt là công tác kê đơn thuốc, đã và đang là vấn đề bất cập của nhiều quốc gia. Tình trạng bệnh nhân vượt tuyến, quá tải bệnh viện, đặc tính của nền kinh tế thị trường và áp lực công việc là những yếu tố tác động không nhỏ đến việc kê đơn của bác sĩ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 4.046 đơn thuốc ngoại trú có bảo hiểm y tế (BHYT) tại 11 CSYTcông lập ở TP Cần Thơ, từ tháng 09/2016 đến tháng 04/2017 và 1.084 đơn thuốc ngoại trú có bảo hiểm y tế tại 3 CSYT được chọn can thiệp từ tháng 09/2017 đến tháng 04/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp.

2.2.2 Nội dung nghiên cứu

- Đánh giá thực trạng kê đơn thuốc BHYT điều trị ngoại trú ở một số CSYT công lập tại thành phố Cần Thơ: số thuốc kê TBtrong một đơn; tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic và tên chung quốc tế; tỷ lệ đơn có KS và có thuốc tiêm; tỷ lệ đơn có vitamin và corticoid; tỷ lệ các thuốc được kê đơn có trong DMTTY và DMTCY; tỷ lệ TTT.

- Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp về chỉ số kê đơn đơn và tương tác thuốc ngoại trú tại 3/11 CSYT: bệnh viện ĐHYD Cần Thơ, bệnh viện đa khoa (BVĐK) quận Ô Môn, TTYT huyện Phong Điền, đánh giá các chỉ số chưa đạt trong kê đơn. Tiến hành can thiệp bằng các biện pháp giáo dục, nâng cao kiến thức; thúc đẩy thực hiện qui chế bằng các lần gặp mặt, nhắc nhở thường xuyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả đánh giá thực trạng kê đơn thuốc bảo hiểm y tế điều trị ngoại trú ở một số cơ sở y tế công lập tại thành phố

Cần Thơ giai đoạn 2016-2017

3.1.1. Số thuốc kê TB trong một đơn

Bảng 3.1. *Số thuốc kê trung bình trong một đơn tại 11 cơ sở y tế*

TT	Tên CSYT	Số đơn thuốc	Số thuốc kê TB trong một đơn
1	ĐK TW	218	4,00
2	ĐK TP	885	4,00
3	ĐHYD	100	4,00
4	Thốt Nốt	630	5,00
5	Ô Môn	681	4,00
6	Bình Thủy	136	4,00
7	Cờ Đỏ	249	5,00
8	Cái Răng	163	4,00
9	Phong Điền	303	6,00
10	Thới Lai	377	6,00
11	Vĩnh Thạnh	304	4,00
Chung		**4.046**	**5,00**

Số thuốc TB cho tất cả các mẫu khảo sát là khá cao, việc này có thể dẫn đến gia tăng chi phí, TTT và sự kém tuân thủ của người bệnh.

3.1.2. Tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic và tên chung quốc tế

Bảng 3.2. *Tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic và tên chung quốc tế*

TT	Tên CSYT	Số đơn thuốc	Số lượng thuốc được kê	Số lượng thuốc được kê theo tên generic	Tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic (%)
1	ĐK TW	218	914	905	99,17
2	ĐK TP	885	3.880	3.875	99,86
3	ĐHYD	100	384	384	100,0
4	Thốt Nốt	630	2.911	2.895	99,52
5	Ô Môn	681	2.726	2.726	100,0
6	Bình Thủy	136	605	604	99,88
7	Cờ Đỏ	249	1.308	1.308	100,0
8	Cái Răng	163	722	504	71,66
9	Phong Điền	303	1.703	1.703	100,0
10	Thới Lai	377	2.038	2.033	99,71
11	Vĩnh Thạnh	304	1.253	1.252	99,93
Chung		**4.046**	**18.444**	**18.189**	**98,62**

TTYT quận Cái Răng là cơ sở duy nhất không đạt tuyệt đối với 71,66%.

3.1.3.Tỷ lệ đơn có kháng sinh và thuốc tiêm

Bảng 3.3. *Tỷ lệ đơn có kháng sinh và thuốc tiêm tại 11 cơ sở y tế*

TT	Tên CSYT	Số đơn thuốc	Số đơn kê KS	% đơn kê KS	Số đơn kê thuốc tiêm	% đơn kê thuốc tiêm
1	ĐK TW	218	33	15,1	3	1,4
2	ĐK TP	885	57	6,4	27	3,1
3	ĐHYD	100	16	16,0	1	1,0
4	Thốt Nốt	630	185	29,4	2	0,3
5	Ô Môn	681	320	47,0	1	0,1
6	Bình Thủy	136	24	17,6	0	0,0
7	Cờ Đỏ	249	127	51,0	0	0,0
8	Cái Răng	163	43	26,4	0	0,0
9	Phong Điền	303	104	34,3	0	0,0
10	Thới Lai	377	265	70,3	1	0,3
11	Vĩnh Thạnh	304	84	27,6	0	0,0
Chung		**4.046**	**1.258**	**31,1**	**35**	**0,9**

TB chung của tỷ lệ đơn có KS là 31,1%, tỷ lệ đơn có thuốc tiêm là 0,9%.

3.1.4. Tỷ lệ đơn có vitamin và corticoid

Bảng 3.4. *Tỷ lệ đơn có vitamin và corticoid tại 11 cơ sở y tế*

TT	Tên CSYT	Số đơn thuốc	Số đơn kê vitamin	% đơn kê vitamin	Số đơn kê corticoid	% đơn kê corticoid
1	ĐK TW	218	18	8,3	48	22,0
2	ĐK TP	885	203	22,9	77	8,7
3	ĐHYD	100	18	18,0	4	4,0
4	Thốt Nốt	630	137	21,7	40	6,3

5	Ô Môn	681	98	14,4	96	14,1
6	Bình Thủy	136	26	19,1	11	8,1
7	Cờ Đỏ	249	50	20,1	29	11,6
8	Cái Răng	163	33	20,2	20	12,3
9	Phong Điền	303	141	46,5	69	22,8
10	Thới Lai	377	195	51,7	63	16,7
11	Vĩnh Thạnh	304	81	26,6	32	10,5
Chung		**4.046**	**1.000**	**24,7**	**489**	**12,1**

Tỷ lệ sử dụng vitamin và corticoid ở các CSYT đạt tỉ lệ 24,7% và 12,1%. TTYT huyện Phong Điền chiếm tỷ lệ cao nhất 22,8% và bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ thấp nhất với 4,0%.

3.1.5. Tỷ lệ các thuốc được kê đơn có trong DMTTY và DMTCY

Bảng 3.5. *Tỷ lệ các thuốc được kê đơn có trong danh mục thuốc thiết yếu và DMTCY tại 11 cơ sở y tế*

TT	Tên CSYT	Tổng số lượt thuốc được kê	TTY		TCY	
			n	%	n	%
1	ĐK TW	914	217	21,88	619	68,57
2	ĐK TP	3.880	1.529	40,07	2.506	65,34
3	ĐHYD	384	140	34,27	280	72,46
4	Thốt Nốt	2.911	1.473	50,22	1.936	65,01
5	Ô Môn	2.726	949	35,12	1.317	47,95
6	Bình Thủy	605	286	50,77	375	62,14
7	Cờ Đỏ	1.308	489	37,53	801	61,06
8	Cái Răng	722	376	51,16	479	65,64
9	Phong Điền	1.703	882	50,89	1.200	69,94
10	Thới Lai	2.038	711	34,64	1.413	69,01
11	Vĩnh Thạnh	1.253	707	57,86	820	65,74
Chung		**18.444**	**7.759**	**41,98**	**11.746**	**63,07**

Tỷ lệ thuốc thiết yếu (TTY) là 41,98% và thuốc chủ yếu(TCY) là 63,07%.

3.1.6. Tương tác thuốc

Bảng 3.6. *Tỷ lệ tương tác thuốc tại 11 cơ sở y tế*

TT	Tên CSYT	Số đơn thuốc	Đơn có TTT		Đơn có TTT mức 1		Đơn có TTT mức 2		Đơn có TTT mức 3	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1	ĐK TW	218	118	54,1	26	11,9	107	49,1	36	16,5
2	ĐK TP	885	541	61,1	71	8,0	460	52,0	231	26,1
3	ĐHYD	100	41	41,0	5	5,0	37	37,0	16	16,0
4	Thốt Nốt	630	372	59	77	12,2	307	48,7	167	26,5
5	Ô Môn	681	183	26,9	13	1,9	140	20,6	57	8,4
6	Bình Thủy	136	52	38,2	11	8,1	44	32,4	18	13,2
7	Cờ Đỏ	249	152	61,0	14	5,6	138	45,5	30	12,0
8	Cái Răng	163	85	52,1	26	16,0	73	44,8	41	25,2
9	Phong Điền	303	150	49,5	33	10,9	138	45,5	55	18,2
10	Thới Lai	377	152	40,3	20	5,3	115	30,5	48	12,7
11	Vĩnh Thạnh	304	116	38,2	25	8,2	94	30,9	40	13,2
Chung		**4.046**	**1.962**	**48,5**	**321**	**7,9**	**1.648**	**40,7**	**739**	**18,3**

Tỷ lệ TTT là khá cao, gần 50% đơn kê có tương tác. Trong 3 mức khảo sát, mức 1 (mức nặng) chiếm tỷ lệ 7,9% trong tổng số các tương tác. Mức 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 40,7% trong tổng số các lượt tương tác, mức 3 chiếm 18,3%.

3.2. Đánh giá hiệu quả của một số giải pháp can thiệp trong kê đơn thuốc điều trị ngoại trú ở một số cơ sở y tế công lập tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2017-2018

3.2.1. Số thuốc kê TB trong một đơn SCT

Bảng 3.7. *Số thuốc kê trung bình trong một đơn sau can thiệp*

TT	Tên CSYT		Số đơn thuốc	Tứ phân vị (Q)			p
				Q25	Q50	Q75	
1	ĐHYD	TCT	100	3	4	5	> 0,05
		SCT	100	3	4	5	

2	Ô Môn	TCT	681	4	4	4	< 0,05
		SCT	681	4	4	5	
3	Phong Điền	TCT	303	5	6	6	> 0,05
		SCT	303	5	6	6	

TB tổng số thuốc được kê của BVĐK quận Ô Môn tăng có ý nghĩa sau khi can thiệp với p < 0,05 với Q75 từ 4,00 đến 5,00 thuốc trong một đơn, tuy nhiên sự tăng này là không đáng kể. Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ và TTYT huyện Phong Điền, sự thay đổi SCT là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2.2. Tỷ lệ TTT

Bảng 3.8. *Tỷ lệ tương tác thuốc sau can thiệp*

Tên CSYT		Số đơn thuốc	Đơn có TTT		Đơn có TTT mức 1		Đơn có TTT mức 2		Đơn có TTT mức 3	
			N	%	n	%	n	%	n	%
ĐHYD	TCT	100	41	41,0	5	5,0	37	37,0	16	16,0
	SCT	100	48	48,0	4	4,0	44	44,0	17	17,0
	p		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	
Ô Môn	TCT	681	183	26,9	13	1,9	140	20,6	57	8,4
	SCT	681	211	31,0	7	1,0	161	23,6	85	12,5
	p		> 0,05		> 0,05		> 0,05		< 0,05	
Phong Điền	TCT	303	150	49,5	33	10,9	138	45,5	55	18,2
	SCT	303	176	58,1	31	10,2	153	50,5	72	23,8
	p		< 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Tỷ lệ TTT tại TTYT huyện Phong Điền thay đổi có ý nghĩa sau khi can thiệp (p < 0,05) từ 49,5% lên 58,1%. Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ tăng 7% và BVĐK quận Ô Môn tăng 4,1%, sự thay đổi SCT là chưa có ý nghĩa thống kê tại 2 bệnh viện này (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1.Về thực trạng kê đơn thuốc bảo hiểm y tế điều trị ngoại trú ở một số cơ sở y tế công lập tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2016-2017

4.1.1. Số thuốc kê TB trong một đơn. Nhìn chung, từ bảng 3.1, số thuốc TB được kê đơn là 5,00 thuốc thấp hơn so với một nghiên cứu tại Bắc Ấn Độ là 5,6 [1]. Khi xét các đơn thuốc có số thuốc cao, đa số người bệnh mắc phải nhiều bệnh kết hợp, trên 80% tuổi từ 40 trở lên; các mã ICD hay gặp nhất đều là những bệnh lý điển hình của người cao tuổi. Đây là nguyên nhân dẫn tới việc kê nhiều thuốc trong 1 đơn thuốc vì người cao tuổi thường mang nhiều bệnh trong cơ thể.

Số lượng thuốc trong đơn tăng đồng nghĩa với tỷ lệ xuất hiện phản ứng có hại và TTT tăng: 16-20 thuốc trong một đơn thì tỷ lệ xuất hiện là 24,2% và trên 20 thuốc trong một đơn thì tỷ lệ này lên đến 40% [2]. Do đó, Hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện cần tăng cường chỉ đạo và phối hợp giữa khoa Dược với các khoa lâm sàng, khoa khám ngoại trú, phòng cấp cứu,… nhằm cung cấp, cập nhật thông tin thuốc, tương tác giữa các thuốc tới các bác sĩ thường xuyên nhằm giảm các tác dụng không mong muốn đối với các đơn có nhiều loại thuốc.

4.1.2. Tỷ lệ thuốc được kê tên generic hoặc tên chung quốc tế. Kết quả nghiên cứu (bảng 3.2) về tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic khá cao, 98,62%. Từ đó cho thấy việc ứng dụng công nghệ thông tin vào việc kê đơn để có thể khắc phục được việc kê thuốc không theo tên generic. Một nghiên cứu khác tại Việt Nam năm 2012 cũng rất thấp, tỷ lệ này từ 48,4%-63,1%, nguyên nhân của sự khác biệt này là do tại các trạm y tế, việc kê đơn chủ yếu bằng hình thức viết tay và thuốc thuộc danh mục BHYT khá ít nên việc các bác sĩ nhớ tên biệt dược của thuốc là không quá khó [3].

4.1.3. Tỷ lệ đơn kê có KS và thuốc tiêm. Tỷ lệ đơn kê có KS TB theo bảng 3.3 là 31,1%. Kết quả nàythấp hơn nghiên cứu ở Ấn Độ (53,6%) [4]. Nguyên nhân sự khác biệt này là do mô hình bệnh tật của các đơn thuốc trong mẫu khảo sát không giống nhau.

Từ kết quả bảng 3.3, chỉ có 6/11 CSYT có sử dụng thuốc tiêm trong danh mục thuốc BHYT, TB 0,9% đơn thuốc có kê thuốc tiêm, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Akhtar M.S. và cộng sự 8,4% [5].

4.1.4. Tỷ lệ đơn kê có vitamin và corticoid. Từ bảng 3.4, tỷ lệ vitamin TB 24,7%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Trần Thị Giáng Hương tại một số bệnh viện miền Bắc năm 2015 là 30,7% [6].

Qua thống kê tại bảng 3.4, tỷ lệ đơn kê có

corticoid là 12,1% thấp hơn so với một khảo sát tại Iran là 23% [7]. Theo Tổ chức Y tế thế giới, chỉ số về vitamin và corticoid không có mức tiêu chuẩn lý tưởng, chỉ số này do BYT Việt Nam và một số nước đưa vào nhằm theo dõi tình hình sử dụng 2 nhóm thuốc này trong kê đơn, cũng như tránh tình trạng lạm dụng chúng. Do đó, cần hoàn thiện các cơ chế quản lý trong việc kiểm tra và giám sát công tác kê đơn để hạn chế việc kê vitamin và corticoid không cần thiết làm gia tăng chi phí cho người bệnh.

4.1.5. Tỷ lệ thuốc được kê đơn có trong DMTTY, DMTCY. Giữa các CSYT có sự khác nhau về tỷ lệ thuốc được kê đơn có trong DMTTY/DMTCY (bảng 3.5), với tỷ lệ TB TTY là 41,98% và tỷ lệ TB TCY là 63,07%. Kết quả thu được thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Ethiopia 92% (2016) [8]. Tỷ lệ % thuốc kê theo DMTTY/DMTCY tại các cơ sở khảo sát thấp có thể giải thích là do tại thời điểm khảo sát, thông tư liên tịch số 01/2012/TTLT-BYT-BTC của Bộ Tài chính và BYT ban hành năm 2012 về hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong các CSYT qui định tại điều 26. Thời điểm nghiên cứu TCT, danh mục thuốc trúng thầu BHYT năm 2016 đang được sử dụng cho đến hết tháng 6 năm 2017, tháng 7 năm 2017 ban hành danh mục mới và được sử dụng đến hết tháng 7 năm 2018, trong thời gian này chúng tôi đang trong giai đoạn xử lý, phân tích số liệu và tìm nguyên nhân nên không thể tiến hành can thiệp vào các danh mục này được, nên chỉ số này không đánh giá SCT.

4.1.6. Tương tác thuốc. TB tại các CSYT (bảng 3.6) có 48,5% TTT trong đơn, mức độ tương tác TB chiếm tỷ lệ cao nhất 40,7%, tiếp đến là mức độ nhẹ 18,3% và mức độ nặng thấp nhất với 7,9%. Kết quả 45,8% đơn thuốc có ít nhất một tương tác tại Ethiopia gần giống với kết quả nghiên cứu này, trong đó mức độ nặng chiếm 10%, mức độ TB chiếm 51% và mức độ nhẹ chiếm 39%.

Một TTT không phải lúc nào cũng nguy hiểm. Đối với trường hợp TTT mức độ nặng, các thuốc sẽ không được dùng cùng nhau, cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích. Trong trường hợp bắt buộc dùng, bác sĩ phải thông báo với người bệnh để người bệnh chú ý theo dõi, nếu có bất thường xảy ra lập tức báo với bác sĩ. Người kê đơn cũng như người cấp phát thuốc cần phải quản lý TTT này, đề phòng các nguy hiểm có thể xảy ra. Điều này chỉ có thể thực hiện nếu trước đó đã có sự đánh giá về nguy cơ, như vậy sự hiểu biết về các cơ chế TTT là rất quan trọng.

4.2. Về hiệu quả của một số giải pháp can thiệp trong kê đơn thuốc điều trị ngoại trú ở một số cơ sở y tế công lập tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2017-2018

4.2.1. Số thuốc kê TB trong một đơn. Theo kết quả khảo sát tại bảng 3.7, số thuốc kê TB trong một đơn SCT không tăng. Nhưng theo phân tích, tất cả các thuốc được kê là hợp lý ứng với mã ICD đã chẩn đoán. Nghiên cứu cho kết quả khác với nghiên cứu tại Delhi, số thuốc trong một đơn SCT tăng từ 3,43 lên 3,46.

4.2.2. Tương tác thuốc. Kết quả SCT cho thấy tỷ lệ TTT tại bảng 3.8đều tăng, điều này do danh mục thuốc BHYT năm 2017 bổ sung nhiều thuốc mới hơn, nhiều hoạt chất mới hơn cũng là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ TTT trong đơn. Tuy nhiên không đánh giá được hiệu quả của các giải pháp can thiệp đã tiến hành vì các trang website Drugs.com hay Medscape.com đều cập nhật thay đổi liên tục về 3 mức độ tương tác của 1 cặp tương tác bất kỳ.

Mặc khác, SCT, mức tăng chủ yếu ở mức 2 và mức 3, còn mức 1 đã giảm xuống.Bằng các giải pháp can thiệp giáo dục nâng cao kiến thức đã giúp các bác sĩ cũng đã quan tâm đến các tương tác mức độ nặng để hạn chế tình trạng kê đơn các cặp thuốc cùng nhau. Tỷ lệ TTT tại TTYT huyện Phong Điền thay đổi có ý nghĩa sau khi can thiệp với $p < 0,05$ từ 49,5% lên 58,1%. Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ tăng 7% SCT và BVĐK quận Ô Môn tăng 4,1%, sự thay đổi SCT là chưa có ý nghĩa thống kê tại 2 bệnh viện này ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Kết quả đánh giá thực trạng kê đơn thuốc BHYT điều trị ngoại trú ở một số CSYT công lập tại TP Cần Thơ giai đoạn 2016-2017: Số thuốc kê TB trong một đơn là 5 thuốc; Tỷ lệ thuốc được kê theo tên generic và tên chung quốc tế là 98,62%; Tỷ lệ đơn có KS và có thuốc tiêm là 31,1% và 0,9%; Tỷ lệ đơn có vitamin và corticoid: 24,7% và 12,1%; Tỷ lệ các thuốc được kê đơn có trong DMTTY và DMTCY: 41,98% và 63,07%; Tỷ lệ TTT tại 11 CSYT là 48,5%.

- Kết quả về hiệu quả của một số giải pháp can thiệp trong kê đơn thuốc điều trị ngoại trú ở một số CSYT công lập tại TP Cần Thơ giai đoạn 2017-2018: Số thuốc kê TB trong một đơn SCT: TB tổng số thuốc được kê của BVĐK quận Ô Môn tăng từ 4,00 đến 5,00 thuốc trong một đơn, tuy nhiên sự tăng này là không đáng kể ($p < 0,05$). Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ và TTYT huyện Phong Điền, sự thay đổi trước và sau khi can thiệp là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ TTT tại TTYT huyện Phong Điền tăng từ 49,5% lên 58,1% ($p<0,05$); Bệnh viện Trường

ĐHYD Cần Thơ tăng 7% SCT và BVĐK quận Ô Môn tăng 4,1%, sự thay đổi SCT là chưa có ý nghĩa thống kê tại 2 bệnh viện này (p > 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akhtar M.S., Divya V., Pillai K.K., et al. (2012).** Drug prescribing practices in paediatric department of a north Indian university teaching hospital. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Resaerch, 5(1):146-149.
2. **Trần Nhân Thắng (2012).** Nghiên cứu thực trạng kê đơn thuốc ở người bệnh nội trú bệnh viện Bạch Mai năm 2008. Tạp chí Y học Thực Hành, 7(830):89-94.
3. **Trần Thị Thoa (2012).** Nghiên cứu thực trạng và tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng thuốc thiết yếu tại tuyến xã, Luận án tiến sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, trang 101.
4. **Shelat P.R., Kumbar S.K. (2015).** Analysis of out door patients' prescriptions according to World Health Organization (WHO) prescribing indicators among private hospitals in Western India. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9(3):1-4.
5. **Akhtar M.S., Shafiq M., Irshad N., et al. (2013).** Assesment of prescribing practices of private GP'S in Islamabad. International Journal of Current Pharmaceutical Research, 5(1):49-53.
6. **Hoàng Văn Minh, Nguyễn Trần Thị Giáng Hương, Vũ Thị Vựng và CS (2009).** Khó khăn trong thực hành kê đơn thuốc và nhu cầu đào tạo về sử dụng thuốc hợp lý an toàn của CBYT thuộc một số bệnh viện ở miền Bắc, Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 65(6):96-100.
7. **Karimi A., Haerizadeh M., Soleymani F., et al. (2014).** Evaluation of medicine prescription pattern using World Health Organization prescribing indicators in Iran: A cross-sectional study. Journal of research in pharmacy practice, 3(2):39-45.
8. **Bilal A.I., Osman E.D., Mulugeta A. (2016).** Assessment of medicines use pattern using World Health Organization's Prescribing, Patient Care and Health facility indicators in selected health facilities in eastern Ethiopia. BMC health services research, 16:144.

NGHIÊN CỨU TÌM LIỀU NOREPINEPHINE TIÊM TĨNH MẠCH ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ 90% TRƯỜNG HỢP HẠ HUYẾT ÁP LẦN ĐẦU TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG CHO MỔ LẤY THAI

Phạm Tài Phú Vinh*, Đỗ Văn Đức*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sử dụng norepinephrine điều trị sản phụ hạ huyết áp trong gây tê tủy sống cho mổ lấy thai còn ít được nghiên cứu tại Việt Nam. **Mục tiêu**: Tìm một liều norepinephine tiêm tĩnh mạch điều trị hiệu quả 90% số sản phụ hạ huyết áp lần đầu trong gây tê tủy sống cho mổ lấy thai (ED_{90}). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Đây là một nghiên cứu tiến cứu, tìm liều bằng thiết kế lên xuống tung đồng xu.Nghiên cứu này gồm 40 sản phụ có ASA I-II, mang một thai, đủ tháng khỏe mạnh trải qua gây tê tủy sốngcho mổ lấy thai, nhận một liều tĩnh mạch norepinephrine từ 2 đến 5 µg để điều trị hạ huyết áp lần đầu. Mục tiêu chính của nghiên cứu này là ước tính ED_{90} của norepinephrine. **Kết quả**: Ước tính ED_{90} củamột liều norepinephrinetiêm tĩnh mạch điều trị là 4,69 µg (95% KTC, 4,25 - 4,87) bằng cách sử dụng hồi qui isotonic. **Kết luận**:Trong thực hành, chúng tôi đề nghị một liều ED_{90} của norepinephrine là 5 µg.

Từ khóa: Gây tê tủy sống, hạ huyết áp, ED_{90}, norepinephrine, mổ lấy thai

**Bệnh viện ĐK tỉnh Bình Phước*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tài Phú Vinh
Email: chung.ketoanvymico@gmail.om
Ngày nhận bài: 28/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 14/5/2020
Ngày duyệt bài: 25/5/2020

SUMMARY

STUDY TO FIND A NOREPINEPHRINE INTRAVENOUS BOLUS FOR EFFECTIVE TREATMENT THE FIRST EPISODE OF HYPOTENSION IN 90% PREGNANT WOMEN DURING SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN DELIVERY

Background: Use of norepinephrine for treatment of maternal hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery is less studied in Viet Nam. **Objectives**: To find anorepinephine intravenous bolus for effective treatmentthe first episode of hypotension in 90% pregnant women during spinal anesthesia for cesarean delivery (ED_{90}). **Subjects and methods**: This was a prospective, dose-finding study of norepinephrine based on the biased coin up-and-down (BCUD) design to estimate ED_{90} of norepinephrine. This study included fortyhealthy, singleton pregnant women at full term with ASA I-II undergoing spinal anesthesia for cesarean delivery received a single bolus of norepinephine in one of four different doses ranging from 2 to 5 µg to treat the first episode of hypotension. The primary purpose of this study was to estimate $ED_{90}$of norepinephrine.

Results: The estimated ED_{90} of the treatment norepinephrine bolus was 4,69 µg (95% KTC, 4,25 - 4,87) using the isotonic regression method. **Conclusions**: Practically, we suggest an ED_{90}dose was 5 µg.

Keywords: Norepinephrine; ED_{90}; maternal hypotension; cesarean delivery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm thường sử dụng cho mổ lấy thai. Tuy nhiên, hạ huyết áp là một tác dụng không mong muốn thường gặp của gây tê tủy sống cho mổ lấy thai với tỷ lệ khoảng từ 71% [1] đến 80% [2]. Theo một Tuyên bố đồng thuận Quốc tế năm 2018 cho rằng phenylephrine là thuốc lựa chọn hàng đầu để dự phòng hoặc điều trị hạ huyết áp trong gây tê tủy sống cho mổ lấy thai [3]. Tuy nhiên, liên quan mạch chậm phản xạ và giảm cung lượng tim của phenylephrine đã thúc đẩy nghiên cứu norepinephrine. Vì ít gây mạch chậm và giảm cung lượng tim nên norepinephrine là thuốc tiềm năng thay thế phenylephrine.Một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài từ năm 2017 đến năm 2018, cho thấy tiêm tĩnh mạch một liều norepinephrine với khoảng liều từ 3 đến 12 µg cho thấy hiệu quả điều trị hạ huyết áp trong gây tê tủy sống cho mổ lấy thai nhưng ít tác dụng phụ lên mẹ và con [4, 5, 6, 7]. Tuy nhiên, tiêm tĩnh mạch một liều norepinephrine điều trị hạ huyết áp trong gây tê tủy sống cho mổ lấy thai còn ít được nghiên cứu tại Việt Nam. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu chính của nghiên cứu là ước tính một liều norepinephrine tiêm tĩnh mạch điều trị thành công 90% số sản phụ hạ huyết áp lần đầu sau gây tê tủy sống cho mổ lấy thai (ED_{90}).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

1.1.Tiêu chuẩn chọn bệnh: Sản phụ cam kết tham gia nghiên cứu; tuổi từ 18-45 tuổi, trọng lượng cơ thể ngay trước mổ 50-90 kg; chiều cao 145-170cm; ASA I-II; có chỉ định phẫu thuật lấy thai; có chỉ định gây tê tủy sống và thai nhi khỏe mạnh đủ tháng.

1.2.Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ mắc bệnh cao huyết áp; bệnh lý van tim, bệnh cơ tim; loạn nhịp tim; bệnh phổi mạn tính, cấp tính; đái tháo đường; cường giáp, tiền sản giật, sản giật; hematocrit trước mổ < 30%; chiều cao < 145 cm hoặc trên 170 cm; tuổi < 18 hoặc > 45 tuổi; cân nặng < 50 kg hoặc > 90 kg; ASA trên mức II; dọa vỡ tử cung; sa dây rốn; suy thai; nhau tiền đạo; nhau bong non, nhau cài răng lược; chảy máu nhiều trong mổ phải truyền máu; thai dị tật bẩm sinh và các chống chỉ định gây tê tủy sống.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gây mê Hồi sức, BVĐK tỉnh Bình Phước.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2019.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Tìm liều bằng thiết kế nghiên cứu lên-xuống tung đồng xu.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu cố định theo thiết kế nghiên cứu là 40 trường hợp.

2.5. Phương pháp tiến hành: Khi sản phụ chuyển đến phòng mổ, có chỉ định phẫu thuật, đối chiếu tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ. Sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn chọn vào nhóm nghiên cứu, thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại biên ở tay, kim luồn tĩnh mạch số 18-20 gause, dây truyền dịch 20 giọt/ml, truyền tĩnh mạch dung dịch lactated Ringer tốc độ XX giọt/phút để duy trì chức năng đường truyền cho tới ngay trước tê tủy sống; chuẩn bị norepinephrine nồng độ 1µg/ml; chuẩn bị thuốc gây tê tủy sống-bupivacaine tăng trọng (Aguettant, Pháp); các thuốc gây mê, thuốc hồi sức, dịch truyền tinh thể, thuốc co tử cung, thuốc cầm máu, kim tê tủy sống cỡ 27 gause. Ghi nhận các thông số của sản phụ như tuổi (năm), chiều cao (cm), cân nặng trước lúc mổ (kg). Sau khi sản phụ nằm yên trên bàn mổ khoảng 2 phút, đo và ghi nhận huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTR), nhịp tim (NT) trên ECG ngoài cơn gò tử cung; đối chiếu lúc nhập viện để có thể đo HATT, HATTR, NT 1-3 lần để ghi nhận giá trị cơ bản của sản phụ bằng monitor Dask 4000. Tiến hành gây tê tủy sống theo qui trình kỹ thuật chuyên môn như sản phụ nằm nghiêng sang phải, chọc kim tê tủy sống 27 gause ở liên đốt sống L3-L4, bơm 10 mg (2ml) thuốc bupivacaine tốc độ 15-20 giây, sản phụ nằm ngữa, cho sản phụ thở oxy 3 l/phút qua ống thông mũi. Truyền nhanh dung dịch lactated Ringer ngay sau gây tê tủy sống, tốc độ mở khóa tối đa dây truyền, không quá 1.000 ml. Theo dõi thường qui như theo dõi HATT, HATTR, NT liên tục trên monitor mỗi 1 phút cho đến lấy thai, sau đó mỗi 3 phút đến 30 phút kể từ lúc bắt đầu gây tê tủy sống.Sau gây tê tủy sống, khi sản phụ hạ huyết áp lần đầu tiên (huyết áp tâm thu ≤80% giá trị cơ bản) thì tiến hành tiêm tĩnh mạch một liều norepinephrine trong 10 giây (liều đầu) với phạm vi liều từ 2µg đến 5 µg được chọn trước. Liều norepinephrine 3 µg được dùng cho sản phụ đầu tiên. Liều norepinephrine cho sản phụ tiếp theo tăng hoặc giảm 1µg tùy đáp ứng. Nếu sản phụ đầu tiên không có đáp ứng (huyết áp tâm thu vẫn ≤80% giá trị cơ bản), liều norepinephrine sử dụng ghi nhận là không hiệu quả, tiêm thêm 2-3 µg norepinephrine (liều giải cứu) và có thể lặp lại để đảm bảo huyết áp tâm thu của sản phụ ≥80% giá trị cơ bản; và liều norepinephrine cho sản phụ thứ hai tăng thêm

1µg (4µg).Nếu sản phụ đầu tiên có đáp ứng (huyết áp tâm thu ≥80% giá trị cơ bản), liều norepinephrine sử dụng ghi nhận là hiệu quả và liều norepinephrine cho sản phụ thứ hai cùng liều hoặc giảm liều tùy kết quả tung đồng tiền xu. Nếu đồng xu tung sấp, chúng tôi chọn liều giảm (2µg); nếu đồng xu tung ngữa, chúng tôi chọn cùng liều (3µg).Trong phạm vi liều norepinephrine đã chọn, liều 2 µg gọi là liều sàn và liều 5µg là liều trần. Nếu đáp ứng ở sản phụ dùng liều sàn (2 µg) thì sản phụ tiếp theo dùng cùng liều (2µg). Tương tự, nếu thất bại ở sản phụ dùng liều trần (5 µg) thì sản phụ tiếp theo dùng cùng liều (5 µg).Tiến hành phẫu thuậtsau khi sản phụ không nhấc chân lên được và dùng phẫu tích kẹp nhẹ da vùng mổ sản phụ không đau. Sau khi lấy thai và bánh nhau ra: Oxytocin 20 UI pha với 500 ml NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút, methylergonovine 0,2 mg hai ống tiêm bắp.Ghi nhận điểm Apgar trẻ sơ sinh lúc 1 phút và 5 phút sau sinh. Ghi nhận thời gian từ lúc ngay sau gây tê đến hạ huyết áp-Tgt. HA (phút); thời gian từ lúc ngay sau gây tê tủy sống đến lấy thai -Tgt.LT (phút); thể tích dung dịch lactaed Ringer truyền tĩnh mạch từ lúc ngay sau gây tê tủy sống đến lấy thai -V (ml). Lấy máu cuống rốn phân tích khí máu bằng máy Novo Biomedical.

Ghi nhận và xử trí các tác dụng phụ như tăng huyết áp khi HATT > 120% giá trị cơ bản sau tiêm tĩnh mạch norepinephrine, làm chậm dịch truyền; mạch nhanh sau tiêm tĩnh norepinephrine khi tần số mạch > 120 nhịp/phút, không xử trí gì nếu huyết áp ổn định; mạch chậm (mạch < 60 nhịp/phút), không xử trí gì nếu không hạ huyết áp; mạch chậm kèm hạ huyết áp tiêm tĩnh mạch ephedrine 3-5 mg, lặp lại nếu cần; mạch không chậm kèm hạ huyết áp, norepinephrine 2-3 µg tiêm tĩnh mạch và có thể lặp lại liều này để HATT>80% giá trị cơ bản.

2.6. Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập các số liệu trong nghiên cứu từ trước đến 30 phút sau gây tê tủy sống. Số liệu nghiên cứu thu thập theo bảng thiết kế sẵn.Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê R phiên bản 3.6.3.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mục tiêu chính của nghiên cứu là ước tính một liều norepinephrine tiêm tĩnh mạch điều trị thành công 90% số sản phụ hạ huyết áp lần đầu trong gây tê tủy sống cho mổ lấy thai (ED_{90})có các số liệu thống kê như sau:

Bảng 1. *Các đặc điểm của sản phụ*

Tuổi (năm)	29,18 (6,47)
Chiều cao (cm)	154(4,87)
Cân nặng (kg)	62,7(8,79)
Tần số mạch cơ bản (nhịp/phút)	81,8 (8,28)
HATT cơ bản (mmHg)	111,7(8,23)
HATTR cơ bản (mmHg)	65,4(5,64)

Giá trị là trung bình (độ lệch chuẩn)

Bảng 2. *Khí máu cuống rốn và Apgar của trẻ sơ sinh*

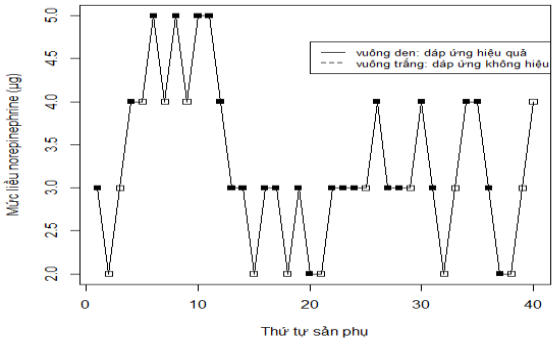
Khí máu cuống rốn	Động mạch rốn	Tĩnh mạch rốn
pH	7,27 (0,065)	7,31 (0.21)
pO2 (mmHg)	12,8 (6,9)	24,21 (6,7)
pCO2 (mmHg)	50,1 (14,2)	44,78(4,1)
Apgar 1 phút sau sinh	9(8-9)*	
Apgar 5 phút sau sinh	9(9-10)	

Giá trị là trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc *trung vị (tứ phân vị dưới- tứ phân vị trên)

Bảng 3. *Đặc điểm liên quan kỹ thuật gây tê và phẫu thuật*

Tgt.HA(phút)	3,48 (2,1)
Tgt.LT (phút)	10,65 (3,41)
V (ml)	423,21 (122)
Norepinephrine điều trị giải cứu hạ HA (µg)	3,8 (2,5)
Số lần hạ huyết áp	1 (1-4)*

Giá trị là trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc *trung vị (phân vị dưới-phân vị trên)



Biểu đồ 1. *Trình tự đáp ứng với liều norepinephrine*

Bảng 4. *Tỷ lệ đáp ứng quan sát và sau khi hiệu chỉnh PAVA*

Liều (µg)	Số TH ĐT hiệu quả	Tổng số	Tỷ lệ đáp ứng(%)	Tỷ lệ đáp ứngsau hiệu chỉnh PAVA(%)
2	2	8	0,25	0,25
3	13	18	0,72	0,679
4	6	10	0,60	0,679
5	4	4	1,00	1,00

ĐT: Điều trị;TH: Trường hợp; PAVA: Pooled-adjacentviolators algorithm

Ước tính ED90: Kết quả ước tính ED_{90}của

norepinephrine bằng hồi qui isotonic và khoảng tin cậy ước tính bằng phương pháp bootstap là 4,69 µg (95%KTC, 4,25-4,87)

Bảng 5. *Tác dụng không mong muốn ở sản phụ*

Tăng huyết áp phản ứng	0 (0%)
Mạch nhanh	0 (0%)
Đau chổ tiêm chích	0 (0%)
Mạch chậm	1 (2,5%)
Buồn nôn-nôn	5(12,5%)

KTC: Khoảng tin cậy

IV. BÀN LUẬN

Thiết kế nghiên cứu lên xuống tung đồng xu (biased coinup-and-down design) là một trong các kiểu thiết kế lên xuống được DURHAM S. D và FLOURNOY N. Đại học South Carolina và Đại học American, Hoa Kỳ giới thiệu năm 1994 [2]. Sử dụng thiết kế nghiên cứu này khi thuốc nghiên cứu có đặc tính là tăng tác dụng khi tăng liều và dùng nhiều liều nhằm tìm nồng độ hay liều điều trị hiệu quả trên đường cong đáp ứng của biến nhị phân, thường dùng trong các nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng. Ngoài ra, thiết kế nghiên cứu lên xuống tung đồng xu là phương pháp tốt hơn cho ước tính liều hiệu quả với bất kỳ phân vị nào. Do vậy, chúng tôi chọn thiết kế nghiên cứu này ước tính ED90 của norepinephrine. Có nhiều phương pháp ước tính liều hiệu quả (ED) gồm ước tính tham số và phi tham số. Tuy nhiên, ước tính phi tham số thường được sử dụng trong các nghiên cứu gây mê gồm ước tính Dixon-Mood và ước tính bằng hồi qui Isotonic. Về cơ bản, phương pháp Dixon –Mood là phương pháp ước tính đơn giản cho liều hiệu quả hay liều đích như ED50, khi ước tính xa điểm giữa ED50 thì ít chính xác hơn, trong khi đó, ước tính bằng hồi qui isotonic có độ lệch nhỏ hơn và độ chính xác cao hơn (khoảng tin cậy hẹp hơn).

Về kết quả ước tính ED90 của norepinephrine: Ước tính ED90 của liều norepinephrine tiêm tĩnh mạch điều trị hạ huyết áp lần đầu trong gây tê tủy sống mổ lấy thai theo phương pháp hồi qui isotonic và ước tính KTC bằng phương pháp Bootstrap trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,69 µg(95% KTC,4,25 - 4,87). Trong thực hành, chúng tôi tiêm tĩnh mạch một liều 5µg norepinephrine điều trị hạ huyết áp lần đầu trong gây tê tủy sống mổ lấy thai sẽ dễ dàng chuẩn độ hơn mà không tăng tác dụng không mong muốn ở sản phụ và trẻ sơ sinh. So với một số kết quả ước tính ED90 của Onwochei và cộng sự [6], kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (Bảng 6). Tuy nhiên, nếu tính liều bằng đơn vị µg/kg cân nặng, thì ED90 của norepinephrinetrong nghiên cứu Onwochei 5,80 µg tương ứng 0,0786 µg/kg và trong nghiên cứu của chúng tôi 4,69 µg tương ứng 0,0748 µg/kg. Như vậy, ED90 của norepinephrine trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn, có lẽ trong nghiên cứu chúng tôi, sản phụ có trọng lượng trung bình (62,7kg) thấp hơn trọng lượng trung bình của sản phụ trong nghiên cứu của Onwochei(73,8 kg).Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy phần lớn các trường hợp hạ huyết áp mức trung bình (HATT giảm 20-30% giá trị cơ bản). Chúng tôi nhận thấy nếu xảy ra hạ huyết áp mức độ nặng hơn, liều norepinephrine tiêm tĩnh mạch lần đầu có thể cao hơn và có thể kết hợp thêm các thuốc khác như ephedrine, atropine, adrenaline trong điều trị hạ huyết áp và phối hợp truyền dịch tinh thể tốc độ nhanh.

Bảng 6. So sánh ED90norepinephrine của chúng tôi với tác giả khác

Tác giả	ED90(95% KTC)
Onwochei và cộng sự, năm 2017[6]	5,80 µg (95% KTC, 5,01-6,59)
Chúng tôi, năm 2019	4,69µg (95% KTC, 4,25 - 4,87)

Về tác dụng không mong muốn: Tăng huyết áp, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào, trong khi nghiên cứu Onwochei [7] tăng huyết áp là 10%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa xảy ra trường hợp tăng huyết áp sau tiêm tĩnh mạch norepinephrine cho thấy liều dùng norepinephrine của chúng tôi còn thấp.Về đau rát chỗ tiêm tĩnh mạch, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp một trường hợp tiêm 3µg norepinephrine tĩnh mạch nhưng ngay sau đó phát hiện đường truyền tĩnh mạch mất chức năng. Trường hợp này chúng tôi vẫn không ghi nhận sản phụ than đau nơi tiêm thuốc, có lẽ do dùng norepinephrine liều còn thấp. Về mạch chậm, có một trường hợp (2,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Ít xảy ra mạch chậm có lẽ do tác dụng β–adrenergic làm giảm bớt khả năng xảy ra mạch chậm do tác dụng α-adrenergiccủa norepinephrine. Về buồn nôn-nôn, trong nghiên cứu gặp năm trường hợp (12,5%). Buồn nôn-nôn sau gây tê tủy sống mổ lấy thai có nhiều nguyên nhân, trong đó hạ huyết áp là một trong những nguyên nhân gây buồn nôn-nôn. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy an toàn ở trẻ sơ sinh qua điểm Apgar 1 phút, 5 phút sau sinh và khí máu cuống rốn trong giới hạn bình thường.

Về giới hạn của nghiên cứu: Độ chính xác của liều lượng norepinephrine tiêm tĩnh mạchcó thể

có sai số do trong quá trình lấy thuốc và pha thuốc. Ngoài ra, cần có thời gian để chuẩn bị chuẩn độ liều lượng thuốc trước khi gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai, nhất là phẫu thuật cấp cứu.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn trong các nghiên cứu.

Tác giả	Liều norepinephrine	Mạch chậm (%)	Tăng HA(%)	Buồn nôn-nôn (%)
Sharkey AM và cs [8]	6 µg	10,7*	-	-
Ngan Kee và cs [5]	5µg	7	-	-
Onwochei và cs [7]	3-7µg(0,04 - 0,095 µg/kg)	7,5	10	27,5
Chúng tôi	2-5 µg(0,032-0,08µg/kg)	2,5	0	12,5

cs: cộng sự; *: Tần số mạch <50 nhịp/phút; HA: Huyết áp, GTTS: Gây tê tủy sống

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi ước tính một liều norepinephrine tiêm tĩnh mạch điều trị hiệu quả 90% số sản phụ hạ huyết áp lần đầu nhưng ít tác dụng không mong muốn ở sản phụ và trẻ sơ sinh trong gây tê tủy sống mổ lấy thai (ED90) là 4,69 µg (95% KTC, 4,25-4,87). Trong thực hành, sử dụng liều 5 µg dường như hợp lý hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anusorntanawat R, Uerpairojkit K, Thongthaweeporn N, Charuluxananan S.** Safety of Phenylephrine in Antihypotensive Treatment during Spinal Anesthesia for Cesarean Section. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2016; 99(2): 188-96.
2. **Durham S.D. and Flournoy N.** Up-and-down designs I:stationary treatment distributions. IMS Lecture Notes - Monograph Series (1995) Volume 25"139-155.
3. **Hoyme M, Scheungraber C, Reinhart K, Schummer W**. Comparison of Norepinephrine and Cafedrine/Theodrenaline Regimens for Maintaining Maternal Blood Pressure during Spinal Anaesthesia for Caesarean Section. Obstetrics & Gynecology: An International Journal. 2015:1-12.
4. **Kinsella SM, Carvalho B, Dyer RA, Fernando R, McDonnell N, Mercier FJ, et al**. International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia. Anaesthesia. 2018; 73(1):71-92.
5. **Ngan Kee1 WD, Lee SWY, Ng FF, Khaw KS.** Prophylactic Norepinephrine Infusion for Preventing Hypotension During Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery. Anesth Analg. 2018; 126(6): 1989-1994.
6. **Ngan Kee2 WD**. A Random-allocation Graded Dose–Response Study of Norepinephrine and Phenylephrine for Treating Hypotension during Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery. Anesthesiology. 2017;127(6):934-941.
7. **Onwochei DN, Ngan Kee WD, Fung L, Downey K, Ye XY, Carvalho JCA.** Norepinephrine Intermittent Intravenous Boluses to Prevent Hypotension During Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery: A Sequential Allocation Dose-Finding Study. Anesth Analg. 2017;125(1):212-218.
8. **Sharkey AM, Siddiqui N, Downey K, Ye XY, Guevara J, Carvalho JCA.** Comparison of Intermittent Intravenous Boluses of Phenylephrine and Norepinephrine to Prevent and Treat Spinal-Induced Hypotension in Cesarean Deliveries: Randomized Controlled Trial.Anesth Analg. 2018, doi: 10.1213/ ANE. 0000000000003704.

THỰC TRẠNG BẠO LỰC GIA ĐÌNH Ở PHỤ NỮ 15-49 TUỔI CÓ CHỒNG HUYỆN ĐỊNH HÓA, TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2019

Phạm Thị Phương Mai*, Lê Thị Thanh Hoa**
Nguyễn Quang Mạnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bạo lực gia đình ở phụ nữ 15-49 tuổi có chồng tại huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên năm 2019. **Địa điểm và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Định hóa, tỉnh Thái Nguyên năm 2019 bằng phương pháp mô tả theo thiết kế cắt ngang. Mẫu nghiên cứu gồm 680 phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi có chồng trên địa bàn huyện Định Hóa. Số liệu được thu thập và phân tích bằng các thuật toán thống kê y học cơ bản. **Kết quả và kết luận**: Tỷ lệ đối tượng bị bạo lực gia đình là 53,5%, trong đó chủ yếu với tần suất 1-2 lần/năm (78,8%). Tỷ lệ bị bạo hành thường xuyên chiếm 6,1% trong số đối tượng bị bạo lực gia đình. Hình thức bạo lực gia đình phổ biến nhất là bạo lực về tinh thần (90,4%)

**Trường Trung cấp Y tế Bắc Giang*
***Trường ĐH Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Mai
Email: phammai138@gmail.com
Ngày nhận bài: 8/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 3/5/2020
Ngày duyệt bài: 22/5/2020

sau đó là bạo lực về thể xác (59,3%); Bạo lực về tình dục (34,3%) và bạo lực về kinh tế chiếm 21,4%.

Từ khóa: Phụ nữ, bạo lực gia đình, bạo lực thể xác, bạo lực tinh thần, bạo lực tình dục, bạo lực kinh tế.

SUMMARY

VIOLENCE STATUS OF MARRIED WOMEN WHO ARE FROM 15 TO 49 YEARS OLD IN DINH HOA DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE 2019

Objective: To describe the current situation of domestic violence among married women aged 15-49 in Dinh Hoa district, Thai Nguyen province in 2019. **Setting and method:** The study was conducted in Dinh Hoa district, Thai Nguyen province 2019. A cross-sectional descriptive study was used in this study. A sample size consisted of 680 married women aged 15-49 in Dinh Hoa district. Data were collected and analyzed by basic medical statistical algorithm. **Results:** The rate of subjects who experience domestic violence is 53,5%, of which the majority suffer 1-2 times a year (78,8%). The rate of frequent violence accounts for 6,1% of the number of domestic violence victims. The most common form of domestic violence is emotional violence (90,4%), physical violence (59,3%),sexual violence (34,3%) and economic violence accounts for 21,4%.

Key word: women, domestic violence, physical violence, emotional violence, sexual violence, economic violence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực gia đình là một vấn đề nhức nhối của xã hội gây ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống gia đình - xã hội và sức khỏe người phụ nữ. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới (WHO) ngày 23 tháng 11 năm 2018, ước tính rằng cứ 3 phụ nữ thì có 1 người trên toàn thế giới đã trải qua bạo lực thể xác và/ hoặc bạo lực tình dục, chủ yếu là do chồng hoặc bạn tình gây ra [8]. Năm 2017, gần 30% phụ nữ đã trải qua một số hình thức bạo lực thể xác và/hoặc bạo lực tình dục bởi chồng hoặc bạn tình. Trên toàn cầu, có tới 38% các vụ giết người của phụ nữ được thực hiện bởi chồng hoặc bạn tình [8].

Ở Việt Nam, Từ 2012 đến hết 2017, cả nước xảy ra 139.395 vụ bạo lực gia đình. Trong đó bạo lực thể xác: 69.133 vụ, bạo lực tinh thần: 51.227 vụ, bạo lực kinh tế: 14.331 vụ, bạo lực tình dục: 4.338 vụ. Hậu quả nặng nề của bạo lực gia đình đối với phụ nữ chính là ảnh hưởng xấu đến sức khỏe thể chất, tinh thần, tình dục và sinh sản. Cụ thể là làm tăng các chi phí kinh tế của toàn xã hội, tăng thêm gánh nặng cho hệ thống giáo dục và cơ quan tư pháp. Bên cạnh đó người phụ nữ có thể bị chấn thương dẫn đến trầm cảm, căng thẳng và các rối loạn lo âu khác.

Trong khi đó công tác phòng chống bạo lực gia đình đã được các quốc gia trên thế giới cũng như ở nước ta quan tâm nhưng hiệu quả mang lại còn nhiều hạn chế bởi bạo lực gia đình vẫn được giấu kín đằng sau cách cửa mỗi gia đình; đặc biệt ở các khu vực miền núi, nông thôn. Để tìm hiểu về thực trạng bạo lực gia đình tại khu vực nông thôn, miền núi chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng bạo lực gia đình ở phụ nữ 15-49 tuổi có chồng tại huyện Định hóa, tỉnh Thái Nguyên năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ từ 15-49 tuổi có chồng

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 06 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020tại huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo thiết kế cắt ngang

2.3.2. Mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức mô tả một tỷ lệ trong quần thể:

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

Chọn d = 0,05 và α = 0,05; $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; p = 0,58 (Theo Nghiên cứu Quốc gia năm 2010 về Bạo lực gia đình (BLGĐ) đối với phụ nữ ở Việt Nam do Tổng cục Thống kê tiến hành, có tới 58% phụ nữ Việt Nam bị bạo hành dưới ít nhất một hình thức [4]). Từ đó tính được n = 374, là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu. Tuy nhiên do thông tin được thu thập từ những phụ nữ dân tộc ít người, lại ở nông thôn nhiều khi chưa thật sự cởi mở và đảm bảo tính khách quannên chúng tôi nhân đôi cỡ mẫu lên 700 người. kết quảcuối cùng, số phụ nữ điều tra có đầy đủ thông tin là 680 người.

2.3.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, dân tộc, tôn giáo, học vấn, nghề nghiệp, tuổi kết hôn lần đầu của đối tượng
- Thực trạng bạo lực gia đình
- Các hình thức bạo lực gia đình của đối tượng nghiên cứu
- Hình thức bạo lực tinh thần của đối tượng nghiên cứu
- Hình thức bạo lực thể xác của đối tượng nghiên cứu
- Hình thức bạo lực tình dục của đối tượng nghiên cứu
- Hình thức bạo lực kinh tế của đối tượng nghiên cứu

2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu nghiên cứu

Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi thiết kế có sẵn về các đặc điểm cá nhân, gia đình và các chỉ số về bạo lực trong gia đình.

2.5. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 21.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số	SL	%
Tuổi: 18- 24	47	6,9
25 - 34	238	35,0
35 - 49	395	58,1
Dân tộc: Kinh	208	30,6
Dân tộc thiểu số	472	69,4
Trình độ học vấn		
Tiểu học trở xuống	100	14,7
Trung học cơ sở	248	36,5
Trung học phổ thông	203	29,9
Nghề nghiệp		
Nông dân	439	64,6
Nghề khác	241	35,4

Nhận xét: Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 35-49 chiếm 58,1%. Chủ yếu là người dân tộc thiểu số chiếm 69,4%. Tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn THCS chiếm 36,5%, tiếp đến là THPT, CĐ-ĐH và tiểu học; Chủ yếu đối tượng nghiên cứu là nông dân (64,6%).

Bảng 3.2.*Thực trạng bạo lực gia đình*

Bạo lực gia đình	SL	%
Bạo lực gia đình: Có BLGĐ	364	53,5
Chưa có	316	46,5
Tổng số	**680**	**100**
Tần suất bạo lực gia đình		
Hiếm khi (1-2 lần/năm)	287	78,8
Thỉnh thoảng (1-2 lần/tháng)	55	15,1
Thường xuyên (1-2 lần/tuần)	22	6,1
Tổng số	**364**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng đã từng bị BLGĐ là 53,5%, trong đó chủ yếu là bị từ 1-2 lần/năm (78,8%). Tỷ lệ bị bạo hành thường xuyên chiếm 6,1% trong số đối tượng bị bạo lực gia đình.

Bảng 3.3. *Các hình thức bạo lực gia đình của đối tượng nghiên cứu*

Hình thức	SL	%
Bạo lực tinh thần	329	90,4
Bạo lực thể xác	148	59,3
Bạo lực tình dục	125	34,3
Bạo lực kinh tế	78	21,4

Nhận xét: Hình thức BLGĐ phổ biến nhất là bạo lực về tinh thần (90,4%) sau đó là bạo lực về thể xác (593%); bạo lực về tình dục (34,3%) và bạo lực về kinh tế (21,4%).

Bảng 3.4. *Hình thức bạo lực tinh thần của đối tượng nghiên cứu (n=329)*

Hình thức	SL	%
Bị giám sát đang ở đâu vào mọi lúc	156	47,4
Bị tức giận khi nói chuyện với người đàn ông khác	117	35,6
Bị xúc phạm hay làm xấu hổ về bản thân	110	33,4
Phớt lờ và đối xử thờ ơ	71	21,6
Phải xin phép khi đi tìm kiếm dịch vụ y tế	79	24,0
Làm sợ hãi	73	22,2
Coi thường hay làm nhục trước mặt người khác	49	14,9
Ngăn cản gặp gỡ bạn bè	42	12,8
Đe dọa đuổi chị ra khỏi nhà	53	16,1
Thường bị nghi ngờ không chung thủy	46	14,0
Hạn chế liên lạc với gia đình	16	4,9
Đe dọa làm hại chị hoặc ai đó chị quan tâm	17	5,2

Nhận xét: Hình thức bạo lực tinh thần thường gặp nhất là "Bị giám sát đang ở đâu vào mọi lúc" chiếm 47,4%%; "Bị tức giận khi nói chuyện với người đàn ông khác" chiếm 35,6%;... ít nhất là việc bị "hạn chế liên lạc với gia đình" chiếm 4,9%.

Bảng 3.5. *Hình thức bạo lực thể xác của đối tượng nghiên cứu (n=148)*

Hình thức	SL	%
Tát hay ném	110	74,3
Đẩy ngã hay túm tóc	41	27,7
Đá, kéo, nện	42	28,4
Đấm bằng tay hay vật khác gây đau	31	20,9
Bóp cổ hay gây bỏng	17	11,5
Đe dọa bằng vũ khí	17	11,5

Nhận xét: Hình thức bạo lực thể xác nhiều nhất là đánh, tát hay ném đồ vào người (74,3%); các hình thức như đẩy ngã, đánh bằng tay, chân hay các vật dụng khác chiếm từ 20,9 – 28,4%; hình thức đe dọa bằng vũ khí hay bóp cổ chiếm 11,5%.

Bảng 3.6. *Hình thức bạo lực tình dục và kinh tế của đối tượng nghiên cứu (n=125)*

Hình thức	SL	%
Bạo lực tình dục (n=125)		
Không muốn mà vẫn phải QHTD vì sợ	73	58,4
Bị từ chối/ngăn cản sử dụng BPTT	60	48,0
Bị ép QHTD	35	28,0
Ép thực hiện hành vi tình dục mà chị cảm thấy bị xúc phạm	18	14,4
Bạo lực về kinh tế (n=78)		

Từ chối đưa tiền chi tiêu gia đình	46	59,0
Bị lấy tiền lương, tiền tiết kiệm	34	43,6
Từ chối cung cấp tài chính nuôi con	23	29,5

Nhận xét: Hình thức bạo lực tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất là vẫn phải QHTD mặc dù không mong muốn vì sợ (58,4%); tiếp đến là bị ngăn cản sử dụng BPTT (48,0%) và thấp nhất là bị ép QHTD khi cảm thất bị xúc phạm (14,4%).Hình thức bạo lực kinh tế hay gặp nhất là bị từ chối đưa tiền chi tiêu cho gia đình (59,6%), tiếp đến là bị lấy tiền lương, tiền tiết kiệm (43,6%) và cuối cùng là bị từ chối cung cấp tài chính nuôi con (29,5%).

IV. BÀN LUẬN

Hình thức bạo lực gia đình phổ biến nhất mà phụ nữ trên toàn thế giới phải hứng chịu là bạo lực do chồng hoặc bạn tình gây ra [6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 53,5% phụ nữ tại địa phương bị bạo lực là tỷ lệ khá cao so với tỷ lệ chung. BLGĐ chiếm tới 1/3 số phụ nữ trên thế giới, cứ 3 người phụ nữ thì có một người đã từng bị đánh, cưỡng bức về tình dục hay các hình thức lạm dụng khác trong cuộc đời. Thực sự BLGĐ chống lại phụ nữ đang xảy ra ở khắp nơi trên thế giới với những dạng thức tinh vi không phân biệt dân tộc, màu da, tầng lớp, lứa tuổi, trình độ văn hóa, địa vị xã hội. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi vớitỷ lệ đối tượng đã từng bị BLGĐtrên 50% là vào những khu vực cao. Kết quả nghiên cứu tại Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bị bạo hành thường xuyên chiếm 6,1% trong số đối tượng bị bạo lực gia đình là điều đáng quan tâm. Tại Iran, các tác giả ước tính tỷ lệ BLGĐ là 66%[7]. Tại Brazil, phần lớn các vụ BLGĐ thường gặp ở phụ nữ hoặc người cao tuổi và thường xảy ra vào cuối tuần hoặc sáng sớm hay đêm muộn. Nơi xảy ra bạo lực nhiều nhất chính là nơi cư trú của họ [5]. Nghiên cứu của Borah ở Đông Bắc Ấn Độ có 26,4% số người tham gia nghiên cứu bị BLGĐ và bạo lực tinh thần là chủ yếu [8]. Theo tác giả Bùi Thị Hồng Nhung và cộng sự, tỷ lệ phụ nữ có ít nhất 1 hình thức bạo lực trong suốt cuộc đời là 19%[2]. Đây được coi là do ảnh hưởng của phong tục văn hóa phong kiến, với những quan niệm mang đậm màu sắc định kiến về giới thể hiện trong đời sống xã hội. Việc người chồng thường xuyên sử dụng bạo lực đối với người vợ khi hai vợ chồng xảy ra mâu thuẫn hoặc không hòa hợp về một vấn đề nào đó, nếu không được can thiệp và xử lý kịp thời, sẽ dễ hình thành ở người chồng một thói quen sử dụng bạo lực đối với vợ và mức độ sẽ ngày càng tăng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Nhất Chi Mai, Nguyễn Đỗ Nguyên và cộng sự cho thấy tình trạng bạo lực xảy ra nhiều ở phụ nữ lứa tuổi 22-44, đa số họ ở nhà và thiếu kinh nghiệm trong cuộc sống hôn nhân gia đình. Xô đẩy và chửi mắng, nạt nộ là những hình thức bạo lực thường xảy ra. Hầu hết các tình huống dẫn đến bạo lực là do người chồng uống rượu gây nên nhưng bản thân người vợ lại không biết phản ứng lại với các tình huống đó [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình thức BLGĐ phổ biến nhất là bạo lực về tinh thần (90,4%) sau đó là bạo lực về thể xác (59,3%); Bạo lực về tình dục (34,3%) và bạo lực về kinh tế chiếm 21,4%. Theo tác giả Lê Minh Thi và cộng sự, tiến hành nghiên cứu trên 907 đối tượng phụ nữ có con dưới 1 tuổi tỷ lệ bạo lực thể xác là 8,5%, bạo lực tinh thần là 6%, bạo lực về tình dục là 3,4% [3]. Theo thống kê thì tỷ lệ bạo lực về thể xác do người chồng gây ra cho phụ nữ Việt Nam từng kết hôn khoảng 32,0%, bạo lực tình dục là 10,0% bạo lực tinh thần là 54,0%... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình thức bạo lực tinh thần thường gặp nhất là "Bị giám sát đang ở đâu vào mọi lúc" chiếm 47,4%%; Hình thức bạo lực thể xác nhiều nhất là đánh tát hay ném đồ vào người (74,3%); Bên cạnh những hình thức bạo lực về thể chất và tinh thần thì bạo lực về tình dục cũng là hình thức bạo lực khá phổ biến ở người phụ nữ. Việc bị ép phải quan hệ tình dục khi không mong muốn, bị xúc phạm khi QHTD hay bị ngăn cản khi muốn sử dụng các biện pháp tránh thai… là những hành vi bạo lực tình dục thường gặp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình thức bạo lực tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất là vẫn phải QHTD mặc dù không mong muốn vì sợ (58,4%); tiếp đến là bị ngăn cản sử dụng BPTT (48,0%) và thấp nhất là bị ép QHTD khi cảm thất bị xúc phạm (14,4%). Hình thức bạo lực kinh tế hay gặp nhất là bị từ chối đưa tiền chi tiêu cho gia đình (59,6%), tiếp đến là bị lấy tiền lương, tiền tiết kiệm (43,6%) và cuối cùng là bị từ chối cung cấp tài chính nuôi con (29,5%). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn số liệu củaTổng cục thống kê năm 2010 (Tỷ lệ phụ nữ bị bạo hành về kinh tế trong đời chiếm khoảng 9%).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng đã từng bị bạo lực gia đình là 53,5%, trong đó chủ yếu là bị từ 1-2 lần/năm (78,8%). Tỷ lệ bị bạo hành thường xuyên chiếm 6% trong số đối tượng bị bạo lực gia đình.

Hình thức bạo lực gia đình phổ biến nhất là bạo lực về tinh thần (90,4%) sau đó là bạo lực về thể xác (59,3%); bạo lực về tình dục (34,3%) và bạo lực về kinh tế chiếm 21,4%.

KHUYẾN NGHỊ

Các cấp chính quyền và đoàn thể cần có những giải pháp cụ thể, phù hợp hỗ trợ phụ nữ đồng thời với việc giáo dục thừng xuyên nhằm nâng cao nhận thức của phụ nữ và cộng đồng về gia đình và phòng chống bạo lực gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Nhất Chi Mai, Nguyễn Đỗ Nguyên và Nguyễn Hồng Hoa (2010).** Tình hình bạo lực đối với phụ nữ 15-49 tuổi có gia đình tại xax Vĩnh Phú tỉnh Bình Dương năm 2009. Tạp chí Y Dược TP Hồ Chí Minh, Tập 14 số 2.
2. **Bùi Thị Hồng Nhung, Trương Quang Đạt và Lê Thị Kim Ánh và cộng sự (2018).** Kiến thức và thái độ của phụ nữ có chồng về bạo lực gia đình và tình trạng bạo lực của chồng tại xã Phú Thọ, huyện Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp năm 2018. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 28 số 8, 75.
3. **Lê Minh Thi, Nguyễn Thị Linh Phương và Bùi Thị Thu Hà và cộng sự (2014).** Bạo lực gia đình đối với phụ nữ: Kết quả nghiên cứu tại 8 tỉnh Duyên Hải Nam Trung Bộ năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXIV số 10(159).
4. **Nguyễn Thị Hồng Thủy (2015).** Bạo lực gia đình và những hệ quả của nó. Nghiên cứu khoa học, Số 9 tháng 11/2015, 72-76.
5. **Borah P. K, Kundu A. S và Mahanta J (2017).** Dimension and Socio-demographic Correlates of Domestic Violence: A study from Northeast India. Community Ment Health J, 53(4), 496-499.
6. **Garcia L. P, Duarte E. C, Freitas L. R và cộng sự (2016).** Domestic and family violence against women: a case-control study with victims treated in emergency rooms. Cad Saude Publica, 32(4), e00011415.
7. **Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K và cộng sự (2016)**. Domestic Violence Among Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran Red Crescent Med J, 18(6), e34971.
8. **WHO (2017).** Violence against women https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ CẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI BỆNH VIỆN AN BÌNH

Trần Đức Sĩ[1], Nguyễn Kim Trang[1,2], Đặng Vĩnh Hiệp[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ghi nhận đặc điểm lâm sàng của người bệnh đột quỵ được điều trị tại Khoa Y học cổ truyền – phục hồi chức năng, Bệnh viện An Bình, Tp HCM. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Đối tượng là những người bệnh đột quỵ cấp, có tổn thương vận động, được điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện An Bình. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và độ nặng của bệnh được ghi nhận từ hồ sơ nhập viện (cấp cứu hay khoa thần kinh). Bệnh nhân được đánh giá lại vào thời điểm lần đầu khám YHCT-PHCN. **Kết quả:** Có 97 người bệnh trong đó tỷ lệ nam:nữ = 0,94:1, tuổi mắc của nam (57,9) nhỏ hơn so với tuổi của nữ (66,5). Chẩn đoán xác định là nhồi máu não đơn thuần chiếm 83,5% trong nghiên cứu này. Tỉ lệ xuất huyết đơn thuần là 10,3%. Còn lại là các trường hợp phức tạp. Phần lớn NB được đưa đến Khoa Cấp cứu của BV trễ so với thời gian vàng. Tỉ lệ NB có các yếu tố nguy cơ đột quỵ trong nghiên cứu còn cao, như: cao huyết áp, đái tháo đường, thừa cân- béo phì, hút thuốc lá. **Kết luận và kiến nghị:** Cần quan tâm việc giáo dục truyền thông đại chúng và truyền thông hiệu quả để người bệnh được cấp cứu sớm từ đó được điều trị và chăm sóc tốt hơn. Ngoài nội dung tuyên truyền giáo dục về yếu tố nguy cơ cũng nên nhấn mạnh vào việc điều trị dự phòng tái phát.

Từ khóa: Tai biến mạch máu não, đột quỵ, xuất huyết não, yếu tố nguy cơ, độ nặng.

[1]*Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
[2]*Bệnh viện An Bình, TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ,
Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/3/2020
Ngày phản biện khoa học 19/4/2020
Ngày duyệt bài: 5/5/2020

SUMMARY

CLINICAL ASPECT OF NEW ONSET STROKE PATIENT WITH PHYSIOTHERAPY, AT HOSPITAL AN BINH

Objectives: Assess the clinical aspect of post-stroke patients at the Traditional and Physiotherapy Department, Hospital An Binh. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted in the Traditional and Physiotherapy Department, a rehabilitation unit at Hospital An Binh. Patients with motor disfunction du to a newly diagnosed stroke were recruited. Data such as clinical symtomps, paraclinical results and severity of patient were collected from hospital document or at the first physiotherapy exam. **Results:** In our 97 cases, the sex ration is 0.94:1; the mean age is 57.9 for male and 66.5 for female. The ischemic takes 83.5% of cases while 10.3% elses are cerebral heamorrhage. Others are complecated cases. Almost patients came to hospital later then 3 hours after onset. Risk factors of stroke are practically high, such as: hypertension, diabetes, and smoking. **Conclusion:** We need more effective health educations and public information operations to reduce the onset to door delay. Besides avoiding of risk factors, the importance of preventive treatment is needed to spread.

Keywords: Stroke, ischemic, cerebral heamorrhage, risk factors, severity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não hay đột quỵ não (ĐQ) là một cấp cứu thần kinh thường gặp, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân chính gây tàn tật ở người trưởng thành trên thế giới. Có thể nói ĐQ là một trong số các bệnh không lây nhiễm quan trọng của thế kỷ này. Đó là một nhận định trong nhu cầu xây dựng "Tiêu chuẩn chất lượng xử lý đột quỵ não ở Việt nam"; do Bộ Y tế đề ra trong tình hình Tổ chức Y tế, Kinh tế và Xã hội hiện nay[1]. Di chứng ĐQ là gánh nặng không chỉ đối với người bệnh (NB), gia đình họ mà còn ảnh hưởng đến cộng đồng và quốc gia họ đang sống[2]. Việc cập nhật các thông tin về đặc điểm lâm sàng giúp việc chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa ĐQ được tốt hơn.

Bệnh viện An Bình là một trong bốn bệnh viện đa khoa đã có Đơn vị đột quỵ sớm nhất tại thành phố Hồ Chí Minh. Khoa Y học cổ truyền- Phục hồi chức năng, đảm nhận việc điều trị phục hồi chức năng (PHCN) cho bệnh nhân đột quỵ tại bệnh viện, đặc biệt là người có tổn thương vận động.

Trong bối cảnh trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm ghi nhận đặc điểm lâm sàng, đặc biệt là mức độ tổn thương vận động của người bệnh đột quỵ cấp điều trị PHCN tại BV An Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, đặc biệt đánh giá mức độ tổn thương vận động của 97 người bệnh đột quỵ được điều trị vật lý trị liệu (VLTL) tại khoa Nội thần kinh hoặc khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng, Bệnh viện An Bình từ 01/12/2017 đến 31/10/2018. Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết được tính theo công thức tính cở mẫu cho nghiên cứu kiểm định một tỉ lệ.

Người bệnh được chọn vào mẫu nghiên cứu cần các tiêu chuẩn sau: có đột quỵ mới dẫn đến yếu liệt vận động, không có tiền sử yếu liệt vận động trước đó. Thông tin hành chánh, bệnh sử, tiền sử, tình trạng lúc nhập viện được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và mốt số chỉ số lâm sàng được bổ sung khi khám PHCN.

Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương, Hội đồng y đức trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch; của Giám đốc và Hội đồng nghiên cứu khoa học- Hội đồng thuốc và điều trị BV An Bình và các đối tượng tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Có 97 người bệnh trong đó nam ít hơn nữ, tỉ suất là 0.94:1. Nghiên cứu ECASS III tỷ lệ nữ là (42,7%) thấp hơn nam vì một số yếu tố nguy cơ, đặc biệt là hút thuốc lá và uống nhiều bia rượu, chỉ gặp ở nam[3]. Kết quả khác biệt của chúng tôi có thể liên quan đến tỉ lệ mắc các bệnh chuyển hóa trong dân số nghiên cứu cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tuổi đột quỵ của nam (57,9) cũng nhỏ hơn so với nữ (66,5). Điều này lại phù hợp với y văn. Tuổi trung bình của người bệnh là 62,3 tuổi, tương đương với nghiên cứu ECASS III (65 tuổi)[3]

Phần lớn bệnh nhân đến trễ sau 6 giờ (70,1%), có 5,2% đến trong khoảng từ 3 đến 6 giờ và 24,7% đến trong khoảng thời gian trước 3 giờ kể từ thời điểm khởi phát ĐQ. Đây là một con số không quá thấp so với các nước khác, ví dụ ở Mexico, chỉ 20,9% bệnh nhân đến viện trước 3 giờ.[4] Dù vậy việc áp dụng tiêu sợi huyết hiện nay vẫn gặp khó khăn vì liên quan đến điều kiện kinh tế của NB tại Việt Nam.

Lý do nhập viện chính là: mê, lơ mơ chiếm 7,2%, bị "yếu liệt nửa bên" do người bệnh hoặc người thân phát hiện chiếm đa số (80,4%), có hoặc không kèm tình trạng rối loạn ngôn ngữ. Đây là một yếu tố dễ nhận biết bởi bệnh nhân và thân nhân. Các than phiền khác có tỉ lệ thấp, gồm: chóng mặt, mệt, chậm chạp,...

Kết quả MSCT ban đầu này có 15,5% có hình ảnh học là bình thường, những trường hợp này lâm sàng đều có dấu thần kinh định vị rõ, được xếp vào nhóm ĐQ thiếu máu não cấp và điều trị theo hướng này. Tuy nhiên, một số NB có tình trạng lâm sàng nặng hơn hoặc triệu chứng cải thiện không phù hợp sẽ được chụp lại MSCT sọ não lần 2, lần3, hoặc được thực hiện MRI sọ não (10 trường hợp đã được làm MRI (11,76%)). Các trường hợp này đều cho kết quả phù hợp với kết quả MSCT ban đầu. Có 4 trường hợp lúc nhập viện đã có MSCT sọ não với kết quả là nhồi máu não và nhập khoa Nội thần kinh mà không làm lại MSCT. Như vậy, tỷ lệ Nhồi máu não đơn thuần là 83,5% và Xuất huyết não là 10,3%, còn lại là các trường hợp kết hợp: xuất huyết thứ phát trên nhồi máu não diện rộng, nhồi máu đồng thời xuất huyết não/huyết khối tĩnh mạch nội sọ.

Có 17,1% bệnh nhân đã có tiền sử ĐQ trước đó. Và có đến 21,6% các trường hợp đã có tiền sử gia đình đột quỵ. Chúng tôi không nghiên cứu liệu những NB này có nhận thức được nguy cơ tái phát và tầm quan trọng của việc điều trị hay không, nhưng đây có thể là một điểm cần lưu ý khi tư vấn, giáo dục sức khỏe cho NB.

Tiền sử cao huyết áp chiếm 66,0%. Huyết áp ghi nhận tại thời điểm nhập viện là: HA tâm thu

dao động từ 100 đến 240 mmHg, trung vị là 150, khoảng tứ vị [140- 170]; HA tâm trương dao động từ 60 đến 140 mmHg, trung vị là 80, KTV [80-90]. Đây luôn là yếu tố nguy cơ hàng đầu trong y văn. Theo tác giả Nguyễn Huy Ngọc, tỉ lệ này còn cao hơn, chiếm đến 70,1%[4]; tuy nhiên tỷ lệ Đái tháo đường chỉ là 13,3%[4], thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (33,0%). Nghiên cứu AASAP cho biết tỷ lệ người bệnh ĐQ ở Châu Á có tiền sử ĐTĐ thay đổi từ 15% đến 40% tùy quốc gia[5]. Mặt khác, tỉ lệ bệnh cao hơn ở nữ so với nam, có lẽ liên quan tỷ lệ nữ ĐQ trong nghiên cứu này cao hơn so với một số nghiên cứu khác.

Yếu tố nguy cơ nhiều thứ hai trong nghiên cứu này là hút thuốc lá (35,1%), chủ yếu ở nam giới. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu AASAP[5] ở người châu Á, tỷ lệ người bệnh ĐQ có tiền sử hút thuốc lá chiếm 22,5% đến 40,6%.

Tỷ lệ uống nhiều rượu là 21.65% gần với kết quả tại Phú Thọ (24,6%). Gợi ý việc điều trị ĐQ cũng cần chú ý điều trị các bệnh nền của NB nghiện rượu như: xơ gan đã được chẩn đoán, sảng rượu, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm…

Chỉ số thể tích khối cơ thể (BMI) trung bình là 23,1 (ĐLC 3.4), giá trị nhỏ nhất là 15,6 và lớn nhất là 34,6. Người bệnh thừa cân và béo phì chiếm hơn một nửa (51,5%), hơn hẳn so với nghiên cứu của Lê Minh Hải tỷ lệ này chỉ 37%[6]. Điều này cũng phù hợp với tỉ lệ cao bệnh nhân ĐTĐ trong dân số nghiên cứu này. Sự khác biệt này của dân số nghiên cứu có thể liên quan đến vị trí của BV nằm ở quận 5, một trong những quận phát triển về kinh tế của thành phố.

Đánh giá sức cơ lúc nhận bệnh, cho tỷ lệ yếu cơ nặng- sức cơ của bên liệt ở mức từ 0/5 đến 2/5- là 34,0% và tỷ lệ không yếu cơ nặng hay yếu cơ nhẹ- sức cơ 3/5 đến 4/5- là 66,0%. Qua thăm khám, tỷ lệ có rối loạn cảm giác nông là 26,8% và có rối loạn cảm giác sâu là 17,5%. Còn lại là không có tổn thương cảm giác, ngoại trừ 4 trường hợp khác không xác định được có rối loạn cảm giác hay không do vấn đề tri giác của người bệnh. Có 31,8% người bệnh có rối loạn nuốt hoặc đang đặt thông dạ dày nuôi ăn. Có rối loạn ngôn ngữ lúc nhập viện là 49,5%, nói đớ chiếm 35,0%. Rối loạn cơ vòng là 14,4% và có 10,3% trường hợp đang có thông tiểu lưu.

Điểm Glasgow lúc nhập viện có giá trị trung bình là 14,6 (+/-1,4).Có đến 86,7% trường hợp có Glasgow ở mức điểm 15 và Glasgow nhỏ nhất là 8 điểm. Có 1 bệnh nhân phải thở máy và 3 người khác thở Oxy ẩm qua canule mũi. Đối tượng nhập khoa VLTL của chúng tôi không bị ảnh hưởng tri giác nặng nên hầu hết được tập VLTL sớm. Thời gian từ nhập viện đến bắt đầu tập VLTL hay khám lần 1 trung bình là 2 ngày và dài nhất là 12 ngày. Việc kết hợp điều trị PHCN sớm cho người bệnh ĐQ cấp tại Bệnh viện là rất tốt, phù hợp với nhiều khuyến cáo hiện nay. Tất cả người bệnh nhập viện vì ĐQ cấp nên được bắt đầu vận động sớm (trong vòng 24 đến 48 giờ sau khi ĐQ khởi phát) nếu không có chống chỉ định. PHCN sau ĐQ cần được bắt đầu ngay khi người bệnh được cấp cứu ổn định về thần kinh và nội khoa[7]. Ở giai đoạn "rất sớm" này, chương trình tập VLTL có thể chỉ là VLTL hô hấp, hoặc cùng với điều dưỡng đã được huấn luyện về PHCN giúp NB giữ tư thế tốt, phòng chống loét nằm, huyết khối tĩnh mạch, những bất lợi cho việc tập luyện vận động sau này. Chỉ việc dịch chuyển sớm (giai đoạn từ 24 đến 48 giờ)[3] thì phải cân nhắc và cần bàn hỏi với bác sĩ điều trị trong giai đoạn "rất sớm" này.

Điểm Barthel đánh giá trong khám PHCN lần đầu có trung vị là 30 [15;65] điểm. Nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hải[13], chức năng vận động theo thang điểm Barthel trước lúc tập VLTL là 20 điểm, [KTV: 10;45]. Điểm trung bình của Barthel lúc khám nhận bệnh thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi và tỷ lê NB phụ thuộc hoàn toàn là 52%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (43,30%). Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả này có thời gian từ lúc ĐQ đến lúc "khám lần 1" là hơn 1 tháng chiếm đến 77%. Các tác giả trên đều nghiên cứu tại các viện điều dưỡng, đối tượng nặng hơn, cần chăm sóc tại viện lâu dài hơn nên kết quả khác biệt là hợp lý. Một nghiên cứu về đột quỵ qua điều tra dân số tại Thái Bình cho thấy bệnh nhân có mức độ nặng theo Barthel chỉ chiếm 29,6%.[8]

Điểm trung bình của MRS là 2,8 (±1,51), trung vị là 3 [KTV: 1;4], tương đương với kết quả của các tác giả Phạm Thị Kim Liên, Dương Huy Hoàng (trung bình MRS là 2,8 điểm).[8] Mức MRS này cho thấy, phần lớn người bệnh sau xuất viện cần tiếp tục điều trị ngoại trú về PHCN. Kết cục dài hạn của phần lớn bệnh nhân sau xuất viện đều lệ thuộc vào người thân trong sinh hoạt hàng ngày, dù nhiều hay ít. Kết quả phù hợp với y văn, nhận định của các chương trình HI, chương trình AVANT đang được tiến hành ở Việt nam về PHCN dựa vào cộng đồng cho người bệnh sau ĐQ rằng: trong số người bệnh ĐQ xuất viện thì "1/3 NB không thể đi lại được, 1/3 NB bị tàn tật nặng"[7].

Các biến chứng trong nghiên cứu này được ghi nhận: Viêm phổi (18,56%), Nhiễm trùng tiểu (2,06%), Viêm dạ dày (5,15%) và các biến

chứng khác (hội chứng Cushing, cường giáp, hội chứng cai rượu/ nghiện rượu, đau khớp gối… từ các bệnh nền của NB). Số trường hợp có biến chứng không nhiều vì thời gian nằm viện trong nghiên cứu chúng tôi còn ngắn, trung bình chỉ 11 ngày.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Trong dân số nghiên cứu có những trường hợp đã có tiền sử bản thân hoặc gia đình ĐQ. Họ có biết và quan tâm việc điều trị dự phòng ĐQ không? Điều này cần được nghiên cứu thêm để có giải pháp đề phòng hiệu quả.

Nội dung tuyên truyền giáo dục sức khỏe cũng nên nhấn mạnh vào các yếu tố nguy cơ có thể phòng tránh hoặc điều trị như: cao huyết áp, đái tháo đường, thừa cân- béo phì, hút thuốc lá do tỉ lệ NB có các yếu tố này trong nghiên cứu còn cao.

Dù mức độ nặng của NB trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu khác, mức độ lệ thuộc tương đối cao (dựa trên điểm Barthel và MRS) tiếp tục khẳng định đột quỵ là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng không phải chỉ với bệnh nhân mà cả gia đình, xã hội, và do đó cần được lưu tâm nhiều hơn nữa trong công tác dự phòng.

Chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu mô tả với hầu hết kết quả phù hợp những nghiên cứu khác. Điểm khác biệt nổi trội là tỉ lệ thừa cân và đái tháo đường cao có thể liên quan đến đặc điểm kinh tế, văn hóa xã hội của địa phương. Do đó sẽ cần có những can thiệp riêng cho quần thể dân số đặc biệt này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Hinh (2014).** Tiêu chuẩn chất lượng xử trí đột quỵ não ở Việt nam. Tổng hội Y học Việt nam.
2. **Sundseth A., Thommessen B., Rønning O.M. (2012).** "Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial". Stroke; 43(9):2389-2394.
3. **Hemmen T.M, Rapp K.S, Emond J.A, Raman R, and Lyden P.D, FAAN (2010**). Analysis of the NINDS t-PA studies following ECASS III patient selection criteria. J Stroke Cerebrovasc Dis.; 19(4): 290–293.
4. **Gonzalez-Aquines A, Cordero-Pérez AC, Cristobal-Niño M, Pérez-Vázquez G, Góngora-Rivera F; GECEN Investigators (2019).** Contribution of Onset-to-Alarm Time to Prehospital Delay in Patients with Ischemic Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. Nov; 28(11):104-331.
5. **AASAP (2000).** Stroke epidemiological data of nine Asian countries. Asian Acute Stroke Advisory Panel (AASAP). J Med Assoc Thai; 83(1):1-7.
6. **Lê Minh Hải (2017).** Mức Độ Phục Hồi Chức Năng Vận Động Và Chất Lượng Cuộc Sống Của Bệnh Nhân Tai Biến Mạch Máu Não Trước Và Sau Khi Điều Trị Phục Hồi Chức Năng Vận Động Tại Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng - Điều Trị Bệnh Nghề Nghiệp Năm 2017. Luận văn Chuyên khoa 2; Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
7. **Winkler A (2019). AVANT -** Stroke-Rehabilitation Education Program in Vietnam. 11th World Stroke Congress. Morressier. doi: 10.26226.
8. **Phạm Thị Kim Liên, Dương Huy Hoàng (2018).** Điều tra tỷ lệ mắc bệnh đột quỵ não ở người trưởng thành tại thành phố Thái Bình năm 2016. Tạp chí Y học dự phòng;28(7):39-47

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI-XOANG BƯỚM ĐIỀU TRỊ U NỀN SỌ

Phạm Duy*, Hà Kim Trung, Đồng Văn Hệ***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các biến chứng sau phẫu thuật nội soi qua mũi xoang bướm. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 52 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua mũi xoang bướm tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 08 năm 2015, không kể u tuyến yên. **Kết quả:** Biến chứng rò dịch não tuỷ 4/52 (7,6%), viêm màng não 3/52 (5,7%), rối loạn điện giải nặng 3/52 (5,7%), tử vong 2/52 (3,8%). **Kết luận:**Phẫu thuật nội soi qua mũi xoang bướm là phương pháp điều trị ít xâm lấn nhưng cũng có biến chứng. Biến chứng rò dịch não tuỷ và viêm màng não thường gặp nhất. Cần theo dõi lâu dài để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi này.

Từ khóa: Nội soi, nội soi mũi, nền sọ, đường qua xoang bướm.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF ENDOSCOPIC ENDONASAL TRANSPHENOIDAL SURGERY TO MANAGEMENT OF SKULL BASE TUMORS

Objectives: To describe ofendoscopic transnasal transphenoidal surgery for skull base tumors. **Methods:** A prospective study of 52 patients who underwent transnasalsurgery at Viet Duc Hospital from January 2014 to August 2015, excluding pituitary

**Bệnh viện Việt Đức*
***Bệnh viện E*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy
Email: dr.duypham2310@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/4/2020
Ngày phản biện khoa học: 2/5/2020
Ngày duyệt bài: 21/5/2020

adenoma. **Results:** Postoperative complications: the cereborospinal (CSF) leakage was observed in 4/52 (7,6%) patients, menigitis was occurred in 3/52 (5,7%), severe electrolyte disorders was 3/52 (5,7%), mortality rate was 2/52 (3,8%. **Conclusion:** The endoscopic transnasal transphenoidal surgery is a mini-invasive treatment of skull base tumors but it also have some complications. The most common compliations are CSF leakage and menigitis. Further follow-up is needed to assess the long-term efficacy of this approach.

Keywords: Endoscope, Endonasal, Skull base, Transphenoidal approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị phẫu thuật các khối u nền sọ cho tới nay vẫn còn là thách thức đối với phẫu thuật viên thần kinh do u lớn và liên quan các mạch máu lớn. Lựa chọn đường mổ thích hợp đóng vai trò quan trọng cho thành công của phẫu thuật. Đường mổ kinh điển cho các loại u vùng này vẫn là đường mổ mở nắp sọ trán hoặc thái dương tuỳ phẫu thuật viên. Tuy nhiên, nhược điểm lớn nhất của đường mổ qua hộp sọ là dễ tổn thương nhu mô não và mạch máu lớn mặc dù đã có sự hỗ trợ của hệ thống định vị và kính vi phẫu. Vài năm gần đây, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, hệ thống định vị trong phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật các khối u nền sọ tầng trước qua đường mũi- xoang bướm ngày càng phát triển ở Việt Nam.Với kinh nghiệm thu nhận được từ phẫu thuật nội soi qua đường mũi-xoang bướm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Biến chứng sau phẫu thuật nội soi qua mũi-xoang bướm điều trị u nền sọ"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 52 bệnh nhân được chẩn đoán là u nền sọ và được phẫu thuật nội soi qua đường mũi-xoang bướm tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 08 năm 2015. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là u nền sọ (bằng lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ), được phẫu thuật nội soi và có kết quả mô bệnh học. Chúng tôi không lấy những bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến yên.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu. Mọi thông tin chỉ tiêu nghiên cứu tác giả trực tiếp khai thác, đánh giá, điền vào bệnh án mẫu có sẵn, tham gia phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định bằng các test t-student, chi-square, Fisher, lấy mức ý nghĩa thống kê p≤0,05.

4. Đạo đức nghiên cứu: Tuân theo các quy định trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Việt Đức thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. *Biến chứng sau mổ*

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Rò dịch não tuỷ	4	7,6
Viêm màng não	3	5,7
Máu tụ NMC	1	1,9
Tụ khí nội sọ	1	1,9
Tổn thương mạch máu lớn	0	0
Tổn thương thần kinh thị giác	2	3,8
Rối loạn điện giải nặng	3	5,7
Tử vong	2	3,8

Nhận xét: Các biến chứng gặp nhiều nhất là rò dịch não tuỷ 4/52 (7,6%), viêm màng não 3/52 (5,7%) và rối loạn điện giải nặng 3/52 (5,7%). Trong 4 trường hợp rò dịch não tuỷ: 1 trường hợp mổ vá rò qua đường mũi sau 2 tuần, 2 trường hợp chọc dịch não tuỷ đặt dẫn lưu thắt lưng hết rò, 1 trường hợp tử vong do rò dịch não tuỷ gây viêm màng não, cấy dịch não tuỷ dương tính với Klebsiella pneumoniea, là trường hợp bệnh nhân nam 19 tuổi, u sọ hầu vùng trên yên đã được mổ lấy u toàn bộ, sau mổ ổn định ra viện sau 10 ngày, 2 tuần sau bệnh nhân được chuyển đến trong tình trạng hôn mê, sốc nhiễm khuẩn, rò dịch não tuỷ, tử vong sau 2 ngày nhập viện. Có 3 trường hợp viêm màng não,trong đó 1 trường hợp viêm màng não do rò dịch não tủy tử vong đã nêu ở trên, 1 trường hợp u tế bào mầm bị viêm màng não nặng về sau 1 tuần. Chúng tôi gặp 3 trường hợp sau mổ rối loạn điện giải nặng do đái nhạt.1 trường hợp máu tụ ngoài màng cứng do chảy máu từ chân đinh khung cố định đầu ở bệnh nhân 7 tuổi. 2 trường hợp tổn thương thần kinh thị giác khi phẫu tích lấy u. 1 trường hợp tụ khí nội sọ nhiều sau mổ.Chúng tôi không gặp trường hợp nào tổn thương động mạch cảnh hay nhánh của nó.

IV. BÀN LUẬN

Trong số các biến chứng sau mổ thì rò dịch não tủy là biến chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 4 bệnh nhân, chiếm 5,8% (bảng 3.18). Trong 4 trường hợp rò dịch não tủy: 2 trường hợp chọc dịch não tủy dẫn lưu thắt lưng hết rò, 1 trường hợp phải mổ lại vá rò qua đường mũi, 1 trường hợp rò dịch não tủy gây viêm màng não dẫn đến tử vong. Rò dịch não tủy là một biến chứng thường gặp trong phẫu thuật nội soi qua mũi-xoang bướm [1],[2],[3]. Theo Ricardo J. [4] tỉ lệ

này là 18,4% trong khi ở phẫu thuật mở nắp sọ là 2,6% (p < 0,003). Nghiên cứu của Coudwell và cộng sự mô tả tỉ lệ rò dịch não tủy là 5,7% và là một biến chứng đáng lưu tâm nhất [5]. Nguy cơ rò dịch não tủy trong phẫu thuật nội soi đến từ quá trình mở xương, mở màng cứng rộng, mở vào khoang dưới nhện và có thể vào cả não thất ba. Theo Amir R. Dehdashti [2], cần có số lượng bệnh nhân đủ lớn mới có thể khẳng định nguyên nhân chính gây rò dịch não tủy, là do loại u, vị trí u hay đường mổ. Cũng theo kinh nghiệm của ông, mặc dù các vị trí hố yên, trên yên, mặt phẳng xương bướm có thể có nguy cơ rò dịch não tủy sau mổ cao hơn, nhưng chất lượng tái tạo nền sọ mới là yếu tố then chốt [2]. Shozo Yamada [1] áp dụng ba kĩ thuật tái tạo nền sọ chính bao gồm: đóng nhiều lớp, sử dụng vạt vách mũi có cuống và sử dụng mảnh ghép dưới màng cứng cho kết quả khả quan. Theo Amir R. Dehdashti [2], cải thiện kĩ thuật tái tạo nền sọ đóng vai trò quan trọng để giảm thiểu biến chứng này, ông áp dụng kĩ thuật sử dụng bóng stent và vạt vách mũi có cuống. Savas Ceylan còn áp dụng đặt dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng trong 5 đến 7 ngày để giảm nguy cơ rò dịch não tủy [3]. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, khi đóng nền sọ, chúng tôi dùng nhiều kĩ thuật như cân và mỡ đùi, mảnh xương vách mũi, mảnh ghép bằng vạt vách mũi, keo sinh học, miếng đỡ merocel. Cải thiện kĩ thuật đóng nền sọ, kết hợp với chủ động đặt dẫn lưu thắt lưng trong 5-7 ngày, trong năm 2014 chúng tôi có 3 trường hợp rò dịch não tủy, nhưng đến giữa năm 2015 chỉ còn 1 trường hợp.

Chúng tôi gặp 3 trường hợp viêm màng não sau mổ chiếm 5,7%. Trong đó, có 1 trường hợp rò dịch não tủy gây viêm màng não, dương tính với phế cầu. Viêm màng não chiếm tỉ lệ 5% trong nghiên cứu của Amir R. Dehdashti [2], 5,1% trong nghiên cứu của Ricardo J. Komotar [4]. Theo Lewis Z. Leng [6], rò dịch não tủy kéo dài sau mổ là yếu tố nguy cơ gây viêm màng não vì vi khuẩn từ môi trường ngoài xâm nhập vào khoang dưới nhện. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, cần chọc dịch não tủy xét nghiệm, làm kháng sinh đồ và điều trị kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều kháng sinh. Lewis Z. Leng còn sử dụng panh mũi để đưa mảnh ghép mỡ vào nền sọ với mục đích ngăn cản hệ vi sinh vật ở khoang mũi hầu xâm nhập vào khoang dưới nhện. Cả 2 trường hợp tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi đều do viêm màng não. Chúng tôi không thấy báo cáo tử vong sau phẫu thuật nội soi ở nhiều nghiên cứu [1],[2],[6]. Hai bệnh nhân tử vong của chúng tôi đều là những bệnh nhân u nền sọ kích thước trong nhóm trung bình, vị trí ở trên yên và lan vào não thất ba, sau mổ ngoài viêm màng não, còn biểu hiện suy tuyến yên, đái nhạt, rối loạn điện giải nặng. Kết hợp nhiều biến chứng khiến tình trạng bệnh nhân nặng lên, cả 2 bệnh nhân đều hôn mê sâu không qua được.

Chúng tôi có 2 trường hợp tổn thương thần kinh thị giác, chiếm 3,8%. Tỉ lệ này theo nghiên cứu của Coudwell WT [5] và Divitiis [7] từ 2,8% đến 5%. 2 trường hợp tổn thương thần kinh thị giác trong mổ do quá trình phẫu tích, bóc tách u làm tổn thương thần kinh thị giác và chéo thị giác. Về biến chứng tụ máu nội sọ sau mổ, chúng tôi gặp 1 trường hợp tụ máu ngoài màng cứng sau mổ do do chảy máu từ chân đinh khung cố định đầu ở bệnh nhân 7 tuổi. Các biến chứng này có thể do dẫn lưu dịch não tủy quá nhiều trong quá trình phẫu thuật [1]. Nhóm bệnh nhân bị máu tụ đều ở độ tuổi trung niên hoặc già, gợi ý khả năng teo não làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng này. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng tổn thương mạch máu lớn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng không có báo cáo về tổn thương mạch [1], [2]. Lewis Z. Leng [6] nhấn mạnh về hạn chế trong phẫu thuật nôi soi chính là khả năng tiếp cận sang hai bên. Theo ông, phẫu thuật nội soi không nên áp dụng đối với những khối u nằm sang bên ngoài động mạch cảnh hoặc thần kinh thị giác trên 1cm để tránh làm tổn thương các cấu trúc trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua mũi xoang bướm lấy u nền sọ là đường mổ thuận lợi để lấy khối u vùng hố yên, trên yên, cho phép nhìn toàn cảnh dù phẫu trường nhỏ, trực tiếp thăm dò và lấy thương tổn vùng hố yên, trên yên nhờ hệ thống optic nhiều góc khác nhau. Tuy nhiên phương pháp này có một số biến chứng, thường gặp là rò dịch não tuỷ và viêm màng não. Cần Cần theo dõi lâu dài để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi và tiếp tục nghiên cứu các biện pháp làm giảm nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shozo Yamada và các cộng sự. (2010)**, "Surgical Outcome in 90 Patients with Craniopharyngioma: An Evaluation of Transsphenoidal Surgery", WORLD NEUROSURGERY. **74**(2/3), 320-330.
2. **Amir R. Dehdashti và các cộng sự. (2009),** "Expanded endoscopic endonasal approach for

anterior cranial base and suprasellar lesions: Indications and limitations", Neurosurgery. **64**, 677-689.
3. **Savas Ceylan, Kenan Koc và Ihsan Anik (2009)**, "Extended endoscopic approaches for midline skull-base lesions", Neurosurg Rev. **32**(309-319).
4. **Ricardo J. Komotar và các cộng sự. (2012),** "Endoscopic Endonasal Compared withMicroscopic Transsphenoidal and Open Transcranial Resection of Craniopharyngiomas", World Neurosurgery. **77**(2), 329-341.
5. **Coudwell WT và các cộng sự. (2004),** "Variations on the standard transsphenoidal approach tothe sellar region, with emphasis on the extended approaches and parasellar approaches: Surgical experience in 105 cases", **Neurosurgery. 55, 539-550.**
6. **Lewis Z. Leng, Vijay K. Anand và Theodore H. Schwartz (2011),** "Endoscopic management of craniopharingiomas", Operative Techniques in Otolaryngology. **22**, 215-222.
7. **de Divitiis E và các cộng sự. (2007),** "Extended endoscopic endonasal transsphenoidal approach for extrasellar craniopharyngiomas", Neurosurgery. **61** ONS 219-228.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN B MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG, NĂM 2020

Trần Chí Vũ[1], Phạm Văn Đởm[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 380 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang từ tháng 01/2020 đến 6/2020 trên bệnh nhân viêm gan siêu vi B điều trị ngoại trú. Mục tiêu là mô tả các đặc điểm lâm sàng ở người bệnh viêm gan siêu vi B và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Số liệu thu thập được là bảng chăm sóc bệnh nhân, điểm chất lượng cuộc sống, tỷ lệ nam cao hơn nữ, tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi < 40 tuổi 128 (33,7%), tiếp đến nhóm tuổi 40-<50 tuổi (25.57%), và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi ≥60 tuổi (15.5%). Sinh sống ở nông thôn (29.7%), bệnh nhân có trình độ cao đẳng trở lên chiếm 17.9%, đa số bệnh nhân là nông dân chiếm 36.1%. Các triệu chứng lâm sàng cũng là lý do nhập viện ngoại trú trong tình trạng mệt mỏi, buồn nôn, vàng da vàng mắt, nước tiểu sậm màu,… sau khi được điều trị, tư vấn chăm sóc > 4 tuần đến ra viện các triệu chứng đã thuyên giảm. Tỷ lệ mệt mỏi tuần đầu chiếm 23.7%, sau 4 tuần chăm sóc còn 22.9%. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa tuổi với nhiễm chất lượng cuộc sống (p < 0.001)

Từ khóa: Viêm gan siêu vi B, Chất lượng cuộc sống, chăm sóc bệnh nhân

SUMMARY

COMPLIANCE WITH THE TREATMENT AND QUALITY OF LIVELY HABITIENT DISEASES IN KIEN GIANG MULTI-HOSPITAL HOSPITAL, 2020

Cross-sectional descriptive study conducted on 380 patients in the Kien Giang General Hospital from 01/2020 to 6/2020 months in patients with Hepatitis B outpatient. The objective was to describe the clinical characteristics of hepatitis B patients and some factors related to the quality of life of outpatient patients in Kien Giang General Hospital. The data collected are patient care tables, quality of life points, the percentage of male is higher than female, the highest rate is in the age group <40 years old 128 (33.7%), followed by the age group 40-<50years old (25.57%), and the lowest rate belongs to the age group ≥60 years (15.5%). Living in rural areas (29.7%), patients with college degree or higher accounted for 17.9%, the majority of patients were farmers accounting for 36.1%. Clinical symptoms are also the reason for outpatient hospitalization in the state of fatigue, nausea, jaundice, yellow urine,... After treatment, counseling advice> 4 weeks to discharge the symptoms have improved. Proportion accounted for 23.7 weeks tired %, after 4 weeks was 22.9% care. There is a difference and statistically significant between age and quality of life (p <0.001).

Key words: Hepatitis B, Quality of life, patient care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B đã, đang và sẽ còn là vấn đề y tế toàn cầu. Thống kê cho thấy có hơn 2 tỷ người trên thế giới nhiễm vi rút viêm gan B (HBV), trong đó khoảng 400 triệu người đang mang HBV mạn tính và mỗi năm có khoảng 1 triệu người tử vong do xơ gan và ung thư gan)[1]. Việt Nam nằm trong số những quốc gia có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính cao nhất. Nhìn chung, khoảng 10 triệu người dân bị viêm gan B , tỷ lệ viêm gan vi rút B ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh tương ứng là từ 9% đến 14%, khu vực nông thôn có tỷ lệ cao hơn thành phố với tỷ lệ khoảng 19%[4],[5]. Chất lượng cuộc sống được định nghĩa là nhận thức của cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối

[1]*Trường ĐH Thăng Long*
[2]*Sở Y tế tỉnh Kiên Giang*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Chí Vũ
Email: tranchivu841977@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.6.2020
Ngày duyệt bài: 11.6.2020

cảnh hệ thống văn hóa và giá trị mà họ sống và liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ (WHO, 1996). Tuy nhiên, các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bệnh mạn tính thường gần đây mới bắt đầu được chú ý tại Việt Nam nên số lượng, chất lượng và quy mô của các nghiên cứu này còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu của điều dưỡng - những người chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính hàng ngày, gần đây nhất chỉ có nghiên cứu của Đoàn Thị Bến[4] đánh giá về vấn đề chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính điều trị tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Bạch Mai năm 2016 đây thực sự là một thách thức đối với các bác sỹ và điều dưỡng trực tiếp điều trị, chăm sóc người bệnh tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Đó là lý do đề tài "Tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm gan B mạn tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh kiên Giang năm 2020". Được thực hiện với mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm gan B mạn tính tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Kiên Giang, năm 2020.

2. Phân tích kết quả chăm sóc và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: là bệnh nhân viêm gan siêu vi B đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang
- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tâm thần, thần kinh, câm , điết, người bệnh Bệnh nhân nhiễm viêm gan B mạn tính có xơ gan
- Thời gian: từ tháng 01/2020 đến 6/2020.

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

3. Cỡ mẫu: Tổng số 380 bệnh nhân bị viêm gan B điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang

4. Biến số NC: Tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp, uống rượu, thời gian mắc bệnh, thời gian điều trị trong năm, dấu hiệu sinh tồn, vàng da, phù, buồn nôn, chán ăn, ăn không tiêu, tiểu vàng, đau bụng vùng gan.

5. Xử lý số liệu: Phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tỷ lệ phần trăm, phân tích đơn biến các yếu tố có nguy cơ gia tăng biến chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi ($p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, tuổi

Giới	n (380)	Tỷ lệ(%)
Nam	244	64,2
Nữ	136	35,8
Tuổi của đối tượng nghiên cứu		
< 40 tuổi	128	33,7
40 - <50 tuổi	97	25,5
50 - <60 tuổi	96	25,3
≥60 tuổi	59	15,5
Nơi ở của đối tượng nghiên cứu		
Thành phố/thị trấn	267	70,3
Nông thôn	113	29,7
Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu		
Cán bộ công nhân viên chức	54	14,2
Tự do, nội trợ, công nhân, nông dân	305	80.3
Hưu trí	21	5,5
Thói quen		
Uống rượu, bia	113	29.7
Tình dục không an toàn	22	5,8
Không	234	64,5

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy, tỷ lệ nam cao hơn nữ, chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi dưới 40 tuổi (33.7%), tiếp đến nhóm tuổi 40-50 tuổi (25.5%), và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi ≥60 tuổi (15.5%).

Sinh sống chủ yếu ở thành thị (70.3%), nhóm tự do, nội trợ, công nhân, nông dân chiếm tỷ lệ 80.3%, thói quen uống rượu chiếm 29.7%, tình dục không an toàn chiếm 5.8%.

2. Biểu hiện lâm sàng của người bệnh viêm gan siêu vi B

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng của người bệnh viêm gan siêu vi B

Biến số nghiên cứu	Điều trị vừa nhập ngoại trú		Sau 4 tuần điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Mệt mỏi	90	23,7	87	22,9
Chán ăn	26	6,8	20	5,3
Ăn không tiêu	27	7,1	24	6,3
Nôn, buồn nôn	23	6,1	17	4,5
Sụt cân	54	14,2	50	13,2
Vàng da	24	6,3	23	6,1
Đau bụng vùng gan	209	55,0	167	43,9

Tiểu vàng	154	40,5	110	28,9
Phù	7	1,8	6	1,6
Triệu chứng lâm sàng khác	225	59,2	178	46,8

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, bệnh nhân viêm gan có mệt mỏi: khi vào ngoại trú chiếm 23.7%, sau 4 tuần điều trị còn 22.9%. chán ăn: khi nhập ngoại trú chiếm 6.8%, sau 4 tuần điều trị còn 5.3%. ăn không tiêu: khi vào ngoại trú chiếm 7.1%, sau 4 tuần điều trị còn 6.3%. Nôn, buồn nôn: khi nhập viện ngoại trú chiếm 6.1%, sau 4 tuần điều trị còn 4.5%. Sụt cân: khi vào ngoại trú chiếm 14.2%, sau 4 tuần điều trị còn 13.2%. Vàng da: khi vào ngoại trú chiếm 6.3%, sau 4 tuần điều trị còn 6.1%. Đau bụng vùng gan: khi vào viện ngoại trú chiếm 55%, sau 4 tuần điều trị còn 43.9%. Tiểu vàng: khi vào viện ngoại trú chiếm 40.5%, sau 4 tuần điều trị còn 28.9%. Phù: khi vào ngoại trú chiếm 1.8%, sau 4 tuần điều trị còn 1.6%. Triệu chứng lâm sàng khác: khi vào viện ngoại trú chiếm 59.2%, sau 4 tuần điều trị còn 46.8%.

3. Đặc điểm cận lâm sàng người bệnh viêm gan siêu vi B

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng người bệnh viêm gan siêu vi B

Các chỉ số		Ngoại trú lần đầu(Mean±SD)	Sau 4 tuần(Mean ± SD)
Hồng cầu		4,8	4,7
Hemoglobin		15,2	14,6
Tiểu cầu		214,4	217,6
Bạch cầu		7,9	9,8
AST		37,3	49,2
ALT		43,6	38,0
Bilirubin TP/TT		7,6	7,6
Protein/Albumin		42,4	42,6
Alpha FP		3,3	3,1
Amoniac		38,7	38,9
HBV DNA	Dưới ngưỡng	192(50,5%)	193(50,8%)
	Trên ngưỡng	188(49,5%)	188(49,2%)
Siêu âm bụng	Có bệnh	84(22,1%)	84(21,8%)
	Không bệnh	296(77,9%)	297(78,2%)
Đồng nhiễm VR mạn tính khác	Có	5(1,3%)	5(1,3%)
	Không	375(98,7%)	375(98,7%)

Nhận xét: Bảng 3 chỉ rõ, khi HBV DNA trên ngưỡng (49,5%) và khi HBV DNA trên ngưỡng lần 2 (49.2%). Tiếp đến là Đồng nhiễm Virus mạn tính khác có chiếm 1.3%. AST lần đầu 37.3%, sau 4 tuần là 49.2%. ALT lần đầu 43.6%, sau 4 tuần là 38%. Siêu âm bụng không bệnh vào lúc nhập ngoại trú chiếm 77.9% sau 4 tuần điều trị không bệnh 78,2%. Protein/Albumin sau nhập ngoại trú 4 tuần chiếm 42.6%. Amoniac trong khi nhập ngoại trú chiếm 38.7% sau 4 tuần điều trị chiếm 38.9%.

Bảng 4. Kết quả chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus B

Hoạt động chăm sóc		Thường xuyên(n)	Thỉnh thoảng(n)	Không(n)
Tư vấn	Tâm lý		39 (10,3%)	341(89,7%)
	Nghỉ ngơi		24(6,3%)	356(93,7%)
	Dinh dưỡng		13(3,4%)	367(96,6%)
	Vận động	1(0,3%)	10(2,6%)	369(97,1%)
	Tình dục		5(1,3%)	375(98,7%)
Cung cấp thông tin điều trị		2(0,5%)	10(2,6%)	368(96,8%)
Hướng dẫn	Các kiểu giảm đau		4(1,1%)	376(98,9%)
	Bài tập thư giãn để giảm lo lắng, căng thẳng		3(0,8%)	377(99,2%)
	Chọn các tư thế thoải mái thích hợp để giảm đau		3(0,8%)	377(99,2%)

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy bệnh nhân được tư vấn tâm lý thỉnh thoảng chiếm 10.3%, không được tư vấn tâm lý chiếm 89.7%, không được tư vấn nghỉ ngơi chiếm 93.7%, không được tư vấn dinh dưỡng chiếm đến 96.6%, không được tư vấn tình dục chiếm đến 98.7%. Bệnh nhân không được cung cấp thông tin điều trị chiếm đến 96.8%, cung cấp thông tin điều trị thường xuyên chỉ chiếm 0.5%. Bệnh nhân thỉnh thoảng được hướng dẫn các kiểu giảm đau chiếm 1.1%, bệnh nhân không

được hướng dẫn bài tập thư giãn giảm lo lắng, căng thẳng chiếm tỉ lệ rất cao 99.2%, không được hướng dẫn các tư thế thoải mái giảm đau chiếm 99.2%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa CLCS lý do điều trị ngoại trú

Nội dung	Biến số nghiên cứu	CLCS		p
		Không tốt	Tốt	
Lý do điều trị ngoại trú	Mệt mỏi	6(7,6%)	73(92,4%)	0,239
	Buồn nôn	0	9 (100,0%)	
	Vàng da và vàng mắt	1(14,3%)	6(85,7%)	
	Nước tiểu sâm màu	1(14,3%)	6(85,7%)	
	Điều trị bệnh khác, tình cờ phát hiện	10(3,6%)	268(96,4%)	
Tuổi	< 40 tuổi	1(0,8%)	127(99,2%)	**<0,001**
	40 - <50 tuổi	2(2,1%)	95(97,9%)	
	50 - <60 tuổi	5(5,2%)	91(94,8%	
	≥60 tuổi	10(16,9%)	49(83,1%)	

Nhận xét: Bảng 5 chỉ rõ không có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với lý do điều trị ngoại trú khi P>0.05. Có ý nghĩa thống kê giữa tuổi bệnh nhân với chất lượng cuộc sống khi P<0,001.

IV. BÀN LUẬN

Nam giới chiếm 64,2% chiếm ưu thế hơn so với nữ giới (35,8%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với KQNC của Lê Đăng Hà, nam cao hơn nữ (62,6% so với 37,4%) [1]. Vì bệnh nhân rải rác ở các nhóm bệnh khác nhau nên khó tìm được lý do giải thích cho sự khác biệt nói trên. Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi < 40 tuổi (33.7%) là nhóm tuổi lao động, làm việc trong nhiều môi trường khác nhau và có thói quen uống rượu bia nhiều thì đồng thời cũng có nguy cơ mắc bệnh viêm gan siêu vi B cao hơn các nhóm tuổi khác cũng là đương nhiên, kết qủa NC này cao hơn kết quả NC của Nguyễn Hữu Tri năm 2018, tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi ≥60 tuổi (15.5%) là nhóm tuổi cao đã về hưu đối với cả nam và nữ giới, để lý giải cho vấn đề này khi NB ở nhóm tuổi này, toàn trạng cũng như sức đề kháng đều giảm và tăng nguy cơ phơi nhiễm với bệnh tật đặc biệt các bệnh lý tim mạch và nhiễm trùng cũng là lẽ đương nhiên[3]. Sinh sống chủ yếu ở thành thị (70,3%), nhóm tự do, nội trợ, công nhân, nông dân chiếm tỷ lệ 80.3%, thói quen uống rượu bia chiếm 29.7%.

Về đặc điểm lâm sàng khi vào ngoại trú bệnh nhân viêm gan có mệt mỏi 23,7%, chán ăn 6,8%, ăn không tiêu 7,1%, nôn buồn nôn 6,1% Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với KQNC Lý Thiệu Hưng và cộng sự (2018)[2]. Sau 4 tuần điều trị ngoại trú bệnh nhân sụt cân 13,2%, vàng da 6,1%, đau bụng vùng gan 43,9%, tiểu vàng 28,9% nghiên cứu này có tỉ lệ bệnh nhân vàng da hơn nghiên cứu của Ngô Thị Quỳnh Trang [5] và các triệu chứng khác thì tương đồng. lý giải cho vấn đề này bởi tính chất bệnh viêm gan B liên tục có tổn thương gan mặc dù điều trị và chăm sóc tốt cho người bệnh cũng chưa có biện pháp chữa khỏi hoàn toàn. Phù khi nhập ngoại trú 1,8% sau 4 tuần điều trị còn 1,6%, Tiểu vàng khi nhập ngoại trú 40,5% sau 4 tuần điều trị còn 28,9% cũng cao hơn KQNC của Ngô Thị Quỳnh Trang (1,95%) [5], điều này có thể giải thích rằng, khi NB vào viện có người mức độ nhẹ, người bị bệnh mức vừa và cũng có người không phù, tiểu vàng khi vào viện, khi được điều trị các triệu chứng này đều giảm nhiều chỉ còn một số người vẫn còn tỷ lệ nhỏ, có lẽ do tuổi cao, bệnh đã ở giai đoạn cuối mặc dù được bác sỹ điều trị và điều dưỡng chăm sóc tận tình nhưng khó hết triệu chứng.

Về cận lâm sàng: khi nhập vào ngoại trú AST 37,3%, ALT 43,6% AST lần đầu 37.3%, sau 4 tuần là 49.2%. ALT sau 4 tuần là 38%. Siêu âm bụng không bệnh vào lúc nhập ngoại trú chiếm 77.9% sau 4 tuần điều trị không bệnh 78,2%. Protein/Albumin sau nhập ngoại trú 4 tuần chiếm 42.6%. Amoniac trong khi nhập ngoại trú chiếm 38.7% sau 4 tuần điều trị chiếm 38.9%. Để giải thích cho các chỉ số trên, có lẽ do tuổi cao (nhóm tuổi > 60), bệnh đã ở giai đoạn cuối mặc dù được điều trị và chăm sóc tận tình nhưng khó hết triệu chứng, khi nặng gia đình xin về nhà ở những trường hợp khó tránh khỏi.

Các yếu tố liên quan đến BKBV ở người bệnh viêm gan siêu vi B

Liên quan giữa nhóm tuổi bệnh nhân và CLCS NB bị viêm gan siêu vi B: Chúng tôi tiến hành thu thập và phỏng vấn khi chăm sóc bệnh nhân viêm gan siêu vi B về CLCS trên NB. Chúng tôi thấy rằng tỉ lệ NB có CLCS tốt (99,2%) với nhóm tuổi <40 tuổi (7.6%), có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê, p < 0,001. Các nghiên cứu gần đây đều chỉ ra rằng nhóm tuổi bệnh nhân có yếu tố liên quan [1],[4]. Từ kết quả nói trên cần tăng

cường công tác tư vấn hướng dẫn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng khi thực hiện các hoạt động chăm sóc bệnh nhân.

Mặc dù chưa tìm thấy sự liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với lý do điều trị ngoại trú khi P>0.05, có thể lý giải rằng, NB làm việc ở những nơi có những triệu chứng lâm sàng với lý do nhập viện nghĩ là sẽ có cuộc sống sinh hoạt khác nhau khó nhìn thấy do vậy cũng sẽ đồng nghĩa với chế độ ăn uống hoặc do cỡ mẫu chưa đủ lớn do vậy chưa tim thấy sự khác biệt này với p > 0.05. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa có thực hiện tư vấn giáo dục sức khỏe chưa đúng kỹ thuật với bệnh nhân viêm gan siêu vi B, với p < 0.01, có thể giải thích rằng khi điều dưỡng tư vấn cho NB đúng sẽ giúp giảm nguy cơ biến chứng hơn hẳn so với điều dưỡng tư vấn chưa đúng. Bởi thuốc sẽ là lý do người bệnh phải kéo dài thời gian nằm điều trị ngoại trú đảm bảo chất lượng cuộc sống của người bệnh[4].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm gan đã giảm các triệu chứng như vàng da, phù, tiểu vàng, buồn nôn, sụt cân, tỉ lệ giảm nhiều so với khi vào ngoại trú.

2. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê Có ý nghĩa thống kê giữa tuổi bệnh nhân với chất lượng cuộc sống tốt khi p < 0.001

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đăng Hà (2016),** "Nghiên cứu lâm sàng và diễn biến của viêm gan do vi rút A và B", Tạp chí Y học Việt Nam, 154, 5 tr. 18-23. 10. Lế Đăng Hà (2018), "Nghiên cứu lâm sàng viêm gan virus A và B", Y học Việt Nam.
2. **Lý Thiệu Hưng và cộng sự (2018),** "Dùng Interferon α- 1b điều trị viêm gan B mạn tính", Tạp chí Tạng gan Trung Hoa
3. **Nguyễn Hữu Trị (2018)** "Viêm gan siêu vi cấp" bệnh truyền nhiễm nhà xuất bản Y học, trang 326 –348
4. **Đoàn Thị Ben, W.P., RN, PhD1,** Orapan Thosingha, Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân nhiễm viêmgan loại B mãn tính ở Việt Nam (2016).
5. **Ngô Thị Quỳnh Trang** "xác định tỉ lệ nhiễm virus viêm gan b (hbsag)và virus viêm gan c(anti hcv) trong huyết thanh người tại một xã vùng đồng bằng bắc bộ việt nam năm 2015" luận văn thạc sĩ khoa học Hà nội-Năm 2016.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN Ở NỮ VỊ THÀNH NIÊN NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Đào Nguyễn Diệu Trang*, Phan Thị Bích Ngọc*, Nguyễn Vũ Quốc Huy*, Cao Ngọc Thành*

TÓM TẮT

Mục tiêu: - Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) ở nữ vị thành niên (VTN) người dân tộc thiểu số tại huyện Nam Đông và A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế. - Mô tả tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại các trạm y tế xã thuộc huyện miền núi, tỉnh Thừa Thiên Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu: - 900 trẻ vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi (tính đến ngày điều tra ban đầu). **-** Cán bộ y tế làm việc tại các trạm y tế (TYT) xã, các cán bộ chuyên trách SKSS đồng ý tham gia nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. **Kết quả:** *Tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành chung về chăm sóc SKSS chưa tốt chiếm khá cao theo tỷ lệ lần lượt là: 86,7%, 64%, 74,4%. - Tỷ lệ trẻ VTN có quan hệ tình dục (QHTD) là 3,8%, tỷ lệ trẻ VTN có sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT) khi QHTD là 23,5%. - Tỷ lệ trẻ VTN kết hôn sớm chiếm 51,9% trong số VTN đã kết hôn, tỷ lệ hôn nhân cận huyết là 25,9%. - Tỷ lệ VTN mang thai là 2,7%. Tỷ lệ VTN nạo phá thai là 0,1%. *Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tại địa phương của VTN là khá tốt. Việc đào tạo lại các CBYT chuyên trách SKSS trong thời gian qua thiếu tính thực tế, thời gian đào tạo bị rút ngắn lại và thiếu chất lượng. Dịch vụ sức khỏe thân thiện vị thành niên chưa được trang cấp đầy đủ, không có tờ rơi về truyền thông GDSK để mang về. **Kết luận:** Cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe sinh sản cho các nữ vị thành niên và nâng cao kiến thức và kỹ năng truyền thông cho cán bộ chuyên trách về sức khỏe sinh sản vị thành niên.

Từ khóa: vị thành niên, kết hôn sớm, sức khỏe sinh sản

**Trường Đại học Y Dược Huế*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyễn Diệu Trang
Email: daonguyendieutrang73@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2020
Ngày duyệt bài: 8.6.2020

SUMMARY

STUDY ON SITUATION OF REPRODUCTIVE HEALTH CARE AMONG ADOLESCENT GIRLS IN MINORITY ETHNICS, THUA THIEN HUE PROVINCE

Objectives: To describe the knowledge, attitudes, practices of reproductive health care among adolescent girls in A Luoi and Nam Dong district, Thua Thien Hue province and describe situation of

reproductive health care among adolescent girls at clinics in A Luoi and Nam Dong district, Thua Thien Hue province. **Methods:** A cross-sectional study design combine quantitative and qualitative was conducted in A Luoi and Nam Dong district, Thua Thien Hue province. All 900 adolescent girls between 10 – 19 years old and health workers of 8 communes in A Luoi and 4 communes in Nam Dong district participated in the study. **Results:** - The percentage of adolescents with not good knowledge, attitudes and practices on reproductive health care has accounted for fairly high as respectively: 86.7%, 64%, 74.4%. - The percentage of adolescents who have had sexual relative were 3.8%, in which 23.5% has used contraceptive methods.- The percentage of adolescents who get married early were 51.9% among adolescents who get married, the percentage of consanguineous marriage were 25.9%.- The percentage of pregnant adolescents were 2.7%. The proportion of adolescents with abortion were 0.1%. The ability to reach health services at local of adolescents are quite good. The retraining for health workers in the past time are inadequate about time and quality. Health friendly services for adolescents are inadequate, there are no brochures for adolescents using. **Conclusion:** There is need to enhance the communication and education reproductive health for aldolescent girls and enhance communication knowlegde and skills for reproductive health staff.

Keywords: adolescents, get married early, reproductive health.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người trưởng thành, là nhóm đối tượng có sự thay đổi nhiều về thể chất, tinh thần. Vị thành niên là người trong độ tuổi 10 -19 tuổi [1]. Vị thành niên cũng là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương nhất. Sự thiếu hiểu biết về chăm sóc sức khỏe sinh sản của vị thành niên như về tâm lý, sinh lý tuổi vị thành niên, tình bạn, tình yêu, hôn nhân gia đình, về các biện pháp tránh thai, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản cũng như vấn đề kết hôn sớm, hoạt động tình dục sớm, không an toàn chính là nguy cơ đối với sức khỏe ở lứa tuổi vị thành niên, đặc biệt đối với các vị thành niên nữ.

Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 – 2020 của Việt Nam đã nhấn mạnh mục tiêu "cải thiện sức khỏe sinh sản của người chưa thành niên và thanh niên, tăng tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên lên 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản vào năm 2015 và 75% vào năm 2020. Giảm 20% số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn vào năm 2015 và 50% vào năm 2020" [6].

Huyện A Lưới và huyện Nam Đông là hai huyện miền núi của tỉnh Thừa Thiên Huế với đa số là người dân tộc thiểu số đang sinh sống. Tỷ lệ tảo hôn và hôn nhân cùng huyết thống ở đây vẫn còn xảy ra, công tác giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe sinh sản vị thành niên chưa được chú trọng, đội ngũ y tế thôn bản và cộng tác viên dân số tham gia vấn đề này chưa được tập huấn một cách bài bản và đồng nhất. Trang thiết bị, cơ sở vật chất tại trạm y tế còn thiếu thốn, dịch vụ chăm sóc sức khỏe thân thiện cho vị thành niên chưa được chú trọng đầu tư. Thời gian qua cũng đã có một số nghiên cứu về sức khỏe sinh sản vị thành niên mà đối tượng chủ yếu là học sinh, sinh viên ở khu vực thành phố và nông thôn. Chưa có nghiên cứu nào nhằm vào đối tượng nữ vị thành niên là người dân tộc thiểu số. Vấn đề đặt ra cho nghiên cứu này là: thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản ở vị thành niên nữ tại huyện A Lưới và huyện Nam Đông như thế nào. Chính vì vậy để tìm hiểu thêm về tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản cho nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số chúng tôi thực hiện đề tài: *"Nghiên cứu thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số, tỉnh Thừa Thiên Huế"*, nhằm các mục tiêu:

1.Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành người dân tộc thiểu số, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.Mô tả tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại các trạm y tế xã thuộc huyện miền núi, tỉnh Thừa Thiên Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi (tính đến ngày điều tra ban đầu)
- Cán bộ y tế làm việc tại các trạm y tế (TYT) xã, các cán bộ chuyên trách SKSS đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Vị thành niên nữ người dân tộc thiểu số từ 10 – 19 tuổi có khả năng giao tiếp được.
- Được cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Vị thành niên bị câm, điếc không thể giao tiếp được.
- VTN không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- VTN chuyển đi cư trú ở địa bàn khác trong thời gian nghiên cứu.

***Cỡ mẫu: -** Cỡ mẫu VTN: Sử dụng công

thức: [4]

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

·$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, với α = 5% (khoảng tin cậy 95%) thì $Z_{(1-\alpha/2)}$= 1,96

·p: tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc SKSS vị thành niên chưa tốt.

·d: sự chính xác của nghiên cứu trên mẫu (sai số lựa chọn); chấp nhận d = 0,05

·Chúng tôi tính được n = 370 người

·Vì sử dụng cách chọn mẫu 2 giai đoạn nên cỡ mẫu an toàn là 2n: 370× 2 = 740 người

·Dự trù thêm 10% nên cỡ mẫu được chọn là: 814 người. Chúng tôi lấy tròn 900 người cho 12 xã nghiên cứu (mỗi xã 75 người)

- Cỡ mẫu nghiên cứu định tính: 24 cán bộ y tế là các trưởng trạm và cán bộ chuyên trách về SKSS.

*Kỹ thuật chọn mẫu: [4]

+ Bước 1: Bốc thăm ngẫu nhiên 8 xã trong số 21 xã, thị trấn của huyện A Lưới vào nghiên cứu. Kết quả 8 xã đó là: Hồng Hạ, Hương Nguyên, A Ngo, Hồng Kim, Nhâm, Đông Sơn, Hương Lâm và thị trấn A Lưới. Bốc thăm ngẫu nhiên 4 xã trong 11 xã, thị trấn của huyện Nam Đông vào nghiên cứu, kết quả 4 xã đó là: Thượng Nhật, Thương Long, Hương Sơn và Hương Hữu.

+ Bước 2: Lập danh sách vị thành niên nữ 10 – 19 tuổi người dân tộc thiểu số hiện đang có mặt tại các thôn trong mỗi xã của 12 xã cần điều tra. Dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn đủ mỗi xã 75 em vào mẫu nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại 8 xã của huyện A Lưới, tỉnh Thừa Thiên Huế, bao gồm Hồng Hạ, Hương Nguyên, A Ngo, Hồng Kim, Nhâm, Đông Sơn, Hương Lâm và thị trấn A Lưới. 4 xã tại huyện Nam Đông bao gồm xã Thượng Nhật, Thượng Long, Hương Sơn và Hương Hữu.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5/2015 đến tháng 1/2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

- Phỏng vấn vị thành niên nữ từ 10 – 19 tuổi về kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc SKSS.

Nội dung phỏng vấn kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên và cách tính điểm như sau: có 21 câu hỏi về kiến thức, trong mỗi câu hỏi về kiến thức các ý trả lời đúng sẽ cho từ 1 – 2 điểm tùy theo tầm quan trọng hoặc độ khó của ý trả lời. 8 câu hỏi về thái độ sẽ được cho điểm theo thang điểm của Likert. 30 câu hỏi về thực hành, mỗi câu hỏi các ý trả lời đúng sẽ cho điểm từ 1-2 điểm tùy theo tầm quan trọng của mỗi ý.

- Phỏng vấn cán bộ y tế, cán bộ chuyên trách về SKSS tại trạm y tế theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn.

- Quan sát cơ sở vật chất tại các trạm y tế đánh giá theo bảng kiểm soạn sẵn.

Cách đánh giá:

Nếu trả lời ≥75% số điểm: kiến thức, thái độ, thực hành tốt

Nếu trả lời <75% số điểm: kiến thức, thái độ, thực hành chưa tốt

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Các điều tra viên (ĐTV), giám sát viên (GSV) và cộng tác viên (CTV) được tập huấn thành thạo trước khi tiến hành điều tra.

- Tiến hành điều tra thử nghiệm trước khi tiến hành điều tra thực địa để đảm bảo độ tin cậy.

- Ngay sau khi thu thập số liệu, các ĐTV sẽ gởi phiếu đến GSV.

- GSV sẽ kiểm tra chất lượng các thông tin thu thập trên phiếu điều tra (đủ/thiếu, đúng/sai, thừa/thiếu…) đảm bảo đủ, đúng, chính xác theo yêu cầu điều tra.

2.2.4. Xử lý số liệu nghiên cứu

- Số liệu thu được từ nghiên cứu được làm sạch, mã hóa biến số, nhập số liệu sử dụng phối hợp 2 phần mềm thống kê cơ bản EPI-INFO Version 6.04 và SPSS 18.0 for Window Evaluation Version để tiến hành các phân tích đơn biến và xử lý các test thống kê khác như test $\chi 2$ để kiểm định 2 tỷ lệ, tính tỷ lệ % thông thường.

- Số liệu của nghiên cứu định tính được xử lý theo phương pháp gỡ băng, trích dẫn lời.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Huế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

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

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	- 10-13	340	37,8
	- 14-15	225	25,0
	- 16-19	335	37,2
Dân tộc	- Paco	204	22,7
	- Catu	507	56,3
	- Taoi	181	20,1
	- Vân Kiều	3	0,3
	- Khác	5	0,6
Nghề nghiệp	- CBCC	2	0,2
	- Nông, lâm, ngư	79	8,8

	nghiệp - Buôn bán - Nội trợ - Đang đi học	3 24 792	0,3 2,7 88,0
Tôn giáo	- Không theo tôn giáo nào - Phật giáo - Thiên chúa giáo	883 13 4	98,1 1,5 0,4
Mức kinh tế	- Nghèo	123	13,7
	- Cận nghèo	148	16,4
	- Không thuộc hộ nghèo và cận nghèo	629	69,9
Tổng		**900**	**100,0**

Nhận xét: Độ tuổi của VTN ở giai đoạn VTN sớm và VTN muộn tương đương nhau. Dân tộc Paco, Catu, Taoi chiếm đa số. 88% VTN đang còn đi học, 8,8% làm nông. 69,9% VTN không thuộc hộ nghèo và cận nghèo.

3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên

Bảng 3.2. Phân loại kiến thức chung

Kiến thức / Xã	Tốt		Chưa tốt		p
	SL	%	SL	%	
A Lưới	71	11,8	529	88,2	P>0,05
Nam Đông	49	16,3	251	83,7	
Tổng	**120**	**13,3**	**780**	**86,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ VTN có kiến thức về chăm sóc SKSS chưa tốt là 86,7%. Không có sự khác biệt về kiến thức chung giữa hai huyện Nam Đông và A Lưới. (p>0,05)

Bảng 3.3. Phân loại thái độ chung

Thái độ / Xã	Tốt		Chưa tốt		p
	SL	%	SL	%	
A Lưới	168	28,0	432	72,0	P<0,001
Nam Đông	156	52,0	144	48,0	
Tổng	**324**	**36,0**	**576**	**64,0**	

Nhận xét: Tỷ lệ VTN có thái độ về chăm sóc SKSS chưa tốt là 64%. Có sự khác biệt về thái độ chung giữa hai huyện Nam Đông và A Lưới.(p<0,05)

Bảng 3.4. Phân loại thực hành chung

Thực hành / Xã	Tốt		Chưa tốt		p
	SL	%	SL	%	
A Lưới	184	30,7	416	69,3	P<0,001
Nam Đông	46	15,3	254	84,7	
Tổng	**230**	**25,6**	**670**	**74,4**	

Nhận xét: Tỷ lệ VTN có thực hành về chăm sóc SKSS chưa tốt là 74,4%. Có sự khác biệt về thực hành chung giữa hai huyện Nam Đông và A Lưới.(p<0,05)

***Một số kết quả chính về thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên**

Bảng 3.5. Thực hành về quan hệ tình dục

Thực hành về QHTD		n	%
QHTD	Có rồi	34	3,8
	Chưa	814	90,4
	Không trả lời	52	5,8
Tuổi QHTD	<18 tuổi	21	61,8
	≥ 18 tuổi	13	38,2
Sử dụng BPTT(n=34)	Có	8	23,5
	Không	22	64,7
	Khi có khi không	4	11,8
Tên BPTT đã sử dụng (n=12)	Đặt vòng	3	25,0
	Thuốc uống tránh thai	1	8,3
	Thuốc tiêm tránh thai	2	16,7
	Viên tránh thai khẩn cấp	1	8,3
	Bao cao su	4	33,3
	Không trả lời	1	8,3
Lý do không sử dụng BPTT (n=23)	Không biết cách sử dụng	7	30,4
	Không dự định quan hệ tình dục	2	8,8
	Không thích sử dụng	7	30,4
	Người quan hệ với em không thích sử dụng	7	30,4

Nhận xét: Tỷ lệ VTN có QHTD là 3,8%. Độ tuổi QHTD <18 tuổi chiếm 61,8%. Tỷ lệ VTN có sử dụng BPTT là 23,5%.

Bảng 3.6. Thực hành về kết hôn

Thực hành về kết hôn		n	%
Kết hôn	Có	27	3,0
	Chưa	873	97,0
Tuổi kết hôn (n=27)	<18 tuổi	14	51,9
	≥ 18 tuổi	13	48,1
QH họ hàng	Có	7	25,9

(n=27)	Không	20	74,1
Quan hệ (n=7)	Anh, chị em cô cậu ruột	1	14,3
	Anh chị em con dì ruột	4	57,1
	Khác	2	28,6

Nhận xét: Tỷ lệ VTN đã kết hôn là 3,0%. Tỷ lệ VTN kết hôn sớm chiếm 51,9% trong số VTN đã kết hôn. Tỷ lệ hôn nhân cận huyết là 25,9%.

Bảng 3.7. Tình hình mang thai và nạo phá thai

Mang thai và nạo phá thai	Số lượng	%
Mang thai	24	2,7
Nạo phá thai	1	0,1
Tổng	**900**	**100,0**

Nhận xét: Tỷ lệ VTN mang thai là 2,7%, trong đó có 0,1% VTN có nạo phá thai.

3.3. Tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại các trạm y tế xã

3.3.1. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế

Bảng 3.9. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế

Yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế		Số lượng	%
Nơi chọn khám bệnh	TYT xã	853	94,8
	TTYT/BV huyện	73	8,1
	Phòng khám tư nhân	8	0,9
	Khác (ghi rõ)	4	0,5
Lý do chọn	Gần nhà, thuận tiện đi lại	732	81,3
	Nơi đăng ký khám chữa bệnh	284	31,6
	Chất lượng khám chữa bệnh	81	9,0
	Giá cả hợp lý	13	1,4
Khoảng cách từ nhà đến trạm	≤ 3 cây số	783	87,0
	> 3 cây số	117	13,0
Phương tiện đi lại	Đi bộ	325	36,1
	Đi xe đạp	292	32,4
	Đi xe máy	283	31,4
Thái độ của CBYT	Cởi mở, nhiệt tình, lắng nghe và trả lời đầy đủ các thắc mắc	881	97,9
	Trả lời qua loa, không đầy đủ các thắc mắc	16	1,8
	Thờ ơ, không trả lời các thắc mắc	3	0,3
Khả năng khám đáp ứng được nhu cầu	Có	57	93,7
	Không	843	6,3
Phòng khám có đảm bảo riêng tư	Có	808	89,8
	Không	92	10,2
Tổ chức truyền thông về SKSS	Có thường xuyên	245	27,3
	Không thường xuyên	436	48,4
	Không tổ chức	219	24,3
Chi phí	Phù hợp, chấp nhận được	227	25,2
	Quá cao	5	0,6
	Được miễn phí hoàn toàn	673	74,8
Thời gian chờ đợi khám	< 30 phút	754	83,8
	Từ 30 phút đến 60 phút	137	15,2
	> 60 phút	9	1,0
Tờ rơi mang về	Có	239	26,6
	Không	661	73,4

Nhận xét: 94,8% VTN biết chọn TYT xã để khám chữa bệnh, 81,3% VTN cho rằng chọn TYT vì gần nhà, thuận tiện đi lại. 97,9% cho rằng thái độ của cán bộ y tế trạm luôn cởi mở, nhiệt tình. 93,7% cho rằng khả năng khám đáp ứng được nhu cầu. 89,8% cho rằng phòng khám đảm bảo tính riêng tư. 74,8% trường hợp khám được miễn phí hoàn toàn. 83,8% cho rằng thời gian chờ đợi khám không quá lâu và 73,4% cho rằng phòng khám không có tờ rơi về truyền thông GDSK để mang về.

3.3.2. Kết quả đánh giá trong nghiên cứu định tính về tình hình hoạt động chăm sóc SKSS vị thành niên của 12 xã (cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, nhân lực y tế...)

***Về nhân lực y tế: -** Tất cả các xã đều có từ 6 cán bộ trở lên, riêng xã Nhâm do có Y tế Quân dân y kết hợp nên số lượng CB là 9. 100% các xã có bác sỹ công tác.

- 100% các TYT đều đánh giá nhân lực tại TYT đáp ứng đủ nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- 100% TYT xã có mạng lưới cộng tác viên YTTB.

***Về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị:** Tất cả 12 TYT đều không có phòng tư vấn riêng, phòng tư vấn được dùng chung với phòng hội trường. 100% các TYT xã có áp phích, sách lật nhưng còn rất hạn chế, bàn ghế tiếp khách tương đối đầy đủ.

***Tình hình quản lý thông tin Y tế tại trạm Y tế:**

- 100% TYT có sổ sách báo cáo chung tại TYT bao gồm sổ lập kế hoạch và mẫu báo cáo tuần, tháng, quý, năm, sổ giao ban, có sổ quản lý tài sản và tài sản từng chương trình, sổ quản

lý thuốc, các loại sổ chuyên môn.

- Các hoạt động thông tin, giáo dục truyền thông về chăm sóc SKSSVTN gặp nhiều khó khăn do hầu hết CBYT dựa vào kinh nghiệm để tiến hành công việc này, kỹ năng truyền thông của CBYT còn yếu.

- 100% số nữ VTN được lập danh sách quản lý tại TYT, tuy nhiên tại TYT thị trấn A Lưới việc quản lý danh sách VTN tại trạm chưa được tiến hành quản lý trên hệ thống vi tính mà chỉ chép tay vào sổ theo dõi.

- 100% TYT không có phương tiện và vật liệu truyền thông về chăm sóc SKSSVTN.

- Khi nhận xét về đào tạo lại cho CBYT chuyên trách SKSS, đào tạo lại trong thời gian qua thiếu tính thực tế, thời gian đào tạo bị rút ngắn lại và thiếu chất lượng.

- 100% cán bộ y tế tại trạm không được đào tạo bài bản về chương trình chăm sóc SKSSVTN (chủ yếu lồng ghép với các chương trình khác).

- Hàng tháng đến ngày 25 các TYT đều tổ chức giao ban hàng giữa TYT với YTTB.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ, thực hành chung:

- Tỷ lệ VTN có kiến thức, thái độ, thực hành chung về chăm sóc SKSS chưa tốt chiếm khá cao. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chơn [3] ở 784 em học sinh phổ thông trung học tại huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 thì có 54,5% em có kiến thức về chăm sóc SKSS chưa tốt. Nghiên cứu của chúng tôi có đến 86,7% kiến thức chưa đạt, tỷ lệ kiến thức chưa đạt trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thông kê với p<0,00001. Tỷ lệ kiến thức chưa đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả các đối tượng của 3 giai đoạn VTN. Các em độ tuổi VTN sớm chưa có nhiều kiến thức về chăm sóc SKSS. Và điều này cũng phù hợp ở địa phương vì công tác chăm sóc SKSS cho VTN chưa được chú trọng ở địa phương này. CBYT hầu như không được tập huấn về công tác truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản cho VTN. VTN chỉ thỉnh thoảng tham gia các hoạt động do Đoàn thanh niên tổ chức nên cũng ít khi đề cập đến vấn đề này. Ở Trường học thì kiến thức về chăm sóc SKSSVTN chỉ được giảng dạy lồng ghép vào môn học khác nên nội dung về SKSSVTN chưa được chuyển tải đầy đủ, giáo viên chưa được tập huấn nên không có kinh nghiệm để giảng dạy các kiến thức này.

- Thực hành về QHTD: Tỷ lệ VTN có QHTD trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,8% thấp hơn so với nghiên cứu của Patrick I.Okonta (2007) [8] nghiên cứu về 410 vị thành niên nữ tại một cộng đồng nông thôn thuộc bang Rivers - Nigieria thì có 62% trong số họ có quan hệ tình dục và thấp hơn so với một nghiên cứu khác ở tiểu bang Delta, một khảo sát cơ sở được tài trợ bởi UNFPA điều tra 1013 vị thành niên cho thấy có 34,4% thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 15-19 tuổi có quan hệ tình dục. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,00001.

Tỷ lệ VTN có QHTD trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với tỷ lệ nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chơn [3] tại huyện Vũ Quang, tỉnh Hà Tĩnh năm 2012 có 6,1% em có quan hệ tình dục.

- Thực hành về kết hôn: Tỷ lệ VTN nữ kết hôn sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,9%, thấp hơn so với nghiên cứu của Tesfaye Setegn Mengistu, Abulie Takele Melku (2013) [7] tại vùng Amhara – Epiothia tỷ lệ kết hôn sớm là 82,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,00001. Khi tìm hiểu về lý do tảo hôn chúng tôi nhân thấy rằng đa số là do các em lỡ quan hệ tình dục và dẫn đến tình trạng mang thai. Tỷ lệ kết hôn cận huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,9%. Hôn nhân cận huyết có thể đem lại nhiều hậu quả nghiêm trọng, trẻ sinh ra có thể bị dị dạng hoặc mang bệnh tất di truyền.

- Tình hình mang thai và nạo phá thai: Tỷ lệ VTN nữ mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,7%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Tài và cộng sự năm 2012 [5] ở 3 bệnh viện công tại Thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ VTN nữ mang thai là 3,94%.

4.2. Tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản nữ vị thành niên tại các trạm y tế xã

4.2.1. Những yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Nói chung việc tiếp cận dịch vụ y tế tại địa phương của VTN là khá tốt. Điều này thể hiện rõ ở tỷ lệ 95% VTN biết chọn TYT xã để khám chữa bệnh, 82,4% VTN cho rằng chọn TYT vì gần nhà, thuận tiện đi lại. 98,2% cho rằng thái độ của cán bộ y tế trạm luôn cởi mở, nhiệt tình. 94,2% cho rằng khả năng khám đáp ứng được nhu cầu. 90,5% cho rằng phòng khám đảm bảo tính riêng tư. 73,4% trường hợp khám được miễn phí hoàn toàn. 86,4% cho rằng thời gian chờ đợi khám không quá lâu. Chỉ có một vấn đề chưa tốt đó là phòng khám không có tờ rơi về truyền thông GDSK để mang về (74,8%), đây cũng là điều mà chúng tôi sẽ lưu ý đến trong hoạt động can thiệp của chúng tôi.

4.2.2. Tình hình hoạt động chăm sóc SKSS vị thành niên của 12 xã. Theo hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS vị thành niên, các dịch vụ sức khỏe thân thiện với vị thành niên đóng vai trò quan trọng

giúp cho vị thanh niên có thể chăm sóc tốt sức khỏe sinh sản của mình. Theo nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các trạm y tế đều không đảm bảo được điều kiện này, do đó cần phải có kế hoạch đầu tư lâu dài để có thể có được các dịch vụ sức khỏe thân thiện với vị thành niên này. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy việc đào tạo lại các CBYT chuyên trách SKSS trong thời gian qua thiếu tính thực tế, thời gian đào tạo bị rút ngắn lại và thiếu chất lượng. 100% cán bộ y tế tại trạm không được đào tạo bài bản về chương trình chăm sóc SKSSVTN (chủ yếu lồng ghép với các chương trình khác). Đây cũng là vấn đề ngành y tế cần phải lưu tâm để trong thời gian đến việc đào tạo, cập nhật kiến thức và kỹ năng cho CBYT được thường xuyên và bài bản hơn.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản của vị thành niên người dân tộc thiểu số chưa được tốt. Việc tiếp cận dịch vụ y tế tại địa phương của VTN là khá tốt. Việc đào tạo lại các CBYT chuyên trách SKSS trong thời gian qua thiếu tính thực tế, thời gian đào tạo bị rút ngắn lại và thiếu chất lượng.

Do đó cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe sinh sản cho các nữ vị thành niên và nâng cao kiến thức và kỹ năng truyền thông cho cán bộ chuyên trách về sức khỏe sinh sản vị thành niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế, (2016),** " Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".
2. **Bộ y tế,** Tổng cục dân số, Kế hoạch hóa gia đình, (2010), "Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ II (SAVY 2)"
3. **Nguyễn Ngọc Chơn (2010),** Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản và tình hình nạo phá thai ở lứa tuổi vị thành niên thành phố Mỹ Tho, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. **Phạm Văn Lình, Đinh Thanh Huề (2008),** Phương pháp nghiên cứu khoa học sức khỏe, Nhà xuất bản Đại Học Huế, tr 47, 72 – 77, 93 – 95, 161 – 167.
5. **Nguyễn Duy Tài, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Phạm Thanh Hải, Nguyễn Quốc Chinh,Võ Thị Thúy Diệu, (2012),** " Xác định tỷ lệ tuổi vị thành niên có thai và các yếu tố nguy cơ tại ba bệnh viên công tại TP Hồ Chí minh", Y học TP Hồ Chí Minh, vol 16, No 1, 218 – 224.
6. **Thủ tướng chính phủ, (2011),** "Quyết định số 2013/QĐ – TTg - ngày 14/11/2011 về việc phê duyệt chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020.
7. **Tesfaye Setegn Mengistu, Abulie Takele Melku, (2013**), "Sexual and reproductive health problems and service needs of university students in South East Ethiopia : Explonatovy qualitative study", Science journal of public health, 1(4) : 184 – 188.
8. **Patrick I. Okonta, (2007),** "Adolescent sexual and reproductive health in the Niger Delta region of Nigiegia – Issues and challenges", African journal of reproductive health, Vol 11, No. 1, 113 – 124.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU SAU PHẪU THUẬT MỞ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG

Nguyễn Thị Minh Thuyền[1], Hà Văn Phúc[2], Lê Thị Bình[3]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên 360 bệnh nhân tại các Khoa Ngoại thuộc Bệnh viện Kiên Giang từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019 trên bệnh nhân sau phẫu thuật kể từ khi nhập viện chờ mổ, sau mổ tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Mục tiêu là xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại Khoa Ngoại bệnh viện Kiên Giang năm, 2019 và các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ. Số liệu thu thập được là bảng theo dõi điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân trước mổ, sau mổ có ngày nằm viện < 1 tuần(4,23 ± 1,18), 1-2 tuần (9,60 ± 2,18) và > 1 tuần (21,8 ± 5,81). Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ 360 người bệnh sau phẫu thuật năm 2019 tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 33,3%. Trong đó sau mổ đường tiêu hóa bị nhiễm khuẩn vết mổ (9,4%), mổ kết hợp xương bị nhiễm khuẩn vết mổ (15,3%)., mổ thần kinh – cột sống bị nhiễm khuẩn vết mổ (2,5%), mổ lồng ngực-mạch máu có 2,5% bị nhiễm khuẩn vết mổ. Mổ thận – tiết niệu bị nhiễm khuẩn vết mổ (3,6%). Vết mổ khô trong 7 ngày đầu chiếm tỷ lệ cao nhất (57,3%) khi ra viện tăng lên 94,4%, vết mổ bị nhiễm khuẩn 1,4% (nặng xin về để tử vong tại nhà). Có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian nằm viện trước mổ (p < 0,03). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ cấp cứu và mổ theo kế hoạch (p < 0,02). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với kích thước vết mổ (p < 0,04).

[1,3]*Trường ĐH Thăng Long*
[2]*Sở Y tế Kiên Giang*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thuyền
Email: minhhuyenbvdkkg@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 28.5.2020
Ngày duyệt bài: 10.6.2020

Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ Sạch nhiễm, Sạch và nhiễm với p < 0,019. Có sự liên quan rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa không dùng kháng sinh trước mổ và có dùng kháng sinh trước mổ với p < 0,01. Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa người bệnh có tuân thủ dùng thuốc và chưa tuân thủ với p < 0,04. Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa nhiễm khuẩn vết mổ với Điều dưỡng có tư vấn về tập vận động/ xoay trở và không được tư vấn (p > 0,05). **Kết luận:** Thời gian nằm viện chờ mổ, thời gian nằm viện sau mổ càng dài nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ càng cao, công tác chăm sóc của Điều dưỡng viên ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, Nhiễm khuẩn bệnh viện, chăm sóc người bệnh

SUMMARY

PATIENT CARE AFTER SURGERY OPEN AND FACTORS RELATED TO SURGICAL SITE INFECTION IN THE DEPARTMENT OF FOREIGN KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Retrospective descriptive study conducted on 360 patients in the hospital's Department of Kien Giang from month to month 12/2019- 01/2019 on postoperative patients after hospitalization waiting surgery, after surgery in hospital Department of Kien Giang. The objective is to determine the proportion of surgical site infection in the hospital's Department of Kien Giang years, 2019 and the factors related to surgical site infection. Data collected was a follow-up table of nursing care for patients before and after surgery, with hospitalization <1 week (4.23 ± 1.18), 1-2 weeks (9.60 ± 2.18) and> 1 week (21.8 ± 5.81). Results showed that surgical site infection rate 360 patients with postoperative infection rates in 2019 accounted for 33.3% incisions. In which after surgery gastrointestinal tract infection incision (9.4%), combined surgery infected bone incision (15.3%)., Nerve surgery - spinal infection infected incision (2, 5%), thoracic surgery - 2.5% had vascular infection. Surgery of the kidney and urinary tract was infected with incision (3.6%). Dry incision in the first 7 days accounted for the highest proportion (57.3%) when hospitalized increased to 94.4%, incision infected with 1.4% (severe please return to death at home). There was a difference and statistically significant between surgical site infection and time of hospitalization before surgery (p <0.03). There was a difference and statistically significant between surgical site infection and emergency surgery and planned surgery (p <0.02). There was a difference and statistically significant between incision infection and incision size (p <0.04). There is a relationship and statistical significance between surgical site infection and Clean infection, Clean and infected with p <0.019. There is a very clear and statistically significant relationship between not using antibiotics before surgery and having antibiotics before surgery with p <0.01. here was a relationship and statistical significance between patients with drug compliance and non-compliance with p <0.04. Yet to find the difference between surgical site infection with Nurses have advice on collective movement/maneuver and no counseling (p> 0.05. Conclusion: The longer the hospital stay awaits surgery, the longer the hospital stay after surgery is the higher the risk of surgical site infections, the care of the nurses affects the incidence of surgical site infections.

Keywords: wound infections, hospital infections, care for the sick

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện (được tính kể từ sau 48 giờ từ lúc nhập viện), nhiễm khuẩn này không hiện diện trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ NKBV ngày có xu hướng tăng lên ở những người bệnh (NB) có tình trạng nặng sau phẫu thuật nằm ở các khoa Hồi sức tích cực, hậu phẫu, đây là một thách thức đối với các bác sỹ và điều dưỡng trực tiếp điều trị, chăm sóc. Người bệnh khi vào điều trị tại bệnh viện và thường cần phải can thiệp sớm hoặc ngay lập tức (cấp cứu) vì vậy mặc dù điều dưỡng viên đã thực hiện rất tốt, đúng theo y lệnh, và ngay sau mổ thực hiện đúng quy trình kỹ thuật khi chăm sóc người bệnh nhưng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ vẫn khó tránh khỏi. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng bệnh viện Bạch Mai[1]: tỉ lệ hiện mắc NKBV là 4,5% với tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 8,7%; nhiễm khuẩn phổi (51,1%), nhiễm khuẩn đường hô hấp trên (16,3%) và nhiễm khuẩn đường tiết niệu (9,8%). Theo thống kê của Nguyễn Văn Sáng, 2019 tỉ lệ NKVM là 7,5%[5]. Thực tế bệnh nhân sau mổ, đặc biệt là tình trạng nặng có can thiệp thở máy, nhiễm khuẩn bệnh viện kéo dài thời gian điều trị, chi phí cho điều trị tăng lên, tăng tỷ lệ tử vong, ngoài ra còn làm tăng sự kháng thuốc kháng sinh của người bệnh. NKBV hiện nay đã trở thành một thách thức mang tính toàn cầu. Do vậy, việc phát hiện NKBV phải dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng (xét nghiệm máu, cấy mủ, cấy dịch vết mổ…) một cách hệ thống để đánh giá và tìm căn nguyên gây NKVM để có biện pháp điều trị hiệu quả. Vì vậy đề tài "Chăm sóc người bệnh sau sau phẫu thuật mở và yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ tại Khoa Ngoại bệnh viện đa khoa Kiên Giang"được tiến hành nhằm mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại Khoa Ngoại bệnh viện Kiên Giang năm 2019

2. Phân tích yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Kiên Giang, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã bị nhiễm khuẩn
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại, Bệnh viện Kiên Giang
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2019 đến tháng 12 năm 2019.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả Hồi cứu

2.3. Cỡ mẫu: Tổng số 360 người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Kiên Giang

2.4. Biến số NC: Tuổi, giới, bệnh lý kèm theo, tình trạng PT, vị trí PT, hình thức PT, loại PT, thời gian PT, mức độ nông, sâu vết thương, phẫu huật lại, số ngày nằm viện trước mỏ chờ đợi, số ngày nằm viện sau mổ

+ Biến số lâm sàng: tri giác, nhiệt độ cơ thể, nhịp thở, mạch, HA, chảy máu sau mổ, vết mổ, ống dẫn lưu, tuân thủ điều trị, Giáo dục sức khỏe.

+ Biến số cận lâm sàng:Cấy dịch vết mổ, mủ tại vết mổ, dich dẫn lưu, ...

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: dựa trên mục tiêu nghiên cứu, là bảng theo dõi bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án, theo một mẫu thống nhất với thời gian điều trị sau PT, các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.

2.6. Xử lý số liệu: phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tỷ lệ phần trăm, phân tích đơn biến các yếu tố có nguy cơ gia tăng biến chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Các NB được tham gia nghiên cứu đã được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật

Bảng 1. Tỷ lệ người bệnh sau phẫu thuật nhiễm khuẩn vết mổ

Biến số nghiên cứu	Tổng số NB sau PT		Tổng NB NKVM	
	n	%	n	%
Tổng số NB vào viện	360	100%		
Tổng số NB mổ đường tiêu hóa	103	28.6	34	9.4
Tổng số NB mổ kết hợp xương	164	45.6	55	15.3
Tổng số NB mổ thần kinh – cột sống	27	7.5	9	2.5
Tổng số NB mổ lồng ngực- mạch máu	26	7.2	9	2.5
Tổng số NB mổ thận – tiết niệu	40	11.1	13	3.6
Tổng số NB bị NKSM tại Bệnh viện Kiên Giang			120	33,3%
Tổng	**360**	**100**	**120**	**33.3**

Nhận xét: Bảng 1 đã chứng minh, gồm 360 người bệnh, Tổng số NB sau mổ đường tiêu hóa chiếm 28,6% và NKBV chiếm 9,4%. Tổng số NB mổ kết hợp xương gồm 164 chiếm 45,6% trong đó NB bị NKBV chiếm 15,3%. NB mổ thần kinh – cột sống gồm 27 NB chiêm 7,5%, trong đó NKBV chiếm 2,5%, NB mổ lồng ngực- mạch máu gồm 26 NB chiếm 7,2% trong đó có 2,5% bị NKBV, NB mổ thận – tiết niệu gồm 40 NB chiêm 11,1% trong đó chiếm 3,6% bị NKBV. Trong 360 người bệnh sau phẫu thuật, tỷ lệ NKBV chiếm 33,3%

3.2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo các đặc điểm chung

Giới	N (360)	Tỷ lệ (%)
Nam	226	62,8
Nữ	134	37,2
Tuổi của đối tượng nghiên cứu		
≤ 18	35	9,7
19 - 39	114	31,7
40 - 59	125	34,7
≥ 60	86	23,9
Số ngày nằm viện trung bình trước mổ	< 1 tuần	1,52 ± 1,38
Số ngày nằm viện trung bình sau mổ	< 1 tuần	12,22±3,81
	< 1 tuần	4,23 ± 1,18
	1-2 tuần	9,60 ± 2,18
	> 2 tuần	21,8 ± 5,81
Kế hoạch phẫu thuật	Mổ cấp cứu	142(39,4%)
	Mổ kế hoạch	218(60,6%)
Phân loại phẫu thuật	Sạch	31(8,6%)
	Sạch - nhiễm	282(78,3%)
	Nhiễm	47(13,1%)

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, nam chiếm tỷ lệ cao so với nữ (62,8 so với 37,2). chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm tuổi từ 40-59 (34,7%), sau đó đến nhóm 19-39 (31,7%), và lần lượt đến nhóm ≥ 60 (23,9%), nhóm tuổi ≤18 chiếm 9,7%. Về số ngày nằm viện trung bình trước mổ là <1 tuần 1,52±1,38, >1 tuần 12,22±3,81. Số ngày nằm viện sau mổ < 1 tuần chiếm 4,23±1,18, 1-2 tuần 9,60±2,18, khi >2 tuần 21,8 ± 5,81

Về Kế hoạch phẫu thuật: Mổ cấp cứu chiếm 39,4%, mổ phiên chiếm 60,6%.

Về Kế hoạch phẫu thuật, mổ cấp cứu chiếm tới 39,4%, mổ phiêm chiếm 60,6%.

Về Phân loại phẫu thuật, chiếm tỷ lệ cao nhất là loại "Sạch – Nhiễm" tới 78,3%, tiếp theo

đến phẫu thuật loại "Nhiễm" chiếm 13,1%, loại sạch chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,6%).

3.3. Đặc điểm lâm sàng người bệnh sau phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh sau phẫu thuật

Biến số NC		Sau mổ đến < 7 ngày	≥ 7 ngày đến ra viện
Glasgow	Nặng <8 điểm	24 (6,7)	11 (3,05)
	Vừa 9-12 điểm	53 (14,7)	41 (11,4)
	Nhẹ > 13 điểm	283 (78,6)	308 (85,5)
Mạch	Nhanh	40 (11,1)	13 (3,6)
	Bình thường	317 (88,1)	346 (96,1)
	Chậm	3 (0,8)	1 (0,3)
Nhiệt độ	Sốt	132 (36,7)	64 (17,8)
	Bình thường	226 (62,8)	296(82,2)
	Nhiệt độ hạ	2 (0,6)	0
Huyết áp	HA Cao	106 (14,7)	35 (9,7)
	Bình thường	254 (85,4)	325(90,3)
	HA hạ	0,0%	0,0k%
Đau	Nhẹ	8 (2,2)	353 (98)
	Vừa	315 (87,5)	6 (1,7)
	Nặng	37 (10,3)	1(0,3)
Vết mổ	Khô	206(57,3)	340 (94,4)
	Ướt	34 (9,4)	15 (4,16)
	Có nhiều mủ	120(33,3%)	5 (1,4)
Chảy dịch, mủ từ lớp da, lớp dưới da	Có	118 (32.8)	73 (20.3)
	Không	242 (67.2)	287 (79.7)
Chảy dịch hoặc chảy mủ từ lớp cơ	Có	77 (21.4)	8 (2.2)
	Không	283(78.6)	352(97.8)
Toác vết mổ	Có	13 (3.6)	4 (1.1)
	Không	347(96.4)	356 (98.9)
Chảy mủ từ ống dẫn lưu, hoặc từ khoang	Có	134 (37.2)	15 (4.1)
	Không	226(62.8)	345 (95.8)
Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	120(33,3%)		5 (1,4)
Cấy vi khuẩn	120(33,3%)		240 (66,7%)

Nhận xét: Bảng 3 cho biết, < 7ngày sau mổ điểm Glasgow chiếm tỷ lệ cao nhất nhóm có điểm tri giác mức nhẹ 13-15 điểm là 76,6%. Chiếm tỷ lệ cao hơn là 85,3% ở giai đoạn ≥ 7 ngày. Tiếp theo điểm Glasgow ở mức 9-12[đ] < 7 ngày chiếm 14,7%, > 7ngày còn 11,4%. Số người bệnh có điểm glasgow < 8 điểm ở giai đoạn < 7 ngày sau mổ chiếm 6,7% nhưng sau 7 ngày chỉ còn 3,05 người bệnh ở mức này.

Về mạch của người bệnh: ngay sau mổ mạch nhanh chiếm 11,1% sau 7 ngày còn 3,6%. Trường hợp mạch chậm ngay sau ổ có 0,8% nhưng > 7 ngày còn 0,3%. Tỷ lệ mạch trong giới hạn bình thường ngay sau mổ chiếm khá cao (88,1), và > 7 ngày chiếm 96,1%

Về nhiệt độ: có sốt ngay sau mổ chiếm 36,7% khi > 7 ngày còn 17,8%, có hạ nhiệt đọ ngay sau mổ chiếm 0,6% giai đoạn > 7 ngày là 0,0%. Nhiệt độ bình thường chiếm tỷ lệ khá cao ngay sao mổ (62,8%) càng cao hơn khi > 7 ngày chiếm tới 82,2%

Về huyết áp: có cao huyết áp chiếm 14,7% ngay sau mổ, > 7 ngày chỉ còn 9,5%. Huyết áp trong giới hạn bình thường ngay sau mổ chiếm 85,4%, sau mổ 7 ngày chiếm khá cao tới 90,3%

Triệu chứng đau: ngay sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất ở mức vừa (87,5%), tiếp đến đau nặng chiếm 10,3%, tỷ lệ thấp nhất mức nhẹ (2,2%). Vết mổ: ngay sau mổ đến 7 ngày: chiếm tỷ lệ cao nhất ở người bệnh có vết mổ khô (57,3%) khi ra viện chiếm 94,4%, tiếp đến vết mổ bị nhiễm khuẩn chiêm 33,3% khi ra viện vẫn còn 1,4% bị nhiễm khuẩn vết mổ, tỷ lệ thấp nhất là vết mổ ướt chiếm 9,4% ngay sau mổ, khi > 7 ngày còn 4,16%

Chảy dịch, mủ từ lớp da, lớp dưới da: ngay sau mổ có dịch, mủ chảy từ lớp da, lớp dưới da chiếm 32,8%, khi > 7 ngày còn 20,3%. Chảy dịch hoặc chảy mủ từ lớp cơ: ngay sau mổ chiếm 21,4%, giai đoạn > 7 ngày chỉ còn 2,2%. Toác vết mổ: ngay sau mổ chiếm 3,6%, giai đoạn > 7 ngày chỉ còn 1,1%. Chảy mủ từ ống dẫn lưu, hoặc từ khoang: ngay sau mổ chiếm 37%, giai đoạn > 7 ngày chỉ còn 4,1%. Tỷ lệ NK vết mổ: ngay sau mổ

đến 7 ngày chiếm 33,3%, giai đoạn > 7 ngày đến khi ra viện chỉ còn 1,4%. Kết quả cận lâm sàng: kết quả khi cấy chiếm 33,3% người bệnh trong tuần đầu có nhiễm khuẩn vết mổ.

3.4. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật.

Bảng 4. Liên quan giữa các hoạt động chăm sóc với NKVM sau phẫu thuật

Biến số NC	NK vết mổ	Không NK vết mổ		p
Liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian nằm viện trước mổ				
≤ 1 tuần	117 (34,7)	220 (65,3)		p < 0,033
> 1 tuần	3 (13,0)	20 (87,0)		
Liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian nằm viện sau mổ				
> 4 ngày	95 (38,0)	155 (62,0)		p > 0,005
≤ 4 ngày	25 (22,7%)	85 (77,3)		
Liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với kế hoạch phẫu thuật				
Cấp cứu	57 (40,1)	85 (59,9)		P < 0,027
Mổ phiên	63 (28,9)	155 (71,1)		
Liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với kích thước vết mổ				
> 7 cm	67 (38,5)	107 (61,5)		P < 0,044
≤ 7cm	53 (28,5)	133 (71,5)		
Liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với phân loại phẫu thuật				
Sạch nhiễm + Sạch	116 (34,9)	218 (65,1)		p < 0,019
Nhiễm	4 (12,0)	22 (88,0)		
Liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với có sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ				
Không dùng KS trước mổ	64 (40,5)	94 (59,5)		p < 0,011
Có dùng KS trước mổ	56 (27,7)	146 (72,3)		
Điều dưỡng tư vấn về dinh dưỡng sau mổ				
<1 lần/tuần	37 (38,1)	60 (61,9)		> 0,05
>1 lần/ tuần	83 (31,6)	180 (68,4)		
Điều dưỡng tư vấn về tập vận động/ xoay trở				
Có	92 (33,3)	202 (66,7)		>0,05
không	28 (42,4)	38 (57,6)		
Liên quan giữa người bệnh tuân thủ dùng thuốc theo tư vấn với nhiễm khuẩn vết mổ				
NB có tuân thủ thuôc	110(32,2)	232 (67,8)		< 0 04
NB chưa tuân thủ thuốc	10 (55,6)	8 (45,4)		

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian nằm viện trước mổ ≤ 1 tuần và > 1 tuần (p < 0,03. Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa NKVM với thời gian nằm viện sau mổ ≤ 4 ngày và > 4 ngày sau mổ (p > 0,05). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ cấp cứu và mổ theo kế hoạch (p < 0,02). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với kích thước vết mổ (p < 0,04). Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ Sạch nhiễm + Sạch và nhiễm với p < 0,019. Có sự liên quan rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa không dùng KS trước mổ và có dùng KS trước mổ với p < 0,01. Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa NB có tuân thủ thuôc và chưa tuân thủ với p < 0,04. Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa NKVM với Điều dưỡng có tư vấn về tập vận động/ xoay trở và không được tư vấn (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: nam chiếm tỷ lệ cao so với nữ (62,8 so với 37,2) Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Tú Quyên cho tỉ lệ bệnh nhân nam (73,3%) cao hơn bệnh nhân nữ (26,7%) [4]. chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm tuổi từ 40-59 (34,7%), sau đó đến nhóm 19-39 (31,7%), và lần lượt đến nhóm ≥ 60 (23,9%), nhóm tuổi ≤ 18 chiếm 9,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu về tình hình NKVM và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa Ngoại, Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ của tác giả Trần Đỗ Hùng và Dương Văn Hoanh (2013) có sự liên quan giữa tuổi của bệnh nhân được phẫu thuật và NKVM [2].

Về số ngày nằm viện trung bình trước mổ là < 1 tuần 1,52 ± 1,38, điều này có thể giải thích rằng tại BVĐK Kiên Giang có số ngày chờ mổ

thấp hơn so với bệnh viện Nhi Trung ương (1,52 ± 1,38 so với 2,28 ± 3,18) bởi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở vùng tây Nam bộ, là vùng có số lượng BN ít hơn BV Nhi trung ương tại Hà Nội có số ngày chờ mổ ngắn hơn là lẽ đương nhiên [5]. Số ngày nằm viện trung bình sau mổ < 1 tuần chiếm 4,23 ± 1,18 kết quả này của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn văn Sáng là 8,13 ± 4,73 nhưng lại cao hơn khi so sánh thời gian nằm viện > 2 tuần (21,8 ± 5,81 so với 18,89 ± 7,22). Về Kế hoạch phẫu thuật: Kết quả NC của chúng tôi, mổ cấp cứu chiếm 39,4% cao hơn KQNC của Nguyên Văn Sáng (36,7%), Nhưng người bệnh mổ phiên lại có tỷ lệ thấp hơn (60,6% so với 63,3%)[5]. Về Phân loại phẫu thuật, chiếm tỷ lệ cao nhất là loại "Sạch – Nhiễm" là 78,3% cao hơn KQNC của Nguyễn Văn Sáng (65%), và loại "Nhiễm" cũng cao hơn 4 lần (13,1% so với 3,3%) [5].

Đặc điểm lâm sàng: < 7 ngày sau mổ điểm Glasgow chiếm tỷ lệ cao nhất nhóm có điểm tri giác mức nhẹ 13-15 điểm là 76,6%. Chiếm tỷ lệ cao hơn là 85,3% ở giai đoạn ≥ 7 ngày. Tiếp theo điểm Glasgow ở mức 9-12đ < 7 ngày chiếm 14,7%, > 7 ngày còn 11,4%. Số người bệnh có điểm glasgow < 8 điểm ở giai đoạn < 7 ngày sau mổ chiếm 6,7% cao hơn KQNC của Nguyễn Văn Sáng (2,5%), nhưng sau 7 ngày chỉ còn 3,05 người bệnh ở mức này, điều này có thể lý giải rằng công tác theo dõi chăm sóc của Điều dưỡng viên tại bệnh viện Kiên Giang rất sát sao, coi người bênh như người thân của mình đã chứng mình bằng kết quả đã giảm chỉ còn 3,05 ở mức nặng có lẽ do bệnh nặng khó qua khỏi [5]. Về mạch của người bệnh: ngay sau mổ mạch nhanh chiếm 11,1% sau 7 ngày còn 3,6%. Trường hợp mạch chậm ngay sau mổ có 0,8% nhưng > 7 ngày còn 0,3%. KQNC của chúng tôi có tỷ lệ mạch trong giới hạn bình thường ngay sau mổ chiếm khá cao (88,1%), và > 7 ngày chiếm 96,1%. Về nhiệt độ: có sốt ngay sau mổ chiếm 36,7% để giải thích cho vấn đề này là khi mổ NB có phản ứng của cơ thể do cuộc mổ, khi đã được trên 7 ngày còn 17,8%, có hạ nhiệt độ ngay sau mổ chiếm 0,6% giai đoạn trên 7 ngày là 0,0% cũng là điều đương nhiên. KQNC của chúng tôi, NB có nhiệt độ bình thường chiếm tỷ lệ khá cao ngay sao mổ (62,8%) càng cao hơn khi sau 7 ngày chiếm tới 82,2%. Về huyết áp: có cao huyết áp chiếm 14,7% ngay sau mổ, > 7 ngày chỉ còn 9,5%. Huyết áp trong giới hạn bình thường ngay sau mổ chiếm 85,4%, sau mổ 7 ngày chiếm khá cao tới 90,3%. Có thể giải thích rằng, ngay sau cuộc mổ có 11,1% mạch của người bệnh nhanh là cũng đương nhiên, có sốt ngay sau mổ chiếm 36,7%, cao huyết áp chiếm 14,7% ngay sau mổ. Để lý giải cho các chỉ số bất thường ngay sau mổ bởi một số phẫu thuật lớn có thời gian mổ mở kéo dài với thể trạng NB nặng thì dấu hiệu sinh tồn có biến đổi trong giai đoạn đầu nhưng giai đoạn sau đã đã trở về bình thường cũng là đúng với sự đáp ứng tốt của NB

Triệu chứng đau: ngay sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất ở mức vừa (87,5%), đau nặng chỉ chiếm 10,3%, tỷ lệ thấp nhất mức nhẹ (2,2%). Giải thích cho kết quả trên là khi NB mổ mở, vết mổ dài thì đau càng nhiều cũng đúng với tự nhiên, tuy nhiên vẫn còn hơn 10% NB ở mức đau nặng có lẽ do tình trạng nặng, như NB Chảy dịch, mủ từ lớp da, lớp dưới da chiếm 32,8%, có chảy dịch hoặc chảy mủ từ lớp cơ (chiếm 21,4%), toác vết mổ chiếm 3,6%, chảy mủ từ ống dẫn lưu, hoặc từ khoang; ngay sau mổ chiếm 37%, NB có nhiều ống dẫn lưu cũng làm tăng đau đớn sau mổ kèm theo vết mổ bị nhiễm khuẩn Bệnh viện chiêm 33,3%, tuy nhiên khi ra viện tỷ lệ này hết hặc giải bởi lý do bệnh nặng gia đình xin về (chiếm 1,4% bị nhiễm khuẩn vết mổ), đây là kết quả điều trị và chăm sóc của Bác sĩ và Điều dưỡng tại Bệnh viện Kiên Giang, kết quả cũng đã chỉ rõ sau 7 ngày tỷ lệ vết mổ khô (57,3%) khi ra viện còn tăng đến 94,4%.

4.2. Các yếu tố liên quan: Bảng 4 cho thấy, có sự liên quan rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian nằm viện trước mổ ≤ 1 tuần và > 1 tuần (p < 0,03), KQNC cả chúng tôi cũng phù hợp với NC của Nguyễn Văn Sáng [5]. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ cấp cứu và mổ theo kế hoạch (p < 0,02) KQNC cả chúng tôi cũng phù hợp với NC của Nguyễn Văn Sáng [5], Đào Ngọc Sơn về vết mở khí quản [6]. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với kích thước vết mổ, để giải thích cho điều này ta thấy rõ khi vết mổ dài thì sự đau đớn tăng và cũng kem theo theo nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ là đương nhiên, sự khác biệt với p < 0,04. Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ Sạch nhiễm + Sạch và nhiễm với p < 0,019 kết quả này cũng tương đồng với KQNC của Nguyễn Văn Sáng [5]. Có sự liên quan rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa không dùng KS trước mổ và có dùng KS trước mổ, kết quả này cũng phù hợp với KQNC của Nguyễn Việt Hùng và cộng sự, có p < 0,01. Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa NB có tuân thủ thuôc và chưa tuân thủ, với p < 0,04,

kết quả này trái ngược với Đào Ngọc Sơn bởi lẽ NB thở máy là trong tình trạng nặng, nằm viện dài ngày bị can thiệp nhiều thủ thuật, đặc biệt khi NB có mở khí quản có dùng kháng sinh dài ngày, đó là lý do cho sự trái chiều này [6]. Tuy nhiên, NC của chúng tôi vẫn chưa tìm thấy sự khác biệt giữa NKVM với thời gian nằm viện sau mổ ≤ 4 ngày và > 4 ngày sau mổ và giữa NKVM với tư vấn về tập vận động/ xoay trở và không được tư vấn (p > 0,05) để giải thích cho vấn đề này có lẽ cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để tìm được sự khác biết có ý nghĩa thống kê, đây cũng cần rút kinh nghiệm cho các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại Khoa Ngoại bệnh viện Kiên Giang năm, 2019: chiếm 33,3%

5.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ: Có sự liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với thời gian nằm viện trước mổ (p < 0,03, giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ cấp cứu và mổ theo kế hoạch (p < 0,02), giữa nhiễm khuẩn vết mổ với kích thước vết mổ (p < 0,04), giữa nhiễm khuẩn vết mổ với mổ Sạch nhiễm + Sạch và nhiễm với p < 0,019, giữa không dùng KS trước mổ và có dùng KS trước mổ với p < 0,01 và giữa NB có tuân thủ thuốc và chưa tuân thủ với p < 0,04.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Hùng và cs (2009).** Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn vết mổ tại một số khoa, Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y học Lâm sàng, nhà xuất bản Đại học Huế: 30-36.
2. **Trương Anh Thư, và cs (2013),** "Tỷ lệ, phân bố, các yếu tố liên quan và tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện
3. **Trần Đỗ Hùng, Dương Văn Hoanh (2013),** "Nghiên cứu về tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa Ngoại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ", Tạp chí Y học thực hành, 869 (5), tr. 131-134.
4. **Bùi Thị Tú Quyên và CS (2013),** "Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa Ngoại, Sản bệnh viện đa khoa Sa Đéc năm 2012", Tạp chí Y tế công cộng, 27 (27), tr. 54-60.
5. **Nguyễn Văn Sáng (2019),** "Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và những yếu tố liên quan đế chăm sóc người bệnh tại Khoa Ngoại bệnh viện Nhi trung ương năm 2018-2019, luận văn tốt nghiệp thạc sỹ điều dưỡng, Trường ĐH Thăng Long.
6. **Đào Ngọc Sơn (2016),** tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện trên người bệnh thở máy tại Khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhiệt Đới trung ương, Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai và một số yếu tố liên quan, năm 2016, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường ĐH Thăng Long.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO HAI BÓ DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI KỸ THUẬT ALL-INSIDE BÓ SAU NGOÀI SỬ DỤNG MẢNH GHÉP GÂN CƠ THON, GÂN CƠ BÁN GÂN TỰ THÂN

Phạm Ngọc Trưởng*, Ngô Văn Toàn, Vũ Hải Nam***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đạt được trong việc tái tạo 2 bó dây chằng chéo trước (DCCT) với kỹ thuật "all-inside" bó sau ngoài sử dụng mảnh ghép gân cơ thon, gân cơ bán gân tự thân. Từ kết quả đạt được đưa ra một số nhận xét về kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc 42 bệnh nhân tổn thương DCCT được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT 2 bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân với kỹ thuật "all-inside" bó sau ngoài tại bệnh viện 198 BCA**. Kết quả:** 42 bệnh nhân trong lứa tuổi 19-35. Kết quả theo dõi sau 6, 9, 12 tháng, bệnh nhân cải thiện rất tốt sự ổn định và chức năng của khớp gối nhất là ổn định xoay. Điểm Lysholm ở mức độ tốt và rất tốt đạt 95,2%. Tỷ lệ quay lại tập luyện thi đấu thể thao là 100% và chưa phát hiện bệnh nhân đứt lại DCCT sau tái tạo. **Kết luận:** Phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT với kỹ thuật "all-inside" bó sau ngoài có ưu điểm cố định được mảnh ghép ngắn, sử dụng được nguồn gân ghép tự thân, cho kết quả phục hồi chức năng tốt. Phẫu thuật góp phần nâng cao hiệu quả điều trị tái tạo DCCT, làm giảm nguy cơ phải sử dụng mảnh ghép đồng loại.

Từ khoá: Tái tạo DCCT 2 bó, kỹ thuật All-inside, gân cơ Hamstring

**Bệnh viện 198 Bộ CA*

***Viện chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Trưởng

Email: Bstruong198@Gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2020

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2020

Ngày duyệt bài: 3.6.2020

SUMMARY

DOUBLE-BUNDLE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONTRUCTION: THE ALL-INSIDE TECHNIQUE

Objectives: To evaluate the results obtained in the Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament (ACL) Reconstruction of the hamstring tendon autograft with the "all-inside" technique. **Subjects and methods**: A prospective, cross-sectional study of 42 patients with indication for Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with hamstring tendon

autograft. **Results**: 42 patients between the ages of 19-35 years, 95,2% good and excellent Lysholm score and were shown to significantly improve rotational stability. The return to sport rate following ACL reconstruction was 100% and the graft failure rate was 0%. **Conclusion**: The hamstring tendon auto graft can be used for the Double-Bundle ACL reconstruction with the "all-inside" technique. This technique can use short graft, resulting in good rehabilitation

Keywords: ACL double-bundle reconstruction, "all-inside" technique, minimally invasive, hamstring tendon

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối là phương pháp phổ biến để điều trị các tổn thương mất vững do đứt DCCT. Trong những thập kỷ qua, kết quả phẫu thuật không ngừng được cải thiện cùng với phát triển của trang thiết bị, các nghiên cứu về giải phẫu, sinh cơ học DCCT, chất liệu mảnh ghép thay thế dây chằng, các phương tiện cố định mảnh ghép. Tuy nhiên, các nghiên cứu phân tích qui mô trên thế giới cho thấy thực trạng sau phẫu thuật tái tạo dây chằng, chỉ khoảng 65-70% người bệnh trở lại hoạt động như trước khi chấn thương. Triệu chứng lỏng gối sau mổ phổ biến với 31,8% số người bệnh có nghiệm pháp Lachman dương tính và 21,7% có nghiệm pháp Pivot Shift dương tính và tỷ lệ đứt lại lên tới 5,2%[1].

Hiện nay, nhiều nghiên cứu tìm giải pháp tăng cường hiệu quả điều trị theo hướng phục hồi giải phẫu DCCT nguyên bản và tối ưu hóa mảnh ghép. Phương pháp phẫu thuật nội soi tái tạo 2 bó DCCT được phát triển trong những năm gần đây nhằm đáp ứng yêu cầu trên. Nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật tái tạo DCCT 2 bó có kết quả phục hồi sự ổn định khớp gối tốt hơn so với phẫu thuật 1 bó, nhất là ổn định xoay[2]. Tuy nhiên, khi thực hiện phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT, nhiều tác giả vẫn nghi ngại kích thước mảnh ghép gân cơ thon, gân cơ bán gân không đủ để tái tạo 2 bó DCCT. Nếu sử dụng gân chập 2 thì đường kính mảnh ghép thường nhỏ hơn 2 bó của DCCT nguyên bản, tái tạo thành bó riêng sẽ dễ bị đứt lại trong quá trình vận động tải lực. Nếu sử dụng gân chập 4 thì đường kính đủ lớn nhưng mảnh ghép thường ngắn sẽ khó khăn cho việc cố định chắc chắn vào đường hầm xương.

Tại bệnh viện 198 BCA, để đáp ứng nhu cầu tập luyện thể lực cường độ cao của cán bộ chiến sỹ bị đứt DCCT khớp gối, chúng tôi đã ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo 2 bó DCCT bằng gân cơ thon, gân cơ bán gân tự thân từ nhiều năm nay. Kết quả theo dõi điều trị cho thấy bó trước trong phục hồi rất tốt, tuy nhiên bó sau ngoài đường kính nhỏ có tỷ lệ đứt lại cao. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy kết quả tương tự. Để khắc phục nhược điểm trên, chúng tôi nghiên cứu giải pháp chập 4 gân cơ thon để tăng kích thước mảnh ghép bó sau ngoài và sử dụng kỹ thuật cố định bằng 2 nút treo khóa dây cho các mảnh ghép ngắn (Kỹ thuật all-inside)

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị tái tạo 2 bó DCCT với kỹ thuật "all-inside" bó sau ngoài và đưa ra một số nhận xét về chi tiết kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân đứt hoàn toàn DCCT được lựa chọn chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT 2 bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân trong thời gian từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 7 năm 2018, tại bệnh viện 198 BCA.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân độ tuổi từ 18-50, được chẩn đoán đứt hoàn toàn DCCT khớp gối có hoặc không có tổn thương sụn chêm kèm theo, có chỉ định phẫu thuật tái tạo DCCT.
- Bệnh nhân chấp thuận phương án nếu mảnh ghép gân cơ thon và gân bán gân tự thân đủ tiêu chuẩn kích thước sẽ được điều trị phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT 2 bó, nếu mảnh ghép không đủ tiêu chuẩn sẽ được phẫu thuật kỹ thuật 1 bó.

*Tiêu chuẩn kích thước gân cơ bán gân cho kỹ thuật outside-in bó trước trong: Mảnh ghép x3 có chiều dài tối thiểu 80mm, đường kính tối thiểu 6,0mm.

*Tiêu chuẩn kích thước gân cơ thon cho kỹ thuật all-inside bó sau ngoài: Mảnh ghép x4 có chiều dài tối thiểu 60mm, đường kính tối thiểu 5,0mm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đứt DCCT có kèm theo tổn thương các dây chằng khác như: Dây chằng chéo sau, dây chằng bên trong, dây chằng bên ngoài.
- Các bệnh nhân tổn thương DCCT có phù tủy nặng, tổn thương mặt sụn khớp hoặc có kèm theo gãy xương vùng khớp gối trước đó.
- Các bệnh nhân có giảm mật độ xương hoặc có các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc

Kỹ thuật phẫu thuật: Chúng tôi sử dụng kỹ thuật khoan đường hầm xương của Christel P. (2008) và Lubowitz J.H. (2011)

***Tư thế bệnh nhân:** Bệnh nhân được đặt nằm ngửa trên bàn, gối gấp 90 độ.

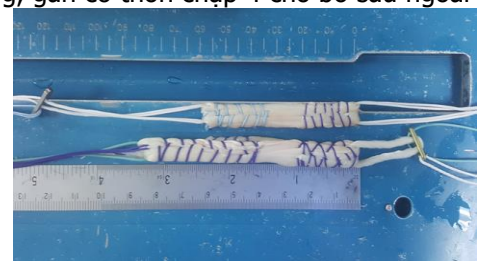
Hình 1. Tư thế bệnh nhân khi phẫu thuật

***Đường vào khớp gối:** Đường trước trong và trước ngoài

***Lấy gân và tạo mảnh ghép:**

- Lấy gân cơ thon và gân bán gân: Sử dụng đường rạch da thẳng song song với mào chày.

- Cấu trúc mảnh ghép: Chúng tôi sử dụng mảnh ghép gân cơ bán gân chập 3 cho bó trước trong, gân cơ thon chập 4 cho bó sau ngoài



Hình 2. Cấu trúc mảnh ghép 2 bó DCCT

***Tạo đường hầm đùi**: Khoan tạo đường hầm cho bó trước trong và sau ngoài, sử dụng bộ định vị Acufex theo kỹ thuật của Christel P. (2008)

Hình 3. Khoan đường hầm đùi cho bó trước trong và sau ngoài[3]

***Tạo đường hầm chày**:

- Khoan đường hầm cho bó trước trong (Full tunel): Khoan mũi rỗng nòng phù hợp với đường kính và độ dài của mảnh ghép gân cơ bán gân

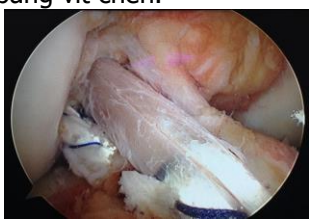
- Khoan đường hầm cho bó sau ngoài (All-inside): Sử dụng mũi khoan Flip-cutter theo kỹ thuật của Lubowitz J.H. (2011)

Hình 4. Khoan đường hầm mâm chày cho bó trước trong và sau ngoài

***Luồn mảnh ghép gân và cố định mảnh ghép vào đường hầm**.

- Luồn và cố định mảnh ghép bó sau ngoài: Luồn mảnh ghép gân cơ thon vào đường hầm lồi cầu đùi qua ngõ vào trước trong. Sau đó kéo mảnh ghép xuống đường hầm mâm chày. Cố định mảnh ghép bằng 2 nút treo khóa dây TightRope.

- Luồn và cố định mảnh ghép bó trước trong: Luồn mảnh ghép gân cơ bán gân chập 3 từ dưới lên qua đường hầm mâm chày. Cố định mảnh ghép vào đường hầm lồi cầu đùi bằng Endo button. Cố định mảnh ghép vào đường hầm mâm chầy bằng vít chèn.



Hình 5. *Hai bó của DCCT sau khi được tái tạo*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n= 42)

Tuổi	**26,3 ± 5,7 (Từ 19 – 35 tuổi)**	
Giới	Nam: 42/42	Tỷ lệ 100%
Tổn thương sụn chêm kèm theo DCCT	Rách sụn chêm: 23/42	Tỷ lệ 54,8%
	Không rách sụn chêm: 19/42	Tỷ lệ 45,2%
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật	≤ 3 tháng: 21/42	Tỷ lệ 50,0%
	> 3 tháng: 21/43	Tỷ lệ 50,0%

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương sụn chêm kèm theo nhóm nghiên cứu khá cao chiếm 54,8%. Đa số các bệnh nhân mổ trong 3 tháng đầu chiếm tỷ lệ cao: 50,0%

3.2. Đặc điểm mảnh ghép gân cơ bán gân, cơ thon (n= 42)

Mảnh ghép	**Đường kính ± SD**	**Chiều dài ± SD**
Bó trước trong	6,96±0,39mm (Min = 6,5; Max = 7,5mm)	89,2±5,4mm (Min = 80; Max = 100mm)
Bó sau ngoài	5,68±0,35mm (Min =5,0; Max = 6,5mm)	61,8±2,3mm (Min = 60; Max = 70mm)

Nhận xét: Đường kính của mảnh ghép gân bán gân từ 6,5-7,5mm. Đường kính của mảnh ghép gân cơ thon cho bó sau ngoài từ 5-6,5mm. Chiều dài của mảnh ghép gân bán gân từ 80-100mm.

Chiều dài của mảnh ghép gân cơ thon cho bó sau ngoài từ 60-70mm

3.3. Cơ năng khớp gối theo thang điểm Lysholm (n= 42)

Lysholm	Trước mổ		Sau mổ 6 tháng		Sau mổ 9 tháng		Sau mổ 12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rất tốt	0	0	16	38,1	18	42,9	25	59,5
Tốt	0	0	22	52,4	21	50,0	15	35,7
Trung bình	10	23,8	4	9,5	3	7,1	2	4,8
Kém	32	76,2	0	0	0	0	0	0
Điểm TB ± SD	54,71±9,20		89,40±5,43		92,14±5,86		93,57±5,77	

Nhận xét: Điểm số Lysholm được cải thiện rất nhiều so với trước mổ. Trước phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân đều có điểm số Lysholm ở mức độ trung bình đến kém. Sau mổ 12 tháng điểm số Lysholm trung bình là 93,57±5,77, tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 95,2%; trung bình 4,8%, không có bệnh nhân kết quả kém.

3.4. Độ di lệch mâm chày ra trước đo bằng KT 1000 (n= 42)

KT1000	Trước mổ		Sau mổ 6 tháng		Sau mổ 9 tháng		Sau mổ 12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 2 mm	0	0	23	54,8	26	61,9	30	71,4
3-5 mm	19	45,2	16	38,1	13	31,0	10	23,8
6-10 mm	20	47,6	3	7,1	3	7,1	2	4,8
>10 mm	3	7,1	0	0	0	0	0	0
TB ± SD	6,38±2,53 mm		2,5±2,27 mm		2,21±2,29 mm		1,64±1,94 mm	

Nhận xét: Trước mổ, tất cả các bệnh nhân đều có biểu hiện lỏng gối với mức độ di lệch ra trước của mâm chày so với lồi cầu đùi đo bằng máy KT1000 từ 6mm trở lên. Sau mổ 6, 9, 12 tháng độ vững khớp gối cải thiện rất tốt.

3.5. Nghiệm pháp Pivot-Shift (n= 42)

Mức độ	Trước mổ		Sau mổ 6 tháng		Sau mổ 9 tháng		Sau mổ 12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0	27	64,3	31	73,8	35	83,3
Độ I	0	0	13	30,9	9	21.4	6	14,3
Độ II	25	59,5	2	4,8	2	4,8	1	2,4
Độ III	17	40,5	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân khám trước mổ đều bị mất vững xoay độ II và độ III. Sau mổ 12 tháng, tỷ lệ bệnh nhân âm tính với nghiệm pháp Pivotshift chiếm 83,3%; có 6 bệnh nhân có trượt nhẹ dương tính độ I chiếm 14,3; có 1 bệnh nhân dương tính độ II chiếm 2,4%.

3.6. Mức độ hoạt động TDTT so với trước khi bị chấn thương(n=42)

Mức độ hoạt động TDTT so với trước chấn thương	Sau mổ 6 tháng		Sau mổ 9 tháng		Sau mổ 12 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Không thay đổi	19	45,2	26	61,9	31	73,8
Giảm mức hoạt động	17	40,5	16	38,1	11	26,2
Dừng chơi thể thao	6	14,3	0	0	0	0

Nhận xét: Theo dõi sau mổ 12 tháng, có 73,8% người bệnh trở lại mức độ hoạt động TDTT như trước khi chấn thương và 26,2% người bệnh hoạt động ở mức độ thấp hơn so với trước khi chấn thương.

3.7. Tai biến, biến chứng:

Tai biến trong phẫu thuật: Không ghi nhận bệnh nhân gặp tai biến trong phẫu thuật như tổn thương mạch máu, thần kinh, vỡ đường hầm xương hay chùng mảnh ghép sau cố định.

Biến chứng: 02 bệnh nhân viêm rò vết mổ lấy gân (chiếm 4,8%) xuất hiện trong tháng đầu sau mổ. 01 bệnh nhân tràn dịch khớp gối sau mổ (chiếm 2,4%), xuất hiện trong tuần đầu sau mổ. Chưa ghi nhận bệnh nhân đứt lại mảnh ghép sau 12 tháng theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ thuật phẫu thuật. Các nghiên cứu về phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT bằng gân Hamstring tự thân trên thế giới cho thấy quá trình liền mảnh ghép bó sau ngoài thường kém hơn bó trước trong. Tỷ lệ bó sau ngoài ở tình trạng liền kém sau tái tạo được báo cáo từ 3-11%[2]. Giải phẫu bó sau ngoài không không đẳng trường (isometric) nên chịu nhiều thay đổi về lực tác động trong quá trình vận động gối. Do đó, ngoài tăng cường kỹ thuật định vị và khoan

đường hầm cho thật chính xác, các giải pháp được đưa ra nhằm giảm tỷ lệ thất bại mảnh ghép là tăng độ lớn và cải tiến kỹ thuật cố định mảnh ghép.

Giải pháp tăng kích thước mảnh ghép cho phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT. Vũ Nhất Định[4] dùng gân cơ bán gân chập đôi làm mảnh ghép cho bó trước trong, gân cơ thon làm mảnh ghép cho bó sau ngoài. Trong trường hợp mảnh ghép bó trước trong có đường kính nhỏ hơn 6mm thì tác giả chập cả gân cơ bán gân và cơ thon, và sau đó lấy gân cơ bán gân của chân bên kia làm mảnh ghép bó sau ngoài, như vậy gây tổn thương cho chân lành. Lê Mạnh Sơn[5] sử dụng cấu trúc mảnh ghép gân cơ bán gân và cơ thon chập 4 cho bó trước trong và sau ngoài. Mảnh ghép cấu trúc chập 4 có đường kính tăng lên, vững chắc hơn nhưng chiều dài lại ngắn hơn, do đó sau khi cố định bằng vít chèn theo cách thông thường tác giả phải tăng cường thêm chỉ neo vào vít xương cứng bên ngoài đường hầm, như vậy kỹ thuật sẽ phức tạp, tăng nguy cơ biến chứng. Chúng tôi sử dụng mảnh ghép gân cơ bán gân chập 3 để tái tạo bó trước trong, gân cơ thon chập 4 để tái tạo bó sau ngoài. Gân cơ bán gân chập 3 thường đủ chiều dài và đường kính để tái tạo bó trước trong với các kỹ thuật cố định thông thường, riêng gân cơ thon chập 4 thì cần thêm phương pháp cố định cho phù hợp cho các mảnh ghép ngắn.

Kỹ thuật cố định mảnh ghép ngắn. Trên thế giới, năm 2009, tác giả Smith P.A. [6] đã báo cáo phương pháp tái tạo 2 bó DCCT bằng kỹ thuật tất cả bên trong (all-inside) sử dụng mũi khoan ngược Dual Retrocutter và cố định phía mâm chày bằng 2 vít chốt ngược RetroScrew. Kỹ thuật sử dụng được mảnh ghép ngắn cố định trong đường hầm xương "chột", tuy nhiên việc bắt vít chốt từ trong khớp ra khá phức tạp nên ít được áp dụng. Năm 2011, hãng Arthrex cho ra sản phẩm mũi khoan ngược từ trong khớp ra kiêm đinh định hướng dẫn đường (Flipcutter) và nút treo tự khóa có vòng treo linh động (Tight-rope button) giúp cho việc thực hiện kỹ thuật " all-inside" thuận tiện hơn, rút ngắn thời gian phẫu thuật

Ứng dụng kỹ thuật " all-inside" cho bó sau ngoài chúng tôi thấy có ưu điểm là: 1. Đường hầm chày toàn bộ " full-tunel" cho bó trước trong cho phép sử dụng bộ trợ cụ Arcufex định vị khoan bó sau ngoài chính xác, tránh biến chứng vỡ đường hầm. 2. Tận dụng được ưu điểm của kỹ thuật "all-inside", đường hầm đùi và chày đều chỉ khoan một phần xương, tức là dạng đường hầm "chột", do vậy hạn chế phá hủy xương của người bệnh. 3. Tiết kiệm, hạ giá thành phẫu thuật so với sử dụng cả 2 bó "all-inside". Với mảnh ghép dài 60mm, phần nằm trong khớp 20mm, chúng tôi khoan 2 đường hầm xương dài từ 20-25mm, sẽ đảm bảo đoạn mảnh ghép nằm trong đường hầm xương ít nhất 20mm, cần thiết cho quá trình lành mảnh ghép.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Tại Việt Nam, một số tác giả Tăng Hà Nam Anh, Nguyễn Mạnh Khánh, Trần Quốc Lâm… đã nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật tái tạo DCCT 1 bó với kỹ thuật "all-inside" với kết quả rất khả quan[7]. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu meta-analysis, với tất cả các kỹ thuật tái tạo DCCT, tỷ lệ trở lại tập luyện thi đấu thể thao chỉ khoảng 83% và tỷ lệ đứt lại sau tái tạo lên tới 5,2% [1]. Nhiều nghiên cứu tái tạo DCCT 2 bó phục hồi tối đa giải phẫu và tối ưu hóa mảnh ghép nhằm tăng hiệu quả điều trị. Các nghiên cứu trên thực nghiệm và lâm sàng cho thấy phẫu thuật tái tạo DCCT 2 bó phục hồi sự vững chắc khớp gối tốt hơn so với phẫu thuật tái tạo DCCT 1 bó. Tỷ lệ đứt lại dây chằng sau tái tạo ở nhóm bệnh nhân tái tạo DCCT 2 bó cũng giảm hơn so với nhóm 1 tái tạo bó [8].

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật tái tạo DCCT hai bó giống giải phẫu của DCCT nguyên bản nhằm khôi phục tối đa độ vững chắc của khớp gối, giúp cho người bệnh sớm trở lại với lao động và tập luyện TDTT. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật cho thấy bệnh nhân cải thiện rất tốt sự ổn định và chức năng của khớp gối nhất là ổn định xoay. Chức năng của khớp gối theo thang điểm của Lysholm cải thiện rất rõ rệt so với trước mổ, tăng từ 54,71 điểm lên 93,57 điểm.

Về biến chứng, có 1 ca tràn dịch khớp gối kèm sốt được xử trí chọc hút, kháng sinh, 2 ca viêm rò vết mổ phía mâm chày được cắt lọc và đặt VAC. Tất cả các bệnh nhân đều ổn định và có kết quả hồi phục chức năng khớp gối tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo 2 bó DCCT bằng gân cơ thon, gân cơ bán gân tự thân với kỹ thuật "all-inside" bó sau ngoài có thể sử dụng mảnh ghép gân cơ thon ngắn hơn so với kỹ thuật thông thường. Kết quả sau mổ 42 bệnh nhân, với thời gian theo dõi sau 12 tháng, điểm số Lysholm tốt và rất tốt đạt tỷ lệ 95,2%. Tất cả các bệnh nhân sau mổ đều cải thiện độ di lệch trước sau và có dấu hiệu chuyển trục âm tính. Tỷ lệ người bệnh quay lại các hoạt động thể dục thể thao là 100% và chưa phát hiện bệnh nhân đứt lại DCCT sau tái tạo.

Phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT với kỹ thuật "all-inside" bó sau ngoài có ưu điểm sử dụng các

mảnh ghép ngắn, sử dụng được ngồn gân ghép tự thân, cho kết quả phục hồi chức năng tốt. Phẫu thuật ghóp phần nâng cao hiệu quả điều trị tái tạo DCCT, làm giảm nguy cơ phải sử dụng mảnh ghép đồng loại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **C. C. H. Lai, C. L. Ardern, J. A. Feller et al (2018)**. Eighty-three per cent of elite athletes return to preinjury sport after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review with meta-analysis of return to sport rates, graft rupture rates and performance outcomes. Br J Sports Med, 52 (2), 128-138.
2. **Y. Xu, Y. F. Ao, J. Q. Wang et al (2014).** Prospective randomized comparison of anatomic single- and double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 22(2), 308-16.
3. **Pascal Christel, Philippe Colombet, Patrick Djian et al (2007).** Double Bundle ACL Reconstruction using the Smith & Nephew ACUFEX™ Director Set for Anatomic ACL Reconstruction. Knee Series Technique Guide.
4. **Vũ Nhất Định (2013).** Kết quả bước đầu nội soi tái tạo DCCT dạng 2 bó với 3 đường hầm. Tạp chí y - dược học quân sự, 6, 121-127.
5. **Lê Mạnh Sơn (2015).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân bán gân và gân cơ thon tự thân. Luận án tiến sỹ y học.
6. **MD Patrick A. Smith, and James H. Lubowitz, MD (2009)**. No-Tunnel Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Retroconstruction: The All-Inside x 2 Technique. Oper Tech Sports Med 17, 62-68.
7. **Trần Quốc Lâm (2018).** Nghiên cứu giải phẫu và đối chiếu trong phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT khớp gối bằng kỹ thuật 1 bó tất cả bên trong. Luận án tiến sỹ y học.
8. **E. Svantesson, D. Sundemo, E. Hamrin Senorski et al (2017)**. Double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction is superior to single-bundle reconstruction in terms of revision frequency: a study of 22,460 patients from the Swedish National Knee Ligament Register. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 25(12), 3884-3891.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT BẰNG PHÁC ĐỒ LIPOSOMAL DOXORUBICIN – CARBOPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Lan[1], Nguyễn Văn Hiếu[2], Lê Thanh Đức[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) là bệnh ác tính tế bào biểu mô buồng trứng. Bệnh có tiên lượng xấu. Mặc dù điều trị ban đầu tối ưu, UTBMBT sẽ tái phát và cần được điều trị. Điều trị UTBMBT tái phát còn gặp nhiều khó khăn. **Mục tiêu**: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khi bệnh tái phát, di căn. Đánh giá kết quả điều trị phác đồ peg liposomal doxorubicin- carboplatin nhóm tái phát. **Đối tượng nghiên cứu**:Chúng tôi đưa vào nghiên cứu 27 bệnh nhân được điều trị phác đồ liposomal doxorubicin – carboplatin cho ung thư biểu mô buồng trứng tái phát nhạy platin thoả mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. **Kết quả**: 66,7% tái phát ở thời điểm 6 đến 12 tháng sau điều trị hoá chất có platin trước đó, 33,3% tái phát sau 12 tháng điều trị hoá chất có platin (rất nhạy platin). Các vị trí tái phát thường gặp nhất là hạch (54,3%), phúc mạc (50%), gan (23,9%). Tăng CA125 ở thời điểm tái phát (77,8%) tỷ lệ đáp ứng chung là 33,3%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) đạt 62,9%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển 26,1 tuần (CI 95%: 20,9-28,4). Độc tính trên hệ tạo huyết là giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 1,2. Độc tính trên gan 15% chủ yếu tăng men gan độ 1,2. Độc tính thên thận không 0%. Các tác dụng không mong muốn khác như rụng tóc độ 2 3,7%, viêm miệng gặp ở 11,1% bệnh nhân, thần kinh cảm giác 3,7%, chỉ gặp ở độ 1. Có mối liên quan giữa đáp ứng điều trị và nồng độ CA 125. **Kết luận**: Phác đồ peg liposomal doxorubicin - carboplatin sử dụng điều trị UTBMBT tái phát nhạy cảm platin là phác đồ phù hợp về tính hiệu quả và an toàn cho các bệnh nhân UTBMBT đã trải qua phác đồ hóa trị trước đó.

Từ khoá: ung thư buồng trứng tái phát, nhạy platin.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS ON RECURRENT EPITHELIAL OVARIAN CANCER TREATED WITH CHEMOTHERAPY REGIMEN PEG LIPOSOMAL DOXORUBICIN – CARBOPLATIN AT HOSPITALK

Introduction: Epithelial ovarian cancer is amalignant abnormity of epithelial ovarian cell. The disease has a bad prognosis. Despite initial therapy, the majorrity of women will relapse and require retreatment. Treatment of recurrent ovarian cancer is still difficult. **Objectives**: To evaluate some clinical and subclinical characteristics of the recurrence or metastasis. Evaluating the treatment resultsof combined pegylated liposomal doxorubicin and

[1]*Bệnh viện K*
[2]*Trường Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan
Email: drlanbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.5.2020
Ngày duyệt bài: 2.6.2020

carboplatin regimen on recurrent group. **Study subjects**: We enrolled 27 patients treated with liposomal doxorubicin - carboplatin regimen for platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian cancer that met the inclusion and exclusion criteria. **Results**: 66.7% of studied subjects got recurrence during the time from 6 to 12 months after being treated with previous platinum chemotherapy previously, 33.3% of studied subjects got recurrence after 12 months of platinum-containing chemotherapy (very platimun-sensitive). The most common recurrent sites are lymph nodes (54.3%), peritoneum (50%), and liver (23.9%). CA125 increase at the time of recurrence (77.8%), the overall response rate was 33.3%. Disease control rates (including complete response, partial response and stable disease) got 62.9%out of the total population. Median duration of progression free survival was 26.1 weeks (95% CI: 20.9-28.4). Toxicity on the hematopoietic system is neutropenia of grade 1, 2. Hepatotoxicity accupied 15% are mainly liver enzymes increase of grade 1, 2. Renal toxicity accounted for 0%. Other undesirable effects such as hair loss of grade 2 (3.7%), stomatitis (11.1%), sensory nerve 3.7%, only grade 1. There is a relationship between treatment response and CA 125 concentrations. **Conclusion:** The combined pegylated liposomal doxorubicin - carboplatin regimen used to treat platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian cancer is the appropriate regimen in term of efficacy and safety on patients with recurrent epithelial ovarian cancer undergone previous chemotherapy regimens.

***Key word**:* recurrent epithelial ovarian cancer, platinum-sensitive.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là ung thư thường gặp thứ 5 và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 ở nữ. Mặc dù chỉ chiếm 5% các loại ung thư ở nữ giới nhưng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các ung thư phụ khoa ở các nước Âu-Mỹ[1,2]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận Globocan 2012, UTBT đứng thứ 11 trong các ung thư ở nữ, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 2,6/100.000 phụ nữ[3]. UTBT thường xuất hiện ở tuổi mãn kinh với trên 80% các trường hợp được chẩn đoán sau tuổi 50. UTBT có rất nhiều thể trong đó ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) chiếm tới 80-90%.

Đối với bệnh nhân UTBMBT tái phát, bệnh nhân được phân loại thành hai nhóm chính dựa vào thời gian tái phát từ khi kết thúc điều trị. Những bệnh nhân có thời gian tái phát từ 6 tháng trở lên sau điều trị ban đầu với phác đồ hóa trị có platin được gọi là nhóm "nhạy cảm với thuốc platin".

Liposomal doxorubicin kết hợp carboplatin (sau đây được viết tắt là phác đồ CD) là một phác đồ hóa trị có hiệu quả trong điều trị ung thư buồng trứng tái phát còn nhạy cảm platin. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh vai trò ngày càng rõ ràng của phác đồ trên. Hiện nay phác đồ này đã từng bước được sử dụng rộng rãi tại bệnh viện K. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khi bệnh tái phát, di căn và đánh giá kết quả điều trị phác đồ peg liposomal doxorubicin-carboplatin nhóm tái phát.

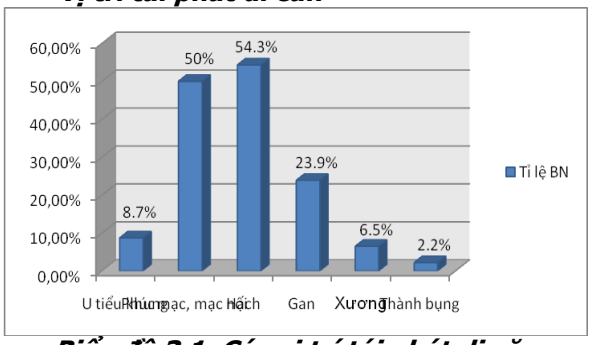
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đưa vào nghiên cứu 27 bệnh nhân được điều trị phác đồ CD cho ung thưUTBMBT tái phát nhạy platin thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ với phương pháp nghiên cứu mổ tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

***Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi tái phát di căn**

- Vị trí tái phát di căn



Biểu đồ 3.1. Các vị trí tái phát di căn

Nhận xét: Trong nghiên cứu các vị trí tái phát tại hạch, phúc mạc mạc nối, gan là các vị trí thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ tương ứng là 54,3%, 50% và 23,9%.

- Nồng độ CA 125 huyết thanh trước và sau điều trị.

Bảng 3.2: Chỉ số CA 125 sau điều trị (U/mL)

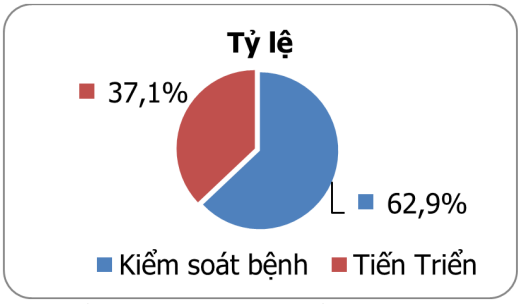
Giá trị	Số lượng	Tỉ lệ %
Giảm so trước điều trị	12	44,4
Không giảm	15	55,6
Tổng	**27**	**100**

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 55,6% số bệnh nhân có nồng độ CA125 giảm so với trước điều trị.

- Đáp ứng chung của phác đồ

Bảng 3.3. Đáp ứng điều trị

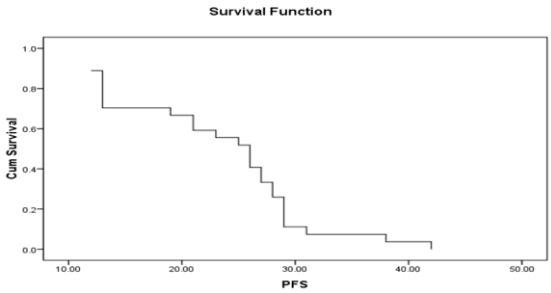
Đáp ứng	(n)	%
Hoàn toàn	1	3,7
Một phần	8	29,6
Bệnh giữ nguyên	8	29,6
Tiến triển	10	37,1
Tổng	**27**	**100**



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ kiểm soát bệnh

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, chiếm 3,7%, 8 bệnh nhân đáp ứng một phần, chiếm 29,6%, tỷ lệ đáp ứng chung là 33,3%. Có 8 bệnh nhân chiếm 29,6% bệnh giữ nguyên, 37,1% bệnh tiến triển, tỷ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) là 62,9%.

- Đánh giá thời gian sống không tiến triển (PFS)



Biểu đồ 3.5. Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Có 10/27 bệnh nhân còn sống bệnh không tiến triển tại thời điểm kết thúc nghiên cứu chiếm 37%. Trong nghiên cứu thời gian không tiến triển ngắn nhất 12 tuần, dài nhất 42 tuần. Thời gian sống không tiến triển 26,1 tuần. (CI 95%: 20,9-28,4).

- Độc tính của phác đồ

+ Trên hệ tạo huyết

Bảng 3.6. Một số độc tính trên hệ tạo huyết

	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Tổng
Giảm BC	11(40,7%	9(33,3%)	5(18,5%)	2(7,4%)	0(0%)	27(100%)
Giảm BCTT	10(37,0%)	4(14,8%)	8(29,6%)	4(14,8%)	1(3,7%)	27(100%)
Giảm HST	10(37%)	15(55,6)	1(3,7%)	1(3,7%)	0(0%)	27(100%)
Giảm TC	17(63,0%)	9(33,3%)	1(3,7%)	1(3,7%)	0(0%)	27(100%)

Nhận xét: Tỷ lệ giảm bạch cầu độ 1 33,3%, độ 2 là 18,5%, giảm bạch cầu độ 3 là 7,4%.

Giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 1 là 14,8%, độ 2 là 29,6%. Giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 3, 4 18,5%.

Tỷ lệ giảm tiểu cầu độ 1 là 33,3%, độ 2 là 3,7%, không có trường hợp giảm tiểu cầu độ 3-4.

+ Ngoài hệ tạo huyết

Bảng 3.7. Một số độc tính ngoài hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 0 n (%)	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)	Độ 4 n (%)	Tổng n (%)
Tăng AST/ALT	22 (81,5)	4 (14,8)	1 (3,7)	0	0	27 (100%)

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn trên gan gặp với tỷ lệ 18,5%, trong đó chỉ quan sát thấy độc tính độ 1, 2 không có trường hợp nào tăng men gan độ 3, 4.

IV. BÀN LUẬN

• Đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khi tái phát:

- Vị trí tái phát: Các vị trí tái phát thường gặp nhất là: Hạch, phúc mạc mạc nối, gan, chiếm tỷ lệ tương ứng là 54,3%, 50% và 23,9%. Trong một nghiên cứu đa trung tâm của Pháp do tác giả Amate P và cộng sự (2013) ghi nhận chủ yếu tái phát tại tiểu khung, 40% giới hạn ở phúc mạc, 12% di căn hạch ổ bụng, di căn xa chiếm tỷ lệ 8%[6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ tái phát cao tại phúc mạc, mạc nối, di căn hạch và di căn gan, tỷ lệ di căn xa cao hơn so với nghiên cứu trên.

- Nồng độ CA125 ở thời điểm tái phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tăng CA 125 tại thời điểm phát hiện tái phát chiếm 77,8%, 6 bệnh nhân có chỉ số CA 125 trong giới hạn bình thường chiếm 22,2%.

• Sự thay đổi nồng độ CA 125 huyết thanh trước và sau điều trị: Kết quả cho thấy số bệnh nhân có nồng độ CA 125 huyết thanh giảm sau khi bệnh nhân được điều trị hóa chất là 44,4%, 55,6% số bệnh nhân có nồng độ CA 125 không giảm so với trước điều trị, kết quả này phù hợp khi nghiên cứu cũng có tới 37,1% số bệnh nhân tiến triển sau điều trị.

• Đáp ứng chung của phác đồ: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm tỉ lệ 3,7%, 8 bệnh nhân đáp ứng một phần chiếm 29,6%, 8 bệnh nhân bệnh giữ nguyên chiếm 29,6%, còn lại 37,1% bệnh tiến triển, tỷ lệ đáp ứng chung là 33,3%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm đáp ứng hoàn

toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) đạt 62,9%. Phân tích tổng hợp CALYPSO là nghiên cứu phase III, ngẫu nhiên, đa trung tâm, của Pujade-Lauraine E và CS trên 976 bệnh nhân kết quả cho thấy tốt hơn ở nhóm CD so với nhóm điều trị phác đồ tiêu chuẩn CP.

Một nghiên cứu Phase II của Ferrero JM[1], và CS trên 104 BN UTBT tái phát còn nhạy cảm với platin kết quả với đáp ứng toàn bộ (OR) là 63%, với đáp ứng là 38%[8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự các nghiên cứu trên về tỉ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh.

- **Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển:** Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh không tiến triển ngắn nhất 12 tuần, dài nhất 42 tuần. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển 26,1 tuần (CI 95%: 20,9-28,4).

Trong giai đoạn đầu của nghiên cứu được báo cáo NCBI 2015 tổng số 259 bệnh nhân nhạy cảm với thời gian theo dõi trung bình là 22 tháng, PFS ở nhánh CD cao hơn về mặt thống kê so với nhánh CP (tỷ suất nguy cơ, 0.821, 95% CI, 0.72 đến 0.94, P = 0.005); trung bình PFS là 11,3 so với 9,4 tháng.

Một nghiên cứu Phase II của Ferrero JM[1], và CS trên 104 BN UTBT tái phát còn nhạy cảm với platin kết quả thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) 9,4 tháng[8].

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đánh giá được thời gian sống thêm không tiến triển và cho thấy kết quả thấp hơn kết quả của nghiên cứu của Pujade-lauraine 2010 và Ferrero JM. Mặc dù vậy do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ hơn và thời gian nghiên cứu chưa dài nên có sự khác biệt giữa các kết quả trên.

- **Độc tính và tác dụng không mong muốn:** Các độc tính chủ yếu ảnh hưởng đến giới hạn liều dùng là giảm số lượng tiểu cầu, bạch cầu và bạch cầu hạt.

Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết thường gặp nhất là trên gan, làm giảm chức năng gan, tác dụng không mong muốn khiến bệnh nhân buồn nôn và/hoặc nôn được kiểm soát rất tốt trong nghiên cứu này. Các tác dụng không mong muốn khác gặp ít hơn, với mức độ nhẹ hơn so với một số phác đồ hóa chất khác, có thể hồi phục và dung nạp được.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ PLD carboplatin sử dụng điều trị UTBMBT tái phát nhạy cảm platin là phác đồ phù hợp về tính hiệu quả và an toàn cho các bệnh nhân UTBMBT đã trải qua phác đồ hóa trị trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jemal A, Murray T, Ward E, et al (2005),** Cancer statistics", CA Cancer J Clin, **55**, pp. 10-30.
2. **Lindsey A Torre et al (2015),** Global Cancer Statistics", CA Cancer J Clin, **65**, pp. 87-108.
3. **Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn (2014),** Sổ tay điều trị nội khoa ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr. 168-173.
4. **Amate P, Huchon, Dessapt et al. (2013),** Ovarian cancer: sites of recurrence, Int J Gynecol Cancer, **23**(9), pp. 1590 – 6.
5. **Ferrero JM, Weber B, Geay JF et al.** Second-line chemotherapy with pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin is highly effective in patients with advanced ovarian cancer in late relapse: A GINECO phase II trial. Ann Oncol. 2007;18(2):263–268.
6. **Pujade-Lauraine E[1], Wagner U, Aavall-Lundqvist E (2010),** Pegylated liposomal Doxorubicin and Carboplatin compared with Paclitaxel and Carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse,J Clin Oncol. 2010 Jul 10; 28(20):3323-9.

CHỈ ĐỊNH CHỤP MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH VAN TIM ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT: NGHIÊN CỨU QUAN SÁT TẠI VIỆT NAM

Trần Thanh Phong[1], Hoàng Văn Sỹ[2,3], Trần Nguyễn Phương Hải[3], Nguyễn Thượng Nghĩa[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch vành kết hợp bệnh van tim trở nên phổ biến, sự kết hợp bệnh động mạch vành và bệnh van tim làm cho triệu chứng nặng hơn, tiên lượng xấu hơn và nguy cơ cao hơn trong phẫu thuật đặc biệt ở những bệnh nhân có hẹp van động mạch chủ. Phẫu thuật đồng thời bệnh van tim kèm bệnh động mạch vành thường có tiên lượng xấu và tử vong chu phẫu cao hơn khiến cho việc chỉ định chụp mạch vành ở bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý van tim ngay cả không có yếu tố nguy cơ. Do đó, việc kiểm tra mức độ tổn thương động mạch vành trở nên hết sức cần thiết cho các bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật van

[1]Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ
[2]Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
[3]Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.6.2020
Ngày duyệt bài: 15.6.2020

tim có kèm yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành. **Mục tiêu nghiên cứu**: Khảo sát chỉ định chụp mạch vành ở bệnh nhân có bệnh van tim được chỉ định phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả. Nghiên cứu gồm 367 bệnh nhân phẫu thuật van tim có chụp động mạch vành trước phẫu thuật. Khảo sát chỉ định chụp mạch vành ở bệnh nhân có bệnh van tim được chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn Hội phẫu thuật Tim lồng ngực Châu Âu (EACTS) và Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2014. **Kết quả:** Trên 367 bệnh nhân trong đó có 354 trường hợp (chiếm tỉ lệ 96,5%) được chụp động mạch vành đúng chỉ định và có 13 trường hợp (chiếm tỉ lệ 3,5%) chụp động mạch vành không đúng chỉ định theo hướng dẫn của ESC/EACTS năm 2014. Trong các chỉ định chụp động mạch vành chúng tôi khảo sát thì bệnh nhân có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất 64%, nam > 40 tuổi và nữ sau mãn kinh gần bằng nhau chiếm lần lượt là 42,5% và 46,9%, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim chiếm 26,2% và ít nhất là tiền sử mắc bệnh động mạch vành 0,8%. Nam > 40 tuổi có bệnh van động mạch chủ chiếm 52,6% và nữ mãn kinh có bệnh van hai chiếm 50,6% trong nhóm bệnh van tim. Bệnh nhân có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim và có tiền sử bệnh động mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm bệnh van động mạch chủ. **Kết luận:** Trên 367 bệnh nhân có bệnh van tim được chỉ định phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh động mạch vành đều nằm ở nhóm được chụp động mạch vành đúng theo chỉ định, các trường hợp chụp mạch vành không đúng theo chỉ định thì không có trường hợp nào có bệnh động mạch vành.

Từ khóa: Bệnh van tim phẫu thuật, chỉ định chụp mạch vành, ESC/EACTS 2014.

SUMMARY

INDICATIONS FOR CORONARY ANGIOGRAPHY IN PATIENTS WITH VALVULAR HEART DISEASE INDICATED FOR SURGERY: OBSERVATIONAL STUDY IN VIETNAM

Background: Coronary artery disease in combination with valvular heart disease is common, this makes symptoms worse, prognosis worse and higher risk for surgery especially in patients with aortic stenosis. Concomitant heart valve surgery with coronary artery disease often has a poor prognosis and higher perioperative mortality, making coronary angiography in patients with heart valve surgery even without risk factors. Therefore, the examination of coronary artery lesions becomes extremely necessary for patients preparing for heart valve surgery with risk factors for coronary artery disease. **Objective:** Surveying coronary angiography indications in patients with valvular heart disease indicated for surgery. **Materials and Methods**: This is descriptive retrospective study. The study included 367 patients with heart valve surgery who had coronary angiography before surgery. Surveying the coronary angiography indication sin patients with valvular heart disease who were indicated for surgery according to the guidelines of the European Thoracic Heart Surgery Association (EACTS) and the European Heart Association (ESC) 2014. **Results:** Over 367 patients including 354 cases (96.5%) were taken coronary angiography according to indications and 13 cases (accounting for 3.5%) of coronary angiography were not indicated according to guidance of ESC/EACTS 2014. Among the indications of coronary angiography we surveyed, patients with ≥ 1 cardiovascular risk factor accounted for the highest rate of 64%, men> 40 years old and menopause nearly equal accounted for 42.5% and 46.9% respectively, myocardial ischemia suspected to account for 26.2% and at least a history of coronary artery disease 0.8%. Men > 40 years with aortic valve disease accounted for 52.6% and menopausal women with valvular disease accounted for 50.6% in the group of valve disease. Patients with ≥ 1 cardiovascular risk factor, suspected myocardial ischemia and a history of coronary artery disease account for the highest proportion in the aortic valve disease group. **Conclusion:** Over 367 patients with valvular heart disease who were indicated to undergo surgery, the proportion of patients with coronary artery disease were in the group that had undergone coronary angiography according to the indications. In the case of coronary angiography, which is not in accordance with the indications, there is no case of coronary artery disease.

Keyword: Surgical heart valve disease, coronary angiography indications, ESC / EACTS 2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là bệnh lý thường gặp và cho đến nay vẫn được xem là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các quốc gia phát triển. Theo báo cáo của Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) năm 2014 tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch chiếm 1/3 tỉ lệ tử vong chung của toàn thế giới (17,5/ 56 triệu ca tử vong). Từ năm 2005 đến 2015, tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch toàn cầu tăng 12,5% và tử vong do bệnh tim thiếu máu cục bộ tăng 16,6% lên 8,9 triệu ca tử vong. Trung bình mỗi 25 giây, một người Mỹ sẽ có một biến cố mạch vành và cứ sau trung bình một phút, một người sẽ chết vì một biến cố đó [8].

Bệnh van tim là một trong những nguyên nhân tim mạch gây tử vong và bệnh tật thường gặp sau bệnh mạch vành, tăng huyết áp và suy tim. Sự phân bố của các nguyên nhân bệnh van tim đã thay đổi rõ rệt trong 60 - 70 năm qua. Bệnh thấp khớp và bệnh giang mai, nguyên nhân rất phổ biến của bệnh van tim trong nửa đầu của thế kỷ trước, đã gần như biến mất trong các nước phát triển như ở châu Âu và Hoa Kỳ. Thay vào đó là bệnh van tim do thoái hóa van ngày càng tăng do tuổi thọ tăng.

Bệnh động mạch vành kết hợp bệnh van tim trở nên phổ biến, đặc biệt là ở các nước phát triển phương Tây. Sự kết hợp bệnh động mạch vành và bệnh van tim làm cho triệu chứng nặng hơn, tiên lượng xấu hơn và nguy cơ cao hơn trong phẫu thuật đặc biệt ở những bệnh nhân có

hẹp van động mạch chủ. Phẫu thuật đồng thời bệnh van tim kèm bệnh động mạch vành thường có tiên lượng xấu và tử vong chu phẫu cao hơn khiến cho việc chỉ định chụp mạch vành ở bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý van tim ngay cả không có yếu tố nguy cơ. Do đó, việc kiểm tra mức độ tổn thương động mạch vành trở nên hết sức cần thiết cho các bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật van tim có kèm yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành. [6].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu tất cả trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật van tim và có chụp mạch vành trước phẫu thuật trong thời gian từ tháng 01/2016 đến 10/2019 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu được tiến hành với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh Học tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân lớn hơn 18 tuổi, được phẫu thuật bệnh van tim và đã được chụp mạch vành trước mổ. Bệnh van tim bao gồm bệnh lý van hai lá (thay hoặc sửa van hai lá) hoặc bệnh lý van động mạch chủ (thay van động mạch chủ) hoặc bệnh lý van kết hợp (bao gồm bệnh lý van 2 lá và bệnh lý van động mạch chủ). Nguyên nhân gây bệnh lý van tim gồm hậu thấp và thoái hóa van.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có hội chứng vành cấp và bệnh tim bẩm sinh. Những trường hợp thông tin từ hồ sơ bệnh án không đủ thông tin theo yêu cầu sẽ được loại khỏi không nghiên cứu.

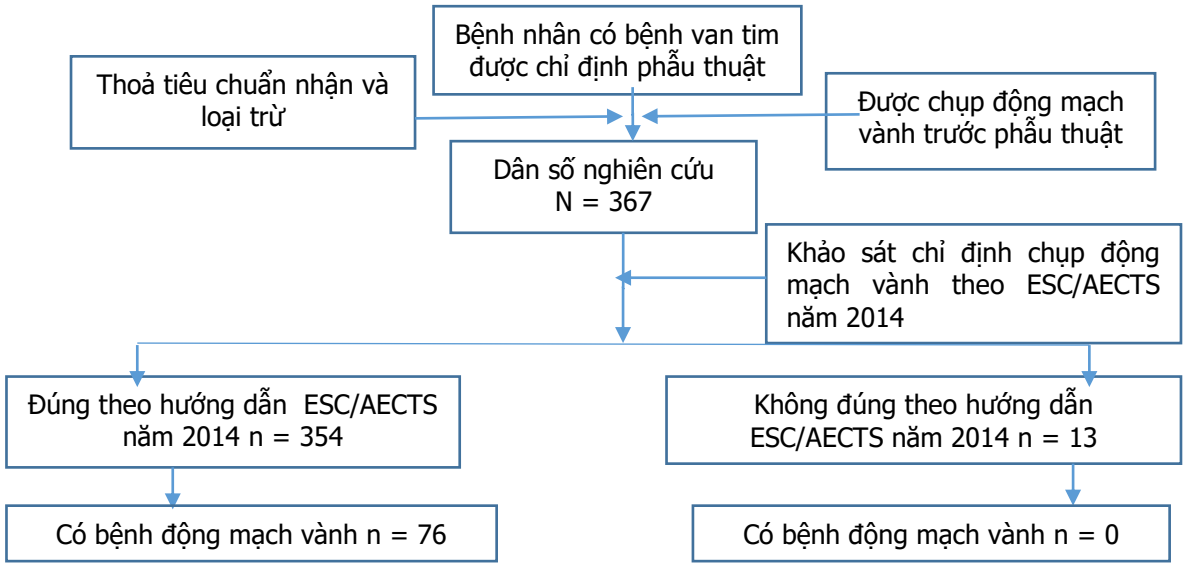
Biến số nghiên cứu: Chỉ định chụp động mạch vành theo ESC/AECTS 2014 [6] khi bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau đây: tiền sử bệnh động mạch vành, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim, rối loạn chức năng tâm thu thất trái, nam trên 40 tuổi, nữ hậu mãn kinh, có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch bị bệnh động mạch vành, hở van hai lá thứ phát.

Bệnh động mạch vành [5], chúng tôi căn cứ vào kết quả chụp mạch vành, có bệnh động mạch vành là những người bị hẹp thân chung mạch vành ≥ 50% và/hoặc có hẹp ít nhất một nhánh mạch vành lớn khác ≥ 50%.

Xử lý thống kê: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0 for Window. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất. So sánh các giá trị trung bình bằng phép kiểm T-test, kiểm định mối quan hệ giữa các tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương, hồi quy đơn biến và đa biến phân tích mối quan hệ giữa biến độc lập và biến phụ thuộc, các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị P < 0,05.

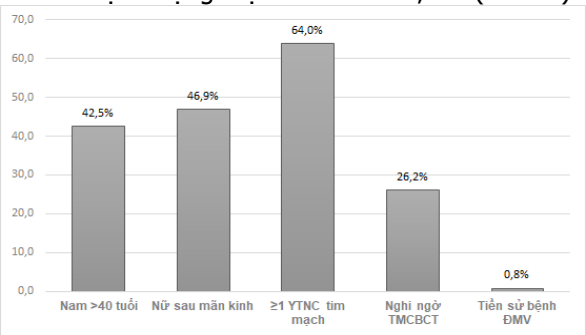
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên có, có 367 trường hợp thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu (Hình 1). Trong 367 bệnh nhân, có 166 (45,2%) nam và 201 (54,8%) nữ. Tuổi trung bình là 57,3 ± 9,3 năm. Trong đó có 354 trường hợp (chiếm tỉ lệ 96,5%) được chụp động mạch vành đúng chỉ định và có 13 trường hợp (chiếm tỉ lệ 3,5%) chụp động mạch vành không đúng chỉ định.



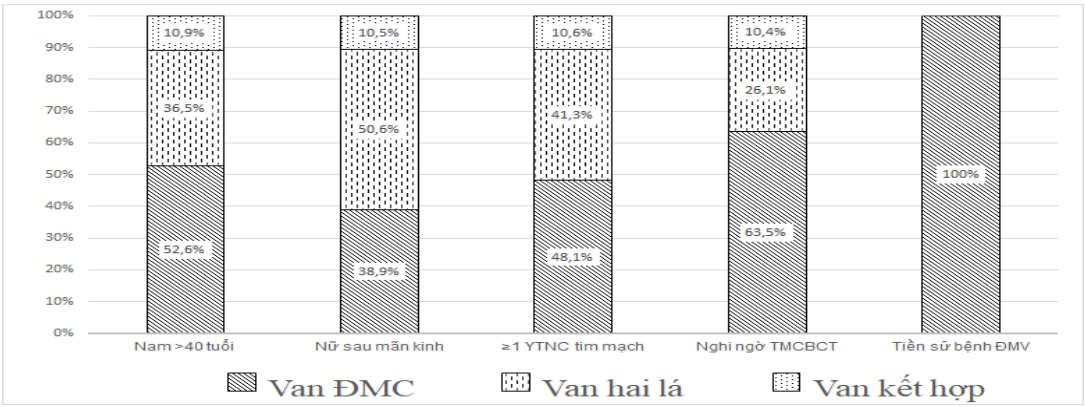
Hình 1. Sơ đồ tiến hành nghiên cứu

Trong dân số nguyên cứu của chúng tôi: tỉ lệ bệnh nhân nam > 40 tuổi là 156 trường hợp chiếm 42,5%, tỉ lệ bệnh nhân nữ sau mãn kinh là 172 trường hợp chiếm 46,9%, bệnh nhân có hơn 1 yếu tố nguy cơ tim mạch như: tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loại lipid máu, bệnh thận mạn chiếm nhiều nhất hơn ½ dân số nghiên cứu với 235 trường hợp chiếm 64%, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim có 96 trường hợp chiếm 26,2%, chiếm tỉ lệ ít nhất là tiền sử bệnh động mạch vành với 0,8% (Hình 2).



Hình 2. *Tỉ lệ bệnh nhân được chụp động mạch vành theo ESC/EACTS 2014 (YTNC – yếu tố nguy cơ tim mạch, TMCBCT – thiếu máu cục bộ cơ tim, ĐMV – động mạch vành)*

Nam > 40 tuổi có bệnh van động mạch chủ chiếm hơn 50% nhóm bệnh van tim (52,6%), van hai lá và van kết hợp chiếm tỉ lệ lần lượt là 36,5% và 10,9%. Nữ sau mãn kinh có bệnh van hai hơn ½ trong nhóm bệnh van tim (50,6%), bệnh động mạch chủ và bệnh van kết hợp lần lượt là 38,9% và 10,5%. Bệnh nhân có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất ở bệnh van động mạch chủ 48,1%, ở bệnh van hai lá 41,3% và ở bệnh van kết hợp là 10,6%. Nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm bệnh van động mạch chủ 63,5%, tiếp theo là bệnh van hai lá 26,1% và thấp nhất ở bệnh van kết hợp 10,4%. Tiền sử bệnh động mạch vành có 3 trường hợp ở nhóm bệnh van động mạch chủ, không gặp ở van hai lá và van kết hợp.



Hình 3. *Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ định chụp động mạch vành theo từng loại bệnh van tim*

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 367 bệnh nhân trong đó có 354 trường hợp (chiếm tỉ lệ 96,5%) được chụp động mạch vành đúng theo chỉ định và có 13 trường hợp (chiếm tỉ lệ 3,5%) chụp động mạch vành không theo chỉ định chụp động mạch vành ở bệnh nhân có bệnh van tim phẫu thuật của ESC/EACTS năm 2014. Trong đó, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh động mạch vành đều nằm ở nhóm được chụp mạch vành đúng theo chỉ định, 13 trường hợp chụp mạch vành không đúng theo chỉ định thì không có trường hợp nào có bệnh động mạch vành. Việc chụp động mạch vành ở bệnh nhân có bệnh van tim được chỉ định phẫu thuật không đúng theo hướng dẫn của ESC/EACTS năm 2014 sẽ làm kéo dài thời gian điều trị cũng như kinh phí cho bệnh nhân.

Trong dân số nguyên cứu của chúng tôi: tỉ lệ bệnh nhân nam > 40 tuổi là 156 trường hợp chiếm 42,5%, tỉ lệ bệnh nhân nữ sau mãn kinh là 172 trường hợp chiếm 46,9%, bệnh nhân có hơn 1 yếu tố nguy cơ tim mạch như: tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loại lipid máu, bệnh thận mạn chiếm nhiều nhất hơn ½ dân số nghiên cứu với 235 trường hợp chiếm 64%, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim có 96 trường hợp chiếm 26,2%, chiếm tỉ lệ ít nhất là tiền sử bệnh động mạch vành với 0,8%.

Nam giới có nguy cơ mắc bệnh mạch vành, đột quỵ và các bệnh tim mạch khác cao hơn so với nữ giới ở tuổi trẻ. Tuy nhiên, nữ giới tuổi cao, sau mãn kinh cũng có nguy cơ bị bệnh tim mạch

không khác nhiều so với nam giới. Hiện nay, bệnh tim mạch ở nữ giới đang trở thành vấn đề đáng báo động có thể do sự thay đổi về mô hình bệnh tật. Bệnh động mạch vành tăng theo tuổi, nam nhiều hơn nữ trước tuổi mãn kinh, tiền căn gia đình có bệnh động mạch vành sớm [4]. Có những yếu tố nguy cơ thay đổi được và cũng có những yếu tố nguy cơ không thay đổi được.

Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bệnh động mạch vành lên 3 lần, tăng 7,5mmHg huyết áp tâm trương làm tăng nguy cơ bênh động mạch vành lên 29%, tăng huyết áp tâm thu lên 10 mmHg làm tăng nguy cơ bệnh động mạch vành lên 15% [7]. Việc điều trị tăng huyết áp đã được chứng minh làm giảm đáng kể các biến cố tim mạch, trong đó có bệnh động mạch vành. Ở Việt Nam tỉ lệ tăng huyết áp và đặc biệt tăng huyết áp ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành cần được chú ý và điều trị kịp thời nhằm giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong do bệnh động mạch vành gây nên.

Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành lên 30% - 50%, liều lượng hút thuốc cũng ảnh hưởng đến mức nguy cơ. Việc bỏ hút thuốc lá đã được chứng mình làm giảm đáng kể tỉ lệ (nguy cơ) bị bệnh động mạch vành. Trong nghiên cứu "Framingham Heart Study" khi hút 10 điếu/ngày thì tỉ lệ tử vong tim mạch tăng 18% ở nam và 31% ở nữ. Ở những bệnh nhân tăng huyết áp, hút 20 điếu/ngày nếu bỏ thuốc sẽ giảm nguy cơ tim mạch khoảng 35% - 40% [7]. Trong nghiên cứu Framingham, người bỏ thuốc lá lúc 65 tuổi thì nguy cơ biến cố tim mạch lần đầu hoặc tái phát giảm 50% so với người tiếp tục hút thuốc lá. Nguy cơ bệnh động mạch vành giảm nhanh chóng và khoảng 3 năm sau khi bỏ hút thuốc lá nguy cơ trở nên tương tự như người không hút [7], vì tỉ lệ hút thuốc lá ở bệnh nhân nam có bệnh động mạch vành còn cao và những lợi ích của việc bỏ thuốc lá nên hút thuốc lá cần được quan tâm nhiều trong việc phòng ngừa mắc bệnh động mạch vành.

Đái tháo đường làm tăng nguy cơ bệnh tim từ 2 - 5 lần người không bị đái tháo đường, do tăng xơ vữa và rối loạn lipid máu kết hợp [4].

Bệnh thận mạn đang là một thách thức lớn đối với ngành y tế trên toàn cầu, không chỉ do nguy cơ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối mà còn do nguy cơ tim mạch quan trọng đối với người bệnh. Thật vậy, bệnh thận giai đoạn cuối là biến chứng dễ thấy nhất của bệnh thận mạn, tuy nhiên các biến chứng tim mạch lại là các biến chứng đáng ngại nhất vì nhiều người bệnh thận mạn chết vì các biến chứng tim mạch trước khi kịp mắc bệnh thận giai đoạn cuối [1].

Rối loạn lipid máu bao gồm tăng LDL-c, tăng triglycerid, tăng cholesterol, giảm HDL-c. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của việc điều trị rối loạn lipid máu và cải thiện tiên lượng bệnh nhân bệnh động mạch vành như nghiên cứu: West of Scotland Coronary Prevention Study, nghiên cứu Monitored Atherosclerosis Regression Study, nghiên cứu 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study), nghiên cứu CARE (Cholesterol And Recurrent Event) [7].

Nam > 40 tuổi có bệnh van động mạch chủ hơn ½ trong nhóm bệnh van tim (52,6%), trong khi nữ sau mãn kinh có bệnh van hai hơn ½ trong nhóm bệnh van tim (50,6%). Bệnh nhân có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim và có tiền sử bệnh động mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm bệnh van động mạch chủ, tiếp theo là bệnh van hai lá và thấp nhất ở bệnh van kết hợp. Bệnh van tim hậu thấp vẫn còn phổ biến ở các nước đang phát triển. Tác giả Roberts và cộng sự ghi nhận ở bệnh van tim hậu thấp thì nữ chiếm ưu thế 70%, van hai lá thường bị ảnh hưởng nhiều nhất do thấp. Theo các nghiên cứu trong nước, nhóm bệnh nhân bệnh hai lá có nữ chiếm tỉ lệ cao hơn nam như nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hạnh [2], (nữ chiếm 57,7%), Trần Thị Thanh Trúc [3] (ở bệnh nhân hẹp van hai lá nữ chiếm 83%). Tỉ lệ bệnh nhân nam > 40 tuổi mắc bệnh van động mạch chủ chiếm tỉ lệ cao 52,6%, nghiên cứu của tác giả Sabet và cộng sự thấy rằng ở bệnh nhân bệnh van động mạch chủ (hẹp van động mạch chủ) thì nam chiếm ưu thế 69%. Trong nghiên cứu của Jang, tỉ lệ tích lũy chuẩn hóa theo tuổi từ năm 2006 đến năm 2011 của bệnh van tim do thấp không thay đổi. Ngược lại, ở bệnh nhân bệnh van tim không do thấp có sự tăng từ 42,2 tuổi đến 65,2 tuổi ở nữ và từ 28,4 tuổi đến 45,1 tuổi ở nam. Điều này cho thấy sự thay đổi độ tuổi có xu hướng tăng dần tuổi bệnh nhân bệnh van tim cùng với sự thay đổi nguyên nhân bệnh van tim.

V. KẾT LUẬN

Trên 367 bệnh nhân có bệnh van tim được chỉ định phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh động mạch vành đều nằm ở nhóm được chụp động mạch vành đúng theo chỉ định, các trường hợp chụp mạch vành không đúng theo chỉ định thì không có trường hợp nào có bệnh động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Huỳnh Quang Trí (2013),** "Giảm nguy cơ tim mạch cho người bệnh thận mạn qua kiểm soát tích cực LDL-c". Tim mạch học.

2. **Nguyễn Hồng Hạnh (2012),** "Nghiên cứu biến đổi lâm sàng, huyết động trước và sau phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học loại Saint Jude Master". Luận án Tiến sĩ y học, trường Đại học Y - Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Viện nghiên cứu khoa học Y- Dược lâm sảng 108.
3. **Trần Thị Thanh Trúc (2012),** "Đặc điểm siêu âm tim qua thực quản trong chuẩn đoán huyết khối nhĩ trái ở bệnh nhân hẹp van hai lá". Luận văn Thạc sỹ - Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
4. **Hajar R. (2017),** "Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives". Heart Views, 18 (3), pp. 109-114.
5. **HiIIis L. D. et al (2012),** "2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery. bypass graft surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines". J Thorac Cardiovasc Surg, 143 (1), pp. 4-34.
6. **Stephan Windecker et al (2015)**, "2014 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularizaion". Rev Esp Cardiol (Engl Ed), 68 (2), pp. 144.
7. **Wilson P. W. (1994),** "Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study". Am J Hypertens, 7 (7 Pt 2), pp. 7s-12s.
8. **Circulation (2016)**, "Heart Disease and Stroke Statistics - 2016 Update". (133), pp. e38-e360.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ KHOANG MIỆNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng[1,2], Ngô Thanh Tùng[2], Lê Văn Quảng[1,2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 45 bệnh nhân ung thư khoang miệng giai đoạn tiến triển (III-IV) tại Bệnh viện K từ tháng 6/2018 đến tháng 5/2020. Các bệnh nhân được điều trị theo phác đồ hóa xạ trị đồng thời triệt căn, sử dụng kỹ thuật xạ trị VMAT. Đánh giá giai đoạn trước điều trị và đáp ứng sau điều trị bằng cộng hưởng từ và PETCT. Kết quả bước đầu cho thấy: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 71,1%, đáp ứng một phần là 28,9%, không có tỷ lệ bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị chủ yếu là nuôn nôn, viêm da mức độ nhẹ. Biến chứng muộn sau điều trị thường gặp nhất là khô miệng.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, hóa xạ trị triệt căn, xạ trị VMAT

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF DEFINITIVE CHEMORADIATION FOR ADVANCED STAGE ORAL CAVITY CANCERAT NATIONAL CANCER HOSPITAL

The study was conducted on 45 patients with advanced stage oral cavity cancer (III-IV stages) at National Cancer Hospital from June 2018 to May 2020. Patients were treated with definitive chemoradiationusing VMAT techniques. Evaluate the pre-treatment stage and post-treatment response by MRI and PETCT. Initial results showed that: the complete response rate was 71.1%, partial response was 28.9%, no disease remained or progressed. Side effects during treatment are mainly nausea, mild dermatitis. The most common post-treatment complication is dry mouth.

Keywords: Oral cavity cancer, definitive chemoradiation, VMATtechniques

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng
Email: drdangnguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.6.2020
Ngày duyệt bài: 16.6.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính niêm mạc miệng phủ toàn bộ khoang miệng bao gồm: Ung thư môi (gồm môi trên, môi dưới, mép), lợi hàm trên, lợi hàm dưới, khe liên hàm, khẩu cái cứng, lưỡi (phần di động), niêm mạc má và sàn miệng [1].

Theo GLOBOCAN 2018, nam giới có 198.975 ca ung thư khoang miệng mới mắc chiếm 2,7% và 97.940 ca tử vong chiếm 2,1%. Ở nữ, có 101.398 trường hợp mới mắc chiếm 1,5% và 47.413 trường hợp tử vong, chiếm 1,3%. Trên toàn thế giới, ung thư miệng là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu[2].

Tại Việt Nam, cũng theo GLOBOCAN 2018, số ca mới mắc ung thư khoang miệng là 1877 trường hợp, xếp số 18 trong các bệnh ung thư thường gặp. Bệnh thường gặp ở độ tuổi trung niên, nam mắc nhiều hơn nữ [2].

Ung thư khoang miệng biểu hiện bằng nhiều đặc điểm lâm sàng khác nhau và cần phân biệt với các tổn thương lành tính của khoang miệng. Chẩn đoán ung thư khoang miệng cần dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) và đặc biệt, chẩn đoán xác định bằng kết quả mô bệnh học. Các phương pháp điều trị ung thư khoang miệng bao gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa chất, tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp nào phù hợp phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và thể trạng bệnh nhân. Hiện nay xạ trị kết hợp với hóa chất là điều trị tiêu chuẩn cho các giai đoạn tiến triển không phẫu thuật được [3].

Tại bệnh viện K, đối với ung thư khoang

miệng giai đoạn III, IV, phác đồ điều trị là hóa xạ trị triệt căn từng bước đã mang lại kết quả đáng khích lệ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu nhóm bệnh nhân ung thư khoang miệng giai đoạn tiến triển được điều trị bằng hóa xạ trị triệt căn, sử dụng kỹ thuật xạ trị VMAT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm tất cả bệnh nhân ung thư khoang miệng được điều trị hóa xạ trị triệt căn, sử dụng kỹ thuật xạ trị VMAT tại bệnh viện K thời gian từ 06/2018 đến 05/2020.

➢ ***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân***

- Các bệnh nhân chẩn đoán ung thư khoang miệng giai đoạn III – IV theo Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ phiên bản 8.
- Kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.
- Được điều trị hóa xạ trị đồng thời theo phác đồ của Bệnh viện K, sử dụng kỹ thuật VMAT.
- Thể trạng chung tốt: PS từ 0-1.
- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

➢ ***Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân***

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân bỏ dở điều trị.
- Bệnh nhân có các bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có khả năng gây tử vong trong thời gian ngắn.

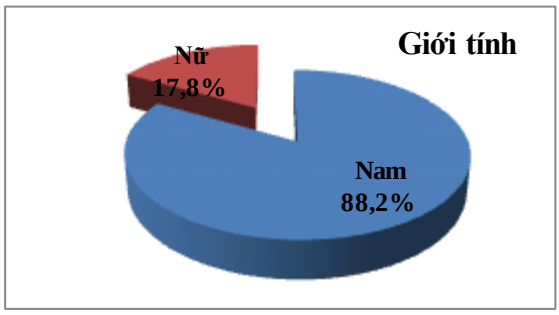
Phương pháp nghiên cứu

➢ ***Thiết kế nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

➢ ***Cỡ mẫu nghiên cứu:*** Cỡ mẫu thuận tiện. Chúng tôi lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

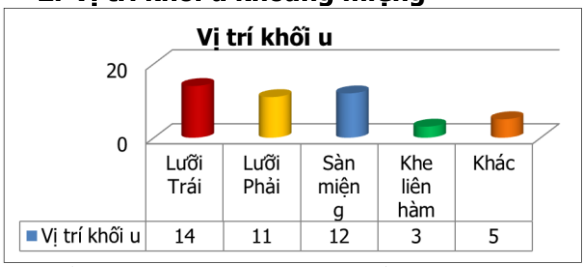
Bệnh nhân nam chiếm đa số trong nghiên cứu với 37 bệnh nhân, 88,2%.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤40 tuổi	4	8,9
41 – 50 tuổi	10	22,2
51 – 60 tuổi	14	31,1
≥61 tuổi	**17**	**37,8**
Tổng	**45**	**100**

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân tuổi trẻ nhất là 27, tuổi cao nhất là 78, trung bình 55,38±11,43 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 17 bệnh nhân (37,8%), tiếp theo là nhóm 51-60 tuổi với 14 bệnh nhân, chiếm 31,1%; chỉ có 4 bệnh nhân dưới 40 tuổi, chiếm 8,9% số bệnh nhân nghiên cứu.

2. Vị trí khối u khoang miệng



Biểu đồ 2: Phân bố vị trí tổn thương của đối tượng nghiên cứu

Vị trí tổn thương chủ yếu nằm ở lưỡi với 25 bệnh nhân, chiếm 55,6%, tiếp đến là vùng sàn miệng với 12 bệnh nhân, chiếm 26,7%. Các vị trí còn lại như khe liên hàm, lợi hàm, niêm mạc má chiếm tỷ lệ thấp.

3. Giai đoạn bệnh

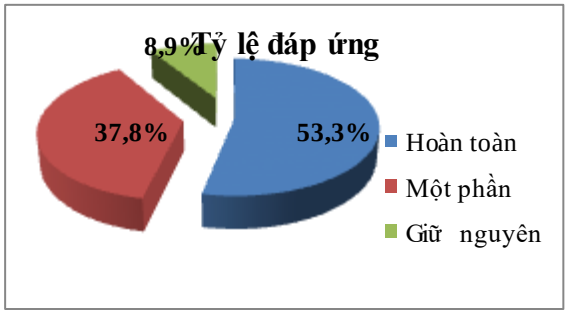
Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo các đặc điểm giai đoạn bệnh

Phân loại giai đoạn AJCC 8	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
T3	30	66,7
T4	15	33,3
N0	1	2,2
N1	13	28,9
N2	31	68,9
Giai đoạn III	6	13,3
Giai đoạn IV	39	86,7
Tổng số	**45**	**100**

Chủ yếu bệnh nhân trong nghiên cứu có khối u đánh giá ở T3, chiếm 66,7%, di căn hạch N2 chiếm 68,9%; giai đoạn IV chiếm đa số, với 39 bệnh nhân (86,7%).

4. Kết quả điều trị

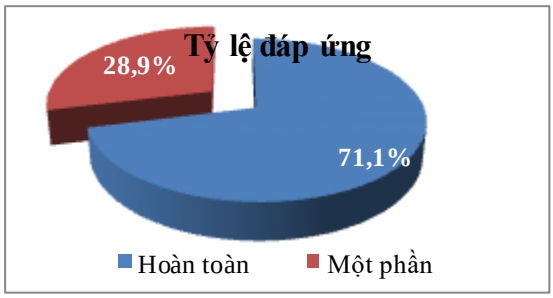
➢ **Tỷ lệ đáp ứng đánh giá qua kết quả Cộng hưởng từ**



Biểu đồ 3: Tỷ lệ đáp ứng theo kết quả MRI

Dựa vào kết quả chụp cộng hưởng từ sau điều trị, so sánh đối chiếu trước điều trị, đánh giá đáp ứng theo tiêu chí RECIST cho thấy: Có 24 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (chiếm 53,3%); có 17 bệnh nhân đáp ứng một phần (37,8%); có 4 bệnh nhân đánh giá bệnh giữ nguyên (8,9%).

➢ **Tỷ lệ đáp ứng đánh giá qua kết quả PET CT**



Biểu đồ 4: *Tỷ lệ đáp ứng theo kết quả PET CT*

Dựa vào kết quả PET CT sau điều trị, so sánh đối chiếu trước điều trị, đánh giá đáp ứng theo tiêu chí RECIST cho thấy: Có 32 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (chiếm 71,1%); có 13 bệnh nhân đáp ứng một phần (28,9%); không có bệnh nhân đánh giá bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển sau điều trị.

5. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nôn, buồn nôn	33	73,3
Hạ bạch cầu độ 1	10	22,2
Hạ bạch cầu độ 2	4	8,9
Thiếu máu mức độ nhẹ	4	8,9
Viêm da độ 1	42	93,3
Viêm da độ 2	5	11,1

Nôn, buồn nôn hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 73,3%, trong đó chủ yếu là cảm giác buồn nôn; hạ bạch cầu chủ yếu là độ 1 với 10 bệnh nhân (22,2%); viêm da mức độ 1 gặp ở hầu hết các bệnh nhân (93,3); tỷ lệ thiếu máu, hạ bạch cầu độ 2, viêm da độ 2 là thấp.

6. Biến chứng muộn

Bảng 4: Biến chứng muộn

Biến chứng muộn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khô miệng	31	68,9
Khít hàm	6	13,3
Xơ cứng cổ	2	4,4

Khô miệng là biến chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân sau khi kết thúc điều trị, 31 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,9%; khít hàm gặp ở 6 bệnh nhân, xơ cứng cổ gặp ở 2 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư khoang miệng thường gặp ở độ tuổi trung niên và người lớn tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ, với tỷ lệ rất khác nhau tùy vùng dân cư và có xu hướng thay đổi. Tỷ lệ nam có xu hướng giảm, tỷ lệ nữ có xu hướng tăng. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 55,38, tỷ lệ nam/nữ là 4,6. Kết quả này cũng phù hợp với dịch tễ học ung thư khoang miệng so với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu của Eli D. Scher và cộng sự trên 73 bệnh nhân ung thư khoang miệng từ 1990 đến 2011, tuổi trung bình là 63 (trẻ nhất 35, già nhất 89 tuổi), với 39 bệnh nhân nam, 34 bệnh nhân nữ [4].

Trong các nghiên cứu, vị trí ung thư khoang miệng thường gặp nhất là lưỡi tự do. Với các giai đoạn sớm, phẫu thuật thường được chỉ định đầu tiên giúp điều trị triệt căn, hóa xạ trị bổ trợ trong một số trường hợp có chỉ định. Các vị trí tổn thương ít gặp hơn trong khoang miệng như sàn miệng, khe liên hàm, lợi hàm, niêm mạc má,... cũng được ghi nhận. Trong nghiên cứu này, có 55,6% bệnh nhân biểu hiện tổn thương ở lưỡi. Theo nghiên cứu của Eli D. Scher và cộng sự, tổn thương lưỡi chiếm đa số 47,9%, sàn miệng chiếm 19,1% [4].

Do tiêu chí lựa chọn bệnh nhân giai đoạn tiến triển, điều trị hóa xạ trị triệt căn nên trong nghiên cứu này bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn III, IVA. Trong đó giai đoạn IV có 39 bệnh nhân, chiếm 86,7%.

Chiến lược điều trị ung thư khoang miệng giai đoạn tiến triển trong 20 năm qua có nhiều thay đổi. Trước đây người ta vẫn cố gắng tiến hành phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này, sau đó điều trị hóa chất, tia xạ bổ trợ. Tiếp đến là chiến lược điều trị hóa chất cảm ứng trước, đánh giá và tiến hành phẫu thuật triệt căn hoặc hóa xạ trị triệt căn sau đó. Hiện nay cùng với sự tiến bộ của kỹ thuật xạ trị, cụ thể là việc áp dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều theo thể tích hình cung VMAT, điều trị hóa xạ trị triệt căn đang là xu hướng

điều trị tiêu chuẩn. Việc ra đời các thế hệ thuốc hóa chất thế hệ mới, đặc biệt là thuốc điều trị đích Cetuximab, hứa hẹn một tương lai mang lại kết quả điều trị khả quan hơn cho bệnh nhân [5],[6],[7],[8].

Tỷ lệ đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh, độc tính, biến chứng muộn là các mục tiêu mà các nghiên cứu đặt ra. Trong nghiên cứu ngắn hạn này, chúng tôi chỉ đánh giá được bước đầu kết quả đáp ứng và ghi nhận được một số tác dụng phụ trong quá trình điều trị và biến chứng muộn trong thời gian theo dõi. Việc áp dụng PET CT cùng với MRI đã mang lại hiệu quả đánh giá chính xác hơn giai đoạn bệnh cũng như kết quả đáp ứng sau điều trị. Các nghiên cứu trên thế giới hiện nay, nhìn chung tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị đều trên 80%, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm trên 25%; tỷ lệ kiểm soát tại chỗ sau 5 năm trên 40%; tỷ lệ sống thêm không bệnh trên 20%; tỷ lệ sống thêm có bệnh trên 35% [9]. Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho kết quả rất đáng khích lệ, tiệm cận với kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới về ung thư khoang miệng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 45 bệnh nhân ung thư khoang miệng giai đoạn tiến triển, điều trị hóa xạ trị đồng thời triệt căn, sử dụng kỹ thuật VMAT, kết hợp đánh giá kết quả điều trị bằng MRI và PET CT thu được kết quả: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 71,1%, đáp ứng một phần là 28,9%, tỷ lệ tác dụng phụ và độc tính muộn là thấp. Hóa xạ trị triệt căn tiếp tục là chiến lược điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư khoang miệng giai đoạn tiến triển hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hiếu (2015).** Ung thư lưỡi, Ung thư học, Nhà xuất bản Y học.
2. **GLOBOCAN 2018. Oral cancer:** Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide.
3. **Rajab Alzahrani, Arwa Obaid, Hadi Al-Hakami, et al (2020).** Locally advanced oral cavity cancers: What is the optimal care?Cancer Control. Jan-Dec 2020;27(1).
4. **Eli D. Scher, Paul B. Romesser,Christine Chen, et al (2015).** Definitive chemoradiation for primary oral cavity carcinoma: A single institution experience. Oral Oncol. 2015 Jul; 51(7): 709–715.
5. **David J Sher, Vijaya Thotakura, Tracy A Balboni, et al (2011).** Treatment of Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma with Adjuvant or Definitive Intensity-Modulated Radiation Therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Nov 15;81(4).
6. **Foster CC, Melotek JM, Brisson RJ, et al (2018).** Definitive chemoradiation for locally-advanced oral cavity cancer: a 20-year experience. Oral Oncol. 2018; 80:16–22.
7. **Tangthongkum M, Kirtsreesakul V, Supanimitjaroenporn P, Leelasawatsuk P (2017).** Treatment outcome of advance staged oral cavity cancer: concurrent chemoradiotherapy compared with primary surgery. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology. 2017;274(6):2567–2572.
8. **Crombie AK, Farah C, Tripcony L, et al (2012).** Primary chemoradiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2012 Oct;48(10):1014-1018.
9. **Elbers JBW, Al-Mamgani A, Paping D, et al (2017).** Definitive (chemo)radiotherapy is a curative alternative for standard of care in advanced stage squamous cell carcinoma of the oral cavity.Oral Oncol. 2017 Dec; 75:163-168.

ẢNH HƯỞNG CỦA SỰ THIẾU HỤT VITAMIN D ĐỐI VỚI TIẾN TRIỂN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HBV

Nguyễn Khuyến[1], Nghiêm Xuân Hoàn[2], Nguyễn Thị Hiệp[2], Đỗ Tuấn Anh[3], Lê Hữu Song[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ thiếu hụt nồng độ vitamin D và mối tương quan giữa mức độ thiếu hụt đối với tiến triển lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Định lượng nồng độ vitamin D trong huyết thanh từ 298 bệnh nhân nhiễm viêm gan B (viêm gan B mạn tính [CHB], n=104; xơ gan [LC], n=89; ung thư gan [HCC], n=105) và 57 người khỏe mạnh (HC) bằng kĩ thuật ELISA. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để phân tích xác định các yếu tố nguy cơ đối với mức độ thiếu hụt vitamin D ở các bệnh nhân viêm gan B mạn tính. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu hụt vitamin D (<30 ng/mL) cao ở cả 2 nhóm: nhóm bệnh nhân nhiễm viêm gan B (80,3%) và ở nhóm người khỏe mạnh (86%). Trong đó tỷ lệ thiếu hụt mức độ nặng (<20 ng/ml) hoặc rất nặng (≤10 ng/ml) cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân nhiễm viêm gan B (46%) so với nhóm người khỏe mạnh (36,8%) (P=0,035). Sự thiếu hụt vitamin D liên quan có ý nghĩa đến tiến triển

[1]Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức
[2]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
[3]Bệnh viện 103
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khuyến
Email: nguyenkhuyenbvdg@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 18.6.2020

bệnh lý gan mạn tính (HCC: 91.4%; LC 77,5%; CHB: 70,7%; P<0,001). Tương tự, tỷ lệ thiếu hụt vitamin D nặng và rất nặng cao hơn có ý nghĩa ở bệnh nhân HCC so với LC và đặc biệt so với nhóm CHB (HCC: 55,3%; LC: 50,6%; CHB: 31,5%; P<0,0001). Nồng độ vitamin D có mối liên hệ tuyến tính chặt nhưng nghịch đảo với tải lượng vi rút (HBV-DNA) (rho=-0,6; P<0,0001). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy HBV-DNA là yếu tố độc lập liên quan đến nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân nhiễm HBV (P=0,00047). Hơn nữa, sự thiếu hụt vitamin D liên quan có ý nghĩa với tiến triển lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan (Child-Pugh C vs. Child-Pugh A+B, P=0,012). **Kết luận**: sự thiếu hụt vitamin D phổ biến ở bệnh nhân nhiễm HBV và có liên quan đến quá trình tiến triển lâm sàng đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển bao gồm xơ gan nặng và ung thư gan.

Từ khóa: Thiếu hụt vitamin D, nhiễm HBV infection, bệnh gan mạn tính, xơ gan, ung thư gan.

SUMMARY

VITAMIN D DEFICIENCY INFLUENCES THE CLINICAL COURSE OF HBV-RELATED LIVER DISEASE

Objectives: This study aimed to evaluate the deficiency of vitamin D in chronic HBV infected patients and its corelation with liver disease progression. **Methods**: We quantified the levels of total vitamin D [25-(OH) D2 and D3] in serum samples from 298 HBV patients (chronic hepatitis B infection [CHB], n=104; HBV-associated liver cirrhosis [LC], n=89; HBV-associated hepatocellular carcinoma [HCC], n=105) and 57 unrelated healthy controls (HC). Multivariate analyses were performed in order to determine the association between vitamin D levels and distinct clinical parameters. **Results**: The prevalence of vitamin D inadequacy (<30 ng/mL) was high among healthy individuals (86%) as well as in HBV patients (80,3%). Vitamin D deficiency (<20 ng/ml) or severe deficiency (<10 ng/ml) was observed more frequently among HBV patients (46%) compared to the control group (36,8%) (P=0,035). (36,8%) (P=0,035). Vitamin D deficiency is assocated with HBV-related liver disease progression (HCC: 91.4%; LC 77,5%; CHB: 70,7%; P<0,001). Similarly, Deficiency and severe deficiency (<20ng/mL) were observed more frequently in HCC patients (HCC: 55,3%; LC: 50,6%; CHB: 31,5%; P<0,0001). Vitamin D levels and HBV-DNA load were strongly and inversely correlated (rho=-0,57, P<0,0001). Multivariate regression analysis also revealed that HBV DNA is an independent factor associated with serum vitamin D levels in HBV infected patients (P=0,00047). In addition, reduced vitamin D levels were significantly associated with clinical progression of LC (Child-Pugh C versus Child-Pugh A+B, P=0,0012). **Conclusions**: Vitamin D deficiency was frequently observed in the majority of HBV-infected patients and associated with adverse clinical outcomes.

Keywords: Vitamin D deficiency, HBV infection, chronic liver disease, liver cirrhosis, hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm vi rút viêm gan B (HBV) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng mang tính toàn cầu có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm đe dọa đến cuộc sống và tính mạng người bị nhiễm bao gồm viêm gan cấp bùng phát, xơ gan và ung thư gan. Mối tương tác giữa đáp ứng miễn dịch vật chủ và vi rút viêm gan B quyết định bệnh cảnh lâm sàng viêm gan B. Các cơ chế miễn dịch bẩm sinh có nhiều vai trò quan trọng trong tiêu diệt virut viêm gan B qua việc sản sinh các cytokine đáp ứng viêm như các interferon (IFN- α/β and IFN-γ). Vitamin D đóng vai trò quan trọng trong việc điều phối hệ thống chuyển hóa xương, với chức năng cổ điển là giúp gia tăng sự hấp thu calcium qua tương tác với hormone tuyến cận giáp (PTH), bên cạnh đó nó còn có ý nghĩa lớn trong việc điều biến cả đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và miễn dịch thu được.

Phần lớn vitamin D tự nhiên trong cơ thể là VitaminD_3 (Cholecalciferol) thu nhận từ các chất dinh dưỡng và sau khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Vitamin D_2 không được tổng hợp trong cơ thể mà một lượng nhỏ vitamin D_2 (ergocalciferol) trong cơ thể được thu nhận từ thực vật. Cả hai dạng vitamin D_3 và vitamin D_2 đều là dạng không có hoạt tính. Tại gan quá trình hydroxylation xảy ra giúp tạo thành một cơ chất trung gian là calcidiol, 25-(OH)D. Calcidiol sau đó được chuyển thành dạng hoạt tính (calcitriol, 1.25-$(OH)_2$D) ở thận (2) và giải phóng vào hệ thống tuần hoàn. Việc định lượng chính xác dạng có hoạt tính calcitriol là rất phức tạp do nồng độ của nó quá thấp và còn vì thời gian bán hủy quá ngắn. Do đó định lượng nồng độ 25-$(OH)D_3$ và D_2 (các dạng không có hoạt tính) là yêu cầu trong việc chẩn đoán thiếu hụt vitamin D (2).

Ở những nước ôn đới, sự thiếu hụt vitamin D được xem là xảy ra phổ biến hơn do vùng địa lý gần với xích đạo và người dân có thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời rất ít. Ngược lại một giả định rằng ở các nước Đông Nam Á hay các nước vùng nhiệt đới với khí hậu ấm áp quanh năm thì tỷ lệ thiếu hụt vitamin D là không phổ biến. Tuy nhiên, một nghiên cứu gần đây tại Thành Phố Hồ Chí Minhcho thấy sự thiếu hụt vitamin D ở phụ nữ xảy ra khoảng 30% và ở nam giới là 16% (3). Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HBV cao dao động khoảng từ 10-20%. Tuy nhiên hiên chưa có một công trình nghiên cứu đánh giá về tình trạng thiếu hụt vitamin D trên đối tượng bệnh nhân nhiễm viêm gan B mạn tính. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: *(1) đánh giá tỷ lệ thiếu hụt vitamin D ở người khỏe mạnh và ở người nhiễm HBV mạn tính; (2) đánh giá mối liên quan giữa thiếu hụt vitamin D với tiến triển lâm sàng ở bệnh*

nhân nhiễm HBV bao gồm viêm gan B mạn tính (CHB), xơ gan (LC) và ung thư gan (HCC).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh- chứng

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 từ tháng 1/2013 – 1/2017.

298 bệnh nhân bị nhiễm HBV được chọn lựa ngẫu nhiên vào nghiên cứu này. Các bệnh nhân được phân loại thành 3 nhóm dựa theo tiêu chuẩn lâm sàng bao gồm CHB (n=104), LC (n=89), HCC (n=105). Không có bệnh nhân nào có tiền sử nghiện rượu hoặc tiêm chích. Ngoài ra, 57 người khỏe mạnh được chọn ngẫu nhiên từ những người hiến máu tình nguyện đã được sàng lọc âm tính đối với HBsAg, Anti-HCV và anti HIV.

Định lượng nồng độ vitamin D**:** Nồng độ Vitamin D toàn bộ huyết thanh được định lượng bằng phương pháp ELISA (Gentaur, Kampenhout, Belgium). Phương pháp phân tích này có thể xác định nồng độ vitamin D trong giới hạn 4,39-133 ng/mL. Độ nhạy của phương pháp là 1,5mg/dL. Dựa vào khuyến cáo của hiệp hội nội tiết Mỹ (Maryland, USA; https:// www.endocrine.org/), nồng độ vitamin D huyết thanh lớn hơn hoặc bằng 30 ng/ml được cho là bình thường. Trong nghiên cứu này chúng tôi phân loại sự thiếu hụt vitamin D như sau: nồng độ vitamin D bình thường (≥30 ng/ml), thiếu vitamin D mức độ vừa (20-29,9 ng/ml), thiếu vitamin D mức độ nặng (10-19,9 mg/ml), thiếu vitamin D mức độ rất nặng (<10 ng/ml).

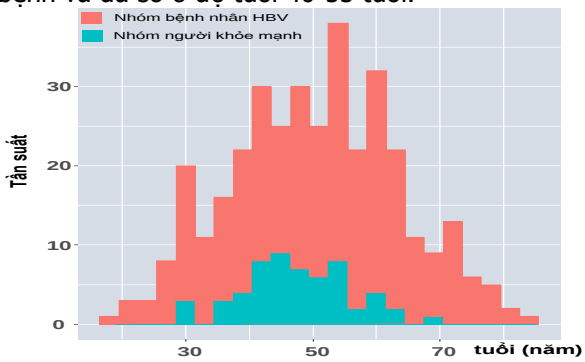
2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm R phiên bản 3.1.2 (http://www.r-project.org). Chi-square test được sử dụng để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm (≥2 nhóm). Mối tương quan giữa nồng độ vitamin D và các thông số cận lâm sàng được tính toán dựa trên phương pháp Spearman's rank correlation test. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính và logistic đa biến để xác định mối liên quan giữa sự thiếu hụt vitamin D với các yếu tố nguy cơ độc lập cũng như các thông số lâm sàng và cận lâm sàng. Tất cả các so sánh có ý nghĩa thống kê khi P< 0.05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm phân bố về tuổi

Nhận xét: Tuổi của bệnh nhân viêm gan B từ 19 tuổi đến 85 tuổi, trong đó có 25% bệnh nhân có tuổi từ 19 tuổi đến 32 tuổi, 50% bệnh nhân có tuổi từ 32 tuổi đến 76 tuổi và 25% bệnh nhân còn lại có tuổi từ 76 tuổi đến 85 tuổi. Đa số bệnh nhân mắc VGB có độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi với tỷ lệ 51,4%. Đối với nhóm chứng là người khỏe mạnh: tuổi có xu hướng trẻ hơn nhóm bệnh và đa số ở độ tuổi 40-55 tuổi.



Hình 1*. Phân bố tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân HBV và người khỏe mạnh:*

Bảng 1. Phân bố giới trong các nhóm bệnh nhân viêm gan B và người khỏe mạnh

Phân nhóm	Giới tính		
	Nữ n (%)	Nam n (%)	Tổng
HC	160 (33,3)	78 (66,7)	57(100)
CHB	13 (12,5)	91 (87,5)	104(100)
LC	13 (14,6)	76 (85,4)	89(100)
HCC	0 (0)	105 (100)	105(100)

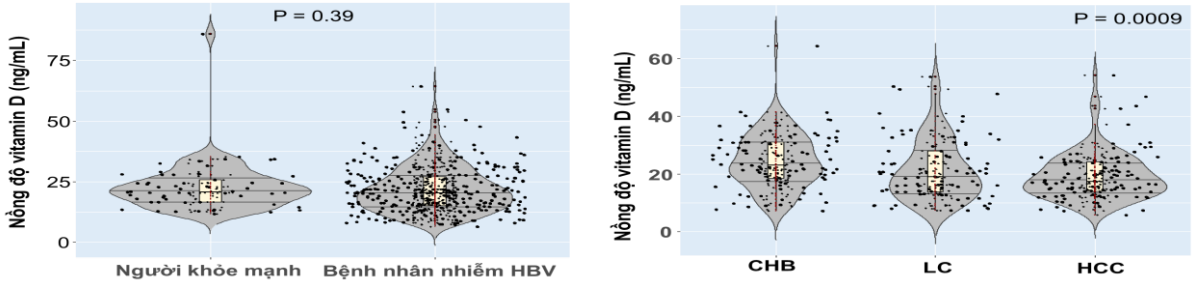
Nhận xét: Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu là nam giới. Trong số 104 bệnh nhân nhóm viêm gan B mạn tính (CHB), 87,5% bệnh nhân là nam giới và 12,5% là nữ giới. Ở nhóm LC có 85,4% bệnh nhân là nam giới, nữ giới chiếm 14,6% số bệnh nhân. Trong số 105 bệnh nhân HCC, 100% bệnh nhân là nam giới.

3.2. Một số đặc điểm về cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân viêm gan B

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Thông số cận lâm sàng	Giá trị (median và khoảng min-max)
WBC	6,42 [1,81-20,5]
RBC	4,47 [1,9-7,4]
PLT	144,5 [6,7-641]
AST	98 [17-7700]
ALT	64 [4-4908]
Bilirubin toàn phần	22,7 [6-733]
Bilirubin trực tiếp	8,8 [0-449,1]
Albumin	36 [16-54]
Prothobin	75,85 [14,1-140]
Nồng độ Vitamin D	20,42 [6,4-64,4]
Tải lượng HBV	4,5e5 [212-1,1e10]
AFP	18,4 [0,9-400]

3.3. Nồng độ vitamin D ở bệnh nhân nhiễm HBV và người khỏe mạnh



Hình 3. Phân bố nồng độ vitamin D ở bệnh nhân nhiễm HBV và người khỏe mạnh: *Không* có sự khác biệt giữa 2 nhóm người khỏe mạnh và nhóm bệnh nhân viêm gan B (mean±SD; bệnh nhân HBV: 21,9±9,7 ng/ml; HC: 22,9±10,6 ng/ml). Nồng độ vitamin D có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh nhân CHB, LC và HCC (mean±SD: HCC: 20±8,3; LC: 21,5±10,6; CHB: 24,4±9,6 ng/mL; P=0,0009).

Bảng 2. Mức độ thiếu hụt Vitamin D phân theo đối tượng nghiên cứu.

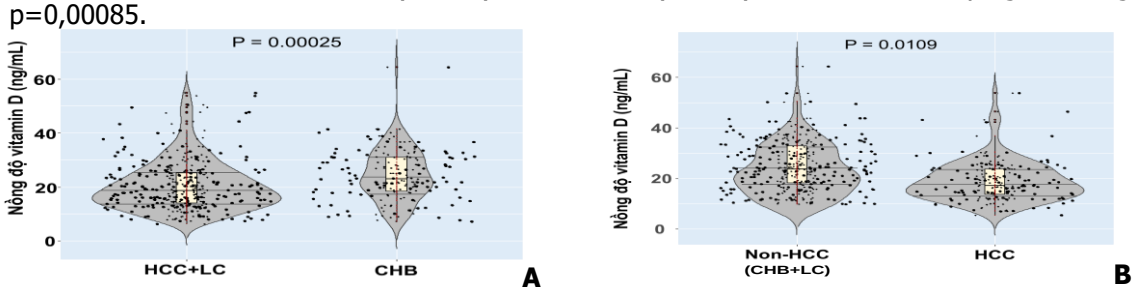
Mức độ thiếu hụt vitamin D		Rất nặng n (%)	Nặng n (%)	Nhẹ-Vừa n (%)	Bình thường n (%)	p
Nhóm đối tượng	**HC**	0 (0)	21 (36,8)	28 (49,1)	8 (14,1)	**0,035***
	BN_ HBV	25 (8,7)	107 (37,4)	98 (34,3)	56 (19,6)	

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu hụt vitamin D nặng và rất nặng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh so với nhóm người khỏe mạnh (46,1% so với 36,8%). Không có đối tượng nào thiếu hụt vitamin D rất nặng gặp ở nhóm HC. Sự khác biệt về mức độ thiếu hụt giữa các nhóm HC và bệnh nhân có ý nghĩa thống kê với P=0,035.

Bảng 3. Phân bố sự thiếu hụt vitamin D theo nhóm bệnh

Phân loại thiếu hụt vitamin D		Thiếu hụt n (%)	Bình thường n (%)	Tổng n (%)	P
Nhóm bệnh nhân	**CHB**	65 (70,6)	27 (29,4)	92 (100)	0,00085*
	LC	69 (77,5)	20 (22,5)	89 (100)	
	HCC	96 (91,4)	9 (8,6)	105 (100)	

Chú thích: * Kiểm định χ^2: Tỷ lệ người thiếu hụt vitamin D ở nhóm HCC (91,4%) cao hơn tỷ lệ người thiếu vitamin D ở nhóm CHB (70,7%) và nhóm LC (77,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,00085.



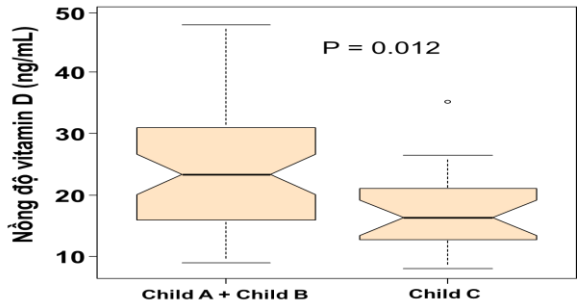
Hình 3. *So sánh nồng độ vitamin D giữa các nhóm bệnh được phân loại dựa theo tiến triển và chẩn đoán lâm sàng. (**A**) nhóm HCC + LC vs. CHB và (**B**) nhóm HCC vs. Non-HCC.*

Nhận xét: (A) Nồng độ vitamin D thấp hơn ở nhóm LC + HCC so với nhóm CHB, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,00025. (B) Nhóm không HCC có nồng độ vitamin D cao hơn nhóm HCC có ý nghĩa thống kê với p=0,0109.

Bảng 4. Phân bố mức độ thiếu hụt vitamin D theo các nhóm bệnh

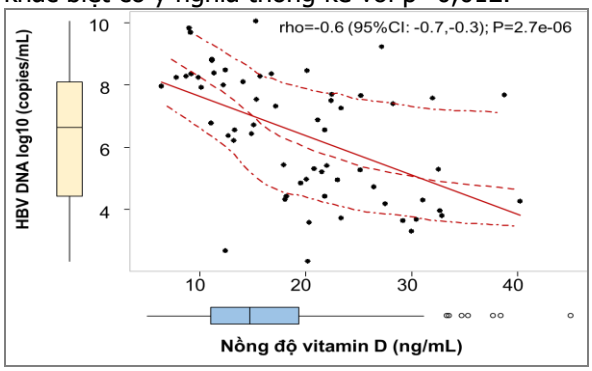
Mức độ thiếu hụt vitamin D		Rất nặng n (%)	Nặng n (%)	Nhẹ-Vừa n (%)	Bình thường n (%)	p
Nhóm bệnh	**CHB**	6 (6,5)	23 (25)	36 (39,1)	27 (29,4)	**0,00049**
	LC	12 (13,5)	33 (37,1)	24 (27)	20 (22,5)	
	HCC	7 (6,6)	51 (48,6)	38 (36,2)	9 (8,6)	

Nhận xét: Tỷ lệ người thiếu rất nặng và nặng gặp nhiều hơn ở bệnh nhân LC (50,6%) và HCC (55,2%) so với nhóm CHB (31,5%). Sự khác biệt về mức độ thiếu hụt vitamin D giữa các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,00049.



Hình 4: Phân bố nồng độ vitamin D theo phân loại Child Pugh

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được phân loại theo Child A + Child B có nồng độ vitamin D cao hơn nhóm bệnh nhân được phân loại Child C, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,012.



Hình 5. Mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và nồng độ vitamin D huyết thanh

Có mối tương quan tuyến tính nghịch giữa nồng độ vitamin D và tải lượng HBV DNA ở bệnh nhân nhiễm viêm gan B với hệ số tương quan rho=-0,6 (95%CI: -0,7; -0,3), mối tương quan có ý nghĩa thống kê với P<0,0001.

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin D ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính

Biến (yếu tố ảnh hưởng)	Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến	
	p	Hệ số tương quan β
Age (biến liên tục)	0,85	0,01
Giới (Nam vs. Nữ)	0,87	- 1,04
ALT levels (biến liên tục)	0,28	0,003
AST levels (biến liên tục)	0,53	-0,001
Total Bilirubin (biến liên tục)	0,58	-0,006
Ung thư gan (HCC vs. non-HCC)	0,047	-6,7
HBV-DNA (log10 copies/ml, biến liên tục)	0,00047	-1,97

Nhận xét: Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy HCC và tải lượng HBV DNA là 2 yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tình trạng vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính.

IV. BÀN LUẬN

Vitamin D được cho là một loại hormone đóng vai trò quan trọng không chỉ trong cơ chế trao đổi calcium và cơ chế điều hòa cân bằng chuyển hóa hệ thống xương mà còn có nhiều ảnh hưởng trong sự điều hòa của hệ miễn dịch trong cơ thể (2). Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy sự thiếu hụt vitamin D ảnh hưởng đến nhiều bệnh lý khác nhau như loãng xương, bệnh tự miễn, hen xuyễn, bệnh lý truyền nhiễm và nhiều loại ung thư khác nhau (2). Nghiên cứu này cho thấy rằng sự thiếu hụt vitamin D xảy ra với tỷ lệ cao ngay cả người khỏe mạnh nói chung và đặc biệt cao ở nhóm bệnh nhân bị nhiễm vi rút viêm gan B.

Gần đây nhiều nghiên cứu cho thấy hơn 90% bệnh nhân có sự thiếu hụt vitamin D có liên quan đến tiến triển bệnh lý gan mạn tính. Theo ước tính có khoảng hơn một tỷ người trên toàn thế giới có tình trạng thiếu hụt vitamin D (2). Sự thiếu hụt vitamin D rõ ràng xảy ra phổ biến hơn ở những người cao tuổi và ở phụ nữ (2, 3). Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, trong cả phân tích đơn biến và phân tích đa biến cho thấy rằng yếu tố độc lập duy nhất có liên quan đến sự thiếu hụt vitamin D là tải lượng vi rút HBV-DNA (liên quan tuyến tính nghịch với hệ số tương quan rho=-0,6, P<0,0001). Nghiên cứu của chúng tôi cũng là một trong những nghiên cứu đầu tiên cho thấy rằng HBV-DNA là một yếu tố tiên lượng tốt để ước đoán mức độ thiếu hụt vitamin D ở bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính.

Nguyên nhân của sự thiếu hụt vitamin D ở bệnh nhân viêm gan mạn được cho là do nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau. Giải thích cho sự thiếu hụt vitamin D ở những bệnh nhân này có thể là do sự suy giảm chức năng gan. Tổn thương gan ở bệnh nhân nhiễm HBV có thể dẫn đến làm giảm sự tổng hợp và chuyển hóa vitamin D thông qua giảm tổng hợp protein gắn kết vitamin D (vitamin D binding protein) và làm lỗi quá trình hydroxylation của vitamin D xảy ra trong gan. Kết quả của nhiều nghiên cứu trước cho thấy rằng nồng độ vitamin D có mối tương quan thuận với nồng độ albumin và số lượng tiểu cầu và có mối tương quan đảo nghịch với nồng độ ALT trong viêm gan mạn hoạt động. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một nghiên cứu trước cho rằng sự thiếu hụt vitamin D có mối tương quan chặt, đảo nghịch với nồng độ vi rút HBV-DNA (4). Chúng tôi cho rằng sự thiếu hụt vitamin D ở bệnh nhân nhiễm HBV có thể làm lỗi quá trình ức chế sự nhân lên của HBV. Hơn nữa, nồng độ vitamin D thấp đã được chứng minh là có liên hệ với tỷ lệ đáp ứng kháng vi rút

lâu dài trong liệu pháp interferon ở bệnh nhân viêm gan B và C mạn tính.

Liên quan đến quá trình tiến triển bệnh lý viêm gan B mạn tính, nhiều nghiên cứu cho thấy rằng vitamin D liên quan đến ức chế quá trình viêm và tiến triển xơ gan. Những bằng chứng này đã được chứng minh trên chuột bị knockout các thụ cảm thể vitamin D (vitamin D receptor). Những nghiên cứu khác cũng chứng minh rõ ràng rằng sự thiếu hụt vitamin D là nguyên nhân của tình trạng tiến triển xơ hóa gan trên những đối tượng bệnh nhân viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu (NAFLD) và ở bệnh nhân nhiễm HCV. Trong nghiên cứu lâm sàng này, chúng tôi thấy một kết quả tương đồng rằng sự thiếu hụt vitamin D mức độ nặng và rất nặng được phát hiện phổ biến hơn một cách có ý nghĩa ở những bệnh nhân xơ gan nặng (Child-Pugh C) so với các bệnh nhân child-pugh A và B. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đồng với những nghiên cứu trước cho thấy rằng một sự tương quan giữa mức độ thiếu hụt vitamin D đối với sự phát sinh ung thư gan (5). Vitamin D có thể ức chế sự phát triển của dòng tế bào ung thư gan trên cả các thử nghiêm in vitrovà in vivo và sự bổ sung đầy đủ vitamin D có thể làm giảm nguy cơ của nhiều loại ung thư gan trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (randomized clinical trial) (6).

Mặc dù sự thiếu hụt vitamin D có liên quan với những hậu quả lâm sàng bất lợi ở những bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Nồng độ vitamin D huyết thanh bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố bao gồm tình trạng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, mùa tại thời điểm thu thập mẫu nghiên cứu, và chế độ ăn của bệnh nhân… Tuy nhiên những thông tin này không sẵn có và vì vậy không được phân tích trong nghiên cứu này. Một hạn chế khác đó là nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế là nghiên cứu cắt ngang, nồng độ vitamin D chỉ được đánh giá tại một thời điểm. Vì vậy, chúng tôi không thể xác định độ dao động của nồng độ vitamin D theo quá trình tiến triển lâm sàng của bệnh nhân cũng như mối liên quan nhân quả giữa sự thiếu hụt vitamin D và bệnh gan liên quan đến nhiễm HBV.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu hụt vitamin D cao ở bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính và có liên quan đến quá trình tiến triển lâm sàng đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển bao gồm xơ gan nặng và ung thư gan. HBV-DNA là yếu nguy cơ độc lập tiên lượng mức độ thiếu hụt vitamin D ở bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Plum LA, Deluca HF. Vitamin D**, disease and therapeutic opportunities. Nat Rev Drug Discov. 2010;9(12):941-55.
2. **Holick MF. Vitamin D deficiency.** N Engl J Med. 2007;357(3):266-81.
3. **Nguyen HT, von SB, Nguyen TV, Dzung DN, Duc PT, Thuy VT, et al**. Vitamin D deficiency in northern Vietnam: prevalence, risk factors and associations with bone mineral density. Bone. 2012;51(6):1029-34.
4. **Farnik H, Bojunga J, Berger A, Allwinn R, Waidmann O, Kronenberger B, et al.** Low vitamin D serum concentration is associated with high levels of hepatitis B virus replication in chronically infected patients. Hepatology. 2013;58(4):1270-6.
5. **Fedirko V, Duarte-Salles T, Bamia C, Trichopoulou A, Aleksandrova K, Trichopoulos D, et al.** Prediagnostic circulating vitamin D levels and risk of hepatocellular carcinoma in European populations: a nested case-control study. Hepatology. 2014;60(4):1222-30.
6. **Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP.** Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial. Am J Clin Nutr. 2007; 85(6):1586-91.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CAO DÁN HOẠT LẠC HV TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Nguyễn Tiến Chung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của Cao dán Hoạt lạc HV trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Phương pháp**: nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước sau có nhóm chứng. **Kết quả**: Sử dụng Cao dán Hoạt lạc HV kết hợp hồng ngoại trị liệu trong 21 ngày có tác cải thiện một số triệu chứng trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối: giảm 71,1% mức độ đau theo VAS, tăng 28,4% tầm vận động gấp khớp gối, tăng 54,2% chức năng khớp gối theo Lequesne. Tác

**Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Chung
Email: nguyentienchung89@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 4.6.2020
Ngày duyệt bài: 16.6.2020

dụng này tương đương nhóm chứng sử dụng điện châm và hồng ngoại trị liệu.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, Hoạt lạc HV

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF HOAT LAC HV ON THE KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS

Objective: evaluate the effectiveness of Hoat lạc HV on the patients with knee osteoarthritis . **Method**: prospective clinical trial research, comparing before and after, controlled study. **Results**: Used of Hoat lac HV with infrared therapy for 21 days improved some symptoms in patients with knee osteoarthritis: decreased 71.1% of pain level according VAS score, increased 28.4% range knee movements, up 54.2% according to Lequesne score. This effect is equivalent to the control group using combined electric-acupuncture with infrared therapy.

Keywords: knee osteoarthritis, Hoat lac HV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh lý mạn tính phổ biến của khớp. Bệnh gặp ở mọi chủng tộc, dân tộc, mọi điều kiện khí hậu, địa lý, kinh tế. Tuổi càng cao tỷ lệ bệnh càng tăng. Nguyên nhân là do các quá trình cơ học, sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại của sụn và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hóa và chấn thương, cuối cùng dẫn tới các thay đổi về hình thái, sinh hóa, phân tử và cơ sinh học của tế bào và chất cơ bản của sụn, gây nhuyễn hóa, nứt loét và mất sụn khớp, xơ hóa xương dưới sụn, tạo gai xương và hốc xương dưới sụn. Hậu quả của bệnh là tình trạng đau kéo dài, làm cho người bệnh giảm vận động, lâu ngày dẫn đến teo cơ, cứng khớp, biến dạng khớp, ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động [1],[2].

Dùng thuốc bên ngoài là một phương pháp đặc trưng và nổi bật của y học cổ truyền, đem lại hiệu quả cao trong điều trị, đã được chứng minh qua các nghiên cứu thực nghiệm. Bao gồm thuốc cao, thuốc ngâm, thuốc xông, thuốc xoa bóp... Khi dùng cao thuốc đắp tại chỗ, thuốc thẩm thấu qua da, tác dụng trực tiếp vào tổ chức bị bệnh; có thể mở rộng huyết quản, thúc đẩy tuần hoàn huyết dịch cục bộ. Từ đó phát huy tác dụng khứ hàn trừ thấp, ôn kinh hoạt huyết, hoãn cấp chỉ thống [3]. Trong quá trình thực hành lâm sàng, bằng pháp biện chứng của y học cổ truyền, chúng tôi sử dụng bài thuốc Hoạt Lạc HV điều trị cho bệnh nhân trên lâm sàng, bước đầu cho thất kết quả khả quan. Với mục đích nâng cao chất lượng điều trị, đóng góp thêm một phương pháp mới trong điều trị THKG, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *đánh giá tác dụng của Cao dán Hoạt lạc HV trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu. Bài thuốc Hoạt lạc HV bao gồm: Kinh giới 10gram, Phòng phong 10gram, Nhũ hương 10gram, Một dược 10gram, Xuyên ô 10gram, Địa liền 20gram, Quế chi 10gram, Huyết giác 10gram. Dược liệu được cung cấp bởi công ty Mediplantex, đáp ứng tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V.

Thuốc được bào chế thành dạng cao dán từ dịch chiết toàn phần trong cồn. Địa điểm bào chế: Khoa Dược, Bệnh viện y học cổ truyền Bộ công an. Cao thành phẩm sẽ được bảo quản trong lọ thủy tinh theo tiêu chuẩn cơ sở, khi sử dụng sẽ phết lên các miếng dán có kích thước 18 x15cm một lớp có độ dầy 1-2mm, diện tích 10x10cm, sau đó dán lên các vị trí đau của bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước sau có nhóm chứng. 70 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo ACR-1991 [4], giai đoạn 1, 2, 3 theo phân loại của Kellgren & Lawrence [5], siêu âm khớp không có tràn dịch, điều trị tại Bệnh viện y học cổ truyền Bộ công an năm 2019, chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, mỗi nhóm 35 người:

- Nhóm nghiên cứu (NC): 35 bệnh nhân, đắp ngoài da thuốc Hoạt Lạc HV kết hợp hồng ngoại trị liệu vùng khớp gối và uống glucosamin 1500mg, ngày 01 lần.
- Nhóm đối chứng (ĐC): 35 bệnh nhân, điện châm kết hợp hồng ngoại trị liệu vùng khớp gối và uống glucosamin 1500mg, ngày 01 lần.

Bệnh nhân ở các nhóm được điều trị trong 21 ngày liên tục. Thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu tại thời điểm D_0, D_7, D_{14}, D_{21} bao gồm: tuổi, giới, mức độ đau theo VAS (Visual Analogue Scale), chức năng khớp gối theo Lequesne và WOMAX và kết quả điều trị chung theo B.Amor.

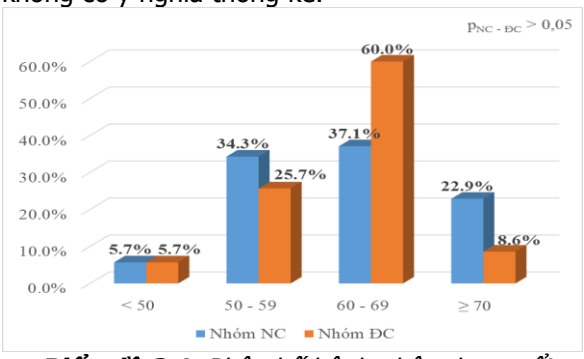
2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phương pháp y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng thuật toán χ^2 (chi-2) với số liệu định tính; so sánh trước sau bằng thuật toán so sánh từng cặp paired-sample T-test, so sánh đối chứng bằng thuật toán kiểm định giá trị trung bình của hai mẫu độc lập Independent-sample T-test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

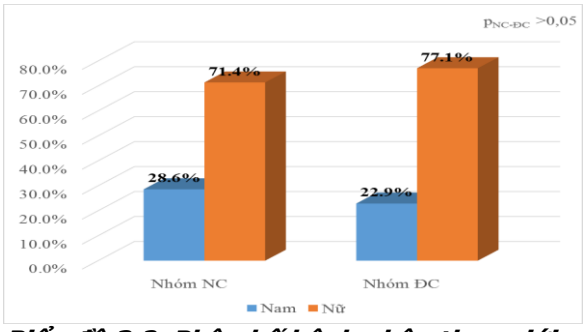
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Đa số bệnh nhân của cả hai nhóm nằm trong độ tuổi từ 50- 69 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 60-69 chiếm nhiều nhất, nhóm NC là 34,3%, nhóm ĐC là 60%, tiếp đến là nhóm tuổi 50-59, ít gặp nhất ở nhóm dưới 50 tuổi

(5,7% ở cả hai nhóm). Bệnh nhân nhiều tuổi nhất 79 tuổi, ít tuổi nhất là 46 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm NC 62,06 ± 8,25 (tuổi), nhóm ĐC 61,11 ± 8,09 (tuổi). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.1. *Phân bố bệnh nhân theo tuổi*



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Trong cả hai nhóm, tỷ lệ bệnh nhân nữ bị bệnh cao hơn bệnh nhân nam; ở nhóm NC là 71,4%, còn nhóm ĐC là 77,1%. Sự khác biệt về tỉ lệ nam nữ giữa hai nhóm NC và nhóm ĐC không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Tác dụng của cao dán Hoạt lạc HV

3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.1. Diễn biến điểm VAS trung bình tại các thời điểm

Nhóm / Thời điểm		Điểm VAS trung bình ($\bar{X}$ ± SD)		p(NC- ĐC)
		Nhóm NC (n= 35)	Nhóm ĐC (n=35)	
D_0		5,74 ± 0,82	5,46 ± 0,78	> 0,05
D_7		4,77 ± 0,81	4,83 ± 0,62	> 0,05
D_{14}		3,26 ± 0,95	3,20 ± 0,74	> 0,05
D_{21}		1,66 ± 1,59	1,63 ± 1,35	> 0,05
$p_{(7-0)}$		< 0,05	< 0,05	
$p_{(14-0)}$		< 0,05	< 0,05	
$p_{(21-0)}$		< 0,01	< 0,01	
Hiệu suất giảm	$D0-D_7$	0,97	1,08	> 0,05
	D_0-D_{14}	2,48	2,26	> 0,05
	D_0-D_{21}	4,08	3,83	> 0,05

Nhận xét: Trước điều trị, mức độ đau (VAS) trung bình của nhóm NC là 5,74±0,82 (điểm), của nhóm ĐC là 5,46±0,78 (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Trong thời gian điều trị, điểm VAS trung bình của cả hai nhóm giảm dần: nhóm NC giảm tương ứng tại các thời điểm D_7, D_{14} và D_{21} là: 16,9%, 52,0% và 71,1%; nhóm ĐC giảm tương ứng tại các thời điểm là: 19,8%, 41,4% và 70,1%. Ở cả hai nhóm, chênh lệch điểm VAS trung bình tại D_7, D_{14}, D_{21} so với thời điểm D_0 có ý nghĩa thống kê với p<0,05 và p<0,01.

Điểm VAS trung bình ở nhóm NC có xu hướng giảm nhanh hơn so với nhóm ĐC, tuy vậy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Cải thiện tầm vận động khớp gối

Bảng 3.2. Tầm vận động gấp khớp gối tại các thời điểm

Nhóm / Thời điểm		TVĐ gấp khớp gối trung bình (độ) ($\bar{X}$ ± SD)		p(NC- ĐC)
		Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	
D_0		104,31º ± 5,12º	105,80º ± 4,90º	> 0,05
D_7		114,66º ± 5,54º	115,14º ± 4,15º	> 0,05
D_{14}		124,11º ± 7,88º	123,97º ± 6,99º	> 0,05
D_{21}		133,89º ± 9,64º	133,63º ± 7,25º	> 0,05
$p_{(7-0)}$		< 0,05	< 0,05	
$p_{(14-0)}$		< 0,05	< 0,05	
$p_{(21-0)}$		< 0,01	< 0,01	
Hiệu suất tăng	D_7-D_0	10,3 (9,9%)	9,3 (8,8%)	> 0,05
	$D_{14}-D_0$	20,1 (19,3%)	18,1 (17,1%)	> 0,05
	$D_{21}-D_0$	29,6 (28,4%)	27,8 (26,2%)	> 0,05

Nhận xét: Trước điều trị, tầm vận động khớp gối của nhóm NC là 104,31 ± 5,12 (độ), của nhóm ĐC là 105,8 ± 4,9 (độ). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Trong thời gian điều trị, tầm vận động trung bình của cả hai nhóm đều tăng dần: nhóm NC tăng tương ứng tại các thời điểm D_7, D_{14} và D_{21} là: 9,9%, 19,3% và 28,4%; nhóm ĐC tăng tương ứng tại các thời điểm là: 8,8%, 17,1% và 26,2%. Ở cả hai nhóm, sự thay đổi tầm vận động khớp gối trung bình tại D_7, D_{14}, D_{21} so với thời điểm D_0 có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ và $p<0,01$. Không có sự khác biệt về tầm vận động gấp khớp gối tại các thời điểm giữa hai nhóm.

3.2.3. Cải thiện chức năng khớp gối

Bảng 3.3. Sự thay đổi điểm Lequesne trung bình

Thời gian \ Nhóm		Điểm Lequesne ($\overline{X}$ ± SD)		p(NC-ĐC)
		Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	
D_0		21,43 ± 0,56	21,77 ± 0,65	> 0,05
D_7		20,43 ± 1,20	20,77 ± 1,33	> 0,05
D_{14}		17,54 ± 2,82	17,17 ± 2,53	> 0,05
D_{21}		9,86 ± 6,34	10,03 ± 5,88	> 0,05
$p_{(7-0)}$		< 0,05	< 0,05	
$p_{(14-0)}$		< 0,05	< 0,05	
$p_{(21-0)}$		< 0,01	< 0,01	
Hiệu suất giảm	D_0- D_7	1,0 (4,7%)	1,0 (4,6%)	> 0,05
	D_0- D_{14}	3,9 (18,2%)	4,6 (21,2%)	> 0,05
	D_0- D_{21}	11,6 (54,2%)	11,7 (52,5%	> 0,05

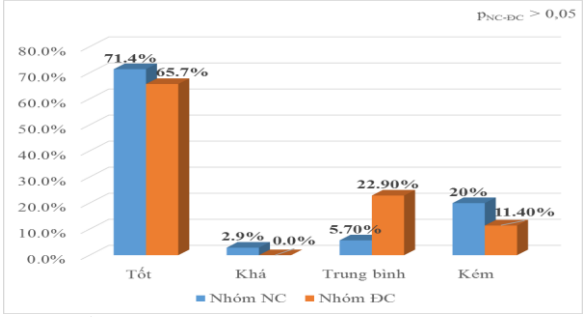
Nhận xét: Trước điều trị, điểm Lequesne trung bình của nhóm NC là 21,43 ± 0,56 (điểm), của nhóm ĐC 21,77 ± 0,65 (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Trong thời gian điều trị, chức năng khớp gối tăng dần, tăng mạnh sau 2 tuần, biểu hiện qua điểm Lequesne trung bình của cả hai nhóm có xu hướng giảm dần: nhóm NC giảm tương ứng tại các thời điểm D_7, D_{14} và D_{21} là: 4,7%, 18,2% và 54,2%; nhóm ĐC giảm tương ứng tại các thời điểm là: 4,6%, 21,2% và 52,5%. Ở cả hai nhóm, sự thay đổi tầm vận động khớp gối trung bình tại D_7, D_{14}, D_{21} so với thời điểm D_0 có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Không có sự khác biệt về tầm vận động gấp khớp gối tại các thời điểm giữa hai nhóm.

Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm WOMAC chung

Thời gian \ Nhóm		Điểm WOMAC trung bình($\overline{X}$ ± SD)		p(NC-ĐC)
		Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	
D_0		65,03 ± 3,55	65,74 ± 3,88	> 0,05
D_7		59,74 ± 5,50	60,54 ± 4,92	> 0,05
D_{14}		43,66 ± 8,62	42,09 ± 7,11	> 0,05
D_{21}		23,00 ± 17,74	23,37 ± 15,15	> 0,05
P(7-0)		< 0,05	< 0,05	
P(14-0)		< 0,05	< 0,05	
P(21-0)		< 0,01	< 0,01	
Hiệu suất giảm	D_0- D_7	5,3 (8,2%)	5,2 (7,9%)	> 0,05
	D_0- D_{14}	21,4 (32,9%)	23,7 (36,4%)	> 0,05
	D_0- D_{21}	42,0 (64,6%)	41,7 (63,4%)	> 0,05

Nhận xét: Trước nghiên cứu, chức năng khớp gối theo WOMAC trung bình của nhóm NC 65,03 ± 3,55 (điểm), của nhóm ĐC 65,74 ± 3,88 (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Trong quá trình điều trị, điểm Womac của cả hai nhóm đều được cải thiện dần, khác biệt rõ rệt sau 2 tuần. Sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.3. Phân loại kết quả điều trị

chung sau 21 ngày điều trị

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, triệu chứng của bệnh nhân có cải thiện đáng kể so với thời điểm D_0 trước điều trị. Tỷ lệ bện nhân đạt kết quả tốt đạt 71,4% ở nhóm NC, và 65,7% ở nhóm ĐC. Bệnh nhân có kết quả khá, trung bình, kém ở nhóm NC lần lượt là 2,9%, 5,7% và 20%, ở nhóm ĐC là 0%, 22,9%, và 11,4%. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Đau tại khớp và hạn chế vận động khớp là những biểu hiện thường gặp nhất trong bệnh lý thoái hóa khớp gối, đây cũng là nguyên nhân khiến người bệnh đến khám bệnh. Vì vậy, đánh giá kết quả của phương pháp điều trị trên bệnh lý thoái hóa khớp gối, tiêu chí xác định mức độ đau và tầm vận động khớp thường được sử dụng [6]. Kết quả trình bày ở bảng 3.1 cho thấy, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS của người bệnh nghiên cứu tại thời điểm D_0 là 5,7 và 5,4 điểm, thuộc mức độ đau trung bình. Tại thời điểm một tuần sau điều trị, điểm VAS trung bình có xu hướng giảm dần, tuy nhiêm mức độ chưa nhiều; các thời điểm sau đó, mức độ đau theo VAS giảm mạnh hơn: nhóm NC giảm tương ứng tại các thời điểm D_7, D_{14} và D_{21} là: 16,9%, 52,0% và 71,1%; nhóm ĐC giảm tương ứng tại các thời điểm là: 19,8%, 41,4% và 70,1%; tại thời điểm sau 21 ngày điều trị, đa số bệnh nhân có mức độ đau nhẹ. Ở cả hai nhóm, chênh lệch điểm VAS trung bình tại D_7, D_{14}, D_{21} so với thời điểm D_0 có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ và $p<0,01$. Số liệu tại bảng 3.2, 3.3 và 3.4 cho thấy, trong thời gian điều trị, tầm vận động khớp gối trung bình của cả hai nhóm đều tăng dần: nhóm NC tăng tương ứng tại các thời điểm D_7, D_{14} và D_{21} là: 9,9%, 19,3% và 28,4%; nhóm ĐC tăng tương ứng tại các thời điểm là: 8,8%, 17,1% và 26,2%. Ở cả hai nhóm, sự thay đổi tầm vận động khớp gối trung bình tại D_7, D_{14}, D_{21} so với thời điểm D_0 có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ và $p<0,01$. Tương tự, chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne và Womac cũng cho kết quả với diễn biến tương ứng. Kết quả này cho thấy, liệu pháp đắp Cao dán HV kết hợp đèn hồng ngoại có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động ở các bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

Theo y học cổ truyền, chứng đau nhức trong thoái hóa khớp gối được mô tả trong phạm vi chứng tý. "Tý" nghĩa là tắc, do khí huyết, kinh mạch không thông. Nguyên nhân do công năng tạng phủ can thận hư suy, không vinh dưỡng cân cốt, "thất vinh tắc thống". Thêm vào đó, khi thời tiết thay đổi, tà khí phong hàn thấp thịnh, xâm phạm vào kinh lạc khiến khí huyết tuần hành càng bị tắc trở, "bất thông tắc thống" [7]. Do vậy, điều trị chứng tý rất chú trọng đánh đuổi tà khí phong hàn thấp, bồi bổ công năng tạng phủ can thận, tăng cường tuần hoàn khí huyết, thông kinh hoạt lạc, "thông tắc bất thống", chứng đau sẽ được hoãn giải. Bài thuốc Hoạt lạc HV với thành phần: Phòng phong có tác dụng khu phong, Ô đầu tán hàn, thông kinh lạc; Ô đầu có tác dụng trừ hàn thấp; Nhũ hương, Một dược có tác dụng hành khí hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc; Quế chi, Huyết giác [7]; cả bài thuốc có tác dụng ôn kinh thông lạc, hành khí hoạt huyết giúp người bệnh giảm đau, mền cân cơ; nhờ đó hồi phục chức năng vận động khớp.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, sử dụng kết hợp đắp ngoài da Hoạt lạc HV kết hợp hồng ngoại trị liệu cho kết quả điều trị tương đương sử dụng điện châm kết hợp hồng ngoại. Kết quả này giúp người bệnh thoái hóa khớp gối có thêm một lựa trên lâm sàng. Mặt khác, dạng bào chế sẵn, tiện lợi sử dụng của Hoạt lạc HV giúp người bệnh chủ động hơn trong quá trình điều trị, góp phần đa dạng hóa phương pháp trị liệu cho thầy thuốc. Tuy vậy, đây mới là kết quả bước đầu về đánh giá tác dụng của cao dán Hoạt lạc HV. Cao dán này có thể cho kết quả khả quan khi sử dụng độc lập trên các bệnh nhân thoái hóa khớp gối hay không? Chúng tôi cần một thiết kế nghiên cứu khác để khẳng định.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng Cao dán Hoạt lạc HV kết hợp hồng ngoại trị liệu trong 21 ngày có tác cải thiện một số triệu chứng trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối: giảm 71,1% mức độ đau theo VAS, tăng 28,4% tầm vận động gấp khớp gối, tăng 54,2% chức năng khớp gối theo Lequesne. Tác dụng này tương đương nhóm chứng sử dụng điện châm và hồng ngoại trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015),** Thoái hóa khớp. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 140 – 153
2. **Bộ Y tế (2014),** Chẩn đoán và điều trị thoái hóa khớp gối. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.124- 127.
3. **Hoàng Bảo Châu (2006),** Chứng tý. Nội khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 528-538.
4. **ACR (2000),** "Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee", American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Arthritis Rheum, 43: 1905-1915.
5. **Kellgren J.H., Lawrence J.S. (1957),**

"Radiological assessment of osteoarthritis", Ann Rheum Dis. 16: 494-501.
6. **Nguyễn Thị Ái (2006)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp. Luận văn thạc sỹ Y học. Trường đại học Y Hà Nội.
7. Trần Thúy (2016), Bài giảng y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1, tr. 62–70.

CHẨN ĐOÁN ĐIỆN TRONG GIAI ĐOẠN SỚM BỆNH XƠ CỨNG CỘT BÊN TEO CƠ

Vũ Thị Hinh[1], Nguyễn Văn Tuận[2], Nguyễn Văn Liệu[1]

TÓM TẮT

Xơ cứng cột bên teo cơ (XCCBTC) là bệnh lý do thoái hóa các nơ ron vận động ở não và tủy sống, thường biểu hiện bằng các triệu chứng như co cứng cơ, teo cơ, khó khăn trong phát âm, nuốt, thở và khó khăn đi lại. **Mục tiêu**: Đánh giá vai trò của chẩn đoán điện trong giai đoạn sớm bệnh XCCBTC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Gồm 48 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán XCCBTC theo tiêu chuẩn Awaji. **Kết quả**: 48 bệnh nhân XCCBTC (27 nam, 21 nữ), tuổi từ 41 đến 84. Chẩn đoán điện không ghi nhận bất thường dẫn truyền cảm giác. Hoạt động tự phát gặp tỷ lệ cao ở cả 4 vùng hành não (54.54%), tuỷ cổ (68.75%), tuỷ ngực (65.52%), vùng thắt lưng (64.58%). Tỉ lệ bất thường trên lâm sàng và điện cơ gặp nhiều ở vùng tủy cổ (87.5%) và vùng thắt lưng (70.83%). Tỉ lệ phát hiện sớm tổn thương trên điện cơ khi chưa có biểu hiện lâm sàng tại vùng hành não và tủy ngực tương ứng là (33.33%) và (89.65%). Áp dụng tiêu chuẩn Awaji, khả năng phân loại "chắc chắn" (60.42%) cao hơn và cho phép chẩn đoán bệnh XCCBTC sớm hơn do độ nhạy của tiêu chuẩn Awaji (93.75%) cao hơn so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi (85.42%) ($p < 0.05$). **Kết luận**: Khi áp dụng tiêu chuẩn Awaji, hoạt động tự phát trên điện cơ giúp cho phát hiện thêm tổn thương khi chưa có biểu hiện lâm sàng, khả năng chẩn đoán "chắc chắn" và độ nhạy của tiêu chuẩn Awaji cao hơn cho phép chẩn đoán bệnh XCCBTC sớm hơn so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi.

Từ khóa: Chẩn đoán điện, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ, tiêu chuẩn Awaji, tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi.

SUMMARY

ELECTROMYOGRAPHY IN EARLY STAGE OF AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS

Amyotrophic lateral sclerosis is a sporadic, progressive, degenerative disorder of unknown etiology that characteristically affects both upper motor neurons and lower motor neurons and spares sensory and autonomic function. The goal of our work was to evaluate the role of electromyography in the early stage of amyotrophic lateral sclerosis. **Objectives and methods:** Including 48 patients with clinical amyotrophic lateral sclerosis by Awaji criteria in Bach Mai hospital. **Results**: There are 27 males and 21 females from 41 to 84 years old. The sensory nerve conduction is normal. The spontanous activities account for high rates in all of four regions: bulbar (54.54%), cervical (68.75%), thoracic (65.52%) and lumbar (64.58%). The abnormality of both clinical and electrodiagnosis is seen in cervical region (87.5%) and lumbar one (70.83%) while the bulbar region and thoracic one usually has abnormal electrodiagnosis before clinical. There 60.42% diagnosis patients with "definite ALS" by Awaji criteria. It allows to make an earlier diagnosis cause the sensitivity of Awaji criteria (93.75%) is higher than the revised El Escorial criteria (85.42%) ($p < 0.05$).

Keywords: Electromyography, amyotrophic lateral sclerosis, Awaji criteria, revised El Escorial criteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng cột bên teo cơ (XCCBTC) là bệnh do thoái hóa tiến triển, đặc trưng bởi sự ảnh hưởng cả nơ ron vận động trên và nơ ron vận động dưới mà không ảnh hưởng đến cảm giác và chức năng thần kinh tự động [1]. XCCBTC là bệnh tiên lượng nặng và hiện nay chưa có phương pháp điều trị triệt để. Vì vậy, việc tìm ra các phương pháp để chẩn đoán bệnh sớm có ý nghĩa rất lớn cho việc tiên lượng và chăm sóc bệnh nhân [2]. Chẩn đoán XCCBTC chủ yếu dựa vào lâm sàng, kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng khác trong đó chẩn đoán điện là thành phần quan trọng trong chẩn đoán bệnh [1]. Tuy nhiên, phải đến tiêu chuẩn Awaji, vai trò của chẩn đoán điện mới bắt đầu được đánh giá tương đương với lâm sàng trong phát hiện tổn thương nơ ron vận động dưới ở mỗi vùng [3]. Hiện tại, chưa có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh này và thực tế, việc ứng dụng chẩn đoán điện trong chẩn đoán XCCBTC vẫn còn tương đối khó khăn đối với các nhà thực hành lâm sàng.

Mục tiêu đề tài: *Đánh giá vai trò của chẩn đoán điện trong giai đoạn sớm bệnh XCCBTC.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 48 bệnh nhân (27 nam, 21 nữ)

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hinh
Email: vuthihinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 18.6.2020

trên 18 tuổi, có khả năng hợp tác tốt và đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán XCCBTC theo tiêu chuẩn Awaji theo các mức độ chẩn đoán [5]:

- Mức độ chắc chắn XCCBTC: Dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động trên cũng như dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động dưới ở vùng hành não và ít nhất 2 vùng tuỷ hoặc dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động trên và dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động dưới ở ít nhất 3 vùng tuỷ.
- Mức độ có khả năng XCCBTC: Dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động trên và nơ ron vận động dưới ở ít nhất 2 vùng với một số dấu hiệu nơ ron vận động trên bắt buộc phải ở phía trên so với dấu hiệu nơ ron vận động dưới.
- Mức độ có thể XCCBTC: Dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động trên và tổn thương nơ ron vận động dưới chỉ ở 1 vùng; Hoặc chỉ có dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động trên ở ít nhất 2 vùng; Hoặc dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động dưới ở trên dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động trên. Và các tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ có khả năng XCCBTC – với cận lâm sàng hỗ trợ không thỏa mãn.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Những bệnh nhân có dấu hiệu của tổn thương nơ ron vận động trên và nơ ron vận động dưới không tương xứng với đặc điểm của bệnh XCCBTC đều được chụp cộng hưởng từ não hoặc tủy hoặc cả hai để loại trừ một số bệnh khác (ví dụ thoát vị, thoái hóa đĩa đệm cột sống cổ, thắt lưng, khối u….) hoặc làm sinh thiết cơ, các xét nghiệm khác nghi ngờ bệnh cơ (ví dụ bệnh cơ tăng trương lực, bệnh viêm đa cơ, bệnh cơ di truyền…).

- Bệnh nhân có thể, có khả năng XCCBTC không ghi được điện cơ do nhiều nguyên nhân (Ví dụ không hợp tác được, có tổn thương ở vùng ghi điện cơ…)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán XCCBTC theo tiêu chuẩn Awaji. Các bệnh nhân sau đó được theo dõi cho đến khi được chẩn đoán xác định XCCBTC.

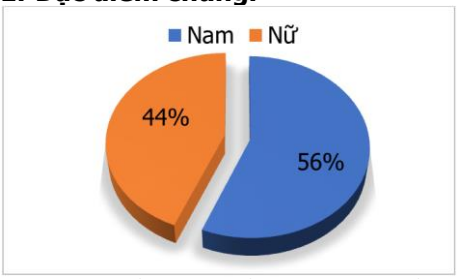
Phương pháp thu thập số liệu: Đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh và khám lâm sàng. Đo dẫn truyền thần kinh vận động, cảm giác, ghi sóng F và phản xạ H ở thần kinh giữa, trụ, quay, chày và mác hai bên. Điện cơ kim ghi tại các cơ tương ứng thuộc chi phối của 4 vùng: hành não (cơ lưỡi, cơ thang), tuỷ cổ (cơ gian đốt mu tay I, cơ giạng ngón cái, cơ delta), tuỷ ngực (cơ cạnh sống T10) và vùng thắt lưng (cơ chày trước, cơ tứ đầu đùi). Bệnh nhân được làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng khác nếu cần như xét nghiệm máu, dịch não tuỷ, chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết cơ… để chẩn đoán phân biệt.

Công cụ nghiên cứu: Máy Neuropack S1 MEB – 9400 (Nihon Kohden, Nhật Bản)

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập, quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata IC 14. Sử dụng thuật toán sktest kiểm định tính chuẩn của biến số. Sử dụng thuật toán T- test hoặc ranksum để so sánh hai giá trị trung bình. Sử dụng thuật toán T- test ghép cặp hoặc signtest để so sánh giá trị hai bên. Kiểm định tương quan giữa hai biến định lượng sử dụng thuật toán pwcorr, sig star hoặc spearman. Giá trị p < 0.05 được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung.



Hình 3.1. Biểu đồ thể hiện đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

	Nam $\bar{x}$ ± SD(n=27)	Nữ $\bar{x}$ ± SD(n=21)	Chung $\bar{x}$ ± SD(n=48)	p
Giá trị trung bình	58.19 ± 8.36	62.81 ± 10.87	60.21 ± 9.1	0.95
Tuổi nhỏ nhất	46	41	41	
Tuổi lớn nhất	80	84	84	

Nhận xét: Tuổi trung bình bệnh nhân là 60.21 ± 9.1. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 41 tuổi, lớn tuổi nhất 84. Giới tính giữa nam và nữ không có sự khác biệt (p > 0.05).

3.2. Đặc điểm chẩn đoán điện trong bệnh XCCBTC

Bảng 3.2. Kết quả đo dẫn truyền thần kinh cảm giác

	Thời gian tiềm cảm giác (ms)	Tốc độ dẫn truyền cảm giác (m/s)	Biên độ SNAP (mV)
Thần kinh giữa bên phải	2.62 ± 0.46	52.21 ± 8.75	27.05 ± 16.21

Thần kinh giữa bên trái	2.67 ± 0.46	50.50 ± 10.11	26.70 ± 15.36
Thần kinh trụ bên phải	2.43 ± 0.42	53.18 ± 8.86	24.38 ± 14.34
Thần kinh trụ bên trái	2.34 ± 0.33	55.14 ± 8.67	27.28 ± 16.82
Thần kinh quay bên phải	1.64 ± 0.25	62.75 ± 10.72	23.22 ± 12.43
Thần kinh quay bên trái	1.78 ± 0.21	60.5 ± 3.70	34.5 ± 20.87
Thần kinh bắp chân bên phải	2.43 ± 0.75	61.33 ± 20.29	15.13 ± 9.95
Thần kinh bắp chân bên trái	2.71 ± 2.04	62.90 ± 17.14	15.06 ± 7.38
Thần kinh mác nông bên phải	2.47 ± 0.72	59.58 ± 17.66	10.47 ± 6.39
Thần kinh mác nông bên trái	2.25 ± 0.61	60.96 ± 20.36	11.80 ± 8.06

Nhận xét: Kết quả đo dẫn truyền thần kinh cảm giác các dây thần kinh giữa, trụ, quay, bắp chân và mác nông hai bên trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt về các giá trị giữa hai bên (p > 0.05).

Bảng 3.3. Kết quả đo dẫn truyền thần kinh vận động

	Thời gian tiềm vận động ngoại vi (ms)	Tốc độ dẫn truyền vận động (m/s)	Biên độ CMAP (mV)
Thần kinh giữa bên phải	4.38 ± 1.25	50.38 ± 10.81	**2.74 ± 2.44**
Thần kinh giữa bên trái	4.20 ± 1.61	50.80 ± 13.52	**2.94 ± 2.77**
Thần kinh trụ bên phải	2.96 ± 0.66	52.97 ± 12.16	**4.92 ± 3.42**
Thần kinh trụ bên trái	2.98 ± 0.78	53.90 ± 10.43	**4.12 ± 2.68**
Thần kinh chày bên phải	4.44 ± 1.04	43 ± 5.75	7.15 ± 4.01
Thần kinh chày bên trái	4.31 ± 1.42	42.22 ± 8.67	7.47 ± 3.88
Thần kinh mác bên phải	3.89 ± 1.38	44.64 ± 11.67	2.35 ± 1.55
Thần kinh mác bên trái	3.75 ± 1.41	45.00 ± 13.79	2.16 ± 1.69

Nhận xét: Biên độ CMAP thần kinh giữa, trụ hai bên giảm. Biên độ, tốc độ dẫn truyền vận động, thời gian tiềm vận động ngoại biên các dây thần kinh chày, mác hai bên đều trong giới hạn bình thường Không có sự khác biệt về các giá trị giữa hai bên (p > 0.05).

Bảng 3.4. So sánh giữa co giật sợi cơ, sóng nhọn dương và co giật bó cơ

	Co giật sợi cơ	Sóng nhọn dương	Co giật bó cơ	Phức hợp phóng điện lặp lại
Vùng hành não (n=33)	19 (63.64%)	18(54.55%)	18(54.55%)	0(0%)
Vùng tuỷ cổ (n=48)	37 (77.08%)	34 (70.83%)	33 (68.75%)	2 (4.17%)
Vùng tuỷ ngực (n=29)	19 (65.52%)	19 (65.52%)	19 (65.52%)	0 (0%)
Vùng thắt lưng (n=48)	33 (68.75%)	32 (66.67%)	31 (64.58%)	2 (4.17%)

Nhận xét: Hoạt động điện thế tự phát gặp ở các vùng: tủy cổ 48/48 (100%), thắt lưng 48/48 (100%), hành não 33/48 (68.75%) bệnh nhân. Tỉ lệ gặp các hoạt động tự phát (sóng nhọn dương, giật sợi cơ, giật bó sợi cơ) đều xuất hiện với tỷ lệ trên 50% ở mỗi vùng.

Bảng 3.5. So sánh giữa lâm sàng và điện cơ trong phát hiện dấu hiệu tổn thương nơ ron vận động dưới

	Có lâm sàng và có điện cơ	Có lâm sàng và không có điện cơ	Không có lâm sàng và có điện cơ	Không có lâm sàng và không có điện cơ	Tổng
Vùng hành não	22 (66.67%)	0 (0%)	11 (33.33%)	0 (0%)	33(100%)
Vùng tuỷ cổ	42(87.5%)	1 (2.08%)	5 (10.42%)	0 (0%)	48 (100%)
Vùng tuỷ ngực	3 (6.25%)	0 (0%)	26 (89.65%)	0 (0%)	29 (100%)
Vùng thắt lưng	34 (70.83%)	1 (2.08%)	13 (27.09%)	0 (0%)	48 (100%)

Nhận xét: Bất thường trên lâm sàng và điện cơ gặp nhiều ở vùng tủy cổ (87.5%) và vùng thắt lưng (70.83%). Tỉ lệ phát hiện sớm tổn thương trên điện cơ khi chưa có biểu hiện lâm sàng tại vùng hành não và tủy ngực tương ứng là (33.33%) và (89.65%).

3.3. Vai trò của chẩn đoán điện và tiêu chuẩn Awaji trong chẩn đoán XCCBTC

Bảng 3.6. Kết quả chẩn đoán theo tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi và tiêu chuẩn Awaji

Mức độ chẩn đoán	Tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi	Tiêu chuẩn Awaji	p
Chắc chắn	19 (39.58%)	29(60.42%)	0.00
Có khả năng	22 (45.83%)	16(33.33%)	0.00
Có khả năng với cận lâm sàng hỗ trợ	5 (10.42%)		
Có thể	2 (4.17%)	3 (6.25%)	
Tổng	48 (100%)	48 (100%)	

Nhận xét: Khi áp dụng tiêu chuẩn Awaji, có 29 bệnh nhân (60.42%) được phân loại "chắc chắn" (cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi với p<0.05), 16 bệnh nhân (33.33%) được phân loại "có khả năng" và 3 bệnh nhân (6.25%) được phân loại "có thể XCCBTC".

Bảng 3.7. So sánh độ nhạy của hai tiêu chuẩn chẩn đoán

	Tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi	Tiêu chuẩn Awaji	p
Độ nhạy	85.42%	93.75%	0.00

Nhận xét: Độ nhạy của tiêu chuẩn Awaji là 93.75%, cao hơn so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi là 85.42% (có ý nghĩa thống kê với p<0.01).

IV. BÀN LUẬN

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân XCCBTC trong nghiên cứu của chúng tôi là 60.21±9.1 (bảng 3.1), tuổi nhỏ nhất là 41 tuổi và lớn nhất là 84 tuổi. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả khác thấy độ tuổi thường gặp XCCBTC là từ 50 đến 70 tuổi [2],[4].

- Dẫn truyền cảm giác (bảng 3.2): Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả đo dẫn truyền thần kinh cảm giác các dây thần kinh giữa, trụ, quay, bắp chân và mác nông hai bên trong giới hạn bình thường. Kết quả này tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu trước đây, đều cho thấy không có bất thường cảm giác trong bệnh XCCBTC [5],[6].

- Về dẫn truyền vận động: Kết quả bảng 3.3 cho thấy biên độ CMAP thần kinh giữa (ghi tại cơ dạng ngón cái ngắn), thần kinh trụ (ghi tại cơ dạng ngón út) giảm. Trong khi đó, biên độ các dây thần kinh chi dưới, tốc độ dẫn truyền và thời gian tiềm vận động ngoại biên của tất cả các dây đều trong giới hạn bình thường [4]. Không có sự khác biệt về kết quả đo giữa hai bên (p > 0.05), kết quả này tương tự với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đây và cũng phù hợp với sinh bệnh học của bệnh XCCBTC. Trong bệnh lý nơ ron vận động nói chung và XCCBTC nói riêng, kết quả đo dẫn truyền vận động có thể bình thường, đặc biệt ở những trường hợp không ảnh hưởng đến các chi. Một số tác giả cho rằng ở vỏ não, số lượng nơ ron vận động chi phối cho cơ giạng ngón cái và cơ gian đốt mu tay nhiều hơn so với cơ giạng ngón út. Một giải thích khác liên quan đến sự phân bố tương đối của nhánh C8 - T1 tới các cơ. Trong khi cơ giạng ngón cái và gian đốt mu tay I nhận nhiều sợi từ T1 hơn, cơ giạng ngón út lại nhận nhiều chi phối đến từ C8. Vì vậy, thoái hoá nơ ron vận động ở T1 sẽ ảnh hưởng đến cơ giạng ngón cái và cơ gian đốt I hơn là cơ giạng ngón út [4],[5],[6].

- Hiện tượng mất phân bố thần kinh (co giật bó cơ, co giật sợi cơ, sóng nhọn dương) xuất hiện ở cả 4 vùng với tỷ lệ cao trên 50% (bảng 3.4), kèm theo hiện tượng tái phân bố thần kinh (hình ảnh đơn vị vận động cao, rộng, đa pha, giảm kết tập) xuất hiện bất thường trên điện cơ (bảng 3.5) chiếm tỷ lệ cao ở vùng tủy cổ (70.83%) và vùng thắt lưng (70.83%). Đây là hai vùng rất hay nhầm với chẩn đoán của bệnh lý cột sống đĩa đệm vùng cổ và thắt lưng. Chẩn đoán điện không chỉ có vai trò trong chẩn đoán phân biệt với những bệnh lý thần kinh khác như bệnh lý cột sống cổ hoặc thắt lưng, u hành não, rỗng tuỷ… giúp bệnh nhân tránh được những chỉ định phẫu thuật không cần thiết mà nó còn có ý nghĩa trong chẩn đoán sớm bệnh XCCBTC, đặc biệt trong những trường hợp triệu chứng ban đầu của bệnh nhân không điển hình [7],[8]. Trong đó ở hai vùng có nhiều bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng nhưng có bất thường trên điện cơ, cụ thể là vùng hành não có 11/33 bệnh nhân (33.33%) và vùng tủy ngực có 26/29 bệnh nhân (89.65%). Kết quả này cho thấy vai trò của điện cơ kim trong chẩn đoán tổn thương nơ ron vận động dưới, đặc biệt tại những vùng chưa có biểu hiện lâm sàng [1],[5].

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi áp dụng tiêu chuẩn Awaji (bảng 3.6,3.7), 9 bệnh nhân được nâng mức chẩn đoán từ "có khả năng" lên "chắc chắn", 1 bệnh nhân được nâng mức chẩn đoán từ "có khả năng với cận lâm sàng hỗ trợ" lên "chắc chắn", 3 bệnh nhân nâng từ mức chẩn đoán "có khả năng với cận lâm sàng hỗ trợ" lên "có khả năng". Áp dụng tiêu chuẩn Awaji, khả năng phân loại "chắc chắn" (60.42%) cao hơn có ý nghĩa so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi (39.58%) với p < 0.05 đồng thời cho phép chẩn đoán bệnh XCCBTC sớm hơn do độ nhạy của tiêu chuẩn Awaji (93.75%) cao hơn so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi (85.42%) (p < 0.05) [8],[9].

V. KẾT LUẬN

- Đo dẫn truyền thần kinh: Không có bất thường cảm giác. Giảm biên độ sóng vận động của dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ hai bên.

- Điện cơ kim: Hoạt động tự phát như co giật bó sợi cơ thường thấy xuất hiện cùng với những sóng tự phát khác như giật sợi cơ, sóng nhọn dương với tỷ lệ cao >50% ở cả 4 vùng: hành não, tuỷ cổ, tuỷ ngực, vùng thắt lưng. Giúp chẩn đoán sớm XCCBTC khi chưa có biểu hiện lâm sàng, đặc biệt khi tổn thương ở vùng hành não (33.33%), vùng tủy ngực (89.65%) (p < 0.05).

- Áp dụng tiêu chuẩn Awaji, khả năng phân

loại "chắc chắn" (60.42%) cao hơn và cho phép chẩn đoán bệnh XCCBTC sớm hơn so với tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi do độ nhạy của tiêu chuẩn Awaji (93.75%) cao hơn (p < 0.05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joyce N.C., Carter G.T. (2013).** Electrodiagnosis in Amyotrophic Lateral Sclerosis. PM R, **5**(**50**), S89–S95.
2. **Johnston C.A., Stanton B.R., Turner M.R. et al (2006).** Amyotrophic lateral sclerosis in an urban setting: a population based on study of inner city London. J Neurol, **253**(**12**), 1642–1643.
3. **De Carvalho M., Dengler R., Eisen A. et al (2008).** Electrodiagnostic criteria for diagnosis of ALS. Clinical Neurophysiology, **119**(**3**), 497–503.
4. **Preston D.C., Shapiro B.E. (2013),** Electromyography and neuromuscular disorders: clinical-electrophysiologic correlations, Elsevier Saunders, London; New York.
5. **De Carvalho M., Swash M. (2000).** Nerve conduction studies in amyotrophic lateral sclerosis. Muscle & Nerve, **23**(**3**), 344–352.
6. **Jin X., Jiang J.-Y., Lu F.-Z. et al. (2014).** Electrophysiological differences between Hirayama disease, amyotrophic lateral sclerosis and cervical spondylotic amyotrophy. BMC Musculoskeletal Disorders, **15**(**1**), 349.
7. **Hernández B.A. (2015).** Amyotrophic Lateral Sclerosis can mimic Orthopedic Disease - Cases Report. OAJNN, **1**(**1**).
8. **Noto Y., Misawa S., Kanai K. et al. (2012).** Awaji ALS criteria increase the diagnostic sensitivity in patients with bulbar onset. Clinical Neurophysiology, **123**(**2**), 382–385.
9. **Al-Chalabi A., Leigh P.N. (2000).** Recent advances in amyotrophic lateral sclerosis. Curr Opin Neurol, **13**(**4**), 397–405.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNHCẮT LỚP VI TÍNH VÀ CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN CỦA DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO VỠ

Nguyễn Thị Hường[1], Trần Anh Tuấn[2], Nguyễn Văn Tuận[2], Nguyễn Văn Liệu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các tổn thương trên hình ảnh cắt lớp vi tính, chụp mạch số hóa xóa nền của dị dạng động tĩnh mạch não vỡ (AVM). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 82 bệnh nhân (BN) chảy máu não do vỡ AVM, được xác định bằng chụp MSCT hoặc DSA mạch não tại bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Bệnh nhân dị dạng AVM vỡ thường gặp dưới 40 tuổi (62,2%), trung bình 35,11 ± 15,34. Trên hình ảnh CT hoặc DSA hay gặp AVM vỡ gây chảy máu não ở vị trí trên lều tiểu não (91,5%), chảy máu thùy não 83%, chủ yếu gặp thể tích khối máu tụ nhỏ và trung bình (<60 cm3) (74,4%), 1/3 số BN có rối loạn ý thức (p<0,05). AVM vỡ đa số gặpở vị trí trên lều tiểu não (91,5%), với kích thước dưới 6mm (96,3%) (p<0,05). Nhánh nuôi xuất phát từ động mạch não giữa (53,7%) và não sau (42,7%); đa số dị dạng được dẫn lưu bởi tĩnh mạch nông (70%)(p<0,05). Phân độ dị dạng theo Spetzler-Martin, độ I vàII chiếm tỷ lệ cao nhất (73,2%), trong đó phần lớn bệnh nhân được chọn phẫu thuật, độ IV và độ V có tỷ lệ thấp (8,5%) thường phối hợp nút mạch và phẫu thuật. **Kết luận**: Trên hình ảnh MSCT và DSA, AVM vỡ thường gây chảy máu thùy não, gặp ở người trẻ. Ổ dị dạng thường có kích thước nhỏ và trung bình. Nhánh nuôi xuất phát chủ yếu từ động mạch não giữa và não sau; dẫn lưu chủ yếu bởi tĩnh mạch nông. Phân độ Spetzler-Martin cùng với phân độ bổ sung có vai trò phân loại mức độ nghiêm trọng của tổn thương từ đó lựa chọn phương pháp điều trị AVM và tiên lượng bệnh.

Từ khóa: dị dạng động tĩnh mạch não vỡ, cắt lớp vi tính (CT), chụp mạch số hóa xóa nền (DSA), Spetzler-Martin

SUMMARY

THE FEATURES OF COMPUTED TOMOGRAPHY AND DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IMAGE OF THE RUPTURED CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION

Objective: To evaluate the imaging characteristics of CT and DSA of the ruptured cerebral AVM. **Subjects and method:** cross-sectioned descriptive study on CT and 82 patients with cerebral hemorrhage due to the rubtured cerebral AVM, determined by MSCT or DSA scan in Bach Mai hospital. **Results:** Patients with ruptured AVM are common under 40 years old (62,2%), average age: 35,11 ± 11,24. On CT or DSA images, supratentorial AVMs present in 91,5% of patients, 83% had lobar hemorrhage, mainly present small and moderate volume hematomas (< 60 cm3) (74,4%), 1/3 had conciousness (p < 0,05). Ruptured AVM is usually found in supratentorial (91,5%), the size is usually present < 6mm (96,3%) (p < 0,05). The feeding arteries mainly derived from middle (53,7%) and posterior (42,7%) cerebral arteries; 70,7% drained by superficial veins. According to the Spetzler-Martin classification, 73,2% had degrees I and II, almost were surgeried, degree IV and V present in 8,5%, usually were combined endovascular treatment and surgery. **Conclusion:** On

[1]*Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hường
Email: nguyenhuong0526@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 3.6.2020
Ngày duyệt bài: 15.6.2020

MSCT and DSA images, ruptured AVMs often cause lobar hemorrhage in young people. AVMs sizes are usually small and moderate. The feeding arteries mainly derived from middle and posterior cerebral arteries, drained mainly by superficial veins. The Spetzler-Martin and the supplementary grading scales have a role in classification the severity of the lesion and then choosen AVM treatment options and prognosis.

Keywords: ruptured arteriovenous malformation, computed tomography, digital subtraction angiography, Spetzler-Martin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (Arteriovenous malformation- AVM) là bất thường bẩm sinh mạch máu trong não, hình thành do sự phát triển bất thường của hệ thống mạch não, trong đó động mạch và tĩnh mạch não thông thương trực tiếp không qua hệ thống mao mạch.Cấu tạo của dị dạng thông động tĩnh mạch não gồm động mạch nuôi - ổ dị dạng – tĩnh mạch dẫn lưu. Ổ dị dạng mạch gồm các động mạch biến dạng, giãn to ngoằn ngoèo thay cho mạng lưới mao mạch nằm giữa động mạch nuôi và tĩnh mạch dẫn lưu. Dị dạng thông động tĩnh mạch là một bất thường bẩm sinh và có xu hướng luôn tiến triển dẫn đến các biến chứng. Một trong các biến *chứng thường gặp nhất và nguy hiểm nhất là chảy máu não.*

Chảy máu não do vỡ khối dị dạng động tĩnh mạch chiếm tỷ lệ nhỏ trong chảy máu não nói chung nhưng có tỷ lệ tử vong cao và để lại nhiều khiếm khuyết thần kinh lâu dài, vì vậy đánh giá triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh và lựa chọn phương pháp điều trị. Chẩn đoán xác định khối dị dạng đòi hỏi các phương tiện chẩn đoán có giá trị gồm chụp cắt lớp vi tính(CT) và chụp mạch máu não xóa nền (DSA).Phim CT dựng hình mạch máu não bằng cách tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, cho phép chẩn đoán phần lớn các trường hợp.Phim DSA hiện hình chọn lọc mạch máu não bằng cách bơm trực tiếp thuốc cản quang vào động mạch, mô tả chi tiết hơn cấu trúc AVM. Một nghiên cứu kết hợp MSCT và DSA các dị dạng AVM vỡ là cần thiết, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Phân tích các tổn thương trên hình ảnh cắt lớp vi tính, chụp mạch số hóa xóa nền của dị dạng động tĩnh mạch não vỡ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 82 BN được chẩn đoán xác định là chảy máu não do nguyên nhân vỡ AVM điều trị nội trú tại khoa Thần kinh hoặc khoa Phẫu thuật thần kinh bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 4/2019 đến tháng 4/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Tất cả BN chảy máu não, được chụp CT hoặc DSA mạch não, xác định do vỡ dị dạng động tĩnh mạch não.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Trên hình ảnh CT và/hoặc DSA mạch não xác định có cuống động mạch nuôi xuất phát từ nguồn động mạch cảnh ngoài hoặc có một hoặc nhiều khối AVM khác ngoài sọ. Hoặc có hình ảnh vỡ túi phình động mạch nuôi gây xuất huyết dưới nhện và/hoặc não thất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.4.1. Phương pháp thu thập số liệu. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất bao gồm phần hỏi bệnh, phần khám bệnh, các xét nghiệm cận lâm sàng, diễn biến và xử trí BN. Trực tiếp tham gia hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và làm bệnh án. Thăm dò hình ảnh mạch máu não bằng CT và DSA mạch não do các bác sỹ Trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai tiến hành và đọc kết quả. Phân độ dị dạng dựa theo tiêu chuẩn của Spetzler-Martin với số điểm tính theo kích thước, vị trí và tĩnh mạch dẫn lưu, số điểm từ 1 đến 5 tương ứng với độ dị dạng từ độ I đến độ V. Phân độ bổ sung theo tiêu chuẩn của Lawson với số điểm dựa theo tuổi, tình trạng chảy máu và khu trú của khối dị dạng.

Phân độ Spetzler-Martin	**Điểm**	**Phân độ bổ sung của Lawton**
Kích thước		**Tuổi**
< 3 cm	1	< 20
3 – 6 cm	2	20 – 40
> 6 cm	3	> 40
Vị trí (*)		**Chảy máu**
Vùng chức năng không quan trọng	1	Có
Vùng chức năng quan trọng	2	Không
Tĩnh mạch		**Khối dị dạng khu trú**
Chỉ có tĩnh mạch dẫn lưu nông	1	Có
Có tĩnh mạch dẫn lưu sâu	2	Không

(*) Vùng chức năng quan trọng bao gồm: vỏ não cảm giác - vận động, vùng ngôn ngữ, vùng thị giác, vùng đồi thị dưới đồi, vùng bao trong, thân não, các cuống tiểu não và các nhân tiểu não sâu. Các vùng chức năng không quan trọng: cực trước thùy trán hoặc thùy thái dương, vỏ tiểu não.

2.4.2. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu theo chương trình phần mềm thống kê SPSS Statistics 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số BN (n = 82)	Tỷ lệ (%)	p
Tuổi			
< 40	51	62,2	0,027
≥ 40	31	37,8	
Giới			
Nam	48	58,5	0,122
Nữ	34	41,5	
Triệu chứng lâm sàng			
Đau đầu đột ngột	72	89,0	
Buồn nôn và/ hoặc nôn	44	53,7	
Tình trạng ý thức			
Tỉnh, đáp ứng mệnh lệnh	56	68,3	0,001
Rối loạn ý thức	26	31,7	
Tê/liệt nửa người	26	31,7	
Động kinh	8	9,8	

Tỷ lệ BN dưới 40 tuổi là 62,2%. Tuổi trung bình các BN trong nghiên cứu là 35,11 ± 15,34 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 8 tuổi, tuổi cao nhất là 67 tuổi. Kết quả này tương tự như của một số tác giả. Thấy rằng vỡ dị dạng động tĩnh mạch là căn nguyên gây chảy máu não thường gặp ở người trẻ, đangtrong độ tuổi lao động. Với các BN này, chảy máu não sẽ ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, tâm lý, để lại nhiều hậu quả cho gia đình và xã hội.

Đau đầu đột ngột (gần 90%)và nôn/buồn nôn (hơn 50%) là triệu chứng thường gặp nhất của dị dạng động tĩnh mạch não vỡ,1/3 số bệnh nhân có liệt nửa người. Theo Steiger, tỷ lệ BN xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú rất thay đổi, từ 1 – 40%, phụ thuộc vào vị trí khối dị dạng. Điều này được lý giải là do vỡ dị dạng mạch ít ảnh hưởng đến các vị trí vận động hơn, ít gây rối loạn ý thức hơn và thường chảy máu thùy não hơn là chảy máu trong sâu, vỡ phình mạch hoặc tăng huyết áp. Kết quả này tương tự của một số tác giả: theo Phan Văn Đức tỷ lệ BN có rối loạn ý thức là 22,81%, theo Murthy và cộng sự thì tỷ lệ BN có điểm Glasgow dưới 9 là 17,6%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học CT và DSA mạch não

Bảng 2. Đặc điểm chảy máu não trên phim CT

Đặc điểm chảy máu não	Sốtrường hợp (n = 82)	Tỷ lệ (%)	p
Thể chảy máu			
Chảy máu nhu mô đơn thuần	50	61,0	0,185
Chảy máu nhu mô kèm chảy máu dưới nhện và/hoặc chảy máu não thất	32	21,0	
Vị trí chảy máu não			
Trên lều	75	91,5	0,000
Chảy máu thùy	68	83,0	0,000
Chảy máu đồi thị - hạch nền	7	8,5	
Dưới lều	7	8,5	
Thể tích khối máu tụ			
< 30 cm3	36	43,9	0,000
30 – 60 cm3	25	30,5	
> 60 cm3	21	25,6	

Chảy máu nhu mô não đơn thuần chiếm tỷ lệ cao (61%), đa phần chảy máu thùy não (83,0%). Các vị trí chảy máu trong sâu như đồi thị, hạch nền chiếm tỷ lệ thấp. Phần lớn các khối máu tụ có thể tích nhỏ và trung bình (73.9%). Thể tích trung bình khối máu tụ là 42.20 ± 34.45cm3. Theo Phan Văn Đức, tỷ lệ chảy máu nhu mô là 78%, trong đó chảy máu thùy chiếm 84,44%. Theo Murthy và cộng sự, tỷ lệ chảy máu thùy là 70%, chảy máu vị trí sâu 14,7%. Theo Spetzler, tỷ lệ máu tụ trong nhu mô não nói chung khoảng 65,2%. Do phần lớn biểu hiện chảy máu thùy não nên ít ảnh hưởng đến vận động và tỷ lệ rối loạn ý thức cũng gặp ít hơn ($p<0,05$), nếu có cũng không nặng nề. Vị trí của khối máu tụ gặp ở trên lều (91,5%), còn lại dưới lều chiếm tỷ lệ 8,5%, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Theo Murthy và cộng sự, tỷ lệ chảy máu dưới lều là 14,7%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn có lẽ là do tiêu chuẩn chọn BN của chúng tôi loại trừ các trường hợp chảy máu dưới nhện hoặc chảy máu não thất đơn thuần. Tác giả Spetzler đưa ra nhận xét các khối dị dạng động tĩnh mạch não vỡ vùng thân não, tiểu não thường gây chảy máu dưới nhện đơn thuần. Thể tích trung bình khối máu tụ là 42,20 ± 34,45cm^3. Có gần 75% khối máu tụ có kích thước nhỏ và trung bình (< 60 cm^3), còn lại là các khối máu tụ lớn. Trong số các khối máu tụ có kích thước lớn, 75% gặp ở vị trí trán và thái dương. Theo Spetzler nhận xét, những khối máu tụ nhu mô não lớn (đường kính > 4 cm) thường gặp ở thùy thái dương, trán, chẩm.

Bảng 3. Đặc điểm ổ dị dạng trên phim CT

và DSA mạch não

Đặc điểm ổ dị dạng	Số BN (n=82)	Tỷ lệ (%)	p
Vị trí ổ dị dạng			
Trên lều	75	91,5	0,000
Thùy thái dương	24	29,3	
Thùy trán	22	26,8	
Thùy chẩm	14	17,1	
Thùy đỉnh	8	9,8	
Đồi thị	6	7,3	
Hạch nền	1	1,2	
Dưới lều	7	8,5	
Thân não	3	3,7	
Tiểu não	4	4,9	
Kích thước ổ dị dạng			
< 3 cm	61	74,4	
3 – 6 cm	18	21,9	0,000
> 6 cm	3	3,7	

Đa số các trường hợp (91.5%) khối dị dạng trên lều, trong đó vị trí thùy thái dương và thùy trán gặp nhiều (tương ứng 32.0% và 29.3%). Phần lớn các trường hợp (74.4%) khối dị dạng có kích thước nhỏ, dưới 3 cm.

Trong số các ổ dị dạng trên lều, vị trí ổ dị dạng nằm nông chiếm phần lớn (83%). Kết quả này ở các tác giả: theo Phan Văn Đức, tỷ lệ ổ dị dạng nằm nông trong nhóm vỡ là 79%, tỷ lệ khối dị dạng hay gặp nhất ở thùy thái dương (25,5%). Theo Marco và cộng sự, tỷ lệ này ở thùy trán là 31%, thùy thái dương 20%. Về mặt kích thước, 3/4 các trường hợp ổ dị dạng < 3cm. Theo Graf và cộng sự, tỷ lệ ổ kích thước nhỏ nhóm vỡ là 71%. Do kích thước ổ AVM nhỏ nên khi vỡ thấy đa phần không làm thay đổi ý thức. Nguyên nhân vỡ là do áp lực tại các động mạch nuôi cao và thường chỉ có một tĩnh mạch dẫn lưu duy nhất. Nghiên cứu về tuần hoàn di chuyển trong khối dị dạng cũng chỉ ra rằng các dị dạng chảy máu có khối lượng tuần hoàn thấp. Kích thước ổ dị dạng là tiêu chuẩn quan trọng nhất trong nhiều thang điểm tiên lượng nhằm lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng BN.

Bảng 4. Đặc điểm động mạch nuôi và tĩnh mạch dẫn lưu

Đặc điểm mạch nuôi và dẫn lưu	Số BN (n=82)	Tỷ lệ (%)	p
Động mạch nuôi khối dị dạng			
Nhánh/động mạch não trước	19	23,2	
Nhánh/động mạch não giữa	44	53,7	
Nhánh/động mạch não sau	35	42,7	
Nhánh/động mạch sống – nền	5	6,1	
Tĩnh mạch dẫn lưu			
Dẫn lưu nông	58	70,7	0,00
Dẫn lưu sâu	24	29,3	

Các động mạch nuôi khối dị dạng chủ yếu xuất phát từ các nhánh của động mạch não giữa (54%) và não sau (43%). Các tĩnh mạch dẫn lưu chủ yếu là tĩnh mạch nông ở vỏ não và/hoặc các xoang tĩnh mạch nông (70,7%), tương tự với kết quả của Iosif là 70%.

Bảng 5. Phân độ dị dạng theo Spetzler-Martin và phân độ bổ sung của Lawton

Spetzler-Martin		Số bệnh nhân (%)	Điểm	Phân độ bổ sung Lawton		Số bệnh nhân (%)
Kích thước	< 3 cm	61 (74,4)	**1**	**Tuổi**	< 20	14 (17,1)
	3 – 6 cm	18 (22,0)	**2**		20 – 40	37 (45,1)
	> 6 cm	3 (3,7)	**3**		> 40	31 (37,2)
Vùng chức năng	Không	52 (63,4)	**0**	**Chảy máu**	Có	82 (100)
	Có	30 (36,6)	**1**		Không	0
TM dẫn lưu	Chỉ có tĩnh mạch nông	59 (72,0)	**0**	**Khối dị dạng khu trú**	Có	80 (97,5)
	Có tĩnh mạch sâu	23 (28,0)	**1**		Không	2 (2,4)
Độ I		35 (42,7)		**Độ I**		14 (17,1)
Độ II		25 (30,5)		**Độ II**		35 (42,7)
Độ III		15 (18,3)		**Độ III**		33 (40,2)
Độ IV		6 (7,3)		**Độ IV**		0
Độ V		1 (1.2)		**Độ V**		0

Về độ của dị dạng theo Spetzler-Martin, các dị dạng ở độ I và độ II chiếm chủ yếu với tỷ 73,2%, độ IV và độ V chiếm tỷ lệ thấp (8,5%). Kết quả này của chúng tôi tương tự như của một số tác giả. Theo Phan Văn Đức, các dị dạng ở độ I, độ II và độ III chiếm tỷ lệ 89,1%, độ IV có 9,9% và độ V là 0,99%. Theo Hartmanvà cộng sự, tỷ lệ phân độ dị dạng theo Spetzler-Martin lần lượt là độ I 7%, độ II 20%, độ III 44%, độ IV 27% và độ V 2%.

Mặc dù đơn giản và dễ sử dụng, bảng phân độ của Spetzler và Martin lại không tính đến các yếu tố quan trọng khác để đánh giá tiên lượng phẫu thuật như chảy máu trong khối dị dạng,

tuổi bệnh nhân và hình thái ổ dị dạng (lan tỏa hay ranh giới rõ). Lawton và cộng sự đã đưa ra một bảng phân loại bổ sung để đánh giá khối AVM dựa trên các đặc điểm này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 17,1% bệnh nhân có phân độ bổ sung độ I, 42,7% độ II và 40,2% độ III; trong khi không có bệnh nhân nào độ IV và V. Theo Lawton, tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong tăng lên khi điểm trong phân độ bổ sung tăng lên, tỷ lệ này ở độ I chỉ 3,7%, còn độ V lên tới 50%.

Bảng 6. Thang điểm Spetzler-Martin và lựa chọn phương pháp điều trị

Spetzler-Martin	Phương pháp điều trị						Tổng
	Phẫu thuật (n = 61), %		Nút mạch (n = 8), %		Nút mạch + phẫu thuật (n = 13), %		
Độ I	33	**94,3**	0	0	2	5,7	35
Độ II	22	**88,0**	2	8,0	1	4,0	25
Độ III	5	33,3	4	26,7	6	40,0	15
Độ IV	1	16,7	2	33,3	3	**50,0**	6
Độ V	0	0	0	0	1	**100**	1

Thang điểm Spetzler-Martin là bảng phân độ phổ biến và được sử dụng nhiều nhất để đánh giá tiên lượng phẫu thuật khối dị dạng. Các tác giả nhận xét phẫu thuật các khối dị dạng độ I không có biến chứng, độ II có biến chứng nhẹ, không có biến chứng nặng. Độ IV và độ V có tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật nhẹ là 20%/19%, nặng là 7%/12%. Do vậy các phẫu thuật viên thường lựa chọn các BN có điểm Spetzler-Martin I hoặc II để hạn chế tối đa biến chứng sau phẫu thuật, trong khi cân nhắc phối hợp nhiều phương pháp (như nút mạch tiền phẫu, sau đó phẫu thuậtn lấy khối) hoặc điều trị bảo tồn với các dị dạng mạch não vỡ độ IV hoặc V. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân độSpetzler-Martin độ I (94,3%) và 88% BN độ II được điều trị phẫu thuật đều cho kết quả khả quan. Lựa chọn điều trị theo phân độ Spetzler-Martin độ IV và V là phối hợp nút mạch và phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng, 1 trường hợp AVM có Spetzler-Martin độ V phức tạp đã được chẩn đoán và điều trị nút mạch, xạ phẫu cách 8 năm, đợt này khối dị dạng kích thước 72mm, dẫn lưu sâu về tĩnh mạch não lớn, biến chứng vỡ vào đồi thị. Can thiệp nút mạch tiền phẫu tiếp cận lần lượt 3 nhánh động mạch cấp máu, sau 4 tuần tiến hành can thiệp lấy khối, BN hậu phẫu ổn định.

Chúng tôi nhận thấy phân độ Spetzler-Martinthường ở mức độ thấp tương ứng với BN có ổ dị dạng nhỏ, và gây chảy máu nhu mô, với rối loại ý thức ít thay đổi (p<0,05), do đó ít biến chứng khi lựa chọn phương pháp điều trị là phẫu thuật. Ngược lại những BN có chảy máu vào não thất, khoang dưới nhện thường có rối loạn ý thức nhiều. Các khối máu tụ lớn sẽ gây hiệu ứng khối lên nhu mô não lành, làm tăng áp lực nội sọ, gây thoát vị não, do vậy làm tình trạng ý thức xấu đi rất nhanh. Lựa chọn cách thức điều trị phù hợp với từng trường hợp cụ thể nhằm hạn chế các biến chứng và tử vong, là thách thức với thầy thuốc, đòi hỏi sự phân tích kỹ càng trên hình ảnh và đánh giá lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch não vỡ thường gặp dưới 40 tuổi (62,2%), tuổi trung bình 35,11 ± 15,34. Trên hình ảnh CT hoặc DSA hay gặp AVM vỡ gây chảy máu não ở vị trí trên lều tiểu não (91,5%), chảy máu thùy não 83%, thể tích khối máu tụ nhỏ và trung bình (<60cm3) (74,4%) (p<0,05), tỷ lệ rối loạn ý thức cũng gặp ít hơn (p<0,05).

- Ổ dị dạng chủ yếu trên lều tiểu não (91,5%), kích thước ổ AVM thường nhỏ và trung bình (96,3%) (p<0,05). Nhánh nuôi xuất phát chủ yếu từ động mạch não giữa (53,7%) và não sau 42,7%); đa số dị dạng được dẫn lưu bởi tĩnh mạch nông (70%) (p<0,05).

- Phân độ dị dạng theo Spetzler-Martin, độ I đến độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (73,2%), trong đó bệnh nhân phẫu thuật phần lớn.Thang điểm SM cùng với thang điểm bổ sung không những có vai trò phân loại mức độ nghiêm trọng của tổn thương mà còn là căn cứ lựa chọn phương pháp điều trị trong AVM cũng như tiên lượng kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Văn Đức (2005).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị dạng thông động tĩnh mạch não tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Spetzler R F,Martin N A (1986).** "A proposed grading system for arteriovenous malformations". J Neurosurg,**65 (4)**, 476-83.
3. **Stefani M A, Porter P J, terBrugge K G, et al (2002).** "Large and deep brain arteriovenous malformations are associated with risk of future hemorrhage". Stroke,**33 (5)**, 1220-4.
4. **Van Rooij W J, Jacobs S, Sluzewski M, et al (2012).** "Endovascular treatment of ruptured brain AVMs in the acute phase of hemorrhage".

AJNR Am J Neuroradiol,**33 (6)**, 1162-6.
5. **Murthy S B, Merkler A E, Omran S S, et al (2017).** "Outcomes after intracerebral hemorrhage from arteriovenous malformations". Neurology,**88 (20)**, 1882-1888.
6. **Steiger H J,** Robert Schmid-Elsaesser, Alexander Muacevic, et al (2002). Neurosurgery of Arteriovenous Malformations and Fistulas: A Multimodal Approach, Springer-Verlag Wien, **9**, 476.
7. **Iosif C, Mendes G A, Saleme S, et al (2015).** "Endovascular transvenous cure for ruptured brain arteriovenous malformations in complex cases with high Spetzler-Martin grades". J Neurosurg,**122 (5)**, 1229-38.
8. **Duong D H, Young W L, Vang M C, et al (1998).** "Feeding artery pressure and venous drainage pattern are primary determinants of hemorrhage from cerebral arteriovenous malformations". Stroke,**29 (6)**, 1167-76.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI TÍNH ĐẦY ĐỦ CỦA SỐ LƯỢNG CÁC TRƯỜNG HỢP TỬ VONG ĐƯỢC GHI NHẬN TẠI TRẠM Y T Ế XÃ TẠI HAI TỈNH QUẢNG NINH VÀ THÁI NGUYÊN NĂM 2015

Trần Thị Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện để tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến tính đầy đủ của số ca tử vong được ghi nhận vào sổ A6 tại trạm y tế xã/phường và đề xuất một số giải pháp nhằm tăng cường chất lượng ghi nhận tử vong. **Phương pháp**: Nghiên cứu định tính được áp dụng với 4 cuộc thảo luận nhóm trên 26 cán bộ y tế xã, 6 cuộc phỏng vấn sâu các cán bộ tuyến huyện và tuyến tỉnh tại hai tỉnh Quảng Ninh và Thái Nguyên. Các buổi thảo luận/phỏng vấn được ghi âm lại và gỡ băng. Dữ liệu được phân tích theo chủ đề để trả lời cho mục tiêu nghiên cứu. **Kết quả**: Nghiên cứu này đã chỉ ra hai yếu tố ảnh hưởng tới tính đầy đủ của số liệu tử vong thu thập tại trạm y tế xã, đó là, cán bộ xã hiểu không rõ ràng về định nghĩa trường hợp tử vong nào được ghi nhận vào sổ A6 và không đối chiếu tham khảo với nhiều nguồn số liệu tử vong khác nhau. **Kết luận**: Ngành Y tế và ngành tư pháp cần thống nhất cơ chế chia sẻ thông tin về tử vong tại tuyến xã giữa cán bộ tư pháp và cán bộ y tế để việc chia sẻ thông tin được trở thành chính thống. Thêm vào đó, tài liệu hướng dẫn ghi nhận tử vong cần qui định rõ định nghĩa trường hợp và qui trình đối chiếu tham khảo với các nguồn số liệu tử vong khác tại xã.

***Từ khoá**:* số liệu tử vong, tính đầy đủ, yếu tố ảnh hưởng, chất lượng, A6, trạm y tế xã

SUMMARY

COMPLETENESS OF NUMBER OF DEATHS RECORDED IN COMMUNE HEALTH STATIONS: RELATED FACTORS AND SOLUTIONS TO IMPROVE THE DATA QUALITY

Objective: This study was conducted to investigate some factors affecting the completeness of deaths recorded in the A6 book at commune health stations and proposed some solutions to improve the quality of recording death. **Methodology**: Qualitative research method was applied with 4 focus group discussions with 26 commune health workers, 6 in-depth interviews with district and provincial officials in Quang Ninh and Thai Nguyen provinces. Interviews were recorded and transcribed. The data was analyzed by topic to answer research objectives. **Results**: This study identified two factors that influence the completeness of mortality data collected at commune health stations, which are commune officials do not understand clearly about case's definition and there's no triangle with other sources of mortality data. **Conclusion**: The health sector and the justice sector need to agree on a mechanism for information sharing on mortality data at the commune level between judicial officials and health workers. In addition, the guideline for mortality recording should specify the case definition and the procedure for triangle with other sources of mortality data in the commune.

***Key words**:* mortality data, completeness, influence factor, quality, A6, commune health stations

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số liệu tử vong là một phần không thể thiếu của hệ thống thông tin y tế quốc gia, giúp đo lường tình trạng sức khỏe người dân, xác định ưu tiên và cải thiện kết quả sức khỏe nhân dân thông qua phân bổ nguồn lực hiệu quả. Các chỉ số quan trọng thu được từ dữ liệu tử vong bao gồm tỷ lệ tử vong thô, tỷ lệ tử vong chuẩn hóa theo tuổi, tuổi thọ trung bình, tỷ lệ tử vong bà mẹ, tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong ở người lớn và danh mục các nguyên nhân tử vong hàng đầu. Các chỉ số này không chỉ đánh giá kết quả sức khỏe người dân của mỗi quốc gia mà còn hỗ trợ đánh giá xem quốc gia đó có thể đạt được các mục tiêu y tế toàn cầu hay không, chẳng hạn như Mục tiêu Phát triển Bền vững.

Tại Việt Nam, một trong những nguồn số liệu

**Trường Đại học Y tế Công cộng.*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng
Email: honghsph@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.6.2020
Ngày duyệt bài: 15.6.2020

quốc gia về tử vong được thu thập thường kỳ và bao phủ trên toàn quốc, đó là sổ ghi nhận tử vong A6 tại các trạm y tế xã/phường. Theo qui định, cán bộ trạm y tế xã có trách nhiệm thu thập thông tin cơ bản về các trường hợp tử vong của những cư dân sống trên địa bàn xã/phường và ghi vào sổ A6, cho dù tử vong xảy ra ở nhà, trên đường, tại bệnh viện hay tại một nơi nào khác. Số liệu này sẽ được báo cáo định kỳ lên các cấp huyện, tỉnh và Bộ Y tế; được sử dụng cho công tác lập kế hoạch và hoạch định chính sách y tế. Chính vì thế, việc ghi nhận chính xác và đầy đủ các trường hợp tử vong xảy ra là một điều quan trọng. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, mặc dù việc ghi nhận diễn ra tốt ở một số tỉnh với tỷ lệ ghi nhận đầy đủ lên tới trên 90%, vẫn còn khá nhiều nơi ghi nhận thiếu số ca tử vong trên địa bàn mình quản lý (1, 2). Chính vì thế, nghiên cứu này được thực hiện để tìm hiểu một số yếu tố ảnh tới việc ghi thiếu số ca tử vong và một số giải pháp nhằm tăng cường chất lượng ghi nhận tử vong vào sổ A6 tại trạm y tế xã/phường của Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

-Cán bộ y tế trực tiếp chịu trách nhiệm ghi nhận tử vong vào sổ A6

-Cán bộ y tế huyện và tỉnh phụ trách thống kê báo cáo tử vong

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành năm 2015 tại 26 xã/phường thuộc hai tỉnh Quảng Ninh và Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu định tính được sử dụng trong nghiên cứu này. Thông qua hình thức phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nhằm thu thập những ý kiến, nhận định của những cán bộ y tế trong hệ thống thu thập số liệu tử vong về yếu tố ảnh hưởng và giải pháp để nâng cao chất lượng ghi nhận tử vong.

Mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 26 cán bộ xã/phường của địa bàn nghiên cứu, 4 cán bộ tuyến huyện và 2 cán bộ tuyến tỉnh.

Phương pháp thu thập số liệu

- Thảo luận nhóm được tiến hành đối với 26 cán bộ xã phường phụ trách công tác thu thập số liệu tử vong vào sổ A6. Theo đó, 4 cuộc thảo luận nhóm được tiến hành. Mỗi cuộc thảo luận nhóm bao gồm 6-7 cán bộ, diễn ra trong vòng 1-1,5 giờ.

- Sáu cuộc phỏng vấn sâu được tiến hành đối với 4 cán bộ tuyến huyện và 2 cán bộ tuyến tỉnh của hai tỉnh nghiên cứu. Mỗi cuộc diễn ra trong vòng 40 phút.

- Các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm được tiến hành tại nơi yên tĩnh, nội dung được ghi âm lại phục vụ cho quá trình phân tích số liệu. Cán bộ chủ trì phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm là nghiên cứu viên chính và một cán bộ có kinh nghiệm.

Công cụ thu thập số liệu: là các bản hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Nội dung thu thập thông tin gồm nhiều câu hỏi, trọng tâm vào trả lời mục tiêu của nghiên cứu, bao gồm:

- Yếu tố nào ảnh hưởng tới việc ghi nhận thiếu số ca tử vong?

- Làm thế nào để có thể ghi nhận một cách đầy đủ nhất số ca tử vong trên địa bàn xã?

Xử lý và phân tích số liệu: Các băng ghi âm được gỡ băng và tiến hành phân tích theo phương pháp phân tích theo chủ đề.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tuân thủ mọi qui định của vấn đề đạo đức trong nghiên cứu, được hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế công cộng thông qua trước khi tiến hành thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tính đầy đủ của số lượng các trường hợp tử vong ghi nhận tại trạm y tế xã

Nghiên cứu đã tiến hành được 4 cuộc thảo luận nhóm với 26 cán bộ y tế trực tiếp thu thập số liệu tử vong và 6 cuộc phỏng vấn sâu cán bộ tuyến tỉnh/huyện phụ trách công tác thống kê báo cáo. Kết quả phân tích cho thấy hai yếu tố nổi bật ảnh hưởng đến việc số liệu tử vong không được ghi nhận vào sổ A6.

1.1. Cán bộ y tế ở các xã hiểu không giống nhau về qui định trường hợp tử vong nào được ghi nhận vào sổ A6

Trong các cuộc thảo luận nhóm với cán bộ y tế xã, một câu hỏi đặt ra "Những trường hợp tử vong nào được ghi nhận vào A6?" Đáng ngạc nhiên, hai phần ba số người tham gia cho biết họ không chắc chắn về các tiêu chí. Một số cán bộ cho rằng chỉ ghi nhận tử vong của những người có sổ hộ khẩu tại địa bàn xã. Những người sống trong xã với con của họ, nhưng không được liệt kê trong sổ đăng ký tạm trú sẽ không được ghi nhận vào A6 khi tử vong. Một số cán bộ khác nói rằng họ không rõ về tiêu chí những trường hợp tử vong nào thì được ghi vào sổ đăng ký tử vong A6. Vì họ không biết nên họ ghi lại bất kỳ trường hợp nào mà họ biết đã xảy ra ở xã của họ. Một trong số họ nói rằng:

Không rõ ràng. Ở xã tôi, tôi chỉ ghi nhận bất kỳ trường hợp tử vong nào của những người hiện đang sống trong cộng đồng và không cần quan tâm là họ có đăng ký hộ khẩu hay không vì tôi không có thời gian để xác định xem họ có

hay không (F.CHS.DT)

Tài liệu hướng dẫn hiện tại của Bộ Y tế nêu rõ "cán bộ trạm y tế xã có trách nhiệm ghi chép những trường hợp tử vong xảy ra trong quần thể cư dân quản lý bởi bên dân số xã". Tuy nhiên, tài liệu này không đề cập đến việc yêu cầu người tử vong có hộ khẩu tại xã hay không, nhưng cũng không định nghĩa rõ quần thể cư dân quản lý bởi uỷ ban dân số xã là như thế nào. Vì thế đã dẫn tới việc ai hiểu như thế nào thì hiểu. Đây chính là một yếu tố ảnh hưởng tới tính đầy đủ trong ghi chép số ca tử vong tại trạm y tế xã, đồng thời có thể là một lời giải thích cho sự khác biệt về tỷ lệ đầy đủ khác nhau giữa các xã như được chỉ ra trong nghiên cứu trước (1).

1.2 Cán bộ y tế xã chỉ thu thập thông tin về tử vong từ một nguồn duy nhất

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, tại mỗi xã/phường, cán bộ y tế xã thường thu thập thông tin tử vong thông qua cán bộ y tế thôn bản và/hoặc cán bộ dân số xã. Ở một số nơi, một người có thể vừa là y tế thôn bản vừa là cán bộ dân số. Ngoài ra, ở nhiều nơi, cán bộ y tế lấy thông tin về tử vong từ một nguồn khác, đó là tư pháp xã. Ở một số nơi, cán bộ lấy thông tin từ cả hai nguồn này. Dưới đây là phân tích từ kết quả nghiên cứu về ưu nhược điểm từng nguồn, để từ đó chúng ta có thể thấy được điều này ảnh hưởng như thế nào đến số lượng các trường hợp tử vong được ghi nhận.

Thu thập số liệu tử vong từ cán bộ tư pháp xã. Theo kết quả nghiên cứu, khoảng 1/4 xã nghiên cứu (đa phần ở khu vực thành thị) cho biết danh sách tử vong trong sổ A6 của họ là chép từ bên tư pháp xã sang. Hàng tháng hoặc hàng quý, cán bộ trạm y tế sẽ sang bên tư pháp xã để chép danh sách tử vong từ sổ khai tử sang sổ A6. Chính vì thế, tính đầy đủ của sổ A6 sẽ phụ thuộc hoàn toàn vào tính đầy đủ của sổ khai tử bên tư pháp.

Qui định tại Việt Nam yêu cầu thành viên hộ gia đình phải tiến hành khai tử cho người đã mất tại tư pháp xã. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, qui định này không được tuân thủ. Đối với những trường hợp tử vong do các nguyên nhân được cho là nhạy cảm như HIV, đánh nhau,… thì người nhà sẽ không muốn khai báo thật vì sợ bị dị nghị bởi hàng xóm. Thêm vào đó, chỉ khi nào người nhà cần giấy chứng tử để khai báo quyền lợi hoặc làm một việc gì đó, thì người nhà mới đến tư pháp để làm thủ tục khai tử. Rất nhiều trường hợp người nhà để khá lâu sau mới đi khai tử hoặc thậm chí không làm thủ tục khai tử. Vì thế, sẽ có nhiều trường hợp tử vong không được ghi nhận. Một cán bộ trạm y tế xã nói:

Một số trường hợp tử vong do tệ nạn xã hội hoặc HIV, gia đình không nhận được gì dù họ báo tử hay không; hoặc đôi khi họ sợ rằng họ sẽ bị kỳ thị. Do đó, họ có thể trì hoãn cho đến quý sau hoặc năm sau mới khai báo cho cán bộ tư pháp, một số trong số họ thậm chí không có ý định báo cáo (F.CHS.HL).

Như vậy, việc ghi nhận các trường hợp tử vong do bệnh truyền nhiễm bị kỳ thị (chẳng hạn như HIV, lao hay bệnh phong) có thể bị thấp hơn so với số ca thực tế và điều này ảnh hưởng đến tính đầy đủ nói chung của số liệu tử vong. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tran và cộng sự (3) trong nghiên cứu tại FilaBavi, Hà nội; và tác giả Dawkins et al. (4) trong nghiên cứu về tử vong tại 6 nhóm dân tộc thiểu số tại Việt nam.

Hầu hết các xã dựa vào số liệu bên tư pháp là những xã/phường khu vực thành thị, nơi không có mạng lưới y tế thôn bản. Vì thế họ không có mạng lưới hỗ trợ để xác thực và cập nhật thông tin về tử vong trên địa bàn, mà phải dựa vào số liệu từ bên tư pháp.

Thu thập số liệu tử vong từ cán bộ y tế thôn bản. Khoảng 3/4 xã nghiên cứu trả lời rằng họ thu thập thông tin về tử vong thông qua y tế thôn bản và/hoặc cộng tác viên dân số xã. Một nửa trong số xã trả lời rằng sau khi thu thập từ y tế thôn bản xong, họ không so sánh với bên tư pháp xã bởi vì họ nghĩ rằng kết quả mà y tế thôn bản cung cấp còn chính xác hơn nhiều so với bên tư pháp.

Tuy nhiên, thực tế cho thấy vẫn có những trường hợp mà số liệu cung cấp từ y tế thôn bản bị sót. Trong một số trường hợp, người dân tạm thời chuyển đến nơi khác sinh sống nhưng sổ hộ khẩu thì vẫn chưa chuyển đi theo. Khi người này bị tử vong, người nhà sẽ quay trở lại xã nơi người tử vong đăng ký hộ khẩu để báo tử và nhận giấy chứng tử từ cán bộ tư pháp. Vì thế, cán bộ trạm y tế xã sẽ không biết đến trường hợp này nếu không tham khảo danh sách tử vong bên Tư pháp. Tương tự, cán bộ trạm y tế đôi khi có thể không ghi nhận được những trường hợp người già chuyển đến sống cùng con cháu họ tại một tỉnh khác rồi tử vong. Một cán bộ trạm y tế xã nói:

Có những trường hợp người già mặc dù hộ khẩu thì ở đây nhưng họ chuyển lên sống cùng con cháu ở nơi khác. Khi họ mất thì nếu con cháu không thông báo thì chúng tôi cũng không biết. Thông thường thì con cháu sẽ đến tư pháp xã để lấy giấy chứng tử thì thông tin của người mất sẽ ở danh sách của hộ tịch (F.CHS.TN)

Việc cán bộ y tế không tham khảo danh sách tử vong bên tư pháp đôi khi còn vì một lý do khác. Một số cán bộ y tế nói rằng những cán bộ tư pháp xã không muốn chia sẻ thông tin vì thực tế không có một qui định nào nói rằng tư pháp cần chia sẻ thông tin với y tế xã. Vì thế, việc chia sẻ thông tin diễn ra theo từng trường hợp cụ thể tại các xã khác nhau. Đôi khi phụ thuộc vào mối quan hệ cá nhân giữa cán bộ tư pháp và cán bộ y tế xã, hoặc phụ thuộc vào tính cách của người cán bộ tư pháp (có người dễ tính có người khó tính,…). Một cán bộ xã phát biểu:

Ở xã của tôi không dễ gì mà lấy được danh sách tử vong bên tư pháp đâu. Đôi khi họ cho mình xem một lúc, đôi khi họ không thích hoặc họ bận thì thôi họ không cho xem cũng phải chịu. Họ không có trách nhiệm phải chia sẻ thông tin này với mình (F.CHS.HL)

2. Một số giải pháp nâng cao tỷ lệ ghi nhận đầy đủ số ca tử vong tại trạm y tế xã

Kết quả phân tích từ thảo luận nhóm cán bộ y tế xã và phỏng vấn sâu cán bộ y tế tuyến huyện và tỉnh cho thấy có hai giải pháp khả thi có thể giúp cho việc ghi nhận tử vong tại trạm y tế xã thực hiện được đầy đủ và chính xác hơn. Hai phương pháp này hoàn toàn phù hợp với kết quả và khuyến nghị từ một số nghiên cứu tiến hành trước đó tại Việt Nam.

2.1 Đối chiếu danh sách tử vong hiện có với nhiều nguồn số liệu khác nhau tại xã

Trong các cuộc thảo luận nhóm với cán bộ y tế xã, một số người đã chia sẻ cách mà họ làm để thu được đầy đủ số lượng các trường hợp tử vong. Ngoài việc lấy danh sách tử vong từ cán bộ y tế thôn bản, cứ mỗi tháng hoặc mỗi quí họ lại tham khảo danh sách tử vong bên tư pháp xã xem có trường hợp nào mới không. Một cán bộ nói:

Tại xã tôi, chúng tôi lập danh sách tử vong từ kênh cán bộ y tế thôn bản, họ báo cáo lên cho chúng tôi theo tháng. Sau đó, cứ vài tháng, tôi lại qua bên văn phòng cán bộ tư pháp để hỏi và đối chiếu danh sách tử vong bên tư pháp với bên chúng tôi có, xem có ca tử vong nào mà bên y tế chưa ghi nhận không. Nếu có thì chúng tôi sẽ ghi bổ sung vào danh sách của A6 (F.CHS.DT).

Như vậy cán bộ y tế đã tham khảo danh sách tử vong bên tư pháp để đối chiếu xem có gì khác so với danh sách bên y tế có hay không. Một số cán bộ y tế tại xã nông thôn tại tỉnh Quảng Ninh thông báo rằng, đối chiếu với bên tư pháp sẽ giúp họ kiểm tra lại tính chính xác của các thông tin hành chính của người mất ghi trong sổ A6 (như tên, tuổi, ngày tử vong và địa chỉ). Bởi vì, nhiều khi những thông tin này bên tư pháp xã ghi nhận chính xác hơn bên y tế:

Cứ 4 đến 5 tháng, chúng tôi lại sang bên tư pháp để lấy thông tin, khi đó thông thường chúng tôi hay phát hiện ra một hai thông tin ghi trong sổ A6 không giống như trong sổ tư pháp xã, ví dụ như tên không đúng, hoặc tuổi không đúng,… Gia đình người mất đi khai báo với tư pháp thì bao giờ cũng mang giấy tờ gốc đi nên chắc chắn chính xác (F.CHS.DT)

Ở một vài xã nghiên cứu, cán bộ y tế xã thu thập thông tin theo cách ngược lại, cứ hàng tháng hoặc hàng quí, họ sao chép thông tin từ sổ tư pháp xã rồi so sánh với danh sách này với danh sách mà cán bộ y tế thôn bản báo cáo lên để xem có sót trường hợp nào không. Khi làm như vậy, tức là họ đã luôn có sự đối chiếu thông tin giữa hai nguồn thu thập thông tin tử vong. Trong cuộc thảo luận nhóm, một người nói:

Tại xã tôi thì tôi cứ sang tư pháp chép lại danh sách tử vong trong sổ tư pháp. Sau đó, tôi mang về so sánh đối chiếu với danh sách mà tôi thu được từ cán bộ y tế thôn bản. Tại xã tôi mỗi tháng cũng chỉ có ba đến bốn trường hợp tử vong thôi nên làm nhanh lắm (F.CHS.HL)

Các cán bộ tham gia phỏng vấn đều cho rằng việc tham khảo đối chiếu và thu thập thông tin tử vong từ các nguồn khác nhau sẽ giúp thu được số lượng các ca đầy đủ và chính xác hơn. Cán bộ trung tâm y tế huyện tại Quảng Ninh cho biết:

Theo thống kê của chúng tôi, những xã mà cán bộ có đối chiếu số liệu với bên tư pháp thì thường tỷ lệ ghi nhận số ca tử vong sẽ đầy đủ hơn, ví dụ như phường Hà Khánh và Giếng Đáy có tỷ lệ cao hơn phường Cao Xanh và Trần Hưng Đạo (In.Dist.HL)

Kết quả từ một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam cũng đưa ra nhận định tương tự. Theo đó, nếu cán bộ phụ trách sổ tử vong A6 có tham khảo từ danh sách bên cán bộ dân số, tư pháp, hay các chương trình y tế dọc thì số ca tử vong bị bỏ sót sẽ giảm đi (5, 6). Vì thế, để tăng cường chất lượng ghi nhận tử vong tại trạm y tế xã, cần bổ sung vào qui trình thu thập số liệu một qui định bắt buộc về kiểm tra đối chiếu với nguồn tư pháp và các nguồn số liệu khác tại xã. Bộ Y tế và Bộ Tư pháp nên có sự bàn bạc thống nhất về cơ chế chia sẻ số liệu giữa cán bộ tư pháp xã với các cán bộ y tế để cải thiện chất lượng thông tin về tử vong cho cả hai bộ.

2.2 Chỉnh sửa tài liệu hướng dẫn ghi nhận tử vong vào sổ A6

Kết quả từ phỏng vấn sâu 4 cán bộ huyện và 2 cán bộ tỉnh cho thấy, các hướng dẫn hiện tại về ghi chép sổ A6 chưa nêu rõ định nghĩa trường hợp cần ghi vào A6, bản thân họ cũng thấy khó

để giải thích lại cho các cán bộ tuyến dưới. Ngoài ra, qui trình so sánh đối chiếu với các nguồn khác nên được thực hiện như thế nào thì cũng là một vấn đề cần được hướng dẫn. Một cán bộ tỉnh phát biểu:

Cần xem lại hướng dẫn, định nghĩa và qui trình thu thập số liệu cần rõ ràng để các cán bộ ở các xã khác nhau đều có cách hiểu thống nhất về việc ghi nhận tử vong vào sổ A6. Có như vậy thì tính đầy đủ và chính xác của số liệu tử vong mới được tốt. Bản thân chúng tôi cũng dễ dàng giám sát công việc của họ (In.Dist.TN)

Từ những kết quả nghiên cứu và bàn luận xuyên suốt từ mục 1 đến mục 2, có thể thấy để tăng cường chất lượng ghi nhận số liệu tử vong tại tuyến xã, một vấn đề cần làm luôn đó là chỉnh sửa hướng dẫn về ghi nhận tử vong vào sổ A6. Bộ Y tế cần làm điều này càng sớm càng tốt. Theo đó, hai nội dung quan trọng cần được đưa vào, đó là đưa ra hướng dẫn rõ về trường hợp nào thì được ghi nhận vào A6; và thứ 2 là hướng dẫn cách so sánh đối chiếu với bên tư pháp và các nguồn số liệu khác để thu được các số liệu một cách đầy đủ và chính xác nhất vào sổ A6.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã chỉ ra hai yếu tố ảnh hưởng tới tính đầy đủ của số liệu tử vong thu thập tại trạm y tế xã, đó là, cán bộ xã hiểu không rõ ràng về định nghĩa trường hợp tử vong nào được ghi nhận vào sổ A6 và không đối chiếu tham khảo với nhiều nguồn số liệu tử vong khác nhau.

Ngành Y tế và ngành tư pháp cần thống nhất cơ chế chia sẻ thông tin về tử vong tại tuyến xã giữa cán bộ tư pháp và cán bộ y tế để việc chia sẻ thông tin được trở thành chính thống. Thêm vào đó, tài liệu hướng dẫn ghi nhận tử vong cần qui định rõ định nghĩa trường hợp và qui trình đối chiếu tham khảo với các nguồn số liệu tử vong khác tại xã.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các cán bộ y tế tại các địa bàn nghiên cứu thuộc hai tỉnh Quảng Ninh và Thái Nguyên đã tham gia vào nghiên cứu và cung cấp thông tin hữu ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hong TT, Phuong Hoa N, Walker SM, Hill PS, Rao C.** Completeness and reliability of mortality data in Viet Nam: Implications for the national routine health management information system. PLoS One. 2018;13(1):e0190755.
2. **VINE Project.** Evidence Base for Health Policy in Vietnam Project: Report on the mortality component. Hanoi; 2012.
3. **Huy TQ, Johansson A, Long NH.** Reasons for not reporting deaths: a qualitative study in rural Vietnam. World Health Popul. 2007;9(1):14-23.
4. **Dawkins Z, Jennaway M, Anh ND, Huong NT, Chi NTQ, Ha LH.** Cultural Considerations in Cause of Death Reporting in Vietnam - Technical Report to the Atlantic Philanthropies. Evidence Base for Health Policy in Vietnam Project. Hanoi: Hanoi University of Public Health and School of Population Health, University of Queensland; 2009.
5. **Hoa NP, Rao C, Hoy DG, Hinh ND, Chuc NT, Ngo DA.** Mortality measures from sample-based surveillance: evidence of the epidemiological transition in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2012;90(10):764-72.
6. **Diep Thi Thu Trang.** The completeness of the infant mortality recording system in rural Northern Vietnam: Potential for improvement. Brisbane: University of Queensland; 2011.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC MẮC BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT TẠI QUẢNG NINH GIAI ĐOẠN 2009 – 2013

Trần Thị Diệp[1], Trần Thị Hồng[2], Đỗ Tùng Dương[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tình hình mắc bệnh Sốt xuất huyết (SXH) tại Quảng Ninh giai đoạn 2009 - 2013. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân mắc bệnh sốt xuất huyết từ 2009 - 2013 tại Quảng Ninh sử dụng số liệu sẵn có, là số liệu thống kê theo biểu mẫu điều tra của Bộ Y tế. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc SXH trung bình trong giai đoạn 2009-2013 là 10,44/100.000 dân. Số ca bệnh từ 15 tuổi trở lên chiếm đa số với hơn 90% tổng số ca. Khu vực có nhiều ca bệnh nhất là ở tại thành thị với tỷ suất mắc bệnh là 41,1/100.000 dân. Bên cạnh vector gây bệnh chính là Aedes aegypti vẫn xuất hiện phổ biến, sự xuất hiện của Aedes albopictus trong giai đoạn này chiếm ưu thế hơn. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc trên 100.000 dân trung bình trong giai đoạn 2009 -2013 là 10,44, cao hơn so với chỉ tiêu giai đoạn đề ra. Tỷ lệ mắc có sự khác biệt giữa các

[1]Trung Tâm kiểm soát bệnh tật Quảng Ninh
[2]Trường Đại học Y tế công cộng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng
Email: honghsph@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 4.6.2020
Ngày duyệt bài: 16.6.2020

năm, các vùng miền và giữa các đối tượng có độ tuổi, giới tính khác nhau. Các ổ dịch xuất hiện trong giai đoạn 2009 -2013 là theo chu kỳ của dịch, tuy nhiên tập chung chủ yếu tại các vùng thành thị và đồng bằng.

Từ khóa: sốt xuất huyết, Dengue, dịch tễ học bệnh SXHD

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DENGUE IN QUANG NINH FROM 2009-2013

Objective:Describe the epidemiological characteristics of dengue cases in Quang Ninh in the period of 2009 - 2013. **Subjects and Methods:** Descriptive study of all dengue patients from 2009 - 2013 in Quang Ninh according to statistics survey form of the Ministry of Health. **Results:** The average incidence rate in the period of 2009-2013 is 10.44/100,000 people. The number of cases aged 15 and over accounts for the majority with over 90% of the total number of cases. The area with the most cases is in urban areas with the incidence of 41.1 / 100,000 people. Beside the main vector, Aedes aegypti is still common, however, the presence of Aedes albopictus during this period is more dominant in all outbreaks. **Conlusion:** The average incidence rate per 100,000 people in the 2009-2013 period was 10.44, higher than the target period. Prevalence varies between years, regions and between people of different ages and genders. Outbreaks occurred in the 2009-2013 period is according to the epidemic cycle, but mainly concentrated in urban areas and plains.

Keywords: dengue fever, dengue, epidemiology of dengue fever

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hàng năm có khoảng 2,5 triệu người chiếm khoảng 40% dân số trên toàn thế giới nằm trong vùng có nguy cơ sảy ra dịch sốt xuất huyết. Theo báo cáo của tổ chức y tế thế giới hằng năm có khoảng 50 đến 100 quốc gia có bệnh nhân với khoảng 500,000 ca bệnh và 22,000 trường hợp tử vong [4]. Tại Việt Nam bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh nhiễm vi rút Dengue cấp tính do muỗi truyền và có thể gây thành dịch lớn. Hai loài muỗi truyền bệnh SXHD là Aedes aegypti và Aedes albopictus, trong đó quan trọng nhất là Aedes aegypti [4]. Ở miền Bắc, bệnh SXHD phát triển nhiều nhất vào các tháng 7, 8, 9, 10 trong năm. Tác nhân gây bệnh: do vi rút Dengue thuộc nhóm Flavivirus, họ Flaviviridae với 4 típ huyết thanh DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4.Tại Quảng Ninh trong 5 năm gần đây từ 2009 – 2013 số ca mắc sốt xuất huyết tập chung tại hầu hết các huyện thị, thành phố, các vụ dịch sốt xuất huyết trên địa bàn mang tính chất chu kỳ, Công tác chỉ đạo triển khai giám sát ca bệnh chủ động được tuyến huyện thực hiện thường xuyên. Nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ học của bệnh sốt xuất huyết trên địa bàn tỉnh Quảng Ninh giai đoạn 2009 -2013 sẽ giúp đưa ra các khuyến nghị về biện pháp can thiệp phù hợp để góp phần khống chế sự gia tăng của bệnh dịch và hạn chế thấp nhất khả năng tử vong do bệnh sốt xuất huyết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân mắc bệnh sốt xuất huyết giai đoạn 2009 – 2013 tại Quảng Ninh, lấy từ số liệu thống kê theo biểu mẫu điều tra của Bộ Y tế.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không có

2.2. Thời gian và địa điểm: từ 1/1/2014 đến 30/7/2014tại Quảng Ninh

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân mắc bệnh sốt xuất huyết từ 2009 - 2013 tại Quảng Ninh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thông tin về ca bệnh sốt xuất huyết Dengue: sử dụng số liệu sẵn có, là số liệu thống kê theo biểu mẫu điều tra của Bộ Y tế.

- Công cụ: Biểu mẫu thống kê ca bệnh xuất huyết Dengue.

2.5. Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 18.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân theo nguyên tắc đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1.Đặc điểm dịch tễ học bệnh SXHD

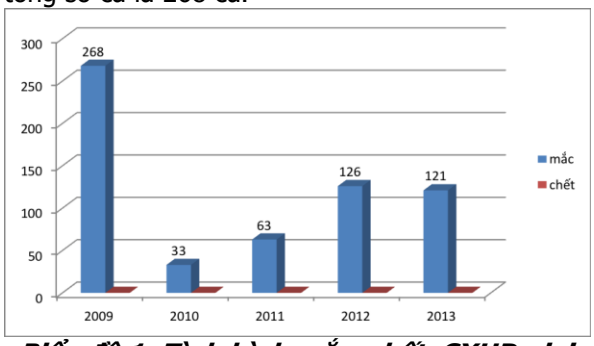
1.1.Tình hình bệnh dịch SXH trên toàn tỉnh giai đoạn 2009 -2013

Bảng 1: Số camắc SXHD giai đoạn 2009- 2013

Địa điểm	2009	2010	2011	2012	2013	Tổng
Hạ long	191	16	49	16	22	294
Cẩm phả	11	5	3	4	4	27
Uông bí	28	5	1	16	17	67
Quảng Yên	5	0	2	23	21	51
Đông triều	7	1	3	12	10	33
Tiên yên	0	0	1	0	1	2

Hải hà	1	0	0	16	7	24
Đầm hà	2	0	0	1	6	9
Móng cái	3	0	1	0	2	6
Hoành bồ	6	2	1	10	12	31
Vân đồn	3	0	1	4	8	16
Bình liêu	0	0	0	0	0	0
Ba chẽ	0	0	1	11	11	23
Cô tô	0	0	0	0	0	0
Ngoại tỉnh	10	0	0	0	0	10
Vượt tuyến	1	4	**0**	0	0	5
Cộng	**268**	**33**	**63**	**113**	**121**	**598**

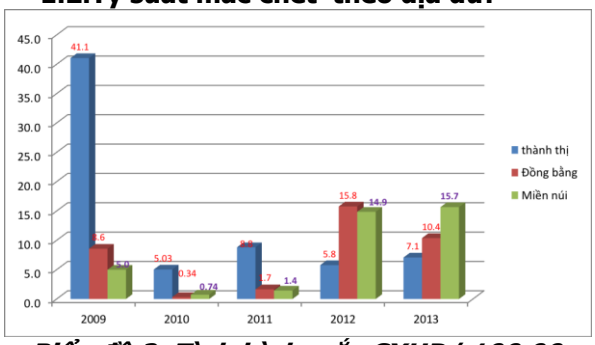
Trong giai đoạn từ 2009-2013, có tổng cộng 598 trường hợp mắc SXHD được ghi nhận, trong đó tại Hạ Long có số ca mắc nhiều nhất, lên đến 294 ca. Bên cạnh đó, có một số ca là bệnh nhân ngoại tỉnh nhưng được phát hiện và điều trị tại Quảng Ninh cũng được ghi nhận. Hầu hết các trường hợp mắc đều nằm trong năm 2009, với tổng số ca là 268 ca.



Biểu đồ 1: Tình hình mắc, chết SXHD giai đoạn 2009 -2013

Kết quả thống kê cho thấy số ca mắc sốt xuất huyết Dengue giai đoạn từ năm 2009 – 2013 có tính chu kỳ, năm 2009 xuất hiện dịch SXHD trên toàn Quốc nói chung và Quảng Ninh nói riêng, 2 năm tiếp theo 2010 và 2011 số mắc rải rác các các huyện, thị, thành phố, số ổ dịch xuất hiện nhỏ lẻ, rải rác, năm 2012 và 2013 do có sự giám sát chủ động tích cực, số ca mắc có chiều hướng gia tăng. Tuy nhiên, tại tất cả các năm, không ghi nhận trường hợp tử vong nào tại địa bàn tỉnh do SXHD.

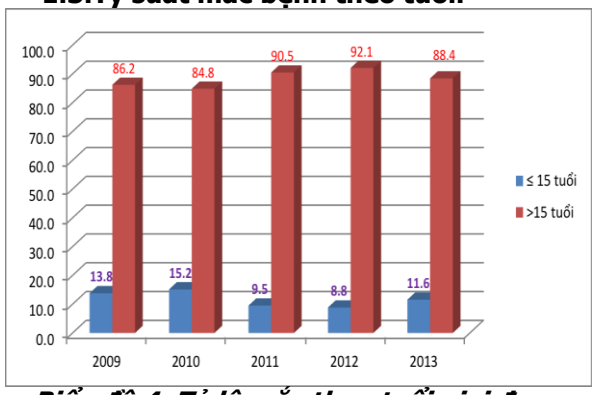
1.2.Tỷ suất mắc chết theo địa dư.



Biểu đồ 2: Tình hình mắc SXHD/ 100.00 dân theo vùng miền giai đoạn 2009 -2013.

Kết quả điều tra cho thấy tỷ suất mắc trên 100.000 dân tại thành thị, đồng bằng và miền núi có sự khác biệt, đối với năm 2009 khi có dịch SXHD các năm tiếp theo, số mắc tập chung nhiều ở các vùng thành thị và đồng bằng, ngược lại số mắc tại các huyện miền núi có sự không đồng đều giữa các năm.

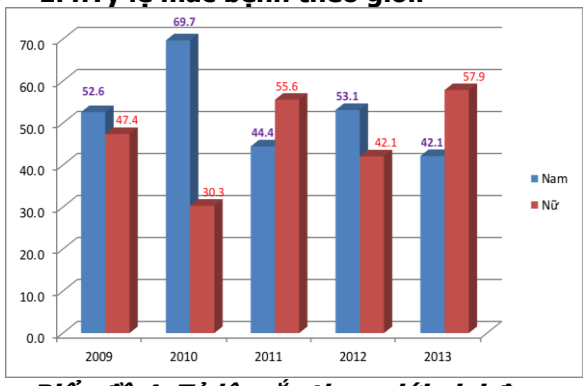
1.3.Tỷ suất mắc bệnh theo tuổi.



Biểu đồ 4: Tỷ lệ mắc theo tuổi giai đoạn 2009 -2013

Kết quả điều tra thống kê theo lứa tuổi cho thấy tỷ lệ mắc ở tuổi >15 giai đoạn 2009 -2013 cao hơn rất nhiều so với lứa tuổi <15, chiếm trên 80 đến trên 90% tổng số trường hợp mắc bệnh tại địa bàn

1.4.Tỷ lệ mắc bệnh theo giới.



Biểu đồ 4: Tỷ lệ mắc theo giới giai đoạn 2009 -2013

Kết quả điều tra tỷ lệ mắc theo giới giai đoạn 2009 – 2013 cho thấy tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn so với nữ giới vào các năm 2009, 2010 và 2012. Đặc biệt vào năm 2010 thì tỷ lệ này là gần gấp 3 lần. Vào các năm 2011 và 2013 thì xu hướng lại là ngược lại, tuy nhiên tại năm 2009 với số lượng ca mắc lớn thì tỷ lệ nam và nữ không có sự chênh lệch quá lớn.

2. Đặc điểm lâm sàng các ca bệnh

Bảng 2: Chẩn đoán theo mức độ lâm sàng ca bệnh 2009 -2013

Chẩn đoán mức độ lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ mắc
Sốt xuất huyết Dengue (SXHD)	502	83,9
SXHD kèm theo dấu hiệu cảnh báo	96	16,1
Sốt xuất huyết Dengue nặng	0	0
Tổng số	598	100,0

Kết quả điều tra cho thấy 83,9% số ca mắc giai đoạn 2009 -2013 đều được chẩn đoán ở mức độ sốt xuất huyết Dengue, và 16,1% được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

2.1. Tình hình xuất hiện các ổ dịch

Bảng 3: Số ổ dịch giai đoạn 2009 – 2013

Ổ dịch	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ
Năm	**2009**		**2010**		**2011**		**2012**		**2013**	
Số xã có dịch	49	26,3	1	0,54	1	0,54	6	32,3	18	9,7
Số ca mắc trong ổ dịch	267	99,6	1	3,03	19	30,1	7	6,2	31	25,6
Tổng số ca cả tỉnh trong năm	**268**	**100,0**	**33**	**100,0**	**63**	**100,0**	**126**	**100,0**	**121**	**100,0**

Tổng số các xã phường xuất hiện ổ dịch giai đoạn 2009 -2013 chủ yếu tập chung và xuất hiện năm 2009, các năm tiếp theo các ổ dịch xuất hiện thường ổ dịch nhỏ, rải rác.

2.2. Kết quả xét nghiệm

Bảng 4: Tỷ lệ xét nghiệm

Năm	Xét nghiệm huyết thanh học			Xét nghiệm phân lập vi rút học		
	Số mẫu XN	Số mẫu (+)	Tỷ lệ	Số mẫu XN	Số mẫu (+)	Tỷ lệ
2009	82	39	47,6	3	0	0
2010	12	2	16,7	3	0	0
2011	47	7	14,9	3	2	66,6
2012	121	6	4,96	5	0	0
2013	113	24	21,2	4	0	0
Tổng số	**375**	**78**	**20,8**	**18**	**2**	**11,1**

Kết quả thống kê tỷ lệ xét nghiệm dương tính SXHD giai đoạn 2009 -2013 cho thấy số mẫu dương tính làm xét nghiệm huyết thanh học cao.

2.3. Công tác giám sát véc tơ

Bảng 5: Chỉ số véc tơ giai đoạn 2009 -2013

Năm	Aedes aegypti					Aedes albopictus				
	CS Bretau	CS nhà có bọ gậy	Tỷ lệ %DCCN có bọ gậy	CS mật độ muỗi	CS nhà có muỗi	CS Bretau	CS nhà có bọ gậy	Tỷ lệ %DCCN có bọ gậy	CS mật độ muỗi	CS nhà có muỗi
2009	22,3	42.9	79	0,5	20	28	66,6	89	0,66	23
2010	10	10,6	21	0,045	12	18	36	12,3	0,32	14
2011	14,5	10,7	7,6	0,32	14	19	40	14,1	0,43	13,3
2012	15,8	11,0	8,9	0,36	11	19,5	30	14,6	0,4	14,5
2013	16,4	12.2	10,4	0,39	13,9	19,7	26,6	13,9	0,45	15,1

Kết quả điều tra véc tơ truyền bệnh giai đoạn 2009 -2013 cho thấy vẫn có mặt của vật chủ truyền bệnh SXHD chính Aedes Aegypty, tuy nhiên sự xuất hiện của bọ gậy và muỗi Aedes albopictus chiếm ưu thế hơn cả trong tất cả các ổ dịch.

2.4.Nơi điều trị của bệnh nhân

Bảng 6: Nơi điều trị của bệnh nhân SXHD giai đoạn 2009- 2013

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Tại nhà	361	60,4
Tại các cơ sở y tế	237	39,6
Tổng cộng	**598**	**100.0**

Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại nhà chiếm 60,36% và điều trị tại cơ sở y tế chiếm 39,63%, kết quả này cho thấy các trường hợp mắc SXHD giai đoạn 2009 -2013 đa số các trường hợp nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Nguồn thông tin và số liệu thống kê qua phiếu điều tra ca bệnh và phân tích thông qua

danh sách bệnh nhân giai đoạn 2009 -2013 cho thấy số ca mắc trong giai đoạn 2009 -2013 đa phần tập chung ở những đối tượng sống tại thành thị và đồng bằng, cũng phù hợp với đặc điểm sinh học, sinh thái của muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết [1]. Bệnh cũng cho thấy sự phát triển theo chu kỳ bệnh khi số ca bệnh tăng cao vào năm 2009 và giảm mạnh ở các năm tiếp theo, đến năm 2013 số ca có dấu hiệu tăng lên tuy nhiên vẫn chưa đến chu kỳ để bệnh phát triển là khoảng 4 đến 5 năm trong điều kiện thời tiết vùng Đồng bằng sông Hồng, tuy nhiên thì tính chu kì của dịch trong các năm gầy đây là không còn rõ ràng [2].

Năm 2009, năm có số ca mắc nhiều nhất tại Quảng Ninh với 268 ca, tỷ suất mắc cao nhất là ở khu vực thành thị với 41,1 ca/100.000 dân. So sánh với tỷ lệ chung của cả nước trong cùng năm, với tỷ suất là 121/100.000 dân thì có thể thấy là tình hình bệnh SXHD ở địa phương là khả quan hơn rất nhiều, không có ca tử vong nào được ghi nhận so với 89 ca tử cong tính trên toàn bộ lãnh thổ Việt Nam [3].

Số mắc tập chung ở lứa tuổi >15 tuổi chiếm gần 90%, độ tuổi < 15 tỷ lệ mắc thấp trên 10%, đặc biệt trong vụ dịch SXHD năm 2009 tỷ lệ trẻ em mắc thấp tập chung chủ yếu ở người lớn.

Qua thông tin điều tra trong giai đoạn 2009-2013, tỷ lệ nam giới mắc cao hơn nữ, đặc biệt những trường hợp mắc chẩn đoán mức độ lâm sàng SXHD đều thể nhẹ chiếm 83,9% và một số ít mức độ lâm sàng SXHD có dấu hiệu cảnh báo 16,1%. Tuy nhiên, vào năm 2009, đỉnh điểm của dịch bệnh SXHD, tỷ lệ nam và nữ là khá tương đồng.

Số ổ dịch được phát hiện từ 2009 -2013 chủ yếu tập chung nhiều nhất vào năm 2009 dịch bùng phát trên toàn quốc trong đó có Quảng Ninh, các năm sau các ổ dịch được phát hiện đa phần ổ dịch nhỏ, rải rác các địa phương trên địa bàn tỉnh. Chỉ số giám sát véc tơ ở giai đoạn 2009 -2013 cho thấy vẫn có sự có mặt của véc tơ truyền bệnh chính là Aedes aegypty, tuy nhiên, khác với đặc điểm của dịch trước đây, sự xuất hiện của Aedes albopictus trong giai đoạn này chiếm ưu thế hơn trong tất cả các vụ dịch đều có mặt của loài này [4].

Tất cả các trường hợp mắc bệnh điều trị tại nhà chiếm phần lớn 60,36%, điều trị tại các cơ sở y tế chiếm 39,63%, kết quả này cho thấy công tác truyền thông, hướng dẫn người dân biết cách phòng bệnh và chăm sóc tại nhà đạt hiệu quả cao, điều này cũng nói lên trình độ hiểu biết của người dân tại cộng đồng được nâng lên một cách rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc trên 100.000 dân trung bình trong giai đoạn 2009 -2013 là 10,44, cao hơn so với chỉ tiêu giai đoạn đề ra. Tỷ lệ mắc có sự khác biệt giữa các năm, các vùng miền và giữa các đối tượng có độ tuổi, giới tính khác nhau. Các ổ dịch xuất hiện trong giai đoạn 2009 -2013, một phần xuất hiện từ những ổ dịch cũ, theo chu kỳ của dịch, một phần phát hiện do công tác giám sát ca bệnh chủ động, các ổ dịch nhỏ số ca mắc trong ổ dịch ít, nằm rải rác các địa phương, tuy nhiên tập chung chủ yếu tại các vùng thành thị và đồng bằng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm phổ biến** (nhà xuất bản Y học).
2. **Trần Minh Hòa (2020),** Đặc điểm dịch tễ của bệnh sốt xuất huyết dengue tại huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai từ năm 2008 đến năm 2012 và kết quả của một số giải pháp can thiệp.
3. **Viện VSDT Trung ương (2011),** Báo cáo tổng kết công tác phòng chống dịch khu vực Miền bắc năm 2010, trang 6-10
4. **WHO (2002),** Hướng dẫn giám sát và phòng chống véctơ, Nhà xuất Bản Y học.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT VII NGOẠI BIÊN BẰNG ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP BÀI THUỐC TK7-HV

Nguyễn Tiến Chung[1], Đoàn Quang Huy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị liệt VII ngoại biên bằng điện châm kết hợp bài thuốc TK7-HV. **Phương pháp**: nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước sau có nhóm chứng. **Kết quả**: phương pháp điều trị kết hợp giữa điện châm và bài thuốc TK7-HV có tác dụng tốt trên các bệnh nhân liệt dây VII ngoại biên thể phong hàn thấp. Kết quả điều trị thấy rõ rệt sau 14 ngày sử dụng (p<0.01) và 80% hồi phục hoàn toàn sau 21 ngày; tác dụng này tương đương với nhóm sử dụng điện châm kết hợp bài thuốc

[1]*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Chung
Email: nguyentienchung89@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 17.6.2020

Đại tần giao thang.

Từ khóa: liệt VII ngoại biên, điện châm, bài thuốc TK7-HV

SUMMARY

THE RESULTS OF ACUPUNCTURE COMBINED TK7-HV REMEDY TREATMENT BELL'S PALSY

Objective: evaluate the results of electro-acupuncture combined TK7-HV remedy treatment of bell's palsy. **Method**: prospective clinical trial study, comparing controls. **Results**: the combination treatment with electro-acupuncture and TK7-HV remedy has a good effect on patients with bell's palsy. Treatment results were noticeable after 14 days of use (p <0.01) and 80% fully recovered after 21 days; this effect is equivalent to the group using electro-acupuncture combined Dai tan giao thang.

Keywords: Bell's palsy, electro-acupuncture, TK7-HV remedy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, nguyên nhân của nó là do tổn thương dây thần kinh mặt. Đây là chứng bệnh khá phổ biến trong lâm sàng cũng như trong chuyên ngành y học cổ truyền. Theo Hồ Hữu Lương và cộng sự, bệnh lý này chiếm tỷ lệ khoảng 3% bệnh thần kinh và tần suất mắc khoảng 23/100.000 người/năm [1].

Trong y học cổ truyền, liệt dây VII ngoại biên được mô tả với bệnh danh "khẩu nhãn oa tà". Bệnh có nhiều thể, trong đó phổ biến nhất trên lâm sàng là thể bệnh do phong hàn. Tà khí phong hàn thấp thừa cơ tấu lý sơ hở xâm phạm kinh lạc gây bế tắc tuần hành khí huyết, rối loạn khí cơ mà tạo thành chứng [2]. Do đó, y học cổ truyền chú trọng tới đánh đuổi tà khí phong hàn thấp và thông kinh hoạt lạc. Điện châm là phương pháp điều trị phổ biến, với tác dụng điều khí thông lạc; phương pháp này đã được mô tả trong quy trình kỹ thuật áp dụng cho các bệnh liệt VII ngoại biên. Tuy vậy, thực tế lâm sàng cho thấy, các bệnh nhân liệt VII ngoại biên thường được điều trị kết hợp giữa điện châm và sử dụng thuốc thang sắc. TK7-HV là bài thuốc phát triển từ bài Khiên chính tán, một trong các bài thuốc cổ phương được chỉ định trong chứng khẩu nhãn oa tà, cấu thành từ các vị thuốc khu phong tán hàn, trừ đàm thông lạc. Với mục đích hiểu rõ hơn về tác dụng của phương pháp kết hợp giữa điện châm và bài thuốc TK7-HV trong điều trị liệt dây VII ngoại biên, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *đánh giá kết quả điều trị liệt VII ngoại biên bằng điện châm kết hợp bài thuốc TK7-HV.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu. Bài thuốc TK7-HV bao gồm: Bạch chỉ 8gram, Bạch phụ tử 4gram, Bạch cương tàm 8gram, Quế chi 4gram, Phòng phong 10 gram. Dạng bào chế: thuốc được sắc bằng máy sắc thuốc bán tự động, 1 thang sắc lấy 300ml dung dịch, đóng 2 túi (thể tích mỗi túi 150ml). Thuốc được bào chế tại Khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

Phác đồ huyệt vị châm cứu: Đồng tử liêu, Ngư yêu, Tứ bạch, Hợp cốc, Phong trì, Giáp xa, Địa thương, Nghinh hương, Ế phong, Phong trì (theo phác đồ của Bộ Y tế) [3]. Ngày 1 lần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước sau có nhóm chứng. 60 bệnh nhân được chẩn đoán Liệt VII ngoại biên thể trúng phong hàn kinh lạc, điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh năm 2019, chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, mỗi nhóm 30 người:

- Nhóm nghiên cứu (NC): điều trị bằng điện châm và uống TK7-HV ngày 1 thang.
- Nhóm đối chứng (ĐC): điều trị bằng điện châm và uống thuốc theo công thức bài cổ phương Đại tần giao thang, sắc uống ngày 1 thang.

Bệnh nhân ở các nhóm được điều trị trong 21 ngày liên tục. Thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu tại thời điểm D_0, D_{14}, D_{21} bao gồm: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng và kết quả điều trị chung.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phương pháp y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng thuật toán χ^2 với số liệu định tính; so sánh trước sau bằng thuật toán so sánh từng cặp paired-sample T-test, so sánh đối chứng bằng thuật toán kiểm định giá trị trung bình của hai mẫu độc lập Independent-sample T-test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm tuổi

Nhóm tuổi	NC (n=30)		ĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
Dưới 20 tuổi	6	20%	7	23,3%	>0,05
21 – 39 tuổi	16	53,3%	12	40%	

40 – 59 tuổi	5	16,7%	7	23,3%	
≥ 60 tuổi	3	10%	4	13,3%	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, chúng tôi chia thành bốn nhóm tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân có độ tuổi từ 20 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất: nhóm nghiên cứu có 16 bệnh nhân chiếm 53,3%; nhóm chứng có 12 bệnh nhân chiếm 40%. nhóm bệnh nhân có độ tuổi trên 60 có tỷ lệ thấp hơn: 10% ở nhóm nghiên cứu và 13,3% ở nhóm chứng. Không có sự khác biệt về phân bố độ tuổi giữa hai nhóm.

Bảng 2. Đặc điểm giới tính

Giới tính	NC (n=30)		ĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
Nam	15	50%	13	43,3%	p > 0,05
Nữ	15	50%	17	56,7%	

Nhận xét: Bệnh nhân được phân bố đều về giới tính ở cả hai nhóm; nhóm nghiên cứu 15 nam (chiếm 50%), 15 nữ (chiếm 50%); nhóm đối chứng 13 nam (chiếm 43,3%), 17 nữ (chiếm 56,7%), không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm.

Bảng 3. Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện

Nhóm tuổi	NC (n=30)		ĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
≤ 1 ngày	25	83.3%	24	80%	>0,05
> 1 – 3 ngày	4	13,3%	4	13,3%	
> 3 ngày	1	3.3%	2	6.7%	

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện của bệnh nhân ở nhóm dưới 1 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất: nhóm nghiên cứu 25 bệnh nhân, chiếm 83,3%; nhóm đối chứng 24 bệnh nhân, chiếm 80%. Nhóm trên 3 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất: nhóm nghiên cứu 3,3%; nhóm đối chứng 6,7%. Đa số bệnh nhân đến sớm sau khi mắc bệnh. Sự phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh trước khi vào viện không có khác biệt giữa hai nhóm.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả triều trị trên các triệu chứng lâm sàng

Bảng 4. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 14 ngày điều trị

Triệu chứng		NC (n=30)		ĐC (n=30)		$p_{NNC-NĐC}$
		n	%	n	%	
Charles-Bell	D_0	30	100%	30	100%	>0,05
	D_{14}	18	60%	21	70%	
Ăn uống rơi vãi	D_0	26	86,7%	25	83,3%	>0,05
	D_{14}	10	38,5%	8	32%	
Không thể chụm miệng	D_0	26	86,7%	25	83,3%	>0,05
	D_{14}	12	46,2%	14	56%	
Mất nếp nhăn trán	D_0	30	100%	30	100%	>0,05
	D_{14}	9	30%	15	50%	
Nhân trung lệch	D_0	30	100%	30	100%	>0,05
	D_{14}	23	76,7%	24	80%	
Nói không tròn tiếng	D_0	26	86,7%	25	83,3%	>0,05
	D_{14}	14	56%	21	70%	
P_{0-14}		<0.01		<0.01		

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, các triệu chứng lâm sàng ở cả hai nhóm giảm rõ rệt, trong đó các biểu hiện cải thiện tốt nhất là mất nếp nhăn trán và ăn uống rơi vãi. Sự khác biệt với thời điểm D_0 có ý nghĩa thống kê với p<0.01. Cụ thể như sau:

- Dấu hiệu Charles Bell sau 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu còn 18 bệnh nhân (60%); nhóm chứng 21 bệnh nhân (70%).

- Triệu chứng ăn uống rơi vãi: nhóm nghiên cứu có 26 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ăn uống rơi vãi sau 14 ngày điều trị còn 38,5%; nhóm đối chứng có 25 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng không co cơ nhai: còn 32%.

- Triệu chứng không chụm miệng được: nhóm nghiên cứu có 26 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng không chụm miệng thổi sáo được: sau 14 ngày điều trị còn 46,2%; nhóm đối chứng có 25 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng không chụm miệng thổi sáo được: còn 56%.

- Sau 15 ngày điều trị, triệu chứng mất nếp nhăn trán của nhóm nghiên cứu: 30%; nhóm đối

chứng: 50% và không có trường hợp nào không thay đổi.

- Triệu chứng nhân trung lệch về bên lành tỷ lệ bệnh giảm sau điều trị thấp: nhóm nghiên cứu: còn 76,7%; nhóm đối chứng: 80%.
- Triệu chứng nói không tròn tiếng: nhóm nghiên cứu sau 14 ngày điều trị còn 56%; nhóm đối chứng còn 70%.

Từ số liệu trên có thể thấy, kết quả điều trị của bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu có xu hướng tiến triển tốt hơn; tuy nhiên, sự khác biệt với nhóm chứng chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 21 ngày điều trị

Triệu chứng		NC (n=30)		ĐC (n=30)		$p_{NNC-NĐC}$
		n	%	n	%	
Charles-Bell	D_0	30	100%	30	100%	>0,05
	D_{21}	6	20%	7	23,3%	
Ăn uống rơi vãi	D_0	26	86,7%	25	83,3%	>0,05
	D_{21}	1	3,8%	2	8%	
Không thể chụm miệng	D_0	26	86,7%	25	83,3%	>0,05
	D_{21}	1	3,8%	2	8%	
Mất nếp nhăn trán	D_0	30	100%	30	100%	>0,05
	D_{21}	1	3,3%	0	0%	
Nhân trung lệch	D_0	30	100%	30	100%	>0,05
	D_{21}	6	20%	7	23,3%	
Nói không tròn tiếng	D_0	26	86,7%	25	83,3%	>0,05
	D_{21}	3	10%	5	16,7%	
P_{0-21}		<0.001		<0.001		

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, dấu hiệu Charles Bell ở nhóm nghiên cứu chỉ còn 20%; nhóm chứng 23,3%; triệu chứng ăn uống rơi vãi nhóm nghiên cứu còn 3,8%; nhóm đối chứng: 8%; triệu chứng không chụm miệng thổi sáo được: nhóm nghiên cứu còn 3,8%; nhóm đối chứng còn 8%. Như cậy có thể thấy, các biểu hiện lâm sàng của nhóm nghiên cứu sử dụng bài thuốc TK1-HV có xu hướng cải thiện nhanh hơn. Kết quả tương tự với các triệu chứng: mất nếp nhăn trán, nhân trung lệch và nói không tròn tiếng. Tuy vậy, khác biệt với nhóm chứng ở tất cả các chỉ số chưa có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Kết quả triều trị chung

Bảng 6. Hiệu quả điều trị chung sau 14 ngày

Mức độ hồi phục		NC (n=30)		ĐC (n=30)		p
		n	%	n	%	
Hoàn toàn, bệnh nhân trở về trạng thái bình thường		12	40%	9	30%	>0,05
Chưa hoàn toàn	Charles-Bell	18	60%	21	70%	
	Ăn uống rơi vãi	10	38,5%	8	32%	
	Không chụm miệng được	12	46,2%	14	56%	
	Mất nếp nhăn trán	9	30%	15	50%	
	Nhân trung lệch	23	76,7%	24	80%	
	Nói không tròn tiếng	14	56%	21	70%	>0,05
Không hiệu quả	Triệu chứng không đổi	0	0	0	0	>0,05
	Triệu chứng nặng lên	0	0	0	0	

Nhận xét: Tỷ lệ hồi phục của triệu chứng sau 14 ngày điều trị có kết quả tốt (40% hồi phục hoàn toàn ở NNC và 30% ở NĐC). Kết quả không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 7. Hiệu quả điều trị chung sau 21 ngày

Mức độ hồi phục		NC (n=30)		ĐC (n=30)		p
		n	%	n	%	
Hoàn toàn, bệnh nhân trở về trạng thái bình thường		24	80%	23	76,7%	>0,05
Chưa hoàn toàn	Charles-Bell	6	20%	7	23,3%	
	Ăn uống rơi vãi	1	3,8%	2	8%	
	Không chụm miệng được	1	3,8%	2	8%	
	Mất nếp nhăn trán	1	3,3%	0	0%	

	Nhân trung lệch	6	20%	7	23,3%	
	Nói không tròn tiếng	3	10%	5	16,7%	>0,05
Không hiệu quả	Triệu chứng không đổi	0	0	0	0	>0,05
	Triệu chứng nặng lên	0	0	0	0	

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, các triệu chứng Charles-Bell, ăn uống rơi vãi, không chụm miệng thổi sáo được, mất nếp nhăn trán, nhân trung lệch về bên liệt và nói ngọng đều cải thiện có ý nghĩa thống kê, ở NC không có sự khác biệt so với ĐC.

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi thấy, các triệu chứng rối loạn vận động gặp ở tất cả các bệnh nhân như: mất nếp nhăn trán, dấu hiệu Charles Bell dương tính, lệch nhân trung về bên liệt, không chụm miệng thổi sáo được gặp ở hầu hết các trường hợp. Căn cứ vào bảng chỉ tiêu đánh giá điểm lâm sàng thì tất cả các bệnh nhân này đều bị liệt mặt ở mức độ nặng. Dựa trên các đặc điểm về giải phẫu, sinh lý và bệnh lý của dây thần kinh số VII, chúng ta thấy dây thần kinh số VII là dây thần kinh hỗn hợp chủ yếu chi phối vận động các cơ bám da mặt, nên khi dây thần kinh số VII bị tổn thương thì triệu chứng nổi bật mà bệnh nhân gặp phải là các rối loạn vận động, còn các rối loạn thực vật, rối loạn cảm giác ít gặp hơn và tuỳ thuộc vào vị trí tổn thương [4].

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sự phục hồi vận động của nhánh thái dương mặt (biểu hiện bằng sự phục hồi của dấu hiệu Charles Bell và nếp nhăn trán). Các triệu chứng rối loạn vận động này gặp ở tất cả các bệnh nhân (100% ở cả hai nhóm nghiên cứu: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng). Triệu chứng mất nếp nhăn trán sau 14 ngày điều trị (bảng 4 và bảng 6) tiến triển tốt, ở nhóm nghiên cứu còn 30% hồi phục chưa hoàn toàn; ở nhóm đối chứng hồi phục hoàn toàn 50%, còn 50%, đặc biệt sau 21 ngày điều trị (bảng 5 và bằng 7) ở nhóm nghiên cứu chỉ còn 3,3% bệnh nhân chưa hồi phục; nhóm đối chứng hồi phục hoàn toàn 100%. Các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều tiến triển tốt, nếp nhăn trán trở lại bình thường khá nhanh. Tương tự với sự phục hồi vận động của nhánh cổ mặt (biểu hiện bằng sự phục hồi của dấu hiệu lệch nhân trung về bên liệt; không chụm miệng thổi sáo được và ăn uống rơi vãi). Triệu chứng lệch nhân trung về bên liệt sau 14 ngày điều trị (bảng 4) ở nhóm nghiên cứu: hồi phục 23,3%, hồi phục chưa hoàn toàn 76,7%; nhóm đối chứng: hồi phục 20%, hồi phục chưa hoàn toàn 80%. Tỷ lệ hồi phục của hai nhóm là tương đương nhau và khá thấp sau 14 ngày điều trị. Kết quả không có sự khác biệt giữa hai nhóm, với p > 0,05. Tuy nhiên, sau 21 ngày điều trị biểu hiện lâm sàng của triệu chứng lệch nhân trung về bên liệt tiến triển rõ rệt; nhóm nghiên cứu: hồi phục 80%, hồi phục chưa hoàn toàn 20%; nhóm đối chứng: hồi phục 76,7%, hồi phục chưa hoàn toàn 23,3%. Sau hai mươi mốt ngày điều trị, sự phục hồi của cả hai nhánh là tương đương nhau ở nhóm nghiên cứu (dấu hiệu Charles Bell hồi phục 80% và triệu chứng méo miệng – lệch nhân trung hồi phục 80%). Ở nhóm đối chứng, sự hồi phục của nhánh thái dương mặt cao hơn (dấu hiệu Charles Bell hồi phục ở 76,7% số bệnh nhân và triệu chứng lệch nhân trung về bên liệt hồi phục ở 76,7% bệnh nhân). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Nguyễn Kim Ngân (2002) [5] và Lê Văn Thành (2007) [6].

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị kết hợp giữa điện châm và bài thuốc TK7-HV có tác dụng tốt trên các bệnh nhân liệt dây VII ngoại biên thể phong hàn thấp. Kết quả điều trị thấy rõ rệt sau 14 ngày sử dụng ($p<0.01$) và 80% hồi phục hoàn toàn sau 21 ngày; tác dụng này tương đương với nhóm sử dụng điện châm kết hợp bài thuốc Đại tần giao thang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương** (2015), Thực hành lâm sàng thần kinh học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.35.
2. **Trương Việt Bình** (2015), Bài giảng bệnh học nội khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 68.
3. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Điện châm, Tài liệu hướng dẫn cán bộ Y tế, tr66.
4. **Hồ Hữu Lương** (2017) Khám lâm sàng hệ thần kinh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.21.
5. **D Cirpaciu, CM Goanta** (2014), Bell's palsy: data from a study of 70 cases, J Med Life, 7(Spec Iss 2), pg 24–28.
6. **Nguyễn Kim Ngân**(2002), "Nghiên cứu vai trò huyệt Quyền liêu và Ế Phong trong mãng châm điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr67.
7. **Lê Văn Thành** (2007), "Đánh giá tác dụng liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm", Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, trường đại học Y Hà Nộ, tr.71.

NHẬN XÉT NGUYÊN NHÂN LIỆT DÂY THẦN KINH VẬN NHÃN SỐ III

Trần Thị Chu Quí*, Đào Thị Mai Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét nguyên nhân liệt dây TK III và xác định một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả lâm sàng cắt ngang. **Các tiêu chí đánh giá:** đặc điểm BN, chẩn đoán hình thái liệt, nguyên nhân, vị trí tổn thương. Các yếu tố liên quan: tuổi, giới, số mắt liệt. vị trí tổn thương. **Kết quả:** 95,4% liệt dây TKIII mắc phải trong đó 84,4% BN tìm được nguyên nhân và chấn thương chiếm 56,8%, vị trí hay gặp là hốc mắt. Chấn thương gặp ở nam nhiều hơn. Tỷ lệ tìm được nguyên nhân cao khi liệt dây III một mắt (1M), hoàn toàn và phối hợp liệt nhiều dây TK sọ. **Kết luận**: 95,4% liệt dây TKIII mắc phải trong đó 84,4% tìm được nguyên nhân,nguyên nhân chấn thương đứng đầu. Tỷ lệ tìm được nguyên nhân cao hơn khi liệt 1M, hoàn toàn và khi phối hợp liệt nhiều dây TK sọ khác.

SUMMARY

TO EVALUATE THE CAUSE OF THIRD NERVE PALSY

Objectives: to evaluate the cause of third nerve palsy and identify some related factors. **Methodology:** clinical cross-sectional description. Evaluation criteria: patient characteristics, diagnosis of paralytic morphology, etiology, location of lesions. Relevant factors: age, gender, number of paralyzed eyes, location of lesions. **Results**: 95.4% of patients with third nerve palsy acquired in which 84.4% of patients found the cause and injury accounted for 56.8%, the common position is eye sockets. Trauma is more common in men. The rate of finding the cause is higher when monocular third nerve palsy, completely and in combination with multiple cranial nerve palsies**. Conclusion:** 95.4% of third nerve palsy acquired, of which 84.4% finds the causes, leading cause was trauma. The rate of finding the cause is higher when unilateral paralysis, completely and coordination of multiple cranial nerve palsies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhãn cầu vận động nhờ các cơ ngoại nhãn dưới sự điều khiển của 3 đôi dây thần kinh (TK) sọ não là III, IV và VI. 4/6 cơ vận động nhãn cầu được chi phối bởi dây thần kinh (TK) III, dây TK này bắt nguồn từ các nhân nằm sâu trong thân não, đi qua nhiều cấu trúc giải phẫu của não bộ và hốc mắt bởi vậy có thể bị tổn thương do nhiều nguyên nhân. Khác với dây TK IV, VI dây TK III chi phối nhiều cơ vận nhãn, do đó hình thái tổn thương ngoài phụ thuộc vào vị trí, nguyên nhân còn phụ thuộc vào một số yếu tố khác. Xác định nguyên nhân gây liệt dây TK III là rất cần thiết nhưng có tới 25,7 - 29,3% không rõ nguyên nhân [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét nguyên nhân liệt dây TK III và xác định một số yếu tố liên quan.

**Bệnh viện Mắt Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Chu Quí
Email: quytran.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 16.6.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

BN liệt dây TK III khám tại Bệnh viện Mắt TW trong 5 năm (từ 06/2013 đến 31/06/2018). Loại trừ: BN có tiền sử đã phẫu thuật cơ vận nhãn, BN không thể hợp tác khi thăm khám hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang.

Cỡ mẫu $n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)}.p.q}{d^2}$

Trong đó: n: số BN cần thiết để nghiên cứu có ý nghĩa. Z: trị số giới hạn của độ tin cậy. Khi α = 0,05, $Z_{1-\alpha/2}$= 1,96, mức độ tin cậy là 95%. p: tỷ lệ ước lượng của liệt dây TKIII = 0,38 q = 1- p. d: sai số tối thiểu cho phép = 0,1 và n ≥ 91.

Phương tiện: bảng TL Snellen, máy soi bóng đồng tử, máy đo khúc xạ, thước đo độ lồi Hertel. Các phương tiện khám mắt, khám lác. Dụng cụ làm test cưỡng bức cơ. Cận lâm sàng: xét nghiệm máu, X- quang, chụp CT Scanner, MRI… Kết quả khám chuyên khoa

Nội dung nghiên cứu

Hỏi bệnh: Lý do đi khám: song thị, lác, lệch đầu cổ hay lý do khác. Thời gian, hoàn cảnh xuất hiện và sự biến đổi của các triệu chứng, dấu hiệu đi kèm; BN đã xử lý gì, kết quả.

Khám: đo TL,TGHM, đo khúc xạ, khám lác, đồng tử, vận nhãn, khám song thị Khám phát hiện tư thế bù trừ. Khám bán phần trước và đáy mắt phát hiện bất thường khác tại mắt và toàn thân. Khám chuyên khoa tai mũi họng, thần kinh, nội tiết, tim mạch...Một số xet nghiệm: CT Scanner, MRI sọ não, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, máu, giải phẫu bệnh.

Các tiêu chí đánh giá

Đặc điểm BN: tuổi (BN: <16 tuổi, 16 - 60 tuổi, > 60 tuổi), giới, lí do khám, hoàn cảnh gây bệnh. Thời gian phát hiện: (<1tháng, 1- 6 tháng, > 6 tháng). Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 2/4 dấu hiệu: song thị, lác liệt, hạn chế vận nhãn, tư thế bù trừ. Chẩn đoán hình thái liệt một mắt hay hai mắt, liệt dây TK III đơn thuần hay phối hợp dây TK sọ não khác.

Chẩn đoán nguyên nhân**:** tỷ lệ liệt bẩm sinh hay mắc phải, vị trí tổn thương. Các yếu tố liên quan: tuổi, giới, vị trí tổn thương, mức độ liệt, hình thái liệt, số mắt..

Xử lý: các số liệu xử lý theo thuật toán thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: 131 BN liệt dây III: 72,5% ở độ tuổi lao động (16-60), 23,7% độ tuổi trên 60 và 3,8% là trẻ em. Có 81 BN nam (chiếm 61,8%) và 50 BN nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,05). Số lượng liệt dây TK III 1M là 122BN (93.1%) và 2M là 9 BN (6,9%). 3 BN liệt hoàn toàn (2,3%) và 128 BN liệt không hoàn toàn. 59,6% BN đi khám trong tháng đầu. 26,7% khám trong vòng 1 đến 6 tháng và 13.7% khám sau 6 tháng. Lý do hay gặp nhất là lác (68,9%), lệch đầu cổ là 59,4% và song thị là 50,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Một số BN có đau đầu, ù tai, nghe kém, giọng nói khàn, nuốt vướng, yếu nửa người…

Dấu hiệu: tứ chứng của lác liệt cũng xuất hiện với các tần xuất khác nhau như lác mắt và hạn chế vận nhãn ở 100% BN. Song thị chiếm 57,3% (75 BN), tư thế bù trừ ở 26,7% (35 BN), sụp mi là 42,7% (56 BN) và dãn đồng tử ở 13 BN (9,9%). Một số ít BN có các dấu hiệu đi kèm như lồi mắt; sưng phù mi mắt, hở mi, liệt nửa người.

Nguyên nhân: trong 131 BN liệt dây TK III, tỷ lệ bẩm sinh, tỷ lệ tìm được nguyên nhân cũng như vị trí tổn thương như sau:

Bảng 1. Phân loại nguyên nhân (NN) gây liệt dây TK III

Bẩm sinh	6 BN				**6 (4,6%)**
Mắc phải	**Rõ vị trí**	**Rõ**	74 (69,8%)	**106 (84,8%)**	125 (95,4%)
		Không rõ	32 (30,2%)		
	Không rõ NN		19 (15,2%)		
Tổng số					**131 (100%)**

Trong số 125 BN liệt dây TK III mắc phải có 106 BN (84,8%) xác định được nguyên nhân (chiếm 84,8%) và nếu tính chung cho 131 BN liệt III trong nghiên cứu này thì tỷ lệ tìm được nguyên nhân là 80,9% (106/131BN). Chấn thương là nguyên nhân hay gặp nhất (32,18%) (42/131BN), bệnh lý mạch máu là 6,1% (8/131BN). 9,4% BN do khối u tại não (u cuống não, màng não, xương bướm) và các ung thư di căn từ vòm mũi họng, hốc mũi, gan. Nghiên cứu cũng ghi nhận một số BN có bệnh lý (viêm hốc mắt, khe trên hốc mắt, xoang và xoang hang) đặc biệt có 1 BN bị sán trong nhu mô vùng não giữa.

Vị trí tổn thương: 74 BN trong nhóm mắc phải tìm được vị trí tổn thương (chiếm 59,2%) và nếu tính chung cho 131 BN liệt dây TK III tỷ lệ này là 56,5% (74/131 BN). Vị trí tổn thương của 74 BN này thì tại khe trên ổ mắt/ hốc mắt chiếm 75,3%, xoang hang chiếm 17,6%, khoang dưới nhện 2,7% và não giữa 4%.Trong khi đó ở 32 BN tìm được nguyên nhân nhưng không xác định được vị trí tổn thương hầu hết có bệnh lý mạch máu (27/32 BN).

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGUYÊN NHÂN

Yếu tố tuổi: phân tích ở 74 BN tìm được nguyên nhân và vị trí tổn thương

Bảng 2. Nguyên nhân gây liệt dây TK III theo nhóm tuổi

Nguyên nhân	< 16	16 - 60	> 60	Tổng số
Chấn thương	1	**36 (62,1%)**	5 (33,3%)	**42 (56,8%)**
Bệnh mạch máu	0	4 (7,0%)	4 (26,7%)	8 (10,8%)
Khối u	0	3 (5,1%)	4 (26,7%)	7 (9,4%)
Nguyên nhân khác	0	15 (25,8%)	2 (13,3%)	17 (23,0)
Tổng số	1	**58**	**15**	**74**

BN liệt dây TK III gặp nhiều ở độ tuổi lao động (58/74 BN= 78,4%) và chấn thương vẫn là nguyên nhân hay gặp 42/74 BN= 56,8%.

Yếu tố giới tính: chấn thương ở nam nhiều hơn nữ (68,9% so 31,1%) (p = 0,0389), nhưng bệnh lý mạch máu gặp ở BN nữ nhiều hơn nam (75% so với 25%) (p < 0,05).

Yếu tố mắt bệnh: số lượng liệt dây TK III 1M là 122 BN (93.1%) và tỷ lệ tìm được nguyên nhân là 95,9%. NHóm BN liệt dây TK III 2M còn ít (BN) do vậy chúng tôi chưa có nhận định thật chính xác.

Hình thái liệt: cả 3 BN liệt dây TK III hoàn toàn đều do bệnh lý mạch máu trong khi 71 BN liệt không hoàn toàn thì chấn thương vẫn là nguyên nhân đứng đầu (42/71 BN =59,2%). Nếu tính chung cho 131 đối tượng nghiên cứu tỷ lệ BN liệt hoàn toàn tìm được nguyên nhân là 100% (3/3 BN), cao hơn nhóm liệt không hoàn toàn (71/128 BN=55,5%).

47/104 BN liệt dây TK III đơn thuần tìm được nguyên nhân chiếm 45,2%, thấp hơn ở nhóm 27 BN liệt dây III phối hợp dây TK sọ não (100%), có ý nghĩa thống kê p<0,05. Nguyên nhân ở 27 BN liệt dây TK III phối hợp:

Bảng 3. Nguyên nhân gây liệt nhiều dây TK

Dây TK sọ não / Nguyên nhân	Liệt các DTKVN			Liệt phối hợp các dây TK sọ não				Tổng
	III,IV,VI	III, IV	III, VI	III, IV, VI, V1	II,III,IV, VI, V1	II, III, VI	VI,VII	
CT sọ não, hốc mắt	6			2	1	1		10
Thông ĐTMCXH	1	2		1				8
Phình ĐMCXH	2			2				
U vòm di căn	1							3
U phế quản di căn	1							
Khối u thân não							1	
Sau sốt cao			1					1
Viêm TC hốc mắt		2		1	1			5
Viêm đa xoang		1						
Tổng số	**17**			**10**				**27**

Có 17 BN liệt dây TK III phối hợp với liệt dây TK vận nhãn khác và 10 BN liệt dây III phối hợp dây TK sọ não khác. Khi phân tích nguyên nhân ở 27 BN này thấy rằng chấn thương sọ não, hốc mắt gặp nhiều nhất (10/27 BN =37%), tiếp theo là bệnh lý mạch máu, u và ít gặp các nguyên nhân khác.

Nguyên nhân với vị trí

Bảng 4. Nguyên nhân liệt dây TK III theo vị trí tổn thương

Nguyên nhân / Vị trí bệnh		Não giữa	Khoang dưới nhện	Xoang tĩnh mạch hang	Khe hốc mắt trên, hốc mắt	Tổng số
Chấn thương	Vỡ, gãy xương sọ				21	**42 (56,8%)**
	Dập não, XH não			2		
	Máu tụ DMC, NMC			2		
	Vỡ xương hốc mắt				12	
	Đụng dập hốc mắt				5	
Bệnh mạch máu	Phình mạch		2	3		**8 (10,8%)**
	Xuất huyết não	1				
	Thông ĐTMCXH			2		
Khối u	U cuống não, u màng não, u xương bướm	1			3	**7 (9,4%)**
	K vòm, gan, hốc mũi				3	
Nguyên nhân khác	Viêm xoang hang			4		**17 (23,0%)**
	Viêm khe hốc mắt trên				4	
	Viêm đa xoang				3	
	Viêm TCHM				5	
	Sán não	1				
Tổng số		3 (4,0%)	2(2,7%)	13(17,6%)	**56 (75,7%)**	**74(100%)**

Chấn thương, viêm hoặc u hay ở vị trí khe hoặc trong hốc mắt, ngược lại bệnh lý mạch máu lại khư trú chủ yếu trong não.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân gây liệt dây thần kinh III

Phân tích 131 BN liệt dây TK III chúng tôi thấy hình thái mắc phải chiếm 94,5%, cao hơn nhóm liệt bẩm sinh (4,6%), tỷ lệ mắc phải của chúng tôi tương đương với Trần Ánh Dương [1] (87%). Tỷ lệ liệt bẩm sinh có phần thấp có lẽ một phần bệnh nhi đã khám và điều trị tại một số bệnh viện khác bởi một số dấu hiệu bất thường ngoài mắt như đau đầu, buồn nôn… Đối với hình thái này Campbell [2] đã cảnh báo có 10-20% có thể do phình mạch hoặc u tăng sinh và cần thiết chụp MRI. Chúng tôi không gặp BN liệt bẩm sinh có tổn hại đông tử hay tái sinh dây III lạc chỗ trong khi Lanning báo cáo liệt dây TK III bẩm sinh chiếm 50% và một tỉ lệ cao sẽ có triệu chứng của tái sinh TK III lệch hướng [4].

Chấn thương đã được hầu hết các tác giả trong và ngoài nước báo cáo là nguyên nhân hay gặp nhất. Tỷ lệ BN liệt dây TK III không xác

định được nguyên nhân của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác trước đây tại Việt Nam và thế giới. Sự khác biệt này do ngày nay các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã hỗ trợ xác định tổn thương một cách hiệu quả hơn.

Bảng 5. Nguyên nhân gây liệt dây TK III mắc phải ở các nghiên cứu

Nguyên nhân (%) / Tác giả	Chấn thương	Bệnh mạch	Khối U	NN khác	Không rõ
Rucker C.W [7] (1966)	17,5	19,5	15,6	13,4	34
T.A.Dương (2006)	29,8	19,1	4,3	14,9	31,9
Nhóm nghiên cứu (2018)	36,0	30,4	9,6	8,8	15,2

Vị trí hốc mắt chấn thương là nguyên nhân nhiều nhất (56,8%), Một lý do chấn thương nói chung và chấn thương hốc mắt là nguyên nhân dễ được nhận diện vì ngoài dấu hiệu lâm sàng, các test (Duction test), chụp XQ sẽ giúp ích rất nhiều như Rucker nhận xét.

Trong nghiên cứu này cả 5 BN phình mạch não đều có dãn đồng tử. Đồng tử được chi phối bởi nhánh đồng tử nằm ở lớp ngoài của dây TK III, liên quan chặt chẽ với nguồn cung cấp máu nuôi bao quanh dây TK. Vì vậy các sợi chi phối đồng tử thường không bị ảnh hưởng khi thiếu máu mãn tính (bởi đái tháo đường và tăng huyết áp) nhưng lại thường tổn thương khi bị chèn ép bởi phình mạch, khối u hay chấn thương. Guy JR [3] đã nhân định liệt dây TK III một bên kèm theo dãn đồng tử là dấu hiệu sớm cho thấy có sự chèn ép mạch máu nuôi bó đồng tử và dây TK III từ tổ chức lân cận, có tính chất cấp cứu và gợi ý tới phình mạch trong não và vị trí thường gặp là động mạch thông sau.

Bàn luận về một số yếu tố liên quan. Trong số 74 BN tìm được nguyên nhân thì chấn thương chiếm 56,8%, tính riêng nhóm BN nam là 64,7%, nhiều hơn nữ (39,1%). Ngược lại bệnh mạch máu lại gây liệt dây TK III ở BN nữ là 75%, cao hơn nam. Chấn thương là nguyên nhân hay gặp cho toàn bộ nghiên cứu nói chúng và nhòm tuổi lao động nói riêng đặc biệt là ở BN nam. Điều này có lẽ nam ở độ tuổi lao động thường tham gia công việc nặng, trên cao và thời gian tham gia giao thông nhiều. Kết quả này phù hợp Peter Berlit [5], ông cũng thấy rằng các BN dưới 50 chủ yếu liệt dây TK III do chấn thương còn trên 50 thì chủ yếu là rối loạn về mạch trong số đó bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp chiếm tới 32%.

Về hình thái liệt: có 3/131BN dây TK III hoàn toàn (5%), thấp hơn so với Peter Belit (20%) và thấp hơn rất nhiều so với Trần Ánh Dương (70,7%). Như vậy hình thái liệt của dây TK III không được thống nhất tuỳ thuộc vào thời điểm,cách thức nghiên cứu tuy nhiên có thể đây cũng là sự thay đổi về mô hình bệnh tật có chiều hướng tốt nên chăng?. Tỷ lệ BN liệt hoàn toàn tìm được nguyên nhân là 100%, cao hơn nhóm không hoàn toàn (55,5%) nhưng vẫn cần nghiên cứu với lượng BN liệt III hoàn toàn nhiều hơn. Tương tự tỷ lệ tìm được nguyên nhân ở nhóm 1M cao hơn 2M, chúng tôi chưa có lý giải thích đáng vì số lượng BN 2M còn quá ít và chưa có nhà nhãn khoa nào có lời bình vấn đề này.

Như vậy tìm nguyên nhân liệt dây TK III thậm chí tìm vị trí tổn thương thì trước hết cần xác định liệt 1M hoặc 2M, liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, đơn thuần hoặc phối hợp. Bên cạnh đó việc khai thác tiền sử, lứa tuổi, hoàn cảnh bệnh, sử dụng một số test cũng như khám một số chuyên khoa là thật sự cần thiết.

V. KẾT LUẬN

95,4% liệt dây TKIII là hình thái mắc phải trong đó 84,4% tìm được nguyên nhân và đứng đầu là chấn thương. Tỷ lệ tìm được nguyên nhân cao khi liệt dây III 1M, hoàn toàn và khi phối hợp liệt nhiều dây TK sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ánh Dương** (2006), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của liệt dây thần kinh III tại Bệnh viện mắt trung ương, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà nội.
2. **Campbell RJ, Okazaki H** (1987). Painful ophthalmoplegis (Tolosa -Hunt variant): autopsy findings in a patient with necrotizing intra cavernous carotid vasculitis and inflammartory disease of the orbit. Mayo Clin Proc. 62:520-26.
3. **Guy JR, Day AL** (1989). Intracranial aneurysms with superior division paresis of the oculomotor nerve. Ophthalmology. 96:1071 - 7641Barricks ME, Traviesa DB, Glaser JS, Levy IS (1977). Ophthalmoplegia in cranial arteritis. Brain. 100: 209 - 21.
4. **Lanning BK., Frank JB** (2001). The seven syndromes of the III nerve (trochlear). IN: Neuro-ophthalmology. USA.SLACK incorporated 5th Ed:chapter 5,105 - 112.
5. **Peter Berlit** (1991). Isolated and combined parases of cranial nerves III, IV and VI a retrospective study of 412 patients. Journal of the Neurological Sciences; 103: 10 - 15.
6. **Richards BW, Jones FR, Younge BR** (1992), Causes and prognosis in 4278 cases of paralysis of the Oculomotor, Trochlear, and Abducens Cranial Nerves, Am. J. of Ophthalmol., Vol 113, 489 - 496.
7. **Rucker C.W**. (1958), Paralysis of the III, IV, VI cranial nerves, Am. J. Ophthalmol, Vol 46, 787 - 794.

BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D MỔ UNG THƯ THỰC QUẢN CÓ TẠO HÌNH BẰNG ỐNG DẠ DÀY – KINH NGHIỆM QUA 41 CA

Phạm Văn Bình*, Lê Văn Thành*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét các biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D ung thư thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 41 bệnh nhân nam ung thư thực quản SCC và AC, vị trí khối u 1/3 giữa 23, 1/3 dưới 18, giai đoạn khối u T1:5,T2: 12,T3: 20, T4: 4, N1:23 N2:1, độ biệt hóa cao 14 , vừa 23 , thấp 3. Thời gian mổ trung bình 195 (150- 240) phút, thời gian nằm viện trung bình sau mổ 12,5 ngày. Tỷ lệ biến chứng là 21,9% trong đó rò miệng nối 4,8%, viêm phổi xẹp phổi 9,6%, nhiễm trùng vết mổ và liệt dây quặt ngược là 2,4% và 2,4%, tràn khí trung thất 2,4%. Không có bệnh nhân tử vong trong 30 ngày sau mổ. **Kết luận**: Phẫu thuật nội soi 3D cắt thực quản tạo hình bằng ống dạ dày an toàn và khả thi tại bệnh viện K.

Từ khóa: ung thư thực quản, Phẫu thuật nội soi 3D

SUMMARY

COMPLICATIONS FOLLOWING MINI-INVASIVE LAPAROSCOPIC AND THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER: EXPERIENCES FROM 41 CONSECUTIVE CASES

Aim: To assess the complications of mini-invasive esophagectomy at K hospital. **Methods:** Retrospective study. **Results:** There were 41 male patients who suffered from squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of esophagus. Most of the patients had the lesion located at one-third middle (23 cases), the remained were at one-third lower (18 cases). The results of pathology shown that 5 cases T1, 12 cases T2, 20 cases T3, and 4 cases T4. The dominant of lymph node metastasis was N1 (23 cases), only one N2 patient. There were 14 well-differentiated cases, 23 moderately-differentiated cases, 3 poorly-differentiated cases. The average operative time was 195 (150-240) minutes. The mean postoperative hospital stay was 12.5 days. The percentage of overall complications was 21.9%. In detail, 4.8% anastomosis leakage, 9.6% pneumonia, 2.4 % pneumomediastinum. The incidence of wound infection and recurrent laryngeal nerve palsy was 2,4% and 2,4%. There was no surgical mortality in the period of 30 days after operation. **Conclusion:** mini-invasive laparoscopic and thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer is a feasible and safe procedure at K hospital.

**Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình
Email: binhva@yahoo.fr
Ngày nhận bài: 6.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 3.6.2020
Ngày duyệt bài: 15.6.2020

Keywords: Esophageal cancer, 3D Thoraco-laparoscopic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một trong những loại ung thư ác tính nhất và tiến triển nhanh. UTTQ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 6 ở nam giới và thứ 9 ở nữ [1],[6],[7]. Tại Việt nam loại ung thư biểu mô vảy (esophageal squamous cell carcinoma -ESCC) chiếm khoảng 80% đến 90% UTTQ. Phẫu thuật cắt thực quản vẫn là phương pháp điều trị mang tính triệt căn nhất trong các phương pháp điều trị UTTQ. Phẫu thuật xâm nhập tối thiểu (minimally invasive esophagectomy): kết hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực và phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày ngày càng được các phẫu thuật viên ung thư tiêu hóa ứng dụng rộng rãi nhằm giảm tối đa sang chấn trong mổ UTTQ. Lợi ích của phẫu thuật sang chấn tối thiểu được các tác giả thống kê là: giảm mất máu trong mổ, nạo vét được nhiều hạch hơn, rút ngắn thời gian nằm viện, hồi phục nhanh hơn sau mổ so với phương pháp mổ mở truyền thống. Phẫu thuật sang chấn tối thiểu còn có một ưu điểm rất quan trọng nữa mà nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ thấp hơn [2],[6],[8]. Tuy nhiên phẫu thuật nội soi cắt ung thư thực quản vẫn còn là một phẫu thuật nặng nề với những nguy cơ tiềm ẩn của biến chứng trong và sau mổ: chảy máu do tổn thương các mạch máu lớn trong lồng ngực, tổn thương khí phế quản, tổn thương ống ngực, dây thần kinh quặt ngược, biến chứng viêm phổi, xẹp phổi sau mổ, rò miệng nối thực quản – dạ dày, nhiễm trùng vết mổ… theo các nghiên cứu lớn trên thế giới thì tỷ lệ biến chứng chung này chiếm khoảng 30% đến 50% [1],[3],[5],[8]. Trong các phương pháp phẫu thuật sang chấn tối thiểu được thực hiện là phẫu thuật nội soi 2D và 3D hay Rô bốt. Hậu quả của các biến chứng trên bệnh nhân mổ UTTQ rất nặng nề và là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sau mổ. Các nghiên cứu viết riêng về biến chứng của phẫu thuật này thường đề cập tới mối liên hệ giữa biến chứng sau mổ UTTQ với kết quả ung thư học gần và xa trong khi một số tác giả khác lại không đồng tình với kết luận là có biến chứng sau mổ sẽ làm giảm thời gian sống thêm [2],[3]. Phần lớn các bài viết về phẫu thuật

nội soi UTTQ vẫn tập trung vào phẫu thuật nội soi 2D. Phẫu thuật nội soi 3D vẫn chưa thực sự được ứng dụng rộng rãi. Bệnh viện K ứng dụng phẫu thuật nội soi 3D từ năm 2017 mổ UTTQ với sự kết hợp phẫu thuật nội soi thì ngực giải phóng thực quản, nạo vét hạch vùng và phẫu thuật nội soi thì ổ bụng giải phóng dạ dày, tạo hình ống dạ dày rồi thực hiện miệng nối thực quản cổ-ống dạ dày. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *"Nhận xét các biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D ung thư thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày tại Bệnh viện K".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Từ 1/2017 đến 04/2020 có 41 bệnh nhân ung thư thực quản, kết quả giải phẫu bệnh xác định là ung thư biểu mô vảy (SCC) và ung thư biểu mô tuyến (AC) thuộc 2/3 dưới của thực quản được phẫu thuật nội soi 3D. Tất cả các ca mổ đều được thực hiện bởi một ê kíp phẫu thuật viên. Đánh giá giai đoạn trước mổ dựa vào CT lồng ngực, siêu âm nội soi thực quản. Đánh giá giai đoạn sau mổ TNM dựa theo AJCC phiên bản 7.

- *Kỹ thuật mổ:* tất cả bệnh nhân được phẫu thuật 3 thì: thì phẫu thuật nội soi lồng ngực giải phóng thực quản, nạo vét hạch. Thì phẫu thuật nội soi ổ bụng giải phóng dạ dày, tạo ống dạ dày. Thì mở cổ cắt thực quản và thực hiện miệng nối thực quản cổ- dạ dày.

-*Tiêu chuẩn loại trừ*: phẫu thuật cắt ung thư thực quản không triệt căn (R1, R2)

2.2 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, giai đoạn bệnh, loại tế bào ung thư, biến chứng sau mổ

Tử vong sau mổ được tính là những bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ.

Biến chứng sau mổ tính theo phân loại của Clavien–Dindo classification: Độ 0: không có biến chứng, Độ 1: biến chứng nhẹ không cần phải điều trị thêm, Độ 2: biến chứng chỉ cần điều trị nội khoa, Độ 3: biến chứng cần phải can thiệp, độ 3a can thiệp không cần gây mê toàn thân, độ 3b can thiệp cần gây mê toàn thân, Độ 4: biến chứng đe dọa tính mạng bệnh nhân cần nằm hồi sức tích cực. Độ 5: bệnh nhân tử vong. Bệnh nhân có 2 biến chứng thì được tính vào 1 biến chứng nặng hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng
Nam	41
Nữ	0
Tuổi trung bình	58,8 tuổi
Tiền sử hút thuốc lá	
Có hút thuốc lá	41
Không hút thuốc lá	0
Vị trí khối u	
1/3 giữa	23
1/3 dưới	18
Giai đoạn khối u (T)	
T1	5
T2	12
T3	20
T4	4
Giai đoạn di căn hạch (N)	
N1	23
N2	1
N3	0
Di căn xa (M)	
M0	41
M1	0
Độ biệt hóa tế bào ung thư	
Biệt hóa cao (Well differentiated)	15
Biệt hóa vừa(Moderately differentiated)	23
Biệt hóa kém (Poorly differentiated)	3
Thời gian mổ trung bình	195 (150-240) phút
Thời gian nằm viện trung bình	12,5 ngày

Bảng 2: Biến chứng sau mổ

Phân loại (Clavien-Dindo classification)	Biến chứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độ 0		32	74,56
Độ 1	Nhiễm trùng vết mổ, nói khàn tiếng	2	4,8
Độ 2	Rò miệng nối thực quản cổ	2	4,8
Độ 3a	Xẹp phổi – soi phế quản hút	2	4,8
Độ 3b	Viêm phổi – thở máy	2	4,8
Độ 4a	Tràn khí màng phổi 2 bên	1	2,4
Độ 4b		0	0

IV. BÀN LUẬN

Những kỷ nguyên đâu tiên của phẫu thuật cắt thực quản là vào những năm 1940 với tỷ lệ tử vong sau mổ lên tới 72% rồi giảm xuống 29% vào năm 1960 và 13% vào năm 1980. Phẫu thuật nội soi ngực bụng, nối thực quả dạ dày ở cổ được Luketich báo cáo sớm nhất vào năm 2003 với 222 ca tỷ lệ biến chứng là: rò miệng nối

17,4%, viêm phổi 7,7% và tỷ lệ tử vong là 1,4%. Cũng một tác giả nữa là Nguyen năm 2003 nghiên cứu trên 46 bệnh nhân mổ nội soi ung thư thực quản tỷ lệ rò miệng nối là 17,4%, biến chứng nặng dẫn tới tử vong là 4,3%[1],[7]. Thành quả này gắn liền với những tiến bộ của gây mê hồi sức, giảm đau sau mổ và đặc biệt là kỹ thuật ngoại khoa: phẫu thuật nội soi xâm lấn tối thiểu. Sự chuẩn bị kỹ lưỡng bệnh nhân trước mổ đi cùng những tiến bộ vượt bậc trên đã làm thay đổi bộ mặt của phẫu thuật UTTQ. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ vẫn còn tới 50% và tỷ lệ tử vong là 4%-7%. Các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi UTTQ gần đây đều thể hiện kết quả là phẫu thuật nội soi ngực giải phóng thực quản và nạo vét hạch vùng là một kỹ thuật an toàn, khả thi và về mặt ung thư học cũng được đảm bảo với ưu điểm mang lại cho bệnh nhân sự hồi phục sau mổ nhanh hơn, giảm sang chấn trong mổ, rút ngắn thời gian phẫu thuật so với mổ mở ngực [1], [3],[5]. Câu hỏi đặt ra với các phẫu thuật viên mổ UTTQ là những yếu tố nào liên quan đến biến chứng khi mổ UTTQ? Những giả thiết đưa ra bao gồm: thời gian mổ kéo dài với thông khí một phổi, độ phức tạp của phẫu thuật liên quan đến cả lồng ngực và ổ bụng, tính chất ác tính và tiến triển nhanh của ung thư, kỹ năng mổ của phẫu thuật viên và thể trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân sẽ là những yếu tố đóng góp vào tỷ lệ biến chứng sau mổ UTTQ tăng cao [2],[4],[7],[8].

Nghiên cứu đối chứng, đa trung tâm của Biere và cộng sự năm 2012 so sánh đối chứng mã mở đăng trên tạp chí Lancet đã chứng minh về kết quả gần của phẫu thuật nội soi ưu việt hơn hẳn phẫu thuật mổ mở đặc biệt là tỷ lệ biến chứng sau mổ [5]. Hai-Tao Huang (2015) so sánh nhóm phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản với kỹ thuật mổ mở Mckeown, tác giả rút ra kết luận về tỷ lệ biến chứng về phổi và mạch nhanh sau mổ thấp hơn ở nhóm mổ nội soi ngực bụng so với nhóm mổ mở [3]. Osamu Komine (2014) so sánh 121 bệnh nhân mổ nội soi ngực bụng với 74 bệnh nhân mổ mở cắt thực quản, tỷ lệ biến chứng từ nhỏ đến lớn ở nhóm mổ nội soi là 58,7%, nhóm mổ mở là 70%. Tác giả cũng phân tích tỷ lệ biến chứng chung sau mổ nội soi của các thông kê lớn dao động từ 20,7% đến 62% [4]. Kun-Kun Li (2016) tiến hành một nghiên cứu hồi cứu 214 bệnh nhân mổ thực quả bằng phẫu thuật nội soi ngực – bụng, tác giả thống kê tỷ lệ biến chứng sau mổ là 60,7% [5]. Cũng một nghiên cứu khác của Kun-Kun Li (2018) có 293 bệnh nhân mổ ung thư thực quản bằng kỹ thuật nội soi lồng ngực Mckeown, tác giả có tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 40,7%[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân, tỷ lệ biến chứng chung là (9/41) 21,9% thấp hơn so với các nghiên cứu khác có thể là do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế.

Biến chứng về phổi: nhìn chung những biến chứng về phổi bao gồm xẹp phổi, viêm phổi, suy hô hấp,những biến chứng về phổi luôn đứng đầu danh sách các biến chứng khi phẫu thuật cắt UTTQ, nhất là những bệnh nhân già, bệnh nhân hút thuốc lá và hóa xạ trị tiền phẫu. Nguyên nhân về tổn thương phổi sau mổ han quan đến thời gian mổ kéo dài khi giải phóng thực quản ngực, nạo vét hạch vùng gây co kéo chèn ép khí quản làm han tiết và phản ứng viêm trong khí quản gây nên xẹp phổi ngay sau mổ. Nguyên nhân tiếp theo có thể do bệnh nhân hít vào phổi dịch tiết khi chưa tỉnh hẳn ở giai đoạn chuẩn bị rút ống nội khí quản hoặc ở bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh quặt ngược. Trong trường hợp hít phải dịch tiêu hóa từ dạ dày có thể dẫn tới xẹp phổi kèm viêm phổi và suy hô hấp ngay sau mổ. Nghiên cứu của Kun-Kun Li (2018) có tỷ lệ biến chứng về phổi sau mổ UTTQ là (8/86) 9,3% ở nhóm mổ nội soi ngực bụng hoàn toàn trong khi nhóm nội soi ngực và mở bụng là 18,6%. Tác giả cũng nhận xét tỷ lệ biến chứng chung về phổi khi tham khảo các ngiên cứu khác là từ 1,54% đến 30 % [6]. Osugi báo cáo rằng tỷ lệ biến chứng phổi sẽ giảm xuống khi được mổ bởi các phẫu thuật viên có kimh nghiệm về nội soi lồng ngực [1]. Robert E. Merritt (2019) báo cáo 112 bệnh nhân UTTQ điều trị hóa xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật nội soi cắt thực quản theo phương pháp Ivo Lewis có tỷ lệ biến chứng chung là 25% trong đó riêng biến chứng về phổi chỉ là 1,79% [7]. Wei Guo (2015) phân tích meta-analysis về kết quả sau mổ UTTQ với 1549 bệnh nhân, tác giả rút ra kết luận nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ngực bụng có tỷ lệ biến chứng chung thấp, nhóm mổ mở có tỷ lệ biến chứng phổi cao hơn với các biến chứng như viêm phổi, suy hô hấp, xẹp phổi…[2] Felix Berlth (2018) so sánh nhóm bệnh nhân UTTQ được mổ nội soi hoàn toàn ngực bụng so với nhóm mổ Hybrid, tác giả thu được kết quả về biến chứng viêm phổi sau mổ ở nhóm Hybrid 27,5% cao hơn nhiều so với nhóm mổ nội soi hoàn toàn chỉ là 5% [1]

Trên 41 bệnh nhân của chúng tôi có 4 bệnh nhân (9,6%) có biến chứng về phổi trong đó có 2 bệnh nhân xẹp phổi phải soi phế quản hút, 2 bệnh nhân viêm phổi phải thở máy kết hợp với

kháng sinh phổ rộng. Đáng chú ý là chúng tôi gặp 1 trường hợp tràn khi màng phổi 2 bên sau mổ 24h, trường hợp này phải đặt lại dẫn lưu màng phổi 2 bên.

Biến chứng rò miệng nối: Rò miệng nối là một trong các biến chứng nặng nề nhất của phẫu thuật nội soi cắt thực quản và là nguyên nhân dẫn đến tử vong. Giai đoạn đầu phẫu thuật UTTQ những hiểu biết về rò miệng nối và những phương pháp phát hiện rò miệng nối còn hạn chế. Dấu hiệu lâm sàng hay khi thấy có dịch tiêu hóa rò qua sonde dẫn lưu là kết luận có rò miệng nối thực quản dạ dày mặc dù có thể còn có các nguyên nhân khác như hoại tử dạ dày, thủng phần dạ dày tạo hình. Các yếu tố nguy cơ của rò miệng nối được nghiên cứu là: kỹ năng làm miệng nối, phương pháp nối, áp lực tại miệng nối, tình trạng phổi có hút thuốc lá hay xạ trị trước mổ, thể trạng của bệnh nhân có thiếu máu hay albumin máu giảm…Trong nghiên cứu của Kun-Kun Li (2018) tỷ lệ rò miệng nối là 15,4%, tác giả cũng xếp nhóm biến chứng này là Grade 1 và 2 Clavien-Dindo được điều trị nội khoa có kết quả [6]. Wei Guo (2015) thống kê meta-analysis tỷ lệ rò miệng nối của 13 nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi UTTQ với kết quả dao động từ 4,35% đến 17,24%. Điều này cho thấy tỷ lệ rò miệng nối cũng rất khác nhau và phụ thuộc và nhiều yếu tố [2]. Felix Berlth (2018) so sánh 2 nhóm mổ nội soi hoàn toàn và nhóm Hybrid tác giả thu được kết quả là tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm mổ hybrid chỉ có 5% trong khi nhóm mổ nội soi hoàn toàn là 15% [1]. Osamu Komine (2014) so sánh kết quả của 1 phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ thực quản thực hiện 2 kỹ thuật khác nhau đó là mổ mở cắt thực quản và mổ nội soi. Kết quả về rò miệng nối là 8,3% nhóm mổ nội soi và 10,8% nhóm mổ mở. Đây là một nghiên cứu cho thấy rất rõ tính ưu việt của phương pháp mổ nội soi với mổ mở vì các yếu tố so sánh đều đồng nhất [4]. Robert E. Merritt (2019) nghiên cứu trên 112 bệnh nhân UTTQ được hóa xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt thực quản theo phương pháp Ivor Lewis. Tỷ lệ rò miệng nối là 4/112 (3,57%) [7]. Một nghiên cứu "A systematic review and meta-analysis" phân tích xem giả thiết là phẫu thuật nội soi cắt UTTQ có làm giảm tỷ lệ rò miệng nối hay không so với bệnh nhân mổ mở? Tác giả là Can Zhou (2015) so sánh 2527 bệnh nhân mổ nội soi và 3010 bệnh nhân mổ mở. Kết quả là phẫu thuật nội soi hay mổ mở không làm thay đổi tỷ lệ rò miệng nối khi mổ cắt thực quản do UTTQ, tỷ lệ rò miệng nối là 9,2%[8].

Nghiên cứu của chúng tôi có 2/41 (4,8%) bệnh nhân biến chứng rò miệng nối. 2 bệnh nhân này được điều trị nội khoa như chăm sóc và tách vết mổ ở cổ nơi có miệng nối thực quản-ống dạ dày, nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch 5 ngày sau đó đặt lại sonde dạ dày luồn qua miệng nối và nuôi dưỡng nhỏ giọt qua sonde.

Các biến chứng khác: các biến chứng thường gặp khác trong mổ UTTQ từ đơn giản đến phức tạp là các tổn thương ở da vết mổ, tổn thương thần kinh đám rối cánh tay do tư thế mổ nằm nghiên kéo dài, biến chứng chảy máu sau mổ do tổn thương các mạch máu, tổn thương thần kinh quặt ngược, rò khí quản, tổn thương ống ngực… cũng là những nhóm biến chứng ít gặp hơn 2 biến chứng về phổi và rò miệng nối. Wei Guo (2015) thông kê các nghiên cứu "meta-analysis of outcomes" cho kết quả tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ dao động từ 1,72% đến 6,38% [2]. Felix Berlth (2018) nghiên cứu về phẫu thuật nội soi UTTQ có tỷ lệ liệt nhánh của thần kinh quặt ngược chi phối giọng nói "Vocal cord palsy" là 3,3% [1]. Osamu Komine (2013) thống kê trên nhóm mổ nội soi UTTQ thấy tỷ lệ biến chứng về thần kinh quặt ngược lên tới 33%, rò bạch huyết 4,1%, nhiễm trùng vết mổ 3,3% [4].

Trong thống kê của chúng tôi gặp 1(2,4%) trường hợp nói hạn sau mổ, không có ca nào rò bạch huyết sau mổ. Chúng tôi cần một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để có thể khái quát được rõ nét hơn những biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật nội soi lồng ngực và ổ bụng cắt thực quản tạo hình ống dạ dày và nối dạ dày- thực quản cổ chúng tôi rút ra kết luận đây là một phẫu thuật an toàn và khả thi với tỷ lệ biến chứng là 21,9% trong đó rò miệng nối 4,8%, viêm phổi xẹp phổi 9,6%, nhiễm trùng vết mổ và liệt dây quặt ngược 4,8%, tràn khí trung thất 2,4%. Chưa có bệnh nhân nào tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berlth.F, Plum.P.S, Chon.S.H et al (2018)** "Total minimally invasive esophagectomy for esophageal adenocarcinoma reduces postoperative pain and pneumonia compared to hybrid esophagectomy". Surgical Endoscopy https://doi.org/10.1007/s00464-018-6257-2.
2. **Guo.W, Ma.X, Yang.Su et al (2015)** "Combined thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy versus open esophagectomy: a meta-analysis of outcomes". Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-015-4692-x.
3. **Huang. H.T, Wang.F, Shen.L et al (2015)** "Comparison of thoracolaparoscopic esophagectomy with cervical anastomosis with McKeown esophagectomy for middle esophageal

cancer". World Journal of Surgical Oncology 13:310 DOI 10.1186/s12957-015-0727
4. **Komine.O, Tanaka.Y, Kawashima.Y et al (2014)** "Short-term postoperative superiority and 5-year follow-up outcomes of video-assisted thoracoscopic esophagectomy for treatment of esophageal carcinoma: a historical comparison with conventional open esophagectomy under a single experienced surgeon". Esophagus11:54–63 DOI 10.1007/s10388-013-0388-2.
5. **Li.K, Wang.Y.J, Liu.X.H et al (2016)** "The effect of postoperative complications on survival of patients after minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer", Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-016-5372-1.
6. **Li.K, Wang.Y.J, Liu.X.H et al et al (2018).** "Propensity-Matched Analysis Comparing Survival After Hybrid Thoracoscopic–Laparotomy Esophagectomy and Complete Thoracoscopic–Laparoscopic Esophagectomy".World J Surg https://doi.org/10.1007/s00268-018-4843-z.
7. **Merritt.E.R, Kneuertz.P.J, D'Souza.M.D et al (2019)** "Total laparoscopic and thoracoscopic Ivor Lewis esophagectomy after neoadjuvant Chemoradiation with minimal overall and anastomotic complications". Journal of Cardiothoracic Surgery 14:123 https://doi.org/10.1186/s13019-019-0937-4.
8. **Zhou.C, Ma.G, Li.X et al (2015).** "Is minimally invasive esophagectomy effective for preventing anastomotic leakages after esophagectomy for cancer? A systematic review and meta-analysis". World Journal of Surgical Oncology13:269 DOI 10.1186/s12957-015-0661-z.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ GHÉP TẾ BÀO GỐC ĐỒNG LOÀI TỪ MÁU DÂY RỐN ĐIỀU TRỊ LƠXÊMI CẤP TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG (2015-2020)

Nguyễn Bá Khanh[1,2], Trần Ngọc Quế[2], Võ Thị Thanh Bình[2], Bạch Quốc Khánh[2]

TÓM TẮT

Máu dây rốn là nguồn tế bào gốc mới và hiệu quả điều trị lơxêmi cấp. Kết quả điều trị có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như hòa hợp HLA, mức độ lui bệnh và các yếu tố khác. **Mục tiêu**: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả ứng dụng ghép tế bào gốc từ máu dây rốn cộng đồng. **Đối tượng**: 18 bệnh nhân lơxêmi cấp gồm 14 lơxêmi cấp dòng tủy và 4 lơxêmi cấp dòng lympho tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương. **Phương pháp**: can thiệp lâm sàng có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiến cứu từ 01/2015 đến 06/2020, các bệnh nhân chọn lựa được đơn vị máu dây rốn phù hợp sẽ tiến hành điều kiện hóa bằng phác đồ diệt tủy, sau đó theo dõi mọc ghép và các diễn biến sau ghép. **Kết quả**: Tỷ lệ sống toàn bộ sau 1 năm theo dõi là 47,6%, những bệnh nhân không có đột biến di truyền đặc hiệu thì tỷ lệ sống toàn bộ tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có đột biến, mức độ hòa hợp HLA càng cao hoặc ghép càng sớm sau khi đạt lui bệnh thì tỷ lệ sống càng có xu hướng tốt hơn, bất đồng nhóm máu không ảnh hưởng đến kết quả ghép nói chung. **Kết luận**: Ghép tế bào gốc từ máu dây rốn là phương pháp điều trị hiệu quả, phù hợp thay thế khi không tìm được nguồn tế bào gốc từ người hiến trưởng thành cùng huyết thống. Cần dựa vào vai trò của các yếu tố ảnh hưởng để tiến hành ghép nhằm đạt hiệu quả cao nhất.

[1]Đại học Y Hà Nội
[2]Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Khanh
Email: khanhhhtm@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 3.6.2020
Ngày duyệt bài: 16.6.2020

Từ khóa: ghép tế bào gốc đồng loài, máu dây rốn, yếu tố ảnh hưởng, lơxêmi cấp.

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH THE OUTCOMES OF ALLOGENEIC CORD BLOOD STEM CELL TRANSPLANTATION FOR TREATMENT OF ACUTE LEUKEMIA IN NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANFUSION (2015-2020)

Cord blood is a new and effective stem cell source for acute leukemia treatment. The transplant outcomes may be affected by many factors such as HLA match, remission levels and others. **Objective**: To identify some factors associated with the outcome of cord blood allogeneic stem cell transplantation. **Subjects**: 18 acute leukemia patients including 14 acute myeloid and 04 acute lymphoblastic leukemia, in National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Method**: clinical trial, retrospective and prospective study, from 01/2015 to 06/2020, the patients underwent myeloablative condition regimen, then were monitored for the engraftment and transplant outcomes. **Results**: the overall survival after 1 year was 47.6%, patients without specific mutations had better OS compared to ones with mutations; the transplant outcomes seemed to be better with higher level of HLA match or the sooner the patients were transplanted; blood group compatibility was not associated with the transplant outcomes. **Conclusion**: Cord blood stem cell transplantation is an effective alternative treatment for stem cell from related donors. It is necessary to consider the role of associated factors before each case to achieve the best outcome.

Keywords: allogeneic stem cell transplantation, cord blood, associated factors, acute leukemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơxêmi cấp là nhóm bệnh ác tính của cơ quan tạo máu. Mặc dù khoa học đã có nhiều tiến bộ trong việc tìm ra các nhóm thuốc điều trị cho các bệnh ung thư nói chung nhưng đối với lơxêmi cấp thì phương pháp hiệu quả nhất vẫn là ghép tế bào gốc đồng loài. Để ghép tế bào gốc thành công, nguồn tế bào gốc luôn là một trong những vấn đề quan trọng nhất ảnh hưởng không những đến quá trình ghép mà còn tác động tới đáp ứng lâu dài và biến chứng sau ghép. Nguồn tế bào gốc tạo máu hiệu quả nhất là từ người hiến cùng huyết thống hòa hợp hoàn toàn nhưng nguồn này chỉ đáp ứng được 30% số trường hợp có chỉ định ghép. Những bệnh nhân còn lại không tìm được người hiến hòa hợp trong gia đình phải tìm đến những nguồn tế bào gốc thay thế khác. Trong số các nguồn tế bào gốc thay thế, máu dây rốn cộng đồng là một trong những nguồn đã chứng minh được tính hiệu quả trong ứng dụng ghép cho các bệnh máu nói chung và lơxêmi cấp nói riêng. Tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương, Ngân hàng Tế bào gốc từ máu dây rốn cộng đồng đã được xây dựng để đáp ứng nhu cầu ghép của các bệnh nhân cần nguồn tế bào gốc thay thế. Nhiều trường hợp bệnh nhân mắc bệnh máu trong đó có bệnh lơxêmi cấp đã lựa chọn được nguồn tế bào gốc để ghép từ Ngân hàng này. Việc đánh giá hiệu quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả ghép từ máu dây rốn có ý nghĩa rất quan trọng để cải thiện và thúc đẩy việc ứng dụng ghép từ nguồn này. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu:

"Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả ứng dụng ghép tế bào gốc từ máu dây rốn cộng đồng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 18 bệnh nhân lơxêmi cấp, gồm có 14 bệnh nhân lơxêmi cấp dòng tủy và 04 bệnh nhân lơxêmi cấp dòng lympho, được điều trị bằng ghép tế bào gốc đồng loài từ máu dây rốn tại khoa Ghép tế bào gốc, Viện Huyết học-Truyền máu TW từ 01/2015 đến 06/2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

– Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

– Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

– Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân mắc lơxêmi cấp gồm có lơxêmi cấp dòng tủy, lơxêmi cấp dòng lympho, đạt lui bệnh hoàn toàn tại thời điểm ghép, bệnh nhân có đủ điều kiện sức khỏe để tiến hành ghép, không ở trong tình trạng bệnh lý cấp tính (suy tim, suy thận, suy gan, nhiễm trùng nặng…), không lựa chọn được người hiến cùng huyết thống trong gia đình.

– Tiêu chuẩn lựa chọn đơn vị máu dây rốn: nguồn tế bào gốc từ ngân hàng máu dây rốn cộng đồng, hòa hợp tối thiểu 4/6 locus HLA-A, -B và -DR (độ phân giải cao) với bệnh nhân, liều tế bào: tối thiểu 2 x 10^7 tế bào có nhân (TBCN)/kg và 0,8 x 10^5 tế bào CD34+ (TBCD34)/kg, không có nguy cơ bị ảnh hưởng bởi kháng thể anti-HLA trong huyết thanh bệnh nhân.

– Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân lơxêmi kinh, bệnh máu khác, các mẫu máu dây rốn không đạt tiêu chuẩn lựa chọn.

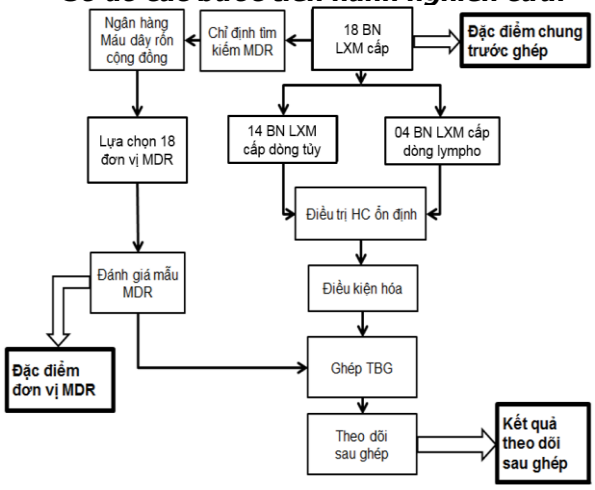
– Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 06 năm 2020.

– Phác đồ điều kiện hóa: gồm có busulfan (120 mg/m^2 ngày-8 đến ngày -5) + fludarabine (40 mg/m^2 ngày -8 đến ngày -3), + etoposide (20 mg/kg ngày -4 đến ngày -2), có 03 bệnh nhân kết hợp ATG thỏ liều 15mg/kg/ngày từ ngày -11 đến ngày -9. Dự phòng ghép chống chủ: cyclosporin A + methotrexate.

– Các thông số nghiên cứu: đặc điểm bệnh nhân và đơn vị máu dây rốn, tỷ lệ sống sau ghép, các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sau ghép: mức độ lui bệnh, tình trạng mang đột biến, hòa hợp HLA, nhóm máu,.

- *Thu thập và xử lý số liệu:* Tính các tỷ lệ %, trên phần mềm SPSS 20.0, dùng thuật toán Kaplan-Meier để ước tính tỷ lệ sống toàn bộ, sống không biến cố, thời gian theo dõi là 12 tháng.

- ***Sơ đồ các bước tiến hành nghiên cứu:***



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chẩn đoán và mức độ lui bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

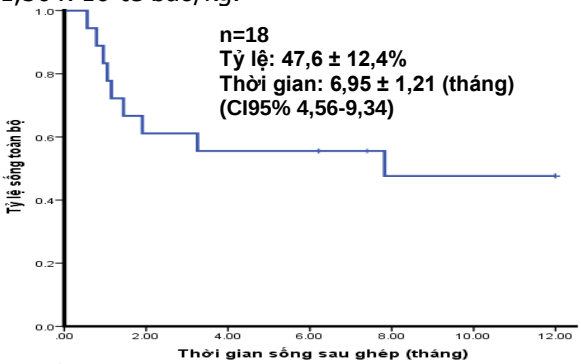
Nhóm bệnh		Số lượng	Tỷ lệ theo nhóm	Tỷ lệ chung
Lơxêmi cấp dòng tủy	Lui bệnh lần đầu	10	71,4%	77,8%
	Lui bệnh lần 2	4	28,6%	
	Tổng số	14	100%	
Lơxêmi cấp dòng lympho	Lui bệnh lần đầu	2	50%	22,2%
	Lui bệnh lần 2	1	25%	
	Lui bệnh lần 3	1	25%	
	Tổng số	**04**	**100%**	
Chung		18		100%

Nhận xét: trong số 18 bệnh nhân ghép có 77,8% thuộc nhóm lơxêmi cấp dòng tủy, 22,2% thuộc nhóm lơxêmi cấp dòng lympho. Trong nhóm lơxêmi cấp dòng tủy có 71,4% đạt lui bệnh lần đầu, nhóm lơxêmi cấp dòng lympho có 1 trường hợp lui bệnh lần 3.

Bảng 3.2. Đặc điểm đơn vị máu dây rốn

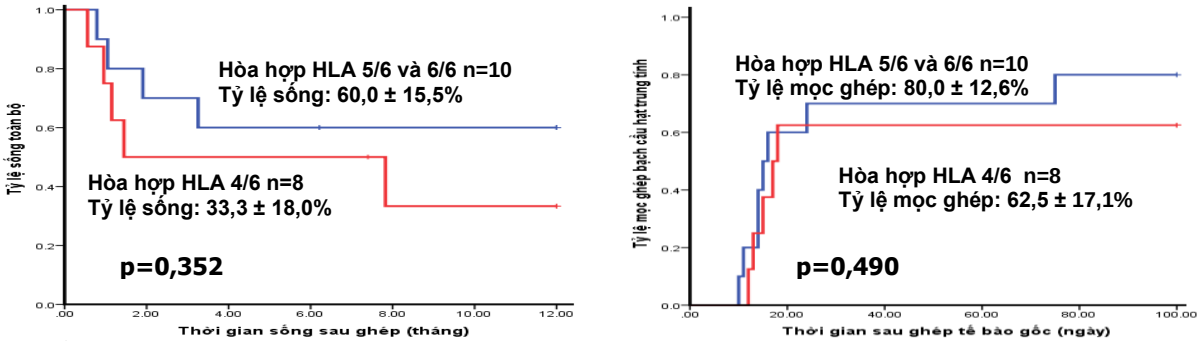
Đặc điểm		Số trường hợp	Tỷ lệ
Mức độ hòa hợp HLA	Hòa hợp 6/6	05	27,8%
	Hòa hợp 5/6	05	27,8%
	Hòa hợp 4/6	08	44,4%
	Tổng số	18	100%
Hòa hợp nhóm máu ABO	Cùng nhóm	09	50,0%
	Bất đồng chủ yếu	07	38,9,0%
	Bất đồng thứ yếu	02	11,1,0%
	Tổng số	18	100,0%
Liều tế bào gốc	Liều tế bào CD34/cân nặng BN (10^5tế bào/kg)	2,80 ± 2,32 (1,0-9,64)	
	Liều tế bào có nhân/cân nặng BN (10^7 tế bào/kg)	4,77 ± 1,56 (2,22-8,62)	

Nhận xét: Có 44,4% số bệnh nhân được ghép từ đơn vị máu dây rốn hòa hợp 4/6 locus HLA, còn lại 55,6% số bệnh nhân được ghép với đơn vị hòa hợp tối thiểu 5/6 locus HLA. Có 50% số bệnh nhân lựa chọn được đơn vị tế bào gốc hòa hợp nhóm máu ABO, còn lại là các trường hợp bất đồng nhóm máu chủ yếu và thứ yếu. Liều tế bào CD34 trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,80 ± 2,32 x 10^5tế bào/kg, còn liều tế bào có nhân trung bình là 4,77 ± 1,56 x 10^5tế bào/kg.



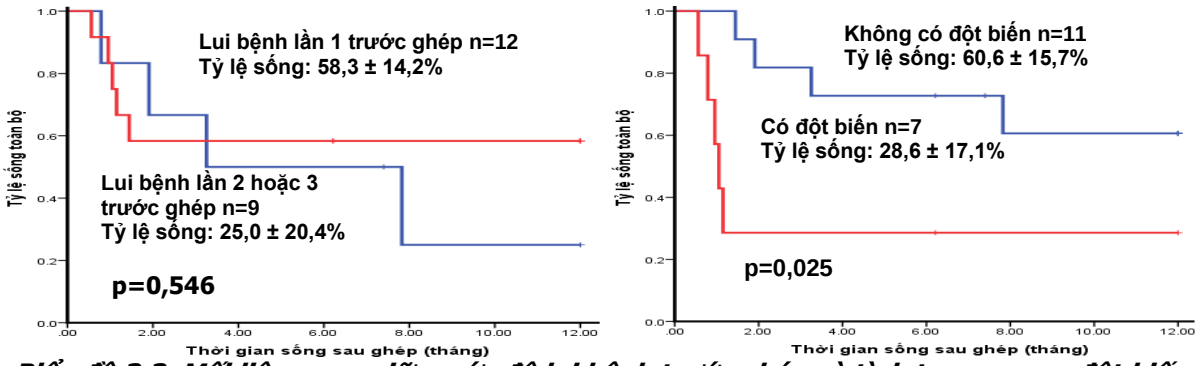
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sống toàn bộ sau 1 năm theo dõi

Nhận xét: Sau 1 năm theo dõi, tỷ lệ sống toàn bộ của nhóm bệnh nhân ghép là 47,6%, thời gian sống trung bình ước tính là 6,95 tháng.



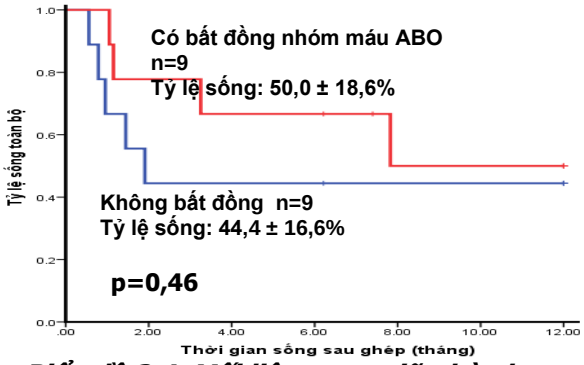
Biểu đồ 3.2. Mối liên quan giữa mức độ hòa hợp HLA với tỷ lệ sống toàn bộ và tỷ lệ mọc ghép bạch cầu hạt

Nhận xét: Những bệnh nhân có mức hòa hợp HLA từ 5/6 locus trở lên thì có tỷ lệ sống toàn bộ sau 1 năm là 60,0%, cao hơn so với nhóm hòa hợp 4/6 locus (33,3%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Những bệnh nhân có mức hòa hợp HLA từ 5/6 locus trở lên thì có tỷ lệ mọc ghép bạch cầu hạt sau 100 ngày là 80,0%, cao hơn so với nhóm hòa hợp 4/6 locus (62,5%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



Biểu đồ 3.3. Mối liên quan giữa mức độ lui bệnh trước ghép và tình trạng mang đột biến gen bệnh với tỷ lệ sống toàn bộ

Nhận xét: Những trường hợp đạt lui bệnh lần đầu và ghép luôn thì tỷ lệ sống toàn bộ cao hơn so với những trường hợp lui bệnh lần 2 hoặc 3, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Những bệnh nhân không có đột biến đặc hiệu thì tỷ lệ sống toàn bộ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có đột biến đặc hiệu (60,6% vs 28,6%).



Biểu đồ 3.4. Mối liên quan giữa hòa hợp nhóm máu và tỷ lệ sống toàn bộ

Nhận xét: Những trường hợp có và không có bất đồng nhóm máu ABO đều không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống toàn bộ.

IV. BÀN LUẬN

Sau 1 năm theo dõi, tỷ lệ sống toàn bộ ước tính của nhóm 18 bệnh nhân lơxêmi cấp ghép đồng loài từ máu dây rốn là 47,6%, thời gian sống ước tính chung của nhóm bệnh nhân là 6,95 tháng (biểu đồ 3.1). Tỷ lệ sống toàn bộ sau 2 năm của nhóm bệnh nhân bệnh máu ác tính trong nghiên cứu của Tanaka và cs (2015) là 35% [1]. Báo cáo tổng hợp của Rocha (2005) về kết quả ghép tế bào gốc từ máu dây rốn cho bệnh ác tính ở Châu Âu cho thấy tỷ lệ sống toàn bộ sau 3 năm nói chung là 47 ± 5% [2]. Báo cáo của Ruggeri và cs (2014) cũng thấy rằng tỷ lệ sống toàn bộ của nhóm ghép từ máu dây rốn là 47% [3]. Như vậy, tỷ lệ sống toàn bộ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu phần nào tương đương với các kết quả nghiên cứu trên thế giới.

Hòa hợp HLA là tiêu chuẩn đầu tiên và quan trọng nhất để lựa chọn nguồn tế bào gốc cho bệnh nhân. Nguồn tế bào gốc từ máu dây rốn chỉ cần hòa hợp tối thiểu 4/6 locus HLA-A, -B và –DRB1 là đạt yêu cầu để sử dụng. Tuy nhiên, mức độ hòa hợp càng cao thì hiệu quả ghép sẽ tương ứng càng tốt hơn. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sống toàn bộ của nhóm bệnh nhân có mức độ hòa hợp 5/6 hoặc 6/6 locus HLA lên tới 60%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm hòa hợp 4/6 locus HLA chỉ là 33,3% (biểu đồ 3.2). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy ở những bệnh nhân có mức độ hòa hợp 5/6 và 6/6 locus HLA thì tỷ lệ mọc ghép bạch cầu hạt trong vòng 100 ngày lên tới 80%, trong khi tỷ lệ này là 62,5% với nhóm hòa hợp 4/6 locus (biểu đồ 3.2). Nghiên cứu của Stevens và cs (2011) thấy rằng trong ghép từ máu dây rốn, mức độ hòa hợp HLA càng cao thì khả năng mọc ghép càng nhanh [4]. Sobol và cs (2015) khi nghiên cứu trên các trường hợp ghép từ máu dây rốn cho bệnh ác tính cũng cho rằng những trường hợp hòa hợp 5/6 và 6/6 thì khả năng mọc ghép cao gấp 1,6 và 2,7 lần so với hòa hợp 4/6 locus HLA [5]. Điều này cho thấy sự ảnh hưởng của hòa hợp HLA liên quan nhiều đến vấn đề mọc ghép hơn. Những trường hợp hòa hợp HLA càng nhiều thì nguy cơ tương tác và đào thải giữa mảnh ghép với cơ thể chủ sẽ càng giảm, khả năng mọc ghép tương ứng cũng nhanh hơn và do đó hạn chế được những tổn thương do chậm mọc ghép mang lại như nhiễm trùng nặng.

Việc lựa chọn thời điểm ghép cho nhóm ác tính cũng rất quan trọng trong ghép tế bào gốc nói chung, đặc biệt là ghép tế bào gốc từ máu dây rốn. Điều này liên quan đến thời điểm lui bệnh của các bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân ghép ngay khi đạt lui bệnh lần 1 thì tỷ lệ sống toàn bộ sau ghép là

58,3%, trong khi tỷ lệ này chỉ là 25,0% ở nhóm lui bệnh lần 2 hoặc cao hơn (biểu đồ 3.3), mặc dù so sánh chưa thể hiện ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do cỡ mẫu còn thấp và thời gian nghiên cứu ngắn nhưng bước đầu đã cho thấy có sự ảnh hưởng nhất định của thời điểm lui bệnh với kết quả ghép, trong đó thời điểm ghép càng gần lui bệnh đầu thì kết quả có xu hướng càng tốt. Nghiên cứu của Ruggeri (2014) nhận thấy những trường hợp lui bệnh lần 2 trở đi thì tăng nguy cơ tái phát, tăng tỷ lệ tử vong trong ghép và giảm thời gian sống không bệnh [3]. Sobol và cs (2015) cũng thấy rằng những bệnh nhân có tiền sử điều trị và lui bệnh nhiều đợt trước ghép, đặc biệt là có tiền sử ghép tế bào gốc trong quá khứ thì ảnh hưởng xấu đến khả năng mọc ghép cũng như tỷ lệ tử vong liên quan đến ghép [5].

Tình trạng đột biến gen gây bệnh là một trong các yếu tố tiên lượng hàng đầu đối với lơxêmi cấp, do đó bên cạnh mức độ lui bệnh sau ghép thì tình trạng mang gen cũng ảnh hưởng đáng kể với kết quả ghép [6]. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra nhóm bệnh nhân có đột biến gen thì tỷ lệ sống toàn bộ thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân không có đột biến gen (28,6% và 60,6%, p < 0,05) (biểu đồ 3.3). Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự. Sobol và cs (2015) cho rằng những bệnh nhân thuộc nhóm bệnh nguy cơ cao với các gen tiên lượng xấu thì tỷ lệ sống toàn bộ và sống không bệnh thấp hơn so với những trường hợp nhóm nguy cơ thấp [5]. Yếu tố này cũng góp phần ảnh hưởng xấu đến khả năng mọc ghép [5].

Bất đồng nhóm máu hệ ABO giữa bệnh nhân và người hiến cũng được đánh giá về mối liên quan đối với kết quả ghép nói chung. Kết quả cho thấy tỷ lệ sống toàn bộ của nhóm có và không có bất đồng nhóm máu ABO không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (50,0% và 44,4%, p>0,05) (biểu đồ 3.4). Blin và cs (2009) thấy rằng bất đồng nhóm máu hệ ABO có ảnh hưởng đến một số kết quả ghép và khả năng gặp bệnh ghép chống chủ nặng ở nhóm ghép từ dịch tủy xương, nhưng không có ảnh hưởng rõ nét ở nhóm ghép từ máu dây rốn hay máu ngoại vi huy động [7]. Tuy nhiên nghiên cứu tại Iran của Vaezi và cs (2017) lại kết luận rằng bất đồng nhóm máu thứ yếu hệ ABO ảnh hưởng đến tỷ lệ sống toàn bộ, nhu cầu truyền khối hồng cầu nhiều hơn, và có một số trường hợp giảm sinh dòng hồng cầu trong bất đồng nhóm máu chủ yếu trong ghép tế bào gốc đồng loài từ các nguồn nói chung [8]. Như vậy, mặc dù kết quả nghiên cứu chưa đưa ra kết luận về vai trò trực tiếp của bất đồng nhóm máu lên các kết quả ghép vì cỡ mẫu còn nhỏ nhưng bất đồng nhóm máu vẫn có những ảnh hưởng nhất định đối với quá trình ghép.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng ghép tế bào gốc đồng loài bằng nguồn máu dây rốn cộng đồng cho 18 bệnh nhân lơxêmi cấp dòng tủy và dòng lympho cho một số kết luận như sau:

– Tỷ lệ sống toàn bộ ước tính sau 1 năm theo dõi của nhóm bệnh nhân ghép là 47,6 ± 12,4%.

– Những bệnh nhân không có đột biến di truyền đặc hiệu thì tỷ lệ sống toàn bộ tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với những bệnh nhân có mang đột biến di truyền (60,6% vs 28,6%, p<0,05).

– Một số yếu tố có xu hướng ảnh hưởng đến kết quả ghép từ máu dây rốn bao gồm:

+ Mức độ hòa hợp HLA trên mức 4/6 locus thì tỷ lệ sống toàn bộ có xu hướng càng tốt (60% vs 33,3%), tỷ lệ mọc ghép bạch cầu hạt cao hơn (80,0% vs 62,5%).

+ Những bệnh nhân ghép sớm ngay sau khi đạt lui bệnh lần đầu thì tỷ lệ sống toàn bộ tốt hơn so với ghép sau khi đã từng tái phát (58,3% vs 25,0%).

– Bất đồng nhóm máu giữa bệnh nhân và đơn vị máu dây rốn chưa ảnh hưởng đến tỷ lệ sống toàn bộ.

KIẾN NGHỊ

Máu dây rốn cộng đồng là nguồn tế bào gốc thay thế phù hợp để ứng dụng ghép đồng loài điều trị lơxêmi cấp. Cần dựa vào vai trò của các yếu tố ảnh hưởng để có chỉ định tiến hành ghép với kết quả cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masatsugu Tanaka, Koichi Miyamura, Seitaro Terakura, et al. (2015).** Comparison of Cord Blood Transplantation with Unrelated Bone Marrow Transplantation in Patients Older than Fifty Years. Biol Blood Marrow Transplant, 21, p.517-25.
2. **Vanderson Rocha, Federico Gamier, Irina Ionescu, et al. (2005).** Hematopoietic stem–cell transplantation using umbilical–cord blood cells. Rev. invest. clín, 57, p.
3. **Annalisa Ruggeri, Myriam Labopin, Maria Pia Sormani, et al. (2014).** Engraftment kinetics and graft failure after single umbilical cord blood transplantation using a myeloablative conditioning regimen. haematologica, 99, p.1509-15.
4. **Cladd E. Stevens, Carmelita Carrier, Carol Carpenter, et al. (2011).** HLAmismatch direction in cord blood transplantation: impact on outcome and implications for cord blood unit selection. Blood, 118, p.3969-78.

5. **U Sobol, A Go, S Kliethermes, et al. (2015).** A prospective investigation of cell dose in single-unit umbilical cord blood transplantation for adults with high-risk hematologic malignancies. Bone Marrow Transplantation, 50, p.1519-25.
6. **Gert J. Ossenkoppele, Jeroen J.W.M. Janssen, and Arjan A. van de Loosdrecht (2016)**. Risk factors for relapse after allogeneic transplantation in acute myeloid leukemia. Haematologica, 101, p.20-5.
7. **Nicolas Blin, Richard Traineau, Stephanie Houssin, et al. (2010)**. Impact of Donor-Recipient Major ABO Mismatch on Allogeneic Transplantation Outcome According to Stem Cell Source. Biol Blood Marrow Transplant, 16, p.1315-23.
8. **Mohammad Vaezi, Davoud Oulad Dameshghi, Maryam Souri, et al. (2017).** ABO Incompatibility and Hematopoietic Stem Cell Transplantation Outcomes. International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research, 11, p.139-47.

TỔNG QUAN HỆ THỐNG VỀ HIỆU QUẢ CỦA DIENOGEST SO VỚI GNRH-A TRONG ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Lê Hương Giang[1], Dương Tiến Đạt[1], Nguyễn Phương Chi[1,3], Kiều Thị Tuyết Mai[1], Lê Hồng Minh[2], Lý Quốc Trung[4], Phạm Huy Tuấn Kiệt[5], Lê Thu Thủy[1]

TÓM TẮT

Bối cảnh và mục tiêu: Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là một bệnh lý mạn tính ảnh hưởng tới 10-15% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản với gánh nặng bệnh tật và chất lượng cuộc sống giảm sút. Các triệu chứng đặc trưng của LNMTC là đau vùng chậu, đau bụng kinh, và có thể vô sinh. Nghiên cứu tổng quan hệ thống được thực hiện để đánh giá hiệu quả và độ an toàn của dienogest so với một số thuốc GnRh-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) trong điều trị LNMTC. **Phương pháp nghiên cứu:** Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cơ sở dữ liệu của PubMed và Cochrane Library đến tháng 12/2019. Hai nghiên cứu viên độc lập đánh giá và trích xuất dữ liệu theo hướng dẫn PRISMA. Thang Jadad 1996 được sử dụng trong đánh giá chất lượng các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng và thang Newcastle-Ottawa được sử dụng cho các nghiên cứu thuần tập. Đối với phân tích gộp, tỷ số chênh gộp được ước tính bằng mô hình ngẫu nhiên hoặc mô hình cố định tùy thuộc vào tính đồng nhất của các nghiên cứu. **Kết quả**: Từ hai nguồn cơ sở dữ liệu, nhóm nghiên cứu thu được 897 bài báo có liên quan và sau quá trình sàng lọc, 6 nghiên cứu được đưa vào tổng quan hệ thống. Kết quả cho thấy dienogest hiệu quả tương đương với các GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) trong giảm đau do LNMTC, giảm kích thước tổn thương LNMTC, cải thiện chất lượng cuộc sống và sự hài lòng của người bệnh. Về độ an toàn, sử dụng GnRH-a liên quan đến giảm mật độ xương đáng kể, đặc biệt là thắt lưng cột sống và làm tăng tỷ lệ nóng bừng mặt, khô âm đạo, Trong khi đó, bệnh nhân sử dụng dienogest thường gặp phải chảy máu sinh dục và tăng cân. Vì vậy, kết hợp với liệu pháp 'add-back' khi sử dụng GnRH-a là cần thiết để hạn chế nguy cơ giảm mật độ xương. **Kết luận:** Dienogest không thua kém so với GnRH-a trong điều trị LNMTC.

***Từ khóa**:* dienogest, GnRH-a, progestin, goserelin, triptorelin, leuprorelin, lạc nội mạc tử cung, tổng quan hệ thống

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF DIENOGEST AND GONADOTROPIN-RELEASING HORMONE AGONISTS FOR THE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Objective: Endometriosis is a chronic condition with high economic burden and low quality of life in 10-15% of women in their reproductive age due to symptoms such as pelvic pain and infertility. The aim of this study was to assess the effect of dienogest vs. gonadotropin-releasing hormone agonists (GnRH-a) including triptorelin, goserelin, and leuprorelin in the treatment of endometriosis. **Methods:** The comprehensive search was applied to electronic databases PubMed and the Cochrane Library until December 2019. Two independent review authors assessed studies and extracted data according to the PRISMA guidelines. The Jadad 1996 scale and Newcastle-Ottawa scale were used for the quality assessment of randomized controlled trials and cohort studies, respectively. In meta-analysis a pooled odds ratio was calculated by using a fixed-effects model or random-effects model based on heterogeneity in the studies. **Results**: Of 897 articles identified, there were six studies comparing the use of dienogest and GnRH-a (triptorelin, goserelin, and leuprorelin). Dienogest was as effective as GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) for the relief of endometriosis-related pain, reducing endometrial size, improving the quality of life and the satisfaction of patients. GnRH-a was associated with a significant reduction in bone mineral density, especially lumbar spine and a higher incidence of hot flushes and vaginal dryness, whereas the most frequent drug-related adverse effects in the

[1]*Đại học Dược Hà Nội*
[2]*Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Kinh tế y tế*
[3]*Đại học Groningen, Hà Lan*
[4]*Trường Cao đẳng cộng đồng Sóc Trăng*
[5]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Kiều Thị Tuyết Mai
Email: kieumai210@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

dienogest group were vaginal bleeding and weight gain. Therefore, add-back therapy for endometriosis women treated with GnRH-a should be considered to preserve bon mineral density. **Conclusions:** These results showed that dienogest was non-inferior to GnRH-a in the treatment of endometriosis.

***Keywords*:** Dienogest, GnRH-a, progestin, goserelin, triptorelin, leuprorelin, endometriosis, systematic review.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự hiện diện của các tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở bên ngoài tử cung, đặc trưng bởi triệu chứng đau vùng chậu và/ hoặc vô sinh, gây ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe, trạng thái tâm lý, nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo thống kê, tần suất gặp khoảng từ 10-15% phụ nữ ở độ tuổi sinh sản tỷ lệ mắc bệnh cao gấp 10 lần ở phụ nữ bị vô sinh (20 – 50%) so với với phụ nữ có khả năng sinh sản (0,5% – 5%) và có thể lên đến 45% ở phụ nữ có đau vùng chậu mạn tính [1, 2]. Hiện nay, có nhiều biện pháp điều trị LNMTC (cả sử dụng thuốc và phẫu thuật) nhưng mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm riêng và không có lựa chọn nào được coi là tối ưu nhất trong điều trị LNMTC [1, 2].

Dienogest là một progestin đường uống thế hệ mới được nghiên cứu để điều trị bệnh LNMTC, là chất duy nhất trong số các progestogen có tính chất của cả C-19 norprogestin và dẫn xuất progesterone, giúp dienogest kết hợp được nhiều lợi ích như: độ đặc hiệu cao với thụ thể progesterone và ái lực liên kết không đáng kể đối với thụ thể estrogen, thụ thể androgen, glucocorticoid và mineralocorticoid. Hơn nữa, dienogest có liên kết đôi trong vòng B steroid, dẫn đến hệ thống nối đôi liên hợp trên các vòng steroid A và B, điều đó giúp cho dienogest có ái lực mạnh với thụ thể progesterone; nhóm cyanomethyl thay thế nhóm ethinyl tại C-17 khiến cho dienogest hoạt động kém qua enzyme cytochrom P450 (CYP) hay nói cách khác nó phản ứng kém với các protein gan, dẫn đến giảm nguy cơ xảy ra tương tác thuốc thông qua hệ thống enzyme gan [3]. Chính vì cấu trúc hóa học đặc biệt so với các thuốc cùng nhóm, dienogest được kì vọng sẽ đem lại hiệu quả điều trị vượt trội cùng với hạn chế các tác dụng không mong muốn trong điều trị LNMTC. GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) là thuốc đã chứng minh được hiệu quả điều trị LNMTCvới nhiều lợi ích vượt trội hơn so với các biện pháp nội khoa. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng quan hệ thống này với mục đích so sánh hiệu quả và biến cố bất lợi (AE) của dienogest với các thuốc nhóm GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) trong điều trị LNMTC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bài báo khoa học được tìm kiếm trên hai nguồn cơ sở dữ liệu là Pubmed và The Cochrane Library. Việc tìm kiếm không giới hạn về thời gian công bố của các bài báo nghiên cứu và được thực hiện đến ngày 01 tháng 12 năm 2019. Cú pháp tìm kiếm được hình thành bằng các sử dụng các toán từ OR và AND để liên kết các từ khóa về thuốc "Dienogest", "Goserelin", "Triptorelin", "Leuprorelin" hoặc nhóm thuốc chứa các thuốc cần nghiên cứu "GnRH analog", "Progestin" với các từ khóa về bệnh LNMTC "Endometriosis", "Adenomyosis", các từ khoá xuất hiện ở tiêu đề hoặc tóm tắt của nghiên cứu.

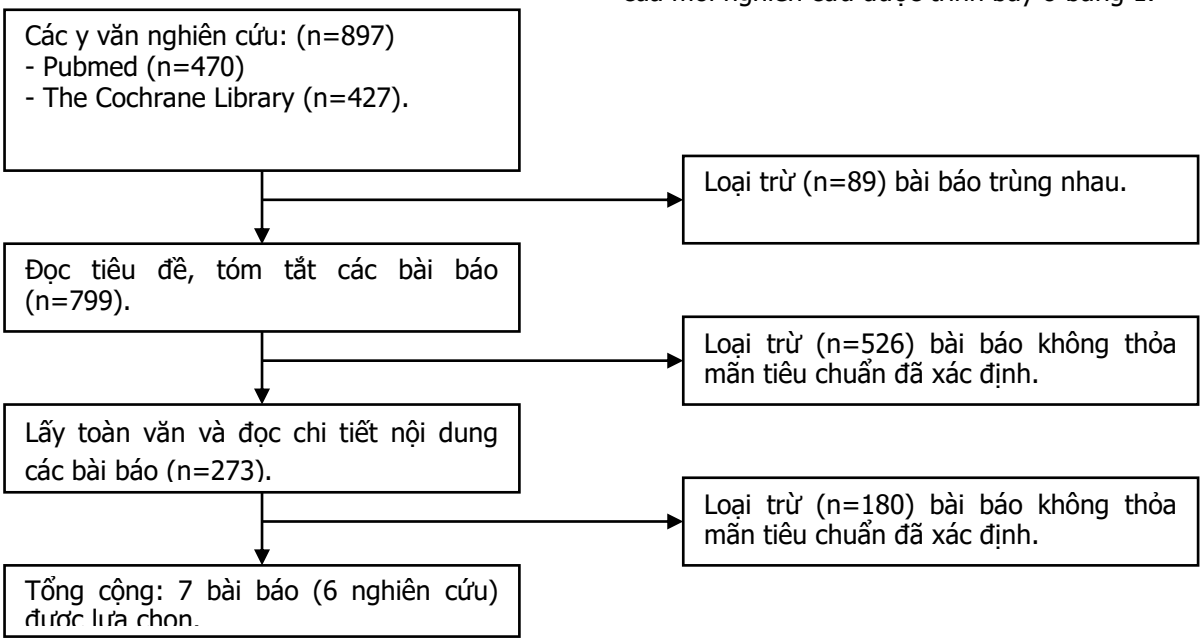
Tiêu chuẩn lựa chọn các bài báo là: (1) Thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu quan sát (bao gồm các nghiên cứu cắt ngang, nghiên cứu thuần tập và nghiên cứu bệnh chứng), (2) Đối tượng nghiên cứu là phụ nữ trong độ tuổi sinh sản từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán bệnh LNMTC, (3) So sánh trực tiếp dienogest và GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) trong điều trị LNMTC, (4) Kết quả nghiên cứu là hiệu quả điều trị hoặc an toàn trên lâm sàng. Loại trừ các bài báo là báo cáo ca, chuỗi ca, nghiên cứu thí điểm (pilot study), bài tổng quan, thư gửi tòa soạn, bài xã luận, tóm tắt hội thảo, hội nghị, các nghiên cứu đang tiến hành, chưa công bố kết quả, các bài báo được viết bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh. Hai nghiên cứu viên (NCV) độc lập (LHG và DTĐ) tiến hành lựa chọn các bài báo theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên (Hình 1).

Chất lượng của các nghiên cứu được đánh giá độc lập bởi hai NCV. Bất cứ mâu thuẫn trong việc lựa chọn, trích xuất dữ liệu hoặc đánh giá bài báo giữa hai NCV sẽ được quyết định bởi NCV thứ ba (NPC). Đối với các thử nghiệm lâm sàng, chúng tôi sử dụng thang Jadad 1996 để đánh giá theo 3 tiêu chí: tính ngẫu nhiên, làm mù đôi và báo cáo các trường hợp ngừng tham gia với tổng điểm tối đa là 5 điểm. Nghiên cứu có điểm trên 2 được coi là chất lượng tốt. Đối với các nghiên cứu thuần tập, chúng tôi sử dụng thang đánh giá NOS (Newcastle-Ottawa Scale) với tổng điểm tối đa là 9 sao và nghiên cứu có từ 5 sao trở lên được coi là chất lượng tốt. Nghiên cứu phân tích gộp tỷ số chênh (OR) giữa nhóm dienogest và GnRH theo phương pháp mô hình ngẫu nhiên hoặc mô hình cố định dựa vào sự không đồng nhất của các

nghiên cứu (I^2) và được thực hiện trên phần mềm Review Manager 5.3.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tìm kiếm trên Pubmed và the Cochrane library ghi nhận 897 kết quả (hình 1). Sau khi đối chiếu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, 7 bài báo thuộc 6 nghiên cứu được đưa vào trong tổng quan hệ thống. Đặc điểm cơ bản của mỗi nghiên cứu được trình bày ở bảng 1.



Hình 1. Kết quả quá trình lựa chọn các nghiên cứu.

Có 4/6 nghiên cứu là nghiên cứu đa trung tâm và 2 nghiên cứu của Fawzy 2015 và Lee 2016 là nghiên cứu đơn trung tâm. Đối tượng nghiên cứu bao gồm cả phụ nữ bị LNMTC đã điều trị ngoại khoa và phụ nữ chưa điều trị phẫu thuật ngoại khoa. Thời gian dùng thuốc trong các nghiên cứu dao động từ 12 tuần (1 nghiên cứu), 16 tuần (2 nghiên cứu) đến 24 tuần (3 nghiên cứu). Trong đó, có 3 nghiên cứu so sánh dienogest với leuprorelin, 2 nghiên cứu so sánh với triptorelin và 1 nghiên cứu so sánh với goserelin. Đánh giá chất lượng các nghiên cứu theo thang Jadad với RCTs và NOS với nghiên cứu thuần tập cho thấy 5/6 nghiên cứu có chất lượng tốt và 1 nghiên cứu của M. Fawzy (2015) là thử nghiệm lâm sàng không ngẫu nhiên với chất lượng trung bình.

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của các nghiên cứu

Tác giả (năm)	Thiết kế NC/ Thời gian NC/ Địa điểm	Đặc điểm bệnh nhân	Dienogest (cỡ mẫu)	GnRH-a (cỡ mẫu)	Tiêu chí đánh giá (thang đo)	Nguồn tài trợ
1. M. Cosson (2002)	TNLS RCT, nhãn mở/ NA/ Pháp/ Đa trung tâm.	PN LNMTC giai đoạn 2-4 (r-AFS), đã trải qua phẫu thuật để điều trị, 18-40 tuổi	Dienogest 1mg x2 lần/ ngày, OS, 16 tuần (73)	Triptorelin 3.75 mg, IM, mỗi 28 ngày, 16 tuần (67)	Cải thiện mức độ nghiêm trọng của bệnh (Thang r-AFS) Tỷ lệ mang thai tự nhiên Các biến cố bất lợi	Society Innothera and Schering
2. T. Strowitzki (2012, 2010)	TNLS RCT, nhãn mở/ 1998-2001/ Đa quốc gia/ Đa trung tâm.	PN chẩn đoán LNMTC và có triệu chứng đau liên quan, 18-45 tuổi	Dienogest 2mg/ ngày, OS, 24 tuần (124)	Leuprorelin acetate 3.75mg, SC, tháng 1 lần, 24 tuần (128)	Cải thiện triệu chứng đau (VAS, B&B) Cải thiện chất lượng cuộc sống (SF-36) Các AE và thay đổi mật độ xương.	Bayer Schering Pharma AG.

3. M. Fawzy (2015)	TNLS/ 2013-2014/ Ai Cập/ Đơn trung tâm.	PN chẩn đoán LNMTC có triệu chứng rong kinh và đau vùng chậu liên quan, 35-45 tuổi	Dienogest 2mg/ ngày, OS, 16 tuần (19)	Triptorelin acetate 3.75mg, SC, 4 tuần/ lần, 16 tuần (18)	Cải thiện triệu chứng đau (VAS) Thể tích tử cung Cải thiện rong kinh	Không
4. Dong-Yun Lee (2016)	NC thuần tập/ 2012-2015/ Hàn Quốc/ Đơn trung tâm	PN đã trải qua phẫu thuật nội soi bảo tồn để điều trị LNMTC, 18-45 tuổi	Dienogest 2mg/ ngày, OS, 6 tháng (28)	Leuprorelin acetate 3.75mg, SC, 4 tuần/lần, 6 tháng. OS: Estradiol 0.1mg +norethisterone 0.5mg/ngày (36)	Cải thiện triệu chứng đau (VAS) Thay đổi mật độ xương BMD.	Không
5. Y. Takaesu (2016)	NC thuần tập tương lai/ 2009-2013 / Nhật Bản/ Đa trung tâm.	PN LNMTC, đã trải qua phẫu thuật để điều trị bệnh, 18-45 tuổi	Dienogest 2mg/ngày, OS, 24 tuần (54)	Goserelin 1.8 mg: SC, 4 tuần 1 lần, dùng 6 lần (51)	Tái phát LNMTC phát hiện bằng hình ảnh. Các AE Mức độ nghiêm trọng/ giai đoạn bệnh (Thang r-ASRM) Cải thiện triệu chứng đau liên quan đến LNMTC (VAS)	Đại học Y Tokyo
Abdou (2018)	TNLS RCT/ 2014-2016/ Ai Cập/ Đa trung tâm.	PN tái phát đau vùng chậu khoảng 1 năm sau PT điều trị LNMTC, 20-45 tuổi	Dienogest 2mg/ngày, OS, 12 tuần (121)	Leuprolide acetate 3.75mg, IM, 4 tuần 1 lần, 12 tuần (121)	Cải thiện triệu chứng đau (VAS) Kích thước LNMTC Các AE	Không

Chú thích: RCT: thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, r-ASRM: revised American Society for Reproductive Medicine, VAS: Visual Analog Scale, B&B: Biberoglu and Behrman, r-AFS: Revised American Fertility Society, OS: đường uống, IM: tiêm bắp, SC: tiêm dưới da, LNMTC: lạc nội mạc tử cung, TNLS: thử nghiệm lâm sàng, NC: nghiên cứu, BMD: bone mineral density, SF-36: Short Form-36, PN: phụ nữChi tiết hiệu quả điều trị của các thuốc được trình bày trong bảng 2. Nghiên cứu của M. Fawzy (2015), triptorelin có hiệu quả giảm đau bụng kinh (giảm điểm đau bụng kinh trên thang VAS) đáng kể hơn so với dienogest sau 16 tuần điều trị, trong khi hiệu quả giảm các triệu chứng đau khác (đau vùng chậu, đau khi quan hệ tình dục) ở hai nhóm là không có sự khác biệt có ý nghĩa. Bên cạnh đó, hiệu quả làm giảm kích thước tổn thương LNMTC sau 12 tuần điều trị cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (theo Abdou -2018). Tuy nhiên, triptorelin làm giảm thể tích tử cung đáng kể sau 16 tuần điều trị, trong khi đó, dienogest không làm thay đổi thể tích tử cung đáng kể (M. Fawzy-2015). Đối với bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật loại bỏ tổn thương LNMTC, nghiên cứu của Y. Takaesu (2016) cho thấy tỷ lệ tái phát tổn thương sau 24 tháng phẫu thuật ở 2 nhóm dienogest và goserelin là không có sự khác biệt với 24 tuần sử dụng thuốc. Tuy nhiên đối với nhóm dienogest thì điểm r-ASRM cao hơn ở những bệnh nhân tái phát còn đối với goserelin thì điểm r-ASRM là như nhau giữa nhóm tái phát và không tái phát. Ngoài ra, chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng của bệnh nhân đều được cải thiện sau sử dụng thuốc và không khác biệt giữa dienogest và nhóm GnRH-a; mức độ nghiêm trọng của bệnh và tình trang rong kinh cũng được cải thiện đáng kể ở cả 2 nhóm và tỷ lệ mang thai tự nhiên ở dienogest và triptorelin là không khác biệt.

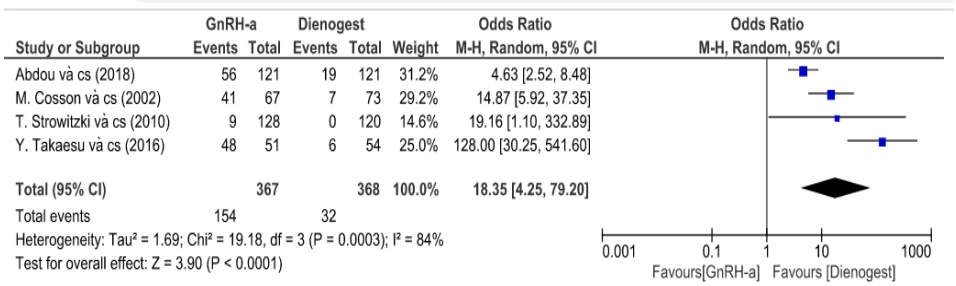
Bảng 2. Hiệu quả điều trị của dienogest so sánh với GnRH-a

TT	Tác giả (năm)	Nhóm (Cỡ mẫu)	Thời gian ĐT	Triệu chứng đau	Mức độ nghiêm trọng
1	M. Cosson và cs (2002)	DNG (59)	16 tuần	NA	r-AFS: ↓8 điểm, 86.2% BN hài lòng.

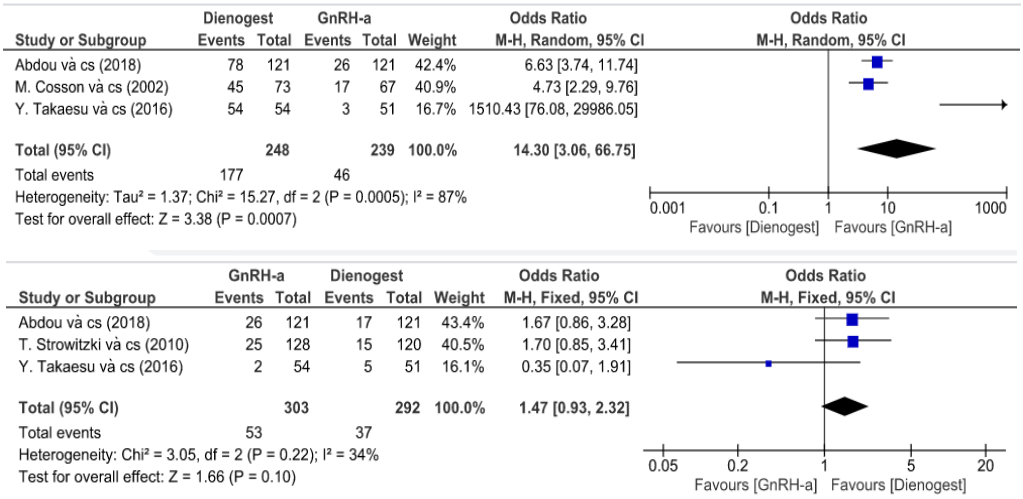
		TA (61)			r-AFS: ↓9 điểm với 80% BN hài lòng.
2	T. Strowitzki và cs (2012, 2010)	DNG (90)	24 tuần	VAS: ↓47.5 ± 28.8 B&B: Tổng triệu chứng vùng chậu nặng và trung bình ↓ từ 21% và 59% BN xuống 0% và 5% BN.	Tỷ lệ BN nghiêm trọng: ↓ từ 70% đến 5% BN.
		LA (96)		VAS: ↓46.0 ± 24.8 B&B: Tổng triệu chứng vùng chậu nặng và trung bình ↓ từ 10% và 61% BN xuống 0% và 5% BN	Tỷ lệ BN nghiêm trọng: ↓ từ 65% đến 4% BN.
3	M. Fawzy và cs (2015)	DNG (19)	16 tuần	VAS: (1): ↓từ 61.7 ± 22.1 đến 21.7 ± 11.6. (2): ↓ từ 82.3 ± 17.1 đến 30.6 ± 18.4. (3): ↓ từ 69.8 ± 21.9 đến 20.7 ± 16.5.	NA
		TA (19)		VAS: (1): ↓từ 59.2 ± 12.5 đến 24.5 ± 13.8. (2): ↓ từ 83.1 ± 15.9 đến 0 (∗) (3): ↓ từ 64.7 ± 22.9 đến 25.8 ± 19.1.	
4	Dong-Yun Lee và cs (2016)	DNG (36)	24 tuần	Giảm điểm đau đáng kể ở cả 2 nhóm và không có sự khác biệt có ý nghĩa.	NA
		LA + add back' (28)			
5	Y. Takaesu và cs (2016)	DNG (54)	24 tuần	Cải thiện đáng kể ở cả 2 nhóm trong thời gian điều trị, không có sự khác biệt có ý nghĩa về hiệu quả giữa 2 nhóm.	r-ASRM cao hơn ở nhóm tái phát.
		GA (51)			r-ASRM không khác biệt ở nhóm tái phát và không tái phát.
6	Abdou và cs (2018)	DNG (101)	12 tuần	VAS: (1) ↓28.7 ± 5.3, (2a) ↓19.0 ± 4.3 (3) ↓20.0 ± 3.08.	NA
		LA (96)		VAS: (1) ↓26.2 ± 3.01, (2a) ↓19.5 ± 3.01 (3) ↓ 17.9 ± 2.9.	

Chú thích: DNG: Dienogest, TA: triptorelin, LA: leuprorelin, GA: goserelin; VAS: Visual Analog Scale, B&B: Biberoglu and Behrman, r-AFS: Revised American Fertility Society, r-ASRM: revised American Society for Reproductive Medicine; (1): Đau vùng chậu, (2): Đau bụng kinh, (2a): Đau lưng, (3): Đau quan hệ tình dục; ↓: Giảm; (∗): P<0.05 (so sánh giữa 2 nhóm điều trị), NA: Not Available.

Đối với các AE khi sử dụng thuốc, các nghiên cứu ghi nhận biến cố hay gặp bao gồm bốc hỏa, tăng cân, chảy máu sinh dục bất thường, đau đầu, khô âm đạo, rụng tóc, mụn…Trong đó, nguy cơ bệnh nhân bốc hỏa ở nhóm GnRH-a cao gấp 18 lần nhóm dienogest (OR: 18.35, 95%CI: 4.25-78.20), tuy nhiên với liệu pháp 'add-back' kết hợp cùng với leuprorelin thì tỷ lệ bốc hỏa ở 2 nhóm là không khác biệt có ý nghĩa thống kê (Dong-Yun Lee-2016). Tỷ lệ bệnh nhân chảy máu sinh dục bất thường ở nhóm dienogest cao hơn so với nhóm GnRH-a (OR: 14.3, 95%CI: 3.06-66.75). Ngoài ra, tăng cân là biến cố có xu hướng xảy ra nhiều hơn ở nhóm dienogest, trong khi đó, nhóm GnRH-a có tỷ lệ khô âm đạo cao hơn. Đau đầu là một biến cố có xu hướng hay gặp ở GnRH-a (OR: 1.47, 95%CI: 0.93-2.32, Hình 2).



Biến cố bốc hỏa



Hình 2. Nguy cơ gặp AEs ở dienogest và GnRH-a

Về thay đổi mật độ xương trong quá trình điều trị, nghiên cứu của T. Strowitzki và cs (2012, 2010) cho thấy nhóm dùng leuprorelin làm mật độ xương giảm nhiều hơn đáng kể so với nhóm dùng dienogest sau 24 tuần điều trị. Trong khi đó, với nghiên cứu của Dong-Yun Lee và cs (2016), nhóm sử dụng leuprorelin kết hợp với liệu pháp 'add back' (uống kết hợp estradiol và norethisterone acetate) giảm mật độ xương không khác biệt so với nhóm dùng dienogest sau 24 tuần điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong hầu hết các nghiên cứu, hiệu quả giảm đau của dienogest là tương đương với GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) trong điều trị LNMTC. Việc triptorelin giảm đau bụng kinh đáng kể hơn so với dienogest ở nghiên cứu của M. Fawzy-2015 là do triptorelin gây ra vô kinh trong quá trình điều trị. Ngoài ra, chất lượng cuộc sống, sự hài lòng của bệnh nhân là tương tự nhau ở cả 2 nhóm. Dienogest còn giảm kích thước tổn thương, giảm mức độ nghiêm trọng của bệnh tương đương so với GnRH-a.

Về các tác dụng không mong muốn, GnRH-a hay xảy ra các biến cố liên quan đến suy giảm estrogen (như: bốc hỏa, khô âm đạo, giảm ham muốn…), trong khi đó, chảy máu sinh dục bất thường là biến cố hay gặp hơn ở dienogest. Tuy nhiên tần suất và mức độ chảy máu sinh dục do dienogest có xu hướng giảm theo thời gian điều trị [4] và chỉ có 0,6% phụ nữ LNMTC dừng điều trị do chảy máu sinh dục bất thường [5] cho thấy mức độ dung nạp tốt của dienogest. Ngoài ra, GnRH-a cũng liên quan đến giảm mật độ xương đáng kể so với trước khi sử dụng, tuy nhiên, việc kết hợp liệu pháp 'add- back' trong điều trị giúp tình trạng này được cải thiện.

Một số nghiên cứu tổng quan hệ thống được tiến hành gần đây về hiệu quả của dienogest trong điều trị LNMTC [6][7] cũng cho rằng dienogest 2mg có hiệu quả tương tự GnRH-a trong điều trị LNMTC với khả năng dung nạp tốt hơn. Tuy nhiên, các nghiên cứu tổng quan này có số lượng nghiên cứu còn hạn chế do tiêu chuẩn lựa chọn chỉ lấy các nghiên cứu can thiệp RCT.

Nghiên cứu tổng quan của chúng tôi đánh giá trên cả nghiên cứu quan sát và nghiên cứu can thiệp và cập nhật được những nghiên cứu gần đây. Tuy nhiên, do chỉ có 6 nghiên cứu trong tổng quan hệ thống này, chúng tôi đã không đánh giá được sai lệch xuất bản. Bên cạnh đó, việc các nghiên cứu có kết quả với nhiều tiêu chí đánh giá và thang đo lường khác nhau cũng dẫn đến khó khăn trong báo cáo và phân tích.

V. KẾT LUẬN

Dienogest có hiệu quả điều trị LNMTC không thua kém so với các thuốc nhóm GnRH-a (triptorelin, goserelin, leuprorelin) với khả năng dung nạp tốt, là một lựa chọn thích hợp trong điều trị LNMTC.

Ghi chú: Chi tiết tài liệu tham khảo và bản toàn văn của các nghiên cứu trong tổng quan hệ thống này không được trình bày trong tài liệu tham khảo dưới đây. Độc giả có thể liên hệ với nhóm tác giả nếu cần thông tin chi tiết.

Lời cảm ơn: Trân trọng cảm ơn Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Kinh tế Y tế (HERAC) đã hỗ trợ cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joseph T. DiPiro, Robert L. Talbert, Gary C.Yee, Gary R.Matzke, Barbara G. Wells, L.Michael Posey**. Pharmacotherapy A

Pathophysiologic Approach: tenth edition. 2019:3576-96.
2. **Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M**. Endometriosis still a challenge. Journal of Medicine and Life. 2014;7(3):349-57.
3. **Xiangyan Ruan, H. Seeger, A.O. Mueck.** The pharmacology of dienogest. Maturitas. 2012;71:337-44.
4. **Andres MdP, Lopes LA, Baracat EC, Podgaec S**. Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review. Archives of gynecology and obstetrics. 2014;292(3):523-9. Epub 03/08. doi: 10.1007/s00404-015-3681-6. PubMed PMID: 25749349.
5. **Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Schumacher U, Ahlers C, Seitz C**. Safety and tolerability of dienogest in endometriosis: pooled analysis from the European clinical study program. Int J Womens Health. 2015;7:393-401. doi: 10.2147/IJWH.S77202. PubMed PMID: 25926759.
6. **Ferrero S, Remorgida V, Venturini PL, Bizzarri N.** Endometriosis: the effects of dienogest. BMJ clinical evidence. 2015;2015:0802. PubMed PMID: 26057101.
7. **Andres MdP, Lopes LA, Baracat EC, Podgaec S.** Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2015;292(3):523-9. Epub 03/08. doi: 10.1007/s00404-015-3681-6. PubMed PMID: 25749349.

XÁC ĐỊNH ĐA HÌNH GEN MTHFR Ở TRẺ TỰ KỶ VIỆT NAM BẰNG KỸ THUẬT REALTIME PCR

Đậu Trung Hiếu*, Lê Thị Minh Phương*, Nguyễn Thị Trang*

TÓM TẮT

Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) tham gia chuyển đổi homocysteine thành methionine, đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa homocysteine thành methionine. Số lượng lớn homocysteine và stress oxy hóa được cho là có liên quan đến các rối loạn tâm thần kinh như tự kỷ. Có nhiều tranh cãi xung quanh vai trò của gen MTHFR đối với sự xuất hiện bệnh tự kỷ ở trẻ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với **mục tiêu**: Xác định tỷ lệ xuất hiện đa hình gen MTHFR (C677T và A1298C) ở trẻ tự kỷ Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** 50 trẻ được chẩn đoán tự kỷ và 50 trẻ hoàn toàn bình thường. Sử dụng phương pháp Short-Realtime-PCR để xác định kiểu gen của đối tượng bằng máu ngoại vi. **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện đa hình C677T và A1298C gen MTHFR ở nhóm bệnh tương ứng là 30% và 72%, trong đó, kiểu gen dị hợp tử C677T chiếm 26% và đồng hợp tử chiếm 4%, kiểu gen dị hợp tử A1298C chiếm 60% và đồng hợp tử chiếm 12%. Ở nhóm chứng chỉ gặp 14% dị hợp tử C677T và 20% dị hợp A1928C, 1 trường hợp mang đồng hợp tử đa hình A1298C trong nhóm chứng. Kiểu gen CT+TT của đa hình C677T và AC+CC của đa hình gen A1298C có nguy cơ gây tự kỷ cao hơn kiểu gen bình thường với tỷ lệ tương ứng là 2,633 và 9,117. **Kết luận:** Các đa hình gen MTHFR làm tăng nguy cơ xuất hiện bệnh tự kỷ cao gấp 2-9 lần so với alen dại.

Keywords: MTHFR, C677T, A1928C, tự kỷ.

SUMMARY

REALTIME-PCR APPLICATION FOR DETERMINING THE MTHFR GENE POLYMORPHISMS C677T AND A1298C OF AUTISM SPECTRUM DISORDER IN VIETNAMESE CHILDREN

Background: Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) participates in converting homocysteine into methionine as a cofactor. The large amount of homocysteine and oxidative stress is associated with neuropsychiatric disorders such as autism. The role of the MTHFR gene in the occurrence of autism in children aroused much controversy among the researchs. **Material and method:** 50 childrens were diagnosed with autism. Using Short-Realtime-PCR technique to identify MTHFR genotype from isolated DNA in peripheral blood. **Results:** The prevalence of polymorphism of C677T and A1298C MTHFR genes in the corresponding disease group was 30% and 72%, of which, C677T heterozygous genotype accounted for 26% and homozygous for 4%, heterozygous genotype A1298C accounted for 60% and homozygous accounted for 12%. In the control group, there were 14% C677T heterozygous and 20% A1928C anomalies, 1 case of A1298C homozygous homozygous in the control group. The CT + TT genotype of polymorphic C677T and AC + CC of the A1298C polymorphism have a higher risk of autism than the reward genotype with 2,633 and 9,117, respectively.

Keywords: MTHFR, C677T, A1928C, autism.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ (autism) là một tập hợp các rối loạn phát triển lan tỏa mức độ từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm từ khi trẻ còn nhỏ tuổi (thường trước 3 tuổi) và diễn biến kéo dài. Biểu hiện chung của tự kỷ là những khiếm khuyết ở 3 lĩnh vực: tương tác xã hội, giao tiếp và hành vi với sở thích thu hẹp, rập khuôn. Bên cạnh đó trẻ thường có rối loạn cảm giác và tăng hoạt động.

Tỉ lệ tự kỷ có xu hướng tăng nhanh. Tại Mỹ, tự kỷ, cùng với bệnh tim mạch và ung thư, là

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang
Email: Trangnguyen@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 17.6.2020

một trong ba vấn đề nổi cộm của quốc gia này, số trẻ mắc chứng tự kỷ cao hơn so với tổng số trẻ bị ung thư , tiểu đường và AIDS. Ở khu vực Châu Á, Châu Âu, Bắc Mỹ tỉ lệ trẻ tự kỷ trung bình khoảng 1%[1]. Con số này ở Việt Nam cũng gia tăng nhanh chóng, tại Bệnh viện Nhi Trung ương số trẻ đến khám tự kỷ tăng gấp 50 lần và số trẻ cần điều trị tăng 33 lần trong năm 2007 so với năm 2000 [2]. Tại Bệnh viện Nhi đồng I, năm 2000 chỉ có 2 trẻ đến để điều trị tự kỷ nhưng đến năm 2007 con số này đã tăng lên 170 trẻ, năm 2008 lên tới 324 trẻ.

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, tự kỷ là chứng bệnh đa nhân tố,bao gồm yếu tố xã hội kể trên và yếu tố di truyền như các đột biến gen hoặc NST, là các yếu tố có thể phát hiện sớm nhờ vào sự phát triển của các kỹ thuật sinh học phân tử hiện nay. Rất nhiều gen liên quan tới tự kỷ đã được nghiên cứu như MTHFR, RFC, TCN2, COMT, GSTM1,…[3]. Trong đó đa hình tại gen MTHFR là một trong những đột biến đầu tiên được chứng minh là có liên quan đến tự kỷ với 2 đột biến thay thế cặp nucleotid là C677T và A1298C. Tồn tại nhiều tranh cãi xung quanh vai trò của các đa hình gen MTHFR đối với phát sinh và biểu hiện bệnh lý tự kỷ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu*: "Xác định tỷ lệ xuất hiện đa hình gen MTHFR (C677T và A1298C) ở trẻ tự kỷ Việt Nam."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- ***Nhóm bệnh:*** Là những trẻ được bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán xác định tự kỷ. Chẩn đoán xác định trẻ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM - IV, trẻ có ít nhất 6 dấu hiệu, trong đó: ít nhất 2 dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết về chất lượng quan hệ xã hội; ít nhất 1 dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết về chất lượng giao tiếp; ít nhất 1 dấu hiệu có hành vi bất thường và được người giám hộ đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

Nhóm chứng: Là học sinh các trường tiểu học và THCS khu vực Hà Nội, không bị bất thường nào về tâm lý hay liên quan đến hệ thần kinh.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 8 - 2017 đến 9 - 2018.
- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm tư vấn di truyền, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu mô tả tính theo công thức của S.K.Luanga và Lemeshow:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2}\ \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

Trong đó: 1- α/2 = 0.95; ε = 0.10; p = 95% (độ chính xác của quy trình tham chiếu). n = số lần thực nghiệm cần thực hiện, tính được bằng 21, chúng tôi lấy số tròn là 50 cho nhóm bệnh và 50 cho nhóm chứng.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Quy trình nghiên cứu

- DNA được tách chiết từ máu ngoại vi (chống đông EDTA) bằng kit tách DNA Express của hãng Lytech (Nga). Sử dụng kỹ thuật SHORT- REALTIME PCR để xác định các đột biến gen C677T và A1298G với trình tự mồi:

Bảng 2.1: Trình tự mồi

Đa hình	Trình tự mồi xuôi (Forward primer)	Trình tự mồi ngược (Reverse primer)	PCR (pb)
MTHFR C677T	5-TGC TGT TGG AAG GTG CAA GAT-3	RW 5-GCG TGA TGA TGA AAT CGG-3 RM 5-GCG TGA TGA TGA AAT CGA-3	226 226
MTHFR A1298C	5 –CCTTTGGGGC GCTGAAGGACTACTAC-3	RW5-CAAAGGACTTCAAAGACAGTC-3 RM 5-GGTAAAGAACAAAGACTTCA-AAGACACTGTG-3	120 127

Kĩ thuật SHORT- REALTIME PCR được thực hiện trên máy CFX96 (BioRad, Mỹ) với chu trình luân nhiệt: 94°C - 3 phút, 40 chu kì (94°C - 15s, 64°C - 40s).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

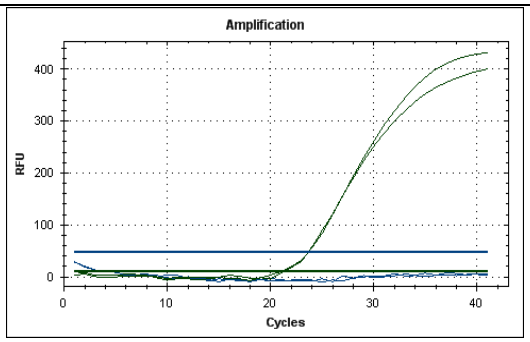
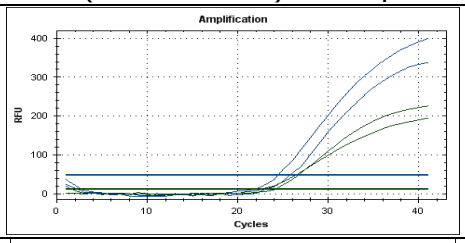
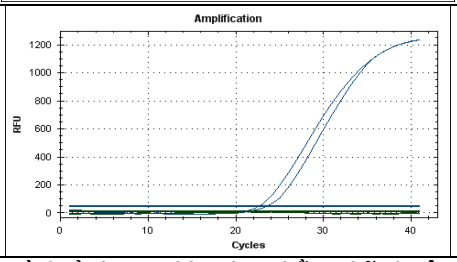
1. Kết quả tách chiết AND. 100 mẫu nghiên cứu được tách ADN bằng phương pháp ADN-express (Lytech, Nga), tuy nhiên chúng tôi cải tiến giảm thể tích máu và dung dịch tách ADN so với protocol hướng dẫn của hãng. Cụ thể, lượng máu ngoại vi là 200µl và dung dịch tách ADN là 200µl, thay vì 550µl máu ngoại vi và 550µl dung dịch tách ADN như trong protocol. Tiến hành kiểm tra độ tinh sạch đạt chuẩn thu được kết quả sau:

Bảng 3.1. Kết quả đo nồng độ tinh sạch ADN theo phương pháp ADN-express

Nồng độ ADN	Nồng độ ADN ng/µl	Độ tinh sạch
Thấp nhất	113,5	1,76
Cao nhất	576,8	1,98
Trung bình	379,5±13,82	1,85±0,320

Nhận xét: Lượng ADN thu được từ các mẫu tương đối cao và ổn định với nồng độ cao nhất đạt 576,8ng/µl, thấp nhất đạt 113,5ng/µl; độ tinh sạch cao nhất là 1,98 thấp nhất là 1,76.

Bảng 3.2: So sánh kết quả Realtime– PCR và kết quả điện di

K/gen	Kit short-Realtime-PCR	Kit PCR - điện di
Bình thường	 ***Ghi chú:*** - Hex (xanh lá cây): Alen bình thường - Fam (xanh nước biển): Alen đột biến	 ***Ghi chú:*** 1,4: Bệnh nhân với alen C677 & T677 7,10: Bệnh nhân với alen A1298 & C1298 2,8: Chứng dương alen C677 & A1298 3,9: Chứng âm alen C677 & A1298 5,11: Chứng dương alen T677 & C1298 6,12: Chứng âm alen T677 & C1298
Dị hợp tử đột biến		
Đồng hợp tử đột biến		

Nhận xét: Hình ảnh sau khi chạy bằng kỹ thuật Short-realtime-PCR cho kết quả rõ nét, đảm bảo yêu cầu, dù đã cải tiến ở bước tách chiết DNA khi sử dụng lượng máu và hóa chất là 200 µl thay cho 550 µl như Nhà sản xuất đã đưa ra.

2. Xác định đột biến gen MTHFR bằng kĩ thuật SHORT – REALTIME PCR

Bảng 3.4. Kết quả xác định đột biến gen MTHFR C677T bằng kỹ thuật SHORT-realtime PCR

Kiểu gen	Nhóm chứng n = 50	Nhóm bệnh (n = 50)	OR	95% CI	p
CC	43 (86)	35 (70)			
CT	7 (14)	13 (26)	2,282	0,822 – 6,337	<0,5
TT	0 (0)	2 (4)	6,127	0,285 – 131,791	<0,5
CT+TT	7 (14)	15 (30)	2,633	0,967 – 7,170	<0,5
Tỷ lệ các alen (%)					
C	93	83			
T	7	17	2,721	1,075 – 6,887	<0,5

Chú thích: C: alen bình thường
T: alen đột biến C677T
CC: đồng hợp tử bình thường
CT: dị hợp tử đột biến C677T
TT: đồng hợp tử đột biến C677T

Nhận xét: Khảo sát kiểu gen C677T gen MTHFR nhận thấy ở nhóm bệnh có 13 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử (chiếm 26%) và 2 trẻ mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm 4%). Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến, tuy nhiên gặp 7 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm 14%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số alen trong nhóm bệnh nhân và nhóm chứng với (p <0,5, OR = 2,633, 95%CI = 0,967 – 7,170)

Về tần số các alen, ở nhóm bệnh: tỷ lệ alen C là 83%, tỷ lệ alen T là 17%. Nhóm chứng: tỷ lệ alen C là 93%, tỷ lệ alen T là 7%. Alen T làm tăng nguy cơ xuất hiện tự kỷ gấp 2,721 lần (p <0,5, OR = 2,721, 95%Cl = 1,075 – 6,887).

Bảng 3.5. Kết quả xác định đột biến gen MTHFR A1298G bằng kỹ thuật SHORT-realtime PCR

Kiểu gen	Nhóm chứng n = 50	Nhóm bệnh n = 50	OR	95% Cl	p
AA	39 (78)	14 (28)			
AG	10 (20)	30 (60)	8,357	3,262 – 21,411	<0,01
GG	1 (2)	6 (12)	16,714	1,846 – 151,347	<0,01
AG+GG	11 (22)	36 (72)	9,117	3,668 – 22,658	<0,01
Tỷ lệ các alen (%)					
A	88	58			
G	12	42	5,310	2,579 – 10,933	<0,01

Chú thích: A: alen bình thường
G: alen đột biến A1298G
AA: đồng hợp tử bình thường
AG: dị hợp tử đột biến A1298G
GG: đồng hợp tử đột biến A1298G

Nhận xét: Khảo sát kiểu gen A1298G gen MTHFR nhận thấy ở nhóm bệnh có 30 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử (chiếm 60%) và 6 trẻ mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm 12%). Trong khi đó ở nhóm chứng có 1 trẻ mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm 2%), và 10 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm 20%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số alen trong nhóm bệnh nhân và nhóm chứng với (p <0,5, OR = 9,117, % Cl = 3,668 – 22,658).

Về tần số các alen, ở nhóm bệnh: tỷ lệ alen A là 83%, tỷ lệ alen G là 17%. Nhóm chứng: tỷ lệ alen A là 93%, tỷ lệ alen G là 7%. Alen A làm tăng nguy cơ xuất hiện tự kỷ gấp 5,310 lần (p <0,01, OR = 5,310, 95%Cl = 2,579 – 10,933).

Bảng 3.4: Kết quả phối hợp kiểu gen

Phân bố kiểu gen		Tỷ lệ phối hợp kiểu gen N (%)	Số alen đột biến	Tỷ lệ số alen đột biến N (%)
C677T	A1298C			
CC	AA	7 (13,3%)	0	7 (%)
CT	AA	7 (13,3%)	1	31 (%)
CC	AC	24 (46,7%)		
CC	CC	4 (6,7%)	2	9 (%)
TT	AA	0(0%)		
CT	AC	5(10,0%)		
CT	CC	1 (3,3%)	3	2 (%)
TT	AC	1 (3,3%)		
TT	CC	1 (3,3%)	4	1 (%)
Tổng		**50 (100%)**	**Tổng**	**50 (100%)**

Nhận xét: Khảo sát tổ hợp kiểu gen của hai đa hình trên gen MTHFR cho thấy tổ hợp kiểu gen gặp nhiều nhất là kiểu gen đồng hợp tử bình thường C677T và dị hợp tử A1298G chiếm tỷ lệ 24%. Gặp 5 trường hợp dị hợp tử kép (10%) và 1 trường hợp mang cả hai kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 2%).

IV. BÀN LUẬN

1. Tách chiết ADN bằng bộ kit ADN-EXPRESS cải tiến. Bước đầu tiên của kỹ thuật SHORT- REALTIME PCR cũng như hầu hết các kỹ thuật sinh học phân tử khác là tách chiết ADN. Mẫu ADN cần đảm bảo đủ nồng độ, độ tinh sạch, không bị đứt gãy trong quá trình tách chiết để các phản ứng tiếp theo được tối ưu và chính xác. Trong nghiên cứu này, sử dụng bộ kit ADN-EXPRESS để tách AND. Kết quả thu được mẫu ADN có nồng độ và độ tinh sạch đạt yêu cầu với nồng độ ADN trung bình đạt 379,5±13,82 ng/µl, độ tinh sạch đều nằm trong khoảng 1,7 – 2,0, độ tinh sạch trung bình 1,85±0,320.

Kết quả chạy Short- realtime PCR thì cho hình ảnh đẹp, rõ nét. Như vậy, chúng tôi kết luận rằng: Đã cải tiến thành công bộ kit tách ADN – express, hoàn thiện mục tiêu 1.

Như vậy, bước này cải tiến giảm thể tích hóa chất tách chiết, giúp giảm giá dịch vụ mà vẫn đảm bảo được độ chính xác. Việc này nhằm giúp tiết kiệm được tối đa lượng hóa chất tách chiết cần thiết, góp phần giảm giá dịch vụ, đồng thời phù hợp với việc lấy mẫu ở những trẻ tự kỷ vốn rất khó khăn.

2. Xác định đột biến gen MTHFR bằng kĩ

thuật SHORT Realtime – PCR. Ngày nay, Tự kỉ là một vấn đề sức khỏe rất được quan tâm trong Y học vì sự gia tăng một cách đáng kể tỷ lệ mắc bệnh, đặc biệt trong vài thập kỷ gần đây. Biểu hiện tự kỷ xuất hiện ngay từ những giai đoạn rất sớm và có thể sẽ ảnh hưởng lâu dài tới cuộc đời của đứa trẻ[1]. Vì vậy, việc phát hiện triệu chứng tự kỷ để có thể cung cấp một chương trình giáo dục phù hợp vào giai đoạn sớm là vô cùng cần thiết để trẻ có thể tư duy và cũng như cơ hội phát triển những khả năng đặc biệt của mình. Nếu phát hiện muộn khi hành vi trẻ khi trẻ đã định hình, khả năng phục hồi và hòa nhập là rất chậm và không toàn diện.

Trên thực tế, theo nghiên cứu của khoa phục hồi chức năng bệnh viện Nhi trung ương, số trẻ tự kỷ được phát hiện muộn sau 36 tháng tuổi còn cao, lên tới 43,86% và chỉ 43,48% đến khám ở lứa tuổi 24 - 35 tháng [2]. Với sự phát triển của xã hội và lối sống công nghiệp thu hẹp thời gian tiếp xúc của bố mẹ với con cái, việc bố mẹ không nắm rõ những mốc phát triển của con làm chậm sự phát hiện sớm biểu hiện bệnh của trẻ ở giai đoạn đầu đời. Vì vậy chẩn đoán sớm Tự kỷ còn nhiều hạn chế về mặt lâm sàng, yêu cầu cần có một kỹ thuật sàng lọc hiệu quả, với chi phí thấp và dễ đưa vào thực hiện rộng rãi hơn.

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, tự kỷ là chứng bệnh đa nhân tố,bao gồm yếu tố xã hội kể trên và yếu tố di truyền như các đột biến gen hoặc NST, là các yếu tố có thể phát hiện sớm nhờ vào sự phát triển của các kỹ thuật sinh học phân tử hiện nay. Rất nhiều gen liên quan tới tự kỷ đã được nghiên cứu như MTHFR, RFC, TCN2, COMT, GSTM1,…[3]. Trong đó đột biến tại gen MTHFR là một trong những đột biến đầu tiên được chứng minh là có liên quan đến tự kỷ với 2 đột biến thay thế cặp nucleotid là C677T và A1298C.

Nghiên cứu của tác giả Hà Thị Minh Thi và Nguyễn Thị Nguyệt Minh trên 60 người thanh niên khỏe mạnh tình nguyện thấy tỷ lệ kiểu gen 677CC là 71,7%, 677CT là 25% và 677TT là 3,3% [4]. Tần số alen đột biến T677 ở nhóm người khỏe mạnh là 7% thấp hơn đáng kể so với con số 17% trong nhóm trẻ mắc bệnh tự kỷ ở nghiên cứu của chúng tôi.

Nếu so sánh với số liệu từ các nghiên cứu bệnh chứng khác với nhóm chứng cùng độ tuổi, so với nhóm trẻ không mắc bệnh tự kỷ thì tần số alen đột biến T677 nhóm trẻ tự kỷ của chúng tôi (17%) là tương tự với tác giả Mohammas (2009) (16,3%)[6] nhưng thấp hơn đáng kể ở các nghiên cứu của Shawky (40%) [5].

Khi nghiên cứu đa hình A1298G của gen MTHFR, chúng tôi tiến hành khảo sát sự phân bố kiểu gen và phân tích mối liên quan tới bệnh tự kỷ của trên nhóm bệnh là 50 trẻ được chẩn đoán tự kỷ và trong nhóm chứng là 50 trẻ hoàn toàn khỏe mạnh. Kết quả ghi nhận: ở nhóm bệnh có 28% trẻ mang kiểu gen đồng hợp tử bình thường AA, 60% mang kiểu gen dị hợp tử AG, có đến 6 trường hợp (12%) mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến GG. Ở nhóm chứng, kiểu gen AA chiếm 78%, kiểu gen dị hợp tử CT là 20% và có 1 trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến GG.

Kết quả phân tích còn cho thấy kiểu gen AG làm tăng nguy cơ tự kỷ lên gấp 8,357 lần so với nhóm chứng (OR = 8,357; 95%CI = 3,262 – 21,411); Kiểu gen đồng hợp GG và kiểu gen dị hợp AG làm tăng khả năng bị tự kỷ 9,117 lần so với nhóm chứng (CT+TT: OR = 9,117; 95%CI = 3,668 – 22,658). Sự khác biệt giữa nhóm bệnh với nhóm chứng là có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Alen G làm tăng khả năng bị vô sinh nguyên phát lên 5,310 lần so với nhóm chứng (OR = 5,310; 95%CI = 2,579 – 10,933; với p<0,01). Như vậy mang alen T làm tăng nguy cơ vô sinh ở nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với với p<0,01.

Tần số alen đột biến C1298 trong nhóm trẻ tự kỷ của chúng tôi (42%) cũng cao hơn nhóm chứng từ nghiên cứu của Park Jungwon (24%) [7], hay từ nghiên cứu Boris (25%) [8]. Như vậy, tần số alen đột biến ở 50 trẻ tự kỷ trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với tần số alen đột biến ấy trong nhóm chứng của một số nghiên cứu khác.

Sự phân bố theo số lượng alen đột biến trong mỗi trẻ tự kỷ cũng được thống kê và phân tích. Tỷ lệ trẻ không mang alen đột biến nào thuộc hai đột biến nêu trên là 13,3% tương tự kết quả nghiên cứu của Mohammas (18,8%) [5], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Boris (2%). Có 60% số trẻ mang 1 alen đột biến hoặc T677 của đột biến C677T hoặc C1298 của đột biến A1298C cao hơn so với phân tích của Boris (44,6%). Chúng tôi nhận thấy trong 86,7% trẻ tự kỷ mang gen đột biến thì 10% trẻ mang kiểu gen dị hợp tử kép đột biến 677CT/1298AC, kết quả của Boris tỷ lệ này cao hơn, chiếm 25%. Nghiên cứu của Boris không ghi nhận trường hợp nào mang 4 alen đột biến (mang phối hợp kiểu gen 677TT/1298CC)[4], tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 1 trường hợp mang 4 alen đột biến.

V. KẾT LUẬN

- Hoàn thiện thành công quy trình kỹ thuật short-ARMS-realtime-PCR để xác định đột biến gen C677T và A1298C gen MTHFR

- Tỷ lệ xuất hiện đa hình C677T và A1298C gen MTHFR ở nhóm bệnh tương ứng là 30% và 72%, trong đó, kiểu gen dị hợp tử C677T chiếm 26% và đồng hợp tử chiếm 4%, kiểu gen dị hợp tử A1298C chiếm 60% và đồng hợp tử chiếm 12%. Ở nhóm chứng chỉ gặp 14% dị hợp tử C677T và 20% dị hợp A1928C, 1 trường hợp mang đồng hợp tử đa hình A1298C trong nhóm chứng.

- Kiểu gen CT+TT của đa hình C677T và AC+CC của đa hình gen A1298C có nguy cơ gây tự cao hơn kiểu gen bình thưởng với tỷ lệ tương ứng là 2,633 và 9,117.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. **Nguyễn Thị Hương Giang, Trần Thị Thu Hà (2008**). Nghiên cứu xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỷ điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2000 đến 2007. Tạp chí Y học thực hành, (4), 104-107.
3. **S. Jill James, Stepan Melnyk, A. Mario Cleves et al (2006).** Metabolic endophenotype and related genotypes are associated with oxidative stress in children with autism. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 141B(8), 947-956.
4. **Hà Thị Minh Thi, Nguyễn Thị Nguyệt Minh (2012**). Nghiên cứu xác định đa hình C677T trên gen MTHFR bằng kỹ thuật PCR - RFLP ở bệnh nhân có tinh dịch đồ bất thường. Tạp chí Y dược học, 2(1), 66-68.
5. **R. M. Shawky, Farida El-baz, T. M. Kamal et al (2014).** Study of genotype–phenotype correlation of methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene polymorphisms in a sample of Egyptian autistic children. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics, (15), 335-341.
6. **N.S. Mohammad, Ram Prakash Singh, Usha Naik et al (2009).** Aberrations in folate metabolic pathway and altered susceptibility to autism. Psychiatric Genetics, 19, 171-176.
7. **J. Park, M. Ro, J A. Pyun et al (2014).** MTHFR 1298A4C is a risk factor for autism spectrum disorder in the Korean population. Psychiatry Research, **215(1)**, 258-259.
8. **Marvin Boris MD, Allan Goldblatt PA, Joseph Galanko PhD et al (2004).** Association of MTHFR Gene Variants with Autism. Journal of American Physicians and Surgeons, 9(4), 106-108.

TÁC ĐỘNG CỦA HỆ THỐNG VẬN CHUYỂN MẪU TỰ ĐỘNG TRÊN MỘT SỐ XÉT NGHIỆM HÓA SINH MÁU TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huệ*, Vũ Thị Tú Uyên*, Phạm Huyền Trang*, Lê Kim Dung*

TÓM TẮT

Hệ thống ống khí nén (Pneumatic tube systems-PTS) hiện đang được sử dụng rộng rãi trong nhiều bệnh viện với mục đích vận chuyển mẫu bệnh phẩm tự động. Bên cạnh giá trị hữu ích mà PTS mang lại như vận chuyển nhanh, an toàn, giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm, hiệu quả về chi phí và giảm yêu cầu nhân lực thì PTS có thể ảnh hưởng đến chất lượng mẫu được vận chuyển do tốc độ vận chuyển cao, chiều dài của hệ thống, tác động chuyển động và rung động của các mẫu máu... và gây ra kết quả xét nghiệm không chính xác, làm ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu này đánh giá tác động của PTS sử dụng tại bệnh viện Nhi Trung Ương đến sự thay đổi của một số chỉ số hóa sinh máu. Kết quả cho thấy 41 xét nghiệm hóa sinh được đánh giá không có sự khác biệt giữa mẫu được vận chuyển bằng PTS và mẫu vận chuyển bởi nhân viên với p>0,05. Các chỉ số bị ảnh hưởng do tình trạng tan máu bao gồm LDH, AST, K, CK, CK-MB cho thấy nồng độ các xét nghiệm này có xu hướng tăng ở nhóm mẫu được vận chuyển bởi PTS nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tuy nhiên nồng độ NH3 máu có xu hướng tăng do tác động của PTS và sự tăng có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Từ khóa: hệ thống khí nén, vận chuyển thủ công, giai đoạn trước xét nghiệm, vận chuyển

SUMMARY

THE EFFECTS OF PNEUMATIC TUBE SYSTEM SAMPLE TRANSPORT ON BIOCHEMICAL PARAMETERS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Aims: To evaluate the effects of pneumatic tube system sample transport on biochemical parameters. **Methods**: 33 samples were manually transported to the laboratory by hospital staff, 33 samples were transported with the PTS. The levels of biochemical analytes for the different transportation methods were compared. **Results:** There were no significant differences in the levels of biochemical analytes between the methods of transport. However, the samples transported with the PTS showed a significant difference compared with the samples transported manually with regard to ammonia levels. **Discussion**: PTS can be used safely for transporting biochemistry blood samples to the laboratory.

**Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ
Email: Huenguyen@nhp.org.vn
Ngày nhận bài: 6.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 4.6.2020
Ngày duyệt bài: 18.6.2020

Key words: Pneumatic tube system, hand delivery, preanalytical phase, transportation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các sai số giai đoạn trước xét nghiệm bao gồm như chỉ định, thu thập mẫu, xử lý, vận chuyển và bảo quản mẫu không đúng [2]. Trong đó vận chuyển mẫu không phù hợp có thể gây ra những ảnh hưởng như chậm kết quả, chất lượng kết quả xét nghiệm không đảm bảo do chậm chuyển mẫu hoặc vận chuyển sai quy cách. Hệ thống ống khí nén (Pneumatic tube systems-PTS) hiện đang được sử dụng rộng rãi trong nhiều bệnh viện với mục đích vận chuyển mẫu bệnh phẩm tự động từ các khoa lâm sàng hoặc phòng khám đến khu vực phòng xét nghiệm thay vì vận chuyển bởi nhân viên. PTS cung cấp một số lợi thế bao gồm vận chuyển nhanh chóng, an toàn, giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm, hiệu quả về chi phí và giảm yêu cầu nhân lực đối với mỗi đơn vị sử dụng. Bên cạnh giá trị hữu ích mà PTS mang lại thì PTS còn có thể ảnh hưởng đến chất lượng mẫu được vận chuyển do tốc độ vận chuyển cao, chiều dài của hệ thống, khả năng tăng/giảm tốc đột ngột, thay đổi áp suất không khí, thay đổi đột ngột theo hướng của các ống vận chuyển, tác động chuyển động và rung động của các mẫu máu trong các ống vận chuyển gây ra bởi PTS. Do đó, vận chuyển mẫu bằng PTS có thể làm tăng nguy cơ tan máu, ảnh hưởng đến chất lượng mẫu và kết quả xét nghiệm. Một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra PTS có ảnh hưởng đến các mẫu xét nghiệm khí máu [1], huyết học và đông máu [3], hóa sinh lâm sàng [4]. Tuy nhiên mức độ ảnh hưởng của PTS đến chất lượng mẫu tại mỗi đơn vị sử dụng là khác nhau, nó phụ thuộc chất lượng hệ thống, tốc độ vận chuyển, chiều dài của hệ thống và số lượngtrạm chung chuyển mà đơn vị sử dụng lắp đặt. Theo Steige và Jones việc đánh giá mức độ ảnh hưởng của PTS đến các chỉ số xét nghiệm tại mỗi đơn vị sử dụng là cần thiết và rất quan trọng [5]. Bên cạnh đó việc xác nhận tính ổn định của mẫu khi được vận chuyển bằng PTS là điều cần thiết để khẳng định được tính chính xác và độ tin cậy của kết quả xét nghiệm tại mỗi phòng xét nghiệm. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tác động của PTS sử dụng tại bệnh viện Nhi Trung ương đến sự thay đổi của một số các chỉ số hóa sinh máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Gồm 66 mẫu máu của 33 người lớn khỏe mạnh tình nguyện được thu thập cùng thời điểm vào buổi sáng trước khi ăn sáng. Mỗi người được lấy máu tĩnh mạch vào 2 ống nghiệm có chống đông Lithium heparin, 1 trong 2 mẫu của mỗi người sẽ được vận chuyển bằng PTS, 1 ống còn lại sẽ được vận chuyển bởi nhân viên.

Tiêu chuẩn loại bỏ mẫu: Không sử dụng mẫu tan huyết, quan sát được sau khi ly tâm

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các mẫu máu sau khi được vận chuyển đến phòng xét nghiệm sẽ ngay lập tức được ly tâm 3000 vòng trong 5 phút và thực hiện xét nghiệm trên máy xét nghiệm hóa sinh tự động AU5800 của hãng Beckman Coulter.

PTS tại Bệnh viện Nhi trung ương có các đặc điểm: PTS của hãng Telecom (Hà Lan), tốc độ vận chuyển 3-6m/ giây phụ thuộc lượng mẫu vận chuyển, có 6 line, 5 trạm chung chuyển, line dài nhất dài 500m, kích thước ống chứa mẫu bệnh phẩm với đường kính 86 cm và dài 220cm, mỗi ống có thể mang 8kg. Nhóm 33 mẫu máu được vận chuyển bởi PTS được thực hiện vận chuyển từ trạm chuyển của phòng khám 24h là trạm chuyển mẫu dài 450m.

Chỉ số Hemolysis Index đánh giá sự tan huyết được thực hiện trên 66 mẫu nghiên cứu. Các mức độ huyết tán được đánh giá bằng kết quả định lượng Hemoglobin như sau: Bình thường : Hemoglobin <50 mg/dL

Mức 1+: Hemoglobin 50 -99 mg/dL

Mức 2+: Hemoglobin 100-199 mg/dL

Mức 3+: Hemoglobin 200-299 mg/dL

Mức 4+: Hemoglobin 300-500 mg/dL

Mức 5+: Hemoglobin >500 mg/dL

Kiểm soát chất lượng xét nghiệm tại thời điểm nghiên cứu: Tất cả kết quả nội kiểm tra đều đạt đối với tất cả các chỉ số nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Excel tính độ lệch (SD), trung bình (TB). Kiểm định t-student để so sánh ý nghĩa thống kê 2 nhóm nghiên cứu. Giá trị $p<0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

So sánh kết quả xét nghiệm của 2 phương pháp vận chuyển còn được đánh giá bằng đồ thị hồi quy Passing Bablok và đồ thị khác biệt Bland-Altman. Kết quả được xem như tương đồng khi 95% khoảng tin cậy của hệ số góc bao gồm 1 và 95% khoảng tin cậy của hệ số chặn bao gồm 0 với phương pháp hồi quy Passing Bablok, tất cả sự khác biệt giữa 2 phương pháp nằm trong khoảng tin cậy 95% của khác biệt trung bình với phương pháp đồ thị khác biệt Bland – Altman.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh kết quả các chỉ số xét nghiệm liên quan đến tan huyết được vận chuyển bằng PTS và vận chuyển bởi nhân viên.

Stt	Xét nghiệm	Nhân viên		Pts		P
		TB	SD	TB	SD	
1	K+ (mmol/L)	3.74	0.23	3.8	0.27	0.353
2	AST (IU/L)	21.75	5.94	22.54	6.92	0.62
3	LDH (IU/L)	172.8	27.4	198.89	49.06	0.076
4	CK-MB (IU/L)	10.45	4.72	12.12	6.68	0.244
5	CK (IU/L)	132.53	201.39	133.19	204.24	0.99
6	Mg ++ (mmol/L)	0.9	0.06	0.91	0.08	0.45
7	Sắt (mmol/L)	15.26	5.58	15.40	5.60	0.923

Bảng 2. Kết quả đánh giá chỉ số huyết tán ở các mẫu máu ở hai nhóm nghiên cứu

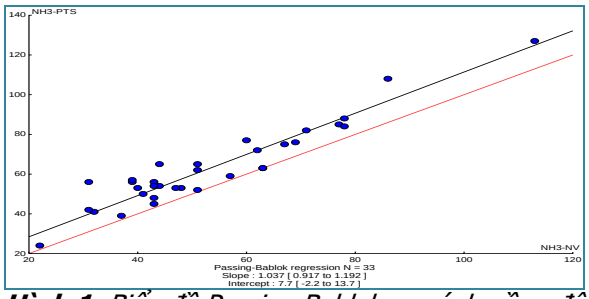
Chỉ số huyết tán (Hemolysis Index- HI)	NV (n/%)	PTS (n/%)
Mức 1+ đến 5+	0 (0 %)	0 (0 %)
Bình thường	33 (100%)	33(100%)

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nồng độ các chỉ số K, AST, LDH, CK, CK-MB ở nhóm mẫu được vận chuyển bằng PTS có xu hướng tăng so với nhóm mẫu vận chuyển bởi nhân viên. Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Phân tích hồi quy Passing-Bablok so sánh sự khác biệt các nồng độ K, AST, LDH, CK, CK-MB máu ở nhóm mẫu được vận chuyển bằng PTS với nhóm mẫu vận chuyển bởi nhân viên cũng cho kết quả sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy của hệ số góc (Slope) có chứa 1 và 95% khoảng tin cậy của hệ số chặn (Intercept) có chứa 0. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả chỉ số huyết tán bình thường ở khi định lượng các mẫu được vận chuyển bởi PTS (Bảng 2).

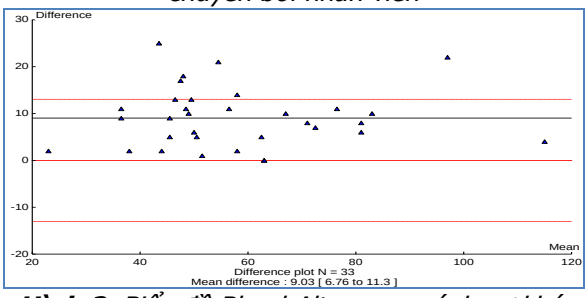
Bảng 3. So sánh kết quả các chỉ số xét sinh hóa khác được vận chuyển bằng PTS và vận chuyển bởi nhân viên.

Stt	Xét nghiệm	Nhân viên		Pts		P
		TB	SD	TB	SD	
1	Albumin (g/L)	45.13	3.12	45.24	3.05	0.883
2	Na + (mmol/L)	140.55	1.66	140.30	1.70	0.560
3	Cl- (mmol/L)	105.21	1.56	105.67	1.57	0.243
4	Bilirubin toàn phần (µmol/L)	10.17	4.24	10.31	4.24	0.892
5	Bilirubin trực tiếp (µmol/L)	2.16	1.08	2.21	1.05	0.854
6	Amylase (IU/L)	72.98	19.16	70.21	19.40	0.562
7	Kẽm (mmol/L)	11.17	1.87	11.82	3.57	0.355
8	Ure (mmol/L)	5.01	1.22	5.05	1.24	0.889
9	Glucose (mmol/L)	4.99	2.23	4.94	2.25	0.923
10	Creatinin (µmol/L)	75.10	12.79	75.55	13.33	0.888
11	Protein (g/L)	76.29	4.40	76.43	4.28	0.897
12	Cholesterol (mmol/L)	5.21	1.29	5.21	1.28	0.987
13	Canxi (mmol/L)	2.33	0.07	2.34	0.07	0.610
14	Phospho (mmol/L)	1.20	0.16	1.20	0.16	0.868
15	GPT (IU/L)	18.46	15.68	18.15	14.93	0.934
16	ALP (IU/L)	68.49	18.37	68.92	18.58	0.925
17	Gama GT (IU/L)	26.80	19.09	27.15	18.77	0.940
18	Tryglyceride (mmol/L)	1.69	1.68	1.69	1.65	0.996
19	Axit Uric (mmol/L)	309.95	66.38	298.51	83.80	0.541
20	Lactat (mmol/L)	2.83	1.00	2.93	0.98	0.683
21	P-Amylase (IU/L)	22.32	8.85	22.65	7.44	0.872
22	Lipase (IU/L)	25.40	10.79	25.31	10.66	0.973
23	Transferin (ng/L)	256.11	31.87	255.25	32.45	0.913
24	Amoniac	53.45	19.04	63.33	20.21	0.045
25	IgA (g/L)	2.29	0.72	2.29	0.69	0.983
26	IgG (g/L)	12.72	1.89	12.78	1.81	0.895
27	IgM (g/L)	1.15	0.77	1.09	0.73	0.726
28	C3 (g/L)	1.05	0.15	1.00	0.27	0.308
29	C4 (g/L)	0.27	0.07	0.27	0.06	0.985

30	Anpha 1 Antitrypsin (g/L)	1.10	0.22	1.10	0.21	0.965
31	Ceruloplasmin (g/L)	0.30	0.69	0.31	0.71	0.986
32	LDL - Cholesterol (mmol/L)	3.25	0.95	3.26	0.95	0.967
33	HDL - Cholesterol (mmol/L)	1.40	1.01	1.40	1.03	0.990
34	CRPN (ng/mL)	1.49	2.48	1.54	2.51	0.934
35	Đồng (mmol/L)	14.85	5.14	14.78	6.13	0.960



Hình 1. *Biểu đồ Passing Bablok so sánh nồng độ NH3 máu ở nhóm vận chuyển bằng PTS và vận chuyển bởi nhân viên*



Hình 2. *Biểu đồ Bland-Altman so sánh sự khác biệt nồng độ NH3 máu ở nhóm vận chuyển bằng PTS và vận chuyển bởi nhân viên*

Nhận xét: Bảng 3 so sánh 38 chỉ số hóa sinh máu khác giữa những mẫu được vận chuyển bằng PTS và các mẫu vận chuyển bởi nhân viên, kết quả cho thấy có 37 chỉ số hóa sinh ở 2 nhóm vận chuyển không có sự khác biệt với p > 0,05. Xét nghiệm NH3 có xu hướng tăng ở nhóm mẫu được vận chuyển bởi PTS so với nhóm mẫu được vận chuyển bởi nhân viên và sự tăng là có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên, nếu phân tích sự khác biệt nồng độ NH3 ở hai nhóm bằng hồi quy Passing-Bablok, sự khác biệt nồng độ NH3 ở hai nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy của hệ số góc (Slope) có chứa 1 và 95% khoảng tin cậy của hệ số chặn (Intercept) có chứa 0 (hình 1). Biểu đồ sự khác biệt Bland- Altman cho thấy hầu hết sự khác biệt giữa 2 phương pháp nằm trong khoảng tin cậy 95% của khác biệt trung bình (hình 2).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoại trừ xét nghiệm NH3, nồng độ của 41 xét nghiệm hóa sinh còn lại đều không có sự khác biệt giữa mẫu được vận chuyển bằng PTS và mẫu vận chuyển bởi nhân viên với p>0,05. Đặc biệt với các thông số liên quan đến tan máu bao gồm K, AST, LDH, CK, CK-MB cũng cho thấy sự tác động của va chạm, rung động do PTS gây ra, thể hiện bởi xu hướng tăng nồng độ các chỉ số trên ở các mẫu vận chuyển bởi PTS khi so sánh với những mẫu vận chuyển bởi nhân viên, nhưng sự tăng là không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này đồng thời thể hiện việc vận chuyển mẫu bằng hệ thống tự động PTS tại đơn vị chúng tôi vẫn đảm bảo chất lượng cho những xét nghiệm bị ảnh hưởng bởi tình trạng vỡ hồng cầu gây ra. Tuy nhiên, ở một nghiên cứu khác lại chỉ ra có sự tăng nồng độ các xét nghiệm AST, LDH, Hemolysis Index trong mẫu máu được vận chuyển bằng PTS so với mẫu vận chuyển bằng tay trong khi nồng độ các xét nghiệm ALP, ALT, GGT, Bilirubin toàn phần, Cholesterol, Triglycerid, Protein, Albumin, Ure, K, Creatinin không có sự khác biệt giữa 2 nhóm[1] hay một nghiên cứu khác lại chỉ ra sự tăng có ý nghĩa nồng độ LDH và K trong các mẫu vận chuyển bằng PTS [3,6]. Tuy nhiên các nghiên cứu cũng chỉ ra sự tăng nồng độ AST, LDH và chỉ số huyết tán được vận chuyển bằng PTS không có tác động đến quyết định lâm sàng quan trọng bởi hầu hết chúng nằm trong khoảng tin cậy 95% của chênh lệch trung bình. Qua các kết quả nghiên cứu khác nhau chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về mức độ ảnh hưởng trên mỗi hệ thống vận chuyển mẫu tự động lên sự thay đổi các chỉ số hóa sinh là khác nhau, nó phụ thuộc vào các PTS được sản xuất bởi các hãng khác nhau, độ dài PTS, số lượng trạm trung chuyển, vận tốc cài đặt, và các phương pháp lắp đặt khác nhau, thậm chí là cách sắp xếp mẫu máu trong các ống mang. Sự tan máu do vận chuyển bởi PTS gây ra cần được đánh giá dựa vào chỉ số tan huyết (Hemolysis index) khi xét nghiệm trên mỗi mẫu.

Với xét nghiệm NH3, yêu cầu bắt buộc là mẫu được vận chuyển đến phòng xét nghiệm trong vòng 1 giờ. Nếu không vận chuyển trong vòng 1 giờ, mẫu phải được ly tâm tách huyết tương, bảo quản lạnh và vận chuyển đến phòng xét nghiệm thực hiện xét nghiệm trong vòng 3 giờ. Cũng có tài liệu đưa ra khuyến cáo đối với việc vận chuyển mẫu xét nghiệm NH3 là không sử dụng mẫu bệnh phẩm vận chuyển bằng PTS để thực

hiện xét nghiệm NH3 trong máu [7,8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự ảnh hưởng của PTS là có ý nghĩa thống kê với p<0.05 bằng test t-student. Tuy nhiên khi so sánh sự khác biệt nồng độ NH3 của hai phương pháp vận chuyển bằng biểu đồ tuyến tính hồi quy Passing-Bablok thì sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê. Đồng thời hầu hết sự khác biệt giữa 2 phương pháp nằm trong khoảng tin cậy 95% của khác biệt trung bình với phương pháp đồ thị khác biệt Bland – Altman. Do vậy, sự khác biệt này không ảnh hưởng đến các quyết định quan trọng trên lâm sàng.

Hạn chế của nghiên cứu này là còn nhiều chỉ số xét nghiệm tại đơn vị vẫn chưa được đánh giá sự ảnh hưởng của PTS như các chỉ số khí máu hay các xét nghiệm miễn dịch khác như ACTH, PTH,… hay hiệu quả của PTS lên chỉ số TAT (thời gian trả kết quả). Ngoài ra, nghiên cứu này chỉ có ý nghĩa giới hạn trên việc đánh giá hệ thống PTS tại bệnh viện Nhi Trung Ương, vì vậy kết quả của nghiên cứu này không thể khái quát cho hệ thống PTS tại các bệnh viện khác.

V. KẾT LUẬN

Việc vận chuyển mẫu bệnh phẩm máu bởi hệ thống ống khí nén (PTS) tại Bệnh viện Nhi trung ương không làm ảnh hưởng đến kết quả các xét nghiệm hóa sinh thường quy.

PTS tại bệnh viện Nhi trung ương hoàn toàn có thể thay thế việc vận chuyển mẫu bệnh phẩm thủ công với mẫu máu hóa sinh thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A-Jin Lee, Hun Suk Suh, Chang-Ho Jeon, Sang-Gyung Kim**. Effects of one directional pneumatic tube system on routine hematology and chemistry parameters; A validation study at a tertiary care hospital. Practical laboratory medicine 9 (2017), 12-17.
2. **Collinson PO, John CM, Gaze DC, Ferrigan LF, Cramp DG.** Changes in blood gas samples produced by a pneumatic tube system. J ClinPathol. 2002;55(2):105-107.
3. **Kratz A, Salem RO, Van Cott EM.** Effects of a pneumatic tube system on routine and novel hematology and coagulation parameters in healthy volunteers. Arch Pathol Lab Med. **2007;131(2):293-296.**
4. **Kara H, Bayir A, Ak A, et al.** Hemolysis associated with pneumatic tube system transport for blood samples. Pak J Med Sci. 2014;30(1):50-58.
5. **Steige H and J. D. Jones,** "Evaluation of pneumatic tube system for delivery of blood specimens," Clinical Chemistry, vol. 17, pp.1160–1164, 1971
6. **Sodi R, S.M. Darn, A. Stott**, Pneumatic tube system induced haemolysis: assessing sample type susceptibility to haemolysis, Ann. Clin. Biochem. 41 (2004) 237–240.
7. **https://www**.laboratoryalliance.com/tests/display/152.
8. **ttps://www.vet.cornell.edu/**animal-health-diagnostic-center/laboratories/clinical-pathology/samples-and-submissions/ammonia.

THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TP.HỒ CHÍ MINH NĂM 2019

Huỳnh Văn Phát*, Tô Gia Kiên**
Hoàng Ngọc Tuyết Trinh*, Trần Huỳnh Trúc*, Nguyễn Lam Bình*

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoái hóa khớp gối là bệnh lý ảnh hưởng trực tiếp lên hệ vận động gây khó khăn cho người bệnh trong sinh hoạt, lao động và vui chơi giải trí. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá đối tượng thoái hóa khớp gối có chất lượng cuộc sống thấp phải can thiệp phẫu thuật thay khớp gối nhân tạo để cải thiện tình trạng khớp gối từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:** Xác định điểm trung bình chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hóa khớp gối trước và sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 152 đối tượng trước phẫu thuật và 53 đối tượng sau phẫu thuật 3 tháng tại bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP. Hồ Chí Minh từ 12/2018 đến 10/2019. Các thông tin về đặc điểm dân số xã hội, tình trạng thoái hóa khớp gối và chất lượng cuộc sống sẽ được thu thập thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp. Điểm chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu này được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF, chức năng khớp gối và mức độ đau được đo bằng thang đo OKS và VAS. **Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống các đối tượng

**Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng*
***Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Phát
Email: phathv@hiu.vn

Ngày nhận bài: 13.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

trước phẫu thuật 49,1 ± 5,1 điểm và sau phẫu thuật là 54,0 ± 5,6 điểm (p<0,001), trong đó cải thiện rõ rệt ở khía cạnh sức khỏe thể chất trước và sau phẫu thuật với 37,6 ± 7,2 điểm và 49,2 ± 9,0 điểm (p<0,001). Tình trạng khớp gối cũng cải thiện nhiều với điểm OKS trước phẫu thuật là 41,7 ± 11,8 điểm và sau phẫu thuật là 81,4 ± 9,8 điểm (p<0,001). Thang đau VAS thay đổi từ 7,4 ± 1,1 điểm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật còn 2,0 ± 1,5 điểm (p<0,001). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hóa khớp gối được cải thiện sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần 3 tháng với tình trạng khớp gối giảm đau và cải thiện về mặt chức năng.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, Chất lượng cuộc sống, thang điểm OKS, bộ câu hỏi WHOQOL – BREF.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS BEFORE AND AFTER TOTAL KNEE REPLACEMENT AT HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDIC HO CHI MINH CITY

Backgrounds: Osteoarthritis of knee is a chronic disease that effect directly in muscularskeleton system and making the patient have many difficult in activity daily of life. Many researchs around the world are define that the quality of life (QOL) in patient with knee osteoarthritis is very low so that they have to enter the total knee replacement (TKR) to improve their function in life. **Objectives**: To identify QOL and its associated factor in patient with knee osteoarthritis before and after TKR at Hospital for Traumatology and Orthopaedic Ho Chi Minh city. **Methods**: A cross sectional study was conducted in 152 patients before TKR and 53 patients after that 3 months in Hospital for Traumatology and Orthopaedic Ho Chi Minh city from December 2018 to October 2019. After explaining purpose of the study, participants were interviewed using a structured questionnaire: WHOQOL- BREF Vietnamese version with 26 items was used to measure quality of life, the OKS with 12 items and VAS were used to measure pain and function of knee. T-test and ANOVA were used to compare quality of life mean score across participants' characteristic and comparing QOL before and after surgery. **Results**: The quality of life means score was 49,1 ± 5,1 before TKR and after TKR 54,0 ± 5,6 (p<0,001). The quality of life means score in physical domain was the lowest 37,6 ± 7,2 before TKR and 49,2 ± 9,0 after TKR (p<0,001). The OKS means score was 41,7 ± 11,8 before TKR and after 81,4 ± 9,8 (p<0,001).In VAS, the score was 7,4 ± 1,1 before TKR and 2,0 ± 1,5 after that (p<0,001). **Conclusions**: The quality of life in patient with knee osteoarthritis is improved after total knee replacement 3 months with increasing in function and decreasing in pain of knee.

Keywords: knee osteoarthritis, quality of life, Oxford Knee Score, WHOQOL-BREF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là một bệnh mạn tính thường gặp ở người trung niên và người cao tuổi. Đây là bệnh lý tổn thương toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp, và màng hoạt dịch. Bệnh lý được đặc trưng bởi các rối loạn về cấu trúc và chức năng của một hoặc nhiều khớp và cột sống[4]. Trong đó, thoái hóa khớp gối (THKG) chiếm 19%, xếp thứ hai sau thoái hóa cột sống 33%[1]. Theo kết quả khảo sát mô hình bệnh tật tại khoa nội cơ xương khớp bệnh viện thống nhất năm 2012 và một nghiên cứu ở Ấn Độ ghi nhận tỉ lệ THKG là 28,7% trong cộng đồng [1].

Thoái hóa khớp gối ảnh hưởng trực tiếp đến các nhu cầu cơ bản của người bệnh như lao động, sinh hoạt, vui chơi giải trí làm giảm đi chất lượng cuộc sống (CLCS) của đối tượng[5]. Phẫu thuật thay khớp gối thật sự có ích trong việc cải thiện các chức năng từ đó cải thiện CLCS của đối tượng [5, 7]. Tuy nhiên, chi phí phẫu thuật cao và các biến chứng sau phẫu thuật là rào cản lớn đối với người bệnh. Bên cạnh đó, một số người bệnh có các bệnh lý nội khoa đi kèm có thể là chống chỉ định phẫu thuật. THKG theo thời gian sẽ dẫn đến sự biến dạng khớp, gây đau đớn cho bệnh nhân, hạn chế các chức năng sinh hoạt hàng ngày, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Người bệnh THKG có thể có một CLCS tốt hơn khi được phẫu thuật thay khớp và CLCS của đối tượng THKG thay đổi trước và sau khi được phẫu thuật cần phải được đo lường một cách cụ thể. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định điểm CLCS của đối tượng THKG trong giai đoạn trước và sau khi được phẫu thuật thay khớp gối 3 tháng. Từ đó, chúng ta có những đánh giá khách quan hơn về CLCS cũng như ảnh hưởng của phẫu thuật thay khớp lên CLCS của các đối tượng THKG nhằm mang đến cho họ sự thích nghi và một cuộc sống tốt đẹp hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang trên 152 đối tượng trước phẫu thuật và tiếp tục phỏng vấn được 53 đối tượng sau phẫu thuật 3 tháng

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các đối tượng là bệnh nhân THKG nhập viện tại khoa Chi Dưới và khoa Khớp của bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP. HCM để chuẩn bị được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần.

Tiêu chí chọn mẫu: Các đối tượng có chỉ định được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP. Hồ Chí Minh và đồng ý tham gia đều được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu loại ra các đối tượng đã thay khớp gối toàn phần trước đó, đã đoạn chi trên hoặc dưới và các đối tượng không thể nghe,

hiểu và trả lời phỏng vấn.

Thu thập số liệu: Danh sách đối tượng chuẩn bị thay khớp gối được ghi nhận từ Khoa Chi Dưới và khoa Khớp của bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP.Hồ Chí Minh, từ đó lập danh sách và chọn các đối tượng thỏa tiêu chí chọn mẫu để tiến hành phỏng vấn trực tiếp đối tượng trước khi phẫu thuật và tiếp tục phỏng vấn trực tiếp đối tượng sau khi phẫu thuật 3 tháng.

Phương pháp phân tích thống kê: Sử dụng tần số và tỉ lệ phần trăm để mô tả các biến định tính như nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, bệnh lý đi kèm. Sử dụng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả điểm chất lượng cuộc sống theo từng lĩnh vực và điểm chất lượng cuộc sống chung. Mô tả trung vị và khoảng tứ phân vị khi biến định lượng phân phối không bình thường. Kiểm định t không bắt cặp và kiểm định ANOVA được dùng để so sánh sự khác biệt về điểm số chất lượng sống trung bình giữa các nhóm đặc tính của đối tượng nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng Stata 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu (n=152 và n=53)

Đặc điểm dân số	Trước phẫu thuật (n=152)		Sau phẫu thuật (n=53)	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới tính: Nam	26	17,1	9	17,0
Nữ	126	82,9	44	83,0
Nhóm tuổi: Dưới 60 tuổi	37	24,3	11	20,8
Từ 60 tuổi trở lên	115	75,7	42	79,2
Trình độ học vấn				
Từ Tiểu học trở xuống	81	53,3	20	37,7
Từ THCS trở lên	71	46,7	33	62,3
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân/Ly thân, ly dị/Góa	47	30,9	21	39,6
Đang sống với vợ/chồng	105	69,1	32	60,4
Điều kiện kinh tế: Thiếu thốn	23	15,1	6	11,3
Đủ sống	119	78,3	39	73,6
Dư dã	10	6,6	8	15,1
Chỉ số BMI: Bình thường	38	25,0	10	18,9
Thừa cân, béo phì	114	75,0	43	81,1

Kết quả bảng 1 cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới chiếm 83%, nhóm đối tượng trên 60 tuổi chiếm đa số, trình độ học vấn giữa 2 nhóm là tương đương nhau. Điều kiện kinh tế tập trung chủ yếu ở nhóm có thu nhập đủ sống, nhóm có thu nhập dư dã chiếm tỉ lệ rất thấp, 60% đối tượng đang sống với vợ/chồng. Trên 75% đối tượng bị thừa cân, béo phì.

Bảng 2 Điểm trung bình các lĩnh vực của chất lượng cuộc sống, thang điểm OKS và thang đo VAS (n=152 và n=53)

Khía cạnh	Trước phẫu thuật (n=152)	Sau phẫu thuật (n=53)	P
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Sức khỏe thể chất	37,6 ± 7,2	49,2 ± 9,0	<0,001*
Sức khỏe tinh thần	53,4 ± 8,8	55,4 ± 7,6	0,142
Quan hệ xã hội	53,4 ± 6,7	54,6 ± 6,9	0,267
Môi trường sống	52,0 ± 7,8	56,9 ± 7,2	<0,001
CLCS chung	49,1 ± 5,1	54,0 ± 5,6	<0,001
Chức năng khớp gối theo OKS	33,5 ± 13,8	73,0 ± 12,2	<0,001
Mức độ đau theo OKS	49,8 ± 12,8	89,8 ± 9,2	<0,001*
OKS chung	41,7 ± 11,8	81,4 ± 9,8	<0,001
VAS	7,4 ± 1,1	2,0 ± 1,5	<0,001*

Phép kiểm T với phương sai đồng nhất *Phép kiểm T với phương sai không đồng nhất

Kết quả bảng 2 cho thấy có sự thay đổi điểm trung bình CLCS chung của các đối tượng trước và sau phẫu thuật, cụ thể là điểm CLCS tăng từ 49,1± 5,1 điểm lên 54 ± 5,6 điểm. Trong đó thấp nhất là lĩnh vực sức khỏe thể chất cả trước và sau phẫu thuật. Cao nhất là lĩnh vực sức khỏe tinh thần và môi trường sống. Điểm trung bình thang đo OKS tăng từ 41,7 ± 11,8 điểm trước phẫu thuật lên 81,4

± 9,8 điểm sau phẫu thuật trong đó chức năng khớp gối và mức độ đau khớp cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Thang đo VAS cho thấy mức độ giảm đau nhiều của đối tượng sau phẫu thuật.

Bảng 3. Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu và chất lượng cuộc sống chung

Đặc điểm dân số	Chất lượng cuộc sống chung				p1	p2
	Trước phẫu thuật (n=152)		Sau phẫu thuật (n=53)			
	n	TB ± ĐLC	n	TB ± ĐLC		
Giới tính: Nam	26	51,2 ± 5,5	9	57,4 ± 5,7	0,007	0,042
Nữ	126	48,7 ± 4,9	44	53,3 ± 5,3	<0,001	
Nhóm tuổi: Dưới 60 tuổi	37	47,8 ± 6,1	11	50,8 ± 4,8	0,142	0,031
Từ 60 tuổi trở lên	115	49,5 ± 4,7	42	54,9 ± 5,5	<0,001	
Điều kiện kinh tế: Thiếu thốn	23	45,7 ± 6,1	6	52,1 ± 3,8	0,022	0,643 **
Đủ sống	119	49,5 ± 4,6	39	54,1 ± 5,5	<0,001	
Dư dã	10	52,5 ± 4,3	8	54,8 ± 7,0	0,403	
Tập Vật Lý Trị Liệu: Có	12	48,8 ± 7,5	11	57,3 ± 5,4	0,006	0,027
Không	140	49,1 ± 4,8	42	53,2 ± 5,3	<0,001	

p1: Giá trị p so sánh theo hàng

p2: Giá trị p so sánh theo yếu tố liên quan sau phẫu thuật

Phép kiểm T với phương sai đồng nhất

*Phép kiểm T với phương sai không đồng nhất

**Phép kiểm ANOVA.

Có thể nhận thấy ở bảng 3 sự thay đổi điểm CLCS chung ở các đối tượng. CLCS ở nam cả trước và sau phẫu thuật đều lớn hơn nữa, mức độ cải thiện ở mỗi nhóm là tương đương nhau. Về nhóm tuổi, nhóm trên 60 tuổi cũng có điểm CLCS cao hơn nhóm còn lại cả trước và sau phẫu thuật. Ở yếu tố điều kiện kinh tế, thứ tự lần lượt về mức sống càng cao thì điểm CLCS càng cao. Có sự chênh lệch điểm CLCS ở nhóm có tập Vật lý trị liệu sau phẫu thuật so với nhóm không tập.

Bảng 4 Đặc điểm lâm sàng và CLCS chung

Đặc điểm dân số	CLCS chung				p1	p2
	Trước phẫu thuật (n=152)		Sau phẫu thuật (n=53)			
	n	TB ± ĐLC	n	TB ± ĐLC		
Tầm vận động đầu khớp gối						
Bình thường	102	49,2 ± 5,5	47	54,0 ± 5,5	<0,001	0,964
Thiếu duỗi	50	48,8 ± 4,1	6	53,9 ± 6,6	<0,001	
Tầm vận động cuối khớp gối						
Bình thường	9	52,8 ± 5,2	1	58,0 ± 0,0	//	//
Thiếu gập	143	48,9 ± 5,1	52	53,9 ± 5,6	0,010	

p1: Giá trị p so sánh theo hàng p2: Giá trị p so sánh theo yếu tố liên quan sau phẫu thuật

Phép kiểm T với phương sai đồng nhất *Phép kiểm T với phương sai không đồng nhất

Kết quả bảng 4 đánh giá đặc điểm lâm sàng khớp gối liên quan điểm CLCS chung cho thấy cả trước và sau phẫu thuật đối tượng bị thiếu duỗi hay thiếu gập tại khớp gối đều có điểm CLCS thấp hơn các đối tượng có tầm vận động bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của các đối tượng có sự thay đổi giữa trước và sau phẫu thuật. Điểm trung bình CLCS sau phẫu thuật tăng 4,9 điểm so với trước khi phẫu thuật (p<0,001). Nếu so với tổng điểm thang đo WHOQOL-BREF thì sự thay đổi không đáng kể (4,9/100) nhưng có thể cho thấy sự cải thiện điểm CLCS là tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới [5]. Trong 4 lĩnh vực của CLCS trong nghiên cứu có thể thấy được điểm lĩnh vực sức khỏe thể chất là thấp nhất nhưng có sự thay đổi nhiều nhất giữa trước và sau phẫu thuật, kết quả này có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Các lĩnh vực còn lại hầu như có sự thay đổi không đáng kể cả trước và sau phẫu thuật. Sự cải thiện sức khỏe thể chất của các đối tượng nghiên cứu là yếu tố chính đóng góp cho sự cải thiện điểm trung bình CLCS chung của các đối tượng. Có thể thấy rõ tác động hiệu quả của phẫu thuật thay khớp gối lên tình trạng thể chất của các đối tượng nghiên cứu, họ ghi nhận sự cải thiện tại khớp gối thông qua cảm giác đau giảm và họ có thể thực hiện một số chức năng sinh hoạt hàng ngày dễ dàng hơn so với khi chưa thay khớp[5-6].

Một số yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, thu nhập cũng như việc tập vật lý trị liệu trước và sau phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến sự thay đổi CLCS theo như nhiều y văn trên thế giới đã đề cập[5, 7-8]. Trong nghiên cứu của chung tôi

cũng ghi nhận mối liên quan giữa các biến số về đặc điểm dân số và CLCS. Tuy nhiên, với cỡ mẫu sau phẫu thuật nhỏ dẫn đến ý nghĩa thống kê chưa đủ mạnh để khẳng định sự khác biệt của các yếu tố liên quan tác động lên điểm trung bình CLCS, để đánh giá chính xác các yếu tố liên quan tác động cần phải có các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn.

Phẫu thuật thay khớp gối tác động trực tiếp tại khớp gối tạo nên sự cải thiện điểm số trên thang đo OKS trước và sau phẫu thuật [2-3,6]. Cả hai lĩnh vực chức năng và mức độ đau trong thang đo OKS đều tăng 95% so với trước khi phẫu thuật điều này quyết định sự tăng điểm của thang đo OKS. Về đặc tính lâm sàng, chúng tôi tập trung ghi nhận sự cải thiện điểm CLCS trên các đối tượng có tầm vận động khớp gối bình thường và bất thường trước và sau phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận trên nhóm đối tượng có tầm vận động gập và duỗi bình thường đều có cải thiện điểm CLCS sau phẫu thuật so với khi chưa phẫu thuật. Trên nhóm đối tượng có tầm vận động gập và duỗi bất thường cũng có sự gia tăng điểm CLCS sau phẫu thuật. Mặt khác, khi so sánh trên cùng một tầm vận động gập hay duỗi ở giai đoạn sau phẫu thuật thì nghiên cứu vẫn ghi nhận điểm CLCS ở đối tượng có tầm vận động khớp bình thường cao hơn so với nhóm bất thượng về gập hay duỗi. Tuy nhiên, do bản chất của một khớp gối nhân tạo có sự giới hạn nhất định nên biên độ cho phép hoạt động không thể đạt đến mức bình thường, điều này dẫn đến các đối tượng sau phẫu thuật hầu hết bị giới hạn gập khớp gối (tầm vận động cuối). Yếu tố này dẫn đến sự thay đổi điểm CLCS sau phẫu thuật của các đối tượng chưa thật sự khác biệt lớn.

Điểm mạnh của nghiên cứu là tiến hành theo dõi và đánh giá trước sau phẫu thuật để khẳng định sự thay đổi CLCS của các đối tượng THKG, nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đã được chuẩn hóa có tính giá trị và độ tin cậy cao. Nghiên cứu có những mặt hạn chế khi số lượng đối tượng theo dõi sau phẫu thuật khá hạn chế chỉ chiếm 1/3 so với trước khi phẫu thuật. Bên cạnh đó, các đối tượng THKG thường bị thoái hóa cả hai bên nên khi được phẫu thuật thay khớp 1 bên thì khớp gối còn lại cũng là yếu tố gây ảnh hưởng trên các đối tượng. Ngoài ra, các đối tượng tham gia hầu hết là người cao tuổi nên việc trả lời các câu hỏi cũng chưa thật chính xác có thể dẫn đến sai lệch thông tin.

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình CLCS của các đối tượng THKG trước phẫu thuật thay khớp gối toàn phần là 49,1± 5,1 và tăng lên 54 ± 5,6 sau phẫu thuật. Trong 4 lĩnh vực CLCS, điểm sức khỏe thể chất là thấp nhất cả trước và sau phẫu thuật nhưng lại có sự cải thiện nhiều nhất khi so sánh trước và sau phẫu thuật. Ở giai đoạn trước phẫu thuật, điểm sức khỏe tinh thần và quan hệ xã hội là cao nhất. Ở giai đoạn sau phẫu thuật, cao nhất là điểm về môi trường sống. Tuy nhiên, điểm số các lĩnh vực này có sự thay đổi không đáng kể khi so sánh ở 2 giai đoạn trước và sau phẫu thuật. Thang điểm OKS có sự gia tăng từ 41,7 ± 11,8 trước phẫu thuật lên 81,4 ± 9,8 sau phẫu thuật với điểm số 2 lĩnh vực chức năng và mức độ đau tại khớp gối cải thiện rõ rệt. Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần thật sự có tác động tích cực lên khớp gối giúp các đối tượng cải thiện chức năng sinh hoạt, giảm đau từ đó làm tiền đề giúp cải thiện CLCS.

Lời cảm ơn. *Nghiên cứu này được cấp kinh phí bởi Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng với mã đề tài GV1918.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Huệ, Ngô Thế Hoàng, và Nguyễn Đức Công (2013),** Khảo sát mô hình bệnh tật tại khoa nội cơ xương khớp bệnh viện thống nhất năm 2012-2013, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, số 13(3), tr. 263-269.
2. **Trương Trí Hữu và Đoàn Quang Phương (2014),** Kết quả phục hồi chức năng của khớp gối sau thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình, Tạp chí Y Học TP. HCM, số 18(1), tr. 449-455.
3. **Nguyễn Tiến Lý, Võ Thành Toàn, Phan Ngọc Tuấn, Võ Việt Đức, và Nguyễn Minh Dương (2012),** Kết quả bước đầu thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Thống Nhất – TP. Hồ Chí Minh, Tạp chí Y Học TP. HCM, số 16(1), tr. 231-235.
4. **Hội Thấp khớp học TP Hồ Chí Minh (2006),** Thoái hóa khớp, bệnh học một số bệnh lý cơ xương khớp thường gặp, ed. 1Hà Nội, Nhà xuất bản Y Học.
5. **I. N. Ackerman, S. E. Graves, K. L. Bennell, và R. H. Osborne (2006)**, Evaluating quality of life in hip and knee replacement: Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life short version instrument, Arthritis Rheum, số 55(4), tr. 583-90.
6. **S. M. Bindawas (2018),** Total knee arthroplasty status and patient-reported, knee-related quality of life over a 4-year follow-up period: data from the osteoarthritis initiative, Patient Prefer Adherence, số 12, tr. 477-482.
7. **J. Farr Ii, L. E. Miller, và J. E. Block (2013),** Quality of life in patients with knee osteoarthritis: a commentary on nonsurgical and surgical treatments, Open Orthop J, số 7, tr. 619-23.
8. **M. M. Kawano, I. L. Araujo, M. C. Castro, và M. A. Matos (2015),** Assessment of quality of life in patients with knee osteoarthritis, Acta Ortop Bras, số 23(6), tr. 307-10.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI BẢO TỒN CƠ THẮT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP

Hoàng Mạnh Thắng[1], Nguyễn Văn Hiếu[1], Phạm Văn Bình[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt ngoài bằng kỹ thuật xuyên cơ thắt (ISR) trong điều trị ung thư trực tràng thấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi dọc trên 76 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt theo phương pháp cắt xuyên cơ thắt trong từ 05/2011 đến tháng 5/2020. **Kết quả**: 76 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn I-III được phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt có tuổi trung bình 53,6 (29-77), với nam/nữ xấp xỉ 3/2. Tỷ lệ biến chứng trong mổ 5,3%, sau mổ là 13,2% và không có bệnh nhân tử vong trong và sau mổ. Số hạch trung bình vét được là 12,1 (trong đó nhóm bệnh nhân được xạ trị bổ trợ trước có số lượng hạch ít hơn so với nhóm không xạ trước, 9,1 so với 14,1); khoảng cách diện cắt dưới trung bình là 1,9cm (1,0-3,0cm). Ước lượng tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là 75,7% và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 82,2%. Đánh giá chức năng trực tràng theo Kirwan: 85% bệnh nhân có kết quả tốt (Kirwan I và II), 13,5% tương đối tốt (Kirwan III) và 1,5% kém (Kirwan IV). **Kết luận**: phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt với kỹ thuật xuyên cơ thắt là khả thi, đảm bảo về mặt ung thư, mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp.

Từ khoá: ung thư trực tràng thấp, phẫu thuật xuyên cơ thắt, nội soi

SUMMARY

RESULTS OF SPHINCTER PRESERVING SURGERY WITH LAPAROSCOPIC IN TERSPHINCTERIC RESECTION IN TREATMENT FOR LOWER RECTAL CANCER

Background: Intersphincteric resection (ISR) with TME is technically feasible and a safe favorable short-term oncologic outcome as well as improving quality of life for patients suffered from lower rectal cancer. **Objective:** Evaluation outcomes of sphincter preserving surgery with laparoscopic intersphincteric resection. **Patient and method:** Perspective study with 76 patients suffered from lower rectal cancer were done with laparoscopic intersphincteric resection. **Result**: 76 patients with lower rectal cancer were done laparoscopic sphincter-preserving surgery. Average of age was 53.6; the rate of male/female was 3/2. The rate of complications an postoperative complications were low. The median of dissected nodes was 12.1; the median distal resection margin was 1.9 cm. 5-year overall survival rate were 82.2% and 5-year disease free survival rate was 75.7%. Using the Kirwan classification of functional outcomes: 85% patients had good result (Kirwan I and II), 13.5% relatively good (Kirwan III) and 1.5% poor (Kirwan IV). **Conclusion**: Laparoscopic intersphincteric resection is safe and feasible in selected patients with lower rectal cancer and may provide satisfied oncologic outcomes and improve quality of life.

Keyword: Lower rectal cancer, intersphincteric resection, laparoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng phổ biến trên toàn thế giới. Trong khi điều trị ung thư đại tràng và ung thư trực tràng 2/3 trên tương đối thuận lợi, thì điều trị ung thư trực tràng thấp còn gặp nhiều thách thức. Cắt cụt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn là lựa chọn điều trị cho ung thư trực tràng thấp kể từ khi Miles báo cáo kỹ thuật này trong những năm 1920. Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) được Heald mô tả đã làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện thời gian sống thêm[1]. Gần đây, nghiên cứu sâu hơn cho rằng sự xâm lấn vi thể của tế bào ung thư ít khi vượt quá 1 cm theo chiều dọc tính từ rìa u. Vì vậy, cùng với những tiến bộ trong điều trị hoá xạ trước mổ, với diện cắt cách rìa u 1 cm có thể đảm bảo an toàn, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt[2]. Schiessel là người đầu tiên mô tả kỹ phương pháp bảo tồn cơ thắt bằng kỹ thuật cắt xuyên cơ thắt với miệng nối đại tràng ống hậu môn[3]. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt bằng kỹ thuật xuyên cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 76 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp với mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến được phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt theo phương pháp cắt xuyên cơ thắt (ISR) từ 05/2011 đến tháng 5/2020, tại Bệnh viện Đại học Y hà Nội và Bệnh viện K

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến cứu cắt dọc, có theo dõi và tái khám định kỳ.
- Ghi nhận các thông tin chung, triệu chứng lâm sàng. Tất cả bệnh nhân trước mổ được làm

[1]*Đại học Y Hà nội*
[2]*Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Thắng
Email: thanghm2002@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.6.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.6.2020
Ngày duyệt bài: 17.6.2020

các xét nghiệm cơ bản, CEA và đánh giá giai đoạn chi tiết.

- Chuẩn bị trước mổ như mổ đại trực tràng nội soi. Phẫu thuật gồm 2 thì: thì nội soi ổ bụng và thì qua hậu môn, ghi nhận:

+ Các thông tin về phẫu thuật: thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian có trung tiện, thời gian hậu phẫu, tai biến và biến chứng.

+ Phẫu tích hạch mạc treo, diện cắt dưới, ghi nhận và gửi xét làm mô bệnh học

- Bệnh nhân được điều trị bổ trợ nếu có chỉ định

- Khám định kỳ mỗi 3 tháng/2 năm đầu và sau đó mỗi 6 tháng/lần: thăm trực tràng, CEA, siêu âm bụng và XQ phổi.

- Ghi nhân thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ thông qua khám định kỳ, liên hệ qua điện thoại.

+ Sống thêm toàn bộ được tính từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi bệnh nhân tử vong

+ Sống thêm không bệnh được tính từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi xác định bệnh tái phát hoặc di căn

- Đánh giá chức năng đại tiện của bệnh nhân bằng cách sử dụng bảng phân độ của Kirwan [4]

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung và đặc điểm khối u

Bảng 1. Các đặc điểm chung và đặc điểm về khối u

Tuổi (trung bình)		53,6
Giới (Nam/nữ)		45/31
Khoảng cách u-rìa hậu môn (cm)		4,3
cTNM	I	32
	II	14
	III	30
Hóa xạ trị bổ trợ trước (n(%))		30 (39,5%)

Cũng như kết quả của các nghiên cứu về phẫu thuật bảo tồn cơ thắt theo phương pháp xuyên cơ thắt trong, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,6 tuổi (tuổi trung bình các nghiên cứu khác dao động từ 51-65) và tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (45/31) [5].

Quyết định chọn phương pháp phẫu thuật đối với ung thư trực tràng thấp thường không đơn giản. Việc lựa chọn phẫu thuật tồn cơ thắt hay cắt cụt trực tràng, mổ mở hay nội soi tùy thuộc vào nhiều yếu tố như khả năng phẫu thuật triệt căn, tình trạng đại tiện của bệnh nhân trước mổ, bệnh kèm theo và cả mong muốn của người bệnh. Trước đây, tất cả ung thư trực tràng thấp được chỉ định cắt cụt trực tràng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng hiếm khi tế bào ung thư xâm lấn quá rìa u 1 cm theo chiều dọc, vì vậy việc chọn lựa điều trị bảo tồn cơ thắt không liên quan nhiều đến khoảng cách giữa khối u với rìa hậu môn mà chủ yếu là mức độ xâm lân vào cơ thắt ngoài và chức năng cơ thắt của bệnh nhân [5,6]. Như vậy, vấn đề đầu tiên được cân nhắc trong phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đối với là chỉ định. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định cho những bệnh nhân có u dưới 6 cm kể từ rìa hậu môn, giai đoạn T1-3 và chưa xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn và kích thước u dưới ¾ chu vi.

Cùng với những tiến bộ trong điều trị hoá xạ trước mổ, khối u và hạch đáp ứng tốt với hóa xạ làm thu nhỏ kích thước khối u, hạ giai đoạn và nghiên cứu trên mô bệnh học thấy rằng với diện cắt cách rìa u 1 cm có thể đảm bảo an toàn. Tất cả những hiệu quả đó giúp tăng khả năng bảo tồn cơ thắt cũng như tạo thuận lợi cho phẫu thuật [2]. Tuy nhiên, có những ý kiến cho rằng, xạ trị bổ trợ trước làm ảnh hưởng đến chức năng cơ thắt. Chính vì vậy, việc lựa chọn điều trị bổ trợ trước hay không phụ thuộc tùy từng tác giả. Theo tổng kết của Shirouzu, tỷ lệ bệnh nhân được hóa xạ trị bổ trợ trước trong các nghiên cứu về phẫu thuật ISR dao động từ 0% đến 100%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đặt bệnh nhân trong điều trị đa mô thức, với những bệnh nhân giai đoạn T3-4 hoặc đánh giá di căn hạch đều được điều trị hóa xạ trị bổ trợ trước, sau đó nghỉ 4-8 tuần đánh giá lại và tiến hành phẫu thuật. Tỷ lệ hóa xạ bổ trợ trước trong nghiên cứu này là 39,5%.

2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2: Một số thông số phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình (phút)	143
Lượng máu mất trung bình (ml)	82
Hậu môn nhân tạo bảo vệ (%)	5,3%
Chảy máu trong mổ (%)	5,3%
Biến chứng sau mổ (%)	13,2%
Thời gian trung tiện trung bình (ngày)	3,0
Thời gian hậu phẫu (ngày)	11,6

Trong nghiên cứu này, trung bình bệnh nhân mổ nội soi có lưu thông ruột sớm sau 3 ngày và thời gian ngày. Chúng tôi có 4 bệnh nhân (5,3%) bị chảy máu trong mổ, trong đó có 2 bệnh nhân do quá trình kéo trực tràng kèm mạc treo qua hậu môn làm tổn thương mạch mạc treo. Trường hợp này chúng tôi nội soi kiểm tra cầm máu, đồng thời giải phóng hoàn toàn đại tràng góc lách để đảm bảo đại tràng không bị căng và thiếu máu khi nối với cơ thắt ngoài, việc giải phóng đại tràng góc lách thông qua nội soi thuận lợi hơn nhiều so với mổ mở; 2 bệnh nhân còn lại là 2 trường hợp hóa xạ trị bổ trợ trước, chảy

máu nhánh trực tràng dưới, sau khi giải phóng xong trực tràng, phối hợp cầm máu qua đường bụng và đường hậu môn. Có 13,2% bệnh nhân nào bị biến chứng sau mổ, bao gồm chảy máu miệng nối (1 bệnh nhân), rò miệng nối (4 bệnh nhân), đờ bang quang (3 bệnh nhân) và hẹp hậu môn (2 bệnh nhân). Trong số đó có 1 bệnh nhân rò trực tràng âm đạo phải mổ đóng đường rò và làm hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ.

Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi có thể trạng trung bình, BMI thường xấp xỉ 20, điều đó tạo thuận lợi rất nhiều cho thì mổ nội soi. Trong nghiên cứu này, thời gian mổ trung bình là 143 phút (120-240 phút) và lượng máu mất không đáng kể, trung bình dưới 100ml. Chỉ có 4 bệnh nhân (5,3%) phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

Đối chiếu các kết quả đạt được trên phương diện phẫu thuật so với các nghiên cứu trong nước và thế giới, các kết quả của chúng tôi đạt được tương tự như các báo cáo về ISR nội soi và cải thiện hơn so với kết quả báo cáo của các nghiên cứu ISR mở [5,7].

3. Kết quả ung thư học

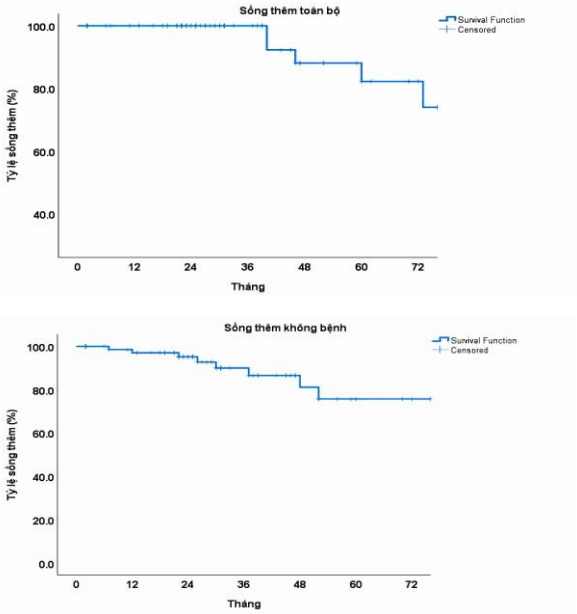
3.1. Mô bệnh học sau mổ

Bảng 3: Mô bệnh học sau mổ

Hạch	Số hạch trung bình vét được/ Bệnh nhân	12,1
	Số hạch trung bình/ BN không hóa xạ trước	14,1
	Số hạch trung bình/ BN hóa xạ trước	9,1
Diện cắt	Khoảng cách (cm)	1,9
	Diện cắt (+)	0
p**TNM (yTNM)**	GĐ 0	4
	GĐ I	34
	GĐ II	18
	GĐ III	20

Trong nghiên cứu này, số lượng hạch vét được trung bình là 12,1

3.2. Tái phát và sống them. Cắt cụt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn (APR) là lựa chọn điều trị cho ung thư trực tràng thấp kể từ khi Miles báo cáo kỹ thuật này trong những năm 1920. Tuy nhiên, bệnh nhân chắc chắn mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn sau phẫu thuật này. Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng được mô tả bởi Heald đã làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện thời gian sống thêm [1]. Ngoài ra, nghiên cứu sâu hơn cho rằng sự xâm lấn vi thể của tế bào ung thư hiếm khi vượt quá 1 cm tính từ rìa u. Vì vậy, cùng với những tiến bộ trong điều trị hoá xạ trước phẫu thuật, với diện cắt cách rìa u 1 cm có thể đảm bảo về mặt ung thư học giúp tăng khả năng bảo tồn cơ thắt [2]. Năm 1984, Schiessel là người đầu tiên mô tả kỹ phương pháp bảo tồn cơ thắt bằng kỹ thuật cắt xuyên cơ thắt (ISR) với miệng nối đại tràng ống hậu môn [3]. Hai câu hỏi đặt ra: một là, kỹ thuật này có đảm bảo về mặt ung thư học hay không; hai là, nó cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân như thế nào.



Trong nghiên cứu của mình, Schiessel và cộng sự đề xuất phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho những bệnh nhân có u nằm cách đường lược 1 – 5cm. Tác giả đề xuất tiêu chuẩn để chọn bệnh là u giới hạn ở thành trực tràng hay cơ thắt trong, chưa có di căn xa và mô học thuận lợi. Với cách chọn bệnh như vậy, Schiessel và cộng sự có thời gian sống thêm không bệnh trung bình 174 tháng và 86.3% bệnh nhân có chức năng đại tiện tốt. Nghiên cứu của Han JG [6] có 86% bệnh nhân sống thêm không bệnh sau 5 năm. Nghiên cứu của Phạm Anh Vũ trên 18 bệnh nhân, với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, cho tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 2 năm thương ứng là 100% và 88,9% [7]. Với thời gian theo dõi trung bình 36 tháng (2 – 102 tháng), có 9 bệnh nhân tử vong và 8 trường hợp tái phát bệnh gồm 1 tái phát tại chỗ và 8 tái phát di căn. Sử dụng công thức ước lượng sống thêm của Kaplan-Meyer, tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm và sống thêm toàn bộ 5 năm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này lần lượt là 75,5% và 82,2%. Kết quả này tương tự các tác giả khác với sống thêm không bệnh dao động từ 68,4 đến 86% và sống thêm toàn bộ dao động từ 76,5 đến 97%[5].

Chúng tôi phân tích một số kết quả cụ thể hơn về ung thư học, một trong những kết quả

mà các nhà ung thư rất quan tâm khi mổ trực tràng là số lượng hạch vét được là bao nhiêu. Đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện và người ta thống nhất rằng số lượng vét được tối thiểu là 12 mới đạt yêu cầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hạch trung bình vét được là 12,1, trong đó số lượng hạch vét được ở nhóm không hóa xạ bổ trợ trước cao hơn so với nhóm được hóa xạ bổ trợ trước (14,1 so với 9,1 với p<0,01). Điều này có thể giải thích do hiệu quả của hóa xạ bổ trợ trước, thậm chí trong nghiên cứu này, có 4 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với hóa xạ trị bổ trợ trước (yTNM: 0). Điều đó cho thấy vai trò rất lớn của hóa xạ bổ trợ trước. Yếu tố thứ hai mà các nhà ung thư cũng rất quan tâm đó là khoảng cách diện cắt dưới bao nhiêu thì an toàn? Người ta thống nhất rằng, diện cắt dưới cách rìa u 2 cm là an toàn. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho đã chứng minh thậm chí diện cắt dưới cách rìa 1 cm là đủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng cách trung bình diện cắt dưới là 1,9 cm (1-3 cm) và tất cả diện cắt dưới đều âm tính. Điều đáng tiếc trong nghiên cứu này là chúng tôi chưa đánh giá được diện cắt chu vi. Các kết quả đạt được trong nghiên cứu này tương tự như các kết quả nghiên cứu khác trong và ngoài nước [5]. Kết quả nghiên cứu của Valentin L. Ignatov và cộng sự với diện cắt dưới là 1,5 cm (0,5-2 cm) [4]. Tuy nhiên, tiên lượng của các bệnh nhân ung thư trực tràng không chỉ phụ thuộc vào cách thức phẫu thuật mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều trị hỗ trợ trước và sau mổ, giai đoạn ung thư, mô bệnh học. Akasu và cộng sự [8] cho thấy việc điều trị hỗ trợ trước mổ trong phẫu cắt trực trực tràng bảo tồn cơ thắt vẫn chưa được thống nhất và có vẻ tùy thuộc chủ yếu vào quan điểm của phẫu thuật viên. Schiessel [3] chỉ có 5,3% tái phát tại chỗ với thời gian theo dõi trung bình 72,86 tháng mặc dù tác giả không sử dụng bất cứ điều trị hỗ trợ trước mổ nào. Tương tự, không xạ trị trước mổ, nhưng Akasu T [8] cũng chỉ có 6,7% tái phát tại chỗ với thời gian theo dõi trung bình 3,5 năm. Trong phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, xạ trị có thể làm giảm tái phát tại chỗ đồng thời có thể làm tổn thương hệ thống cơ thắt hậu môn và tình trạng này càng nặng thêm trong khi phẫu thuật [8]. Vì vậy, chúng tôi cho rằng việc đánh giá giai đoạn trước điều trị cần hết sức chính xác để chỉ định hoá xạ trước mổ phù hợp cho từng bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt và luôn luôn đặt bệnh nhân ở trung tâm trong điều trị đa mô thức nhằm đem hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

4. Chức năng đại tiện

Đánh gia chức năng đại tiện của bệnh nhân sau mổ theo phân loại Kirwan

Bảng 4. Đánh gia chức năng đại tiện 6 tháng và 12 tháng sau mổ

Phân độ theo Kirwan	Số lượng (%)	
	6 tháng	12 tháng
I	**8** (11,9%)	**16** (25,4%)
II	**49** (73,1%)	**40** (63,5%)
III	**9** (13,5%)	**6** (11,1%)
IV	**1**(1,5%)	0

Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, 85% có chức năng đại tiện tốt, 13,5% có chức năng đại tiện chấp nhận được và chỉ có 1 bệnh nhân (1,5%) có chức năng đại tiện kém. Đánh giá sau 12 tháng, chức năng đại tiện của bệnh nhân cải thiện hơn với 88,9% có chức năng đại tiện tốt, 11,1% có chức năng đại tiện chấp nhận được và không có chức năng đại tiện kém. Vấn đề đặc thù cho tất cả phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là chức năng đại tiện sau mổ. Trong nghiên cứu của mình với kỹ thuật xuyên cơ thắt – ISR, Schiessel có 86,3% bệnh nhân không rối loạn chức năng đại tiện với thời gian theo dõi trung bình 94 tháng. Tương tự, 72% bệnh nhân của Han [6] có chức năng đại tiện tốt sau 12 tháng kể từ khi mổ. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt về chức năng đại tiện sau mổ ở các nhóm bệnh nhân tùy thuộc nhiều vào kỹ thuật mổ, vào chức năng đại tiện trước mổ, vào điều trị hỗ trợ trước mổ và vào thời gian theo dõi sau mổ. Mặc dù trong kỹ thuật sử dụng, chúng tôi không tạo hình bóng tràng, nhưng chúng tôi nhận thấy chức năng đại tiện ở những bệnh nhân có miệng nối đại trạng – hậu môn trực tiếp cải thiện dần theo thời gian. Với thời gian theo dõi trung bình 36 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân của chúng tôi có chức năng đại tiện tốt tương tự kết quả của các tác giả nói trên. Tuy nhiên, có một bệnh nhân có chức năng đại tiện kém.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả ngắn hạn và dài hạn cho thấy phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt bằng phương pháp xuyên cơ thắt (ISR) là một phương pháp điều trị khả thi, đảm bảo an toàn về mặt ung thư học và mang lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Heald RJ and Ryall RDH.** Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. The Lancet, vol. 1, no. 8496, 1986. pp. 1479–1482.
2. **Moore HG, Riedel E, Minsky BD et al.** Adequacy of 1-cm distal margin after restorative rectal cancer resection with sharp mesorectal

excision and preoperative combinedmodality therapy. Annals of Surgical Oncology, vol. 10, no. 1. 2003, pp. 80–85.
3. **Schiessel R, Karner-Hanusch J, Herbst F, Teleky B, and Wunderlich M,** "Intersphincteric resection for low rectal tumours," British Journal of Surgery, vol. 81, no. 9, 1994. pp. 1376– 1378.
4. **Ignatov VL, Kolev NY et al**. Clinical outcome of intersphincteric resection for ultra-low rectal cancer. Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers), vol. 18, book 1. 2012: 226-230.
5. **Kazuo Shirouzu, Naotaka Murakami, Yoshito Akagi**, "Intersphincteric resection for very low rectal cancer: A review of the updated literature " **Ann Gastroenterol Surg.** 2017;1:24–32
6. **Han JG, Wei GH, Gao ZG et al.** Intersphincteric Resetion with Direct Coloanal Anastomosis for Ultralow Rectal Cancer: The Experience of People's Republic of China. Dis Colon Rectum 52. 2009: 950 – 957.
7. **Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp.** Phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thể cực thấp. Y học thực hành (764) – số 5/2011: 151-154
8. **Akasu T, Takawa M, Yamamoto S et al.** Intersphincteric Restion for very Low Rectal Adenocarcinoma: Univeriate and Miltivariate Analyses of Risk Factors for Recurrence. Annals of Surgical Oncology 15(10). 2008: 2668 – 2676.

PHÂN TÍCH MỘT SỐ KẾT QUẢ KINH DOANH CỦA CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM PHƯƠNG THẢO TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH ĐIỆN BIÊN NĂM 2019

Nguyễn Thị Song Hà[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Kết quả hoạt động kinh doanh có vai trò rất quan trọng đối với mọi nhà quản trị, đó là công cụ hữu ích được dùng để xác định giá trị kinh tế, các điểm mạnh điểm yếu trong hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp, vì vậy phân tích hoạt động kinh doanh là rất quan trọng kể cả đối với một doanh nghiệp dược. **Mục tiêu nghiên cứu:** Phân tích một số chỉ số đánh giá kết quả kinh doanh của Công ty năm 2019. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang thực hiện tại Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo từ ngày 01/01/2019 đến 30/12/2019 thông qua hồi cứu dữ liệu hoạt động kinh doanh của Công ty từ nguồn sẵn có, gồm "Báo cáo tổng hợp bán hàng chi tiết năm 2019" và các báo cáo tài chính đã được kiểm toán của Công ty. Phân tích một số chỉ số đánh giá kết quả kinh doanh như doanh thu, doanh số mua bán, chi phí, vốn… từ đó đánh giá kết quả, so sánh với kế hoạch kinh doanh đề ra; đề xuất cho Ban lãnh đạo Công ty phương hướng kinh doanh trong thời gian tới. **Kết quả:** Tổng doanh thu năm 2019 đạt 39,7 tỷ đồng, doanh thu thuần chiếm 99,9% tổng doanh thu. Tổng chi phí 38,6 tỷ đồng, giá vốn hàng bán chiếm đến 84,4% tổng chi phí. Trong kết cấu nguồn vốn, nợ ngắn hạn chiếm tỷ trọng nhỏ (10,85%), vốn chủ sở hữu chiếm 78,95% tổng nguồn vốn, hệ số nợ trên vốn chủ sở hữu nhỏ hơn 1 (0,27). Về hiệu quả sử dụng vốn, số vòng quay tổng tài sản của Công ty năm 2019 là 0,76 đồng, số vòng quay khoản phải thu là 2,19 ngày, số ngày luân chuyển khoản phải thu là 164,45 ngày, số vòng quay hàng tồn kho là 4,02 và số ngày luân chuyển hàng tồn kho là 180,32 ngày. Lợi nhuận thu được chủ yếu từ hoạt động kinh doanh là 1143 triệu đồng, lợi nhuận khác chiếm rất nhỏ (4 tr. đồng), lợi nhuận sau thuế TNDN năm 2019 là 1087 triệu đồng. Công ty có ROS là 2,9%, ROE là 2,8, ROA là 2,2%. Tỷ xuất lợi nhuận ròng trên tổng chi phí năm 2019 của Công ty là 3%. **Kết luận:** Năm 2019 Công ty hoạt động có lợi nhuận nhưng chưa cao, chưa sử dụng vốn và tài sản hiệu quả.

Từ khóa: phân tích, kết quả kinh doanh

SUMMARY

ANALYSIS OF SOME BUSINESS RESULTS OF PHUONG THAO PHARMACEUTICAL JOINT STOCK COMPANY IN DIEN BIEN PROVINCE IN 2019

Introduction: Business performance is very important to all administrators, it is a useful tool used to determine economic value, strengths and weaknesses in business activities of enterprises. Therefore, analysis of business activities is very important even for a pharmaceutical company. **Research objectives**: Analysis some indicators to evaluate the company's business performance in 2019. **Methods and subjects of study**: Cross-sectional analysis was implemented at Phuong Thao Pharmaceutical Joint Stock Company from January 1, 2019 to December 30, 2019 through data retrieval of company's business activities from available sources, including "Detailed sales summary report in 2019" and audited financial statements of the company. Analysising some indicators to evaluate business results such as revenue, sales, costs, capital ... from which to evaluate results, compare with the business plan; proposing to the Board of Directors the business direction in the coming time. **Results**: Total revenue in 2019 reached VND 39.7 billion, net revenue accounted for 99.9% of total revenue. Total cost was VND 38.6 billion, cost of goods sold accounted for 84.4% of total cost. In the capital structure, short-term liabilities accounted for a small proportion (10.85%), owners' equity accounted for 78.95% of total capital, Debt to equity ratio was less than 1

[1]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà
Email: songhaktd@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 15.6.2020

(0.27). Regarding to the effective use of caputal, the total asset turnover of the company in 2019 was VND 0.76, receivable turnover ratio was 2.19 days, rotation days of receivables was 164.45 days, inventory turnover ratio was 4.02 and rotation days of inventory is 180.32 days. The profit gained mainly from business operations was 1143 million VND, other profit is very small (4 million VND), profit after taxes in 2019 was 1087 million VND. The company has ROS of 2.9%, ROE of 2.8, ROA of 2.2%. Net profit margin over total cost in 2019 was 3%. **Conclusion:** In 2019, the company is profitable but not high, not using capital and assets effectively.

Keywords: Analysis, business result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xu hướng tiêu thụ thuốc vẫn tăng liên tục trong những năm qua trong khi chi phí dược phẩm bình quân đầu người vẫn ở mức cao, do đó khả năng tăng trưởng thị trường dược cũng tăng cao. Vì vậy, các Công ty dược phẩm sẽ phải chú trọng phát triển hơn về các kênh bán hàng trực tiếp như: bán và phân phối cho các bệnh viện, cơ sở y tế và bệnh nhân. Từng doanh nghiệp phải không ngừng phát triển về quy mô và chất lượng để thực hiện được mục tiêu "Cung ứng đủ thuốc có chất lượng với giá cả hợp lý" của chiến lược quốc gia về thuốc. Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo là một trong những doanh nghiệp dược Việt Nam thuộc nhóm doanh nghiệp vừa và nhỏ, đồng thời đang là nhà phân phối thuốc và vật tư y tế đi đầu của tỉnh Điện Biên. Tuy nhiên Công ty cũng đang phải đối mặt với sự cạnh tranh không nhỏ từ các doanh nghiệp khác trên cùng địa bàn và các doanh nghiệp dược tại các tỉnh thành khác. Để đo lường việc thực hiện mục tiêu trên, đề tài này tập trung phân tích hoạt động kinh doanh của Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo trong năm 2019 thông qua một số chỉ số đánh giá kết quả hoạt động kinh doanh nhằm đánh giá hiệu quả quá trình hoạt động so với kế hoạch đề ra. Từ các kết quả nghiên cứu, đề tài sẽ đưa ra những ý kiến đề xuất giúp nâng cao chất lượng hoạt động kinh doanh đồng thời góp phần tham mưu cho nhà quản trị doanh nghiệp quản lý doanh nghiệp hiệu quả hơn trong những năm tiếp theo. Mục tiêu nghiên cứu*: Phân tích một số kết quả kinh doanh của Công ty CP Dược phẩm Phương Thảo trên địa bàn tỉnh Điện Biên năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo năm 2019

Thiết kế mô tả cắt ngang, thực hiện tại Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo từ ngày 01/01/2019 đến 30/12/2019 thông qua hồi cứu dữ liệu hoạt động kinh doanh của Công ty từ nguồn sẵn có, gồm "Báo cáo tổng hợp bán hàng chi tiết năm 2019" và các báo cáo tài chính đã được kiểm toán của Công ty [6].

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016

Sử dụng các phương pháp phân tích dữ liệu: Phương pháp tỷ trọng, phương pháp thông kê mô tả, phương pháp phân tích chi tiết. Sử dụng phần mềm exell để phân tích dữ liệu thu được[2],[3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích cơ cấu doanh thu của Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo năm 2019

Bảng 1. Cơ cấu doanh thu

TT	Chỉ tiêu	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Doanh thu thuần về bán hàng và cung cấp dịch vụ	39.696,0	99,9
2	Doanh thu hoạt động tài chính	1.450	0,01
3	Doanh thu khác (thu nhập khác)	4.046	0,01
	Tổng doanh thu	**39.702,0**	**100,0**

Nhận xét: Doanh thu thuần về bán hàng chiếm tỷ trọng phần lớn trong tổng doanh thu 99,9%, doanh thu từ hoạt động tài chính và doanh thu khác chiếm 0,14%.

3.2 Phân tích chỉ tiêu về phí của Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo năm 2019

Bảng 2. Phân tích chỉ tiêu về phí

TT	Chỉ tiêu	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Giá vốn hàng bán	32.551,0	84,4
2	Chi phí quản lý DN	1.986,0	5,2
3	Chi phí bán hàng	3.669,0	9,5
4	Chi phí tài chính	0,347	0,9
5	Chi phí khác	0	0,0
	Tổng chi phí	**38.555,0**	**100,0**

Nhận xét: Chi phí quản lý doanh nghiệp chiếm tỷ trọng 5,2% là hợp lý và khó thể giảm bớt do các loại chi phí như: chi phí cho nhân viên, văn phòng phẩm, chi phí khấu hao tài sản cố định, chi phí dịch vụ mua ngoài như: điện, nước… tăng. Chi phí tài chính chiếm tỷ trọng rất nhỏ trong tổng chi phí (0,9%). Giá vốn hàng bán chiếm tỉ trọng lớn nhất 84,4% làm cho tổng chi phí biến động theo. Chi phí bán hàng chiếm 9,5% do cạnh tranh trực tiếp ở thị trường nhỏ.

3.3. Phân tích chỉ tiêu về vốn của Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo năm 2019

3.3.1. Phân tích chỉ tiêu về nguồn vốn

Bảng 3. Kết cấu nguồn vốn

TT	Chỉ tiêu	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Tổng nợ	10.949,0	21,05
1.1	Nợ ngắn hạn	10.949,0	10,85
1.2	Nợ dài hạn	0	
2	Vốn chủ sở hữu	41.072,0	78,95
3	Tổng nguồn vốn (tổng giá trị tài sản)	52.021,0	100,0
4	Hệ số nợ/ tổng tài sản (1)/(3)	0,21	
5	Hệ số nợ/ tổng VCSH (1)/(2)	0,27	

Nhận xét: Công ty có năng lực tài chính tốt, tính tự chủ tài chính cao thuận lợi cho việc đầu tư hoạt động sản xuất kinh doanh (hệ số nợ/tổng tài sản là 0,21). Nợ ngắn hạn chiếm tỉ trọng 100%, là nguồn vốn chiếm dụng của Công ty, nếu tận dụng hợp lý nguồn vốn này sẽ mang lại lợi ích trong việc phát triển hoạt động của Công ty. Tuy nhiên nợ ngắn hạn lớn sẽ gây quan ngại cho đối tác bán hàng. Hệ số nợ/tổng VCSH của Công ty là 0,27 cho thấy Công ty kiểm soát tốt các khoản nợ.

3.3.2. Đánh giá hiệu quả sử dụng vốn

Bảng 4. Phân tích các chỉ số đánh giá hiệu quả sử dụng vốn

TT	Chỉ tiêu	Giá trị (triệu đồng)
1	Tổng tài sản	52.021
2	Doanh thu thuần về bán hàng và cung cấp dịch vụ	39.697
3	Khoản phải thu	18.133
4	Giá vốn bán hàng	32.551
5	Hàng tồn kho	16.305
6	Số vòng quay tổng tài sản (2)/(1)	0,76
7	Vòng quay khoản phải thu (2)/(3)	2,19
8	Số ngày luân chuyển khoản phải thu (360 ngày)/(7)	164,45
9	Vòng quay hàng tồn kho (4)/(5)	1,99
10	Số ngày luân chuyển hàng tồn kho (360)/(9)	180,32

Nhận xét: Hiệu quả sử dụng tài sản của Công ty trong năm 2019 chưa có hiệu quả do số vòng quay tổng tài sản của Công ty năm 2019 là 0,76 (1 đồng tài sản của Công ty tham gia vào quá trình sản xuất kinh doanh tạo ra 0,76 đồng doanh thu). Tốc độ luân chuyển nợ phải thu của Công ty chưa được tốt. Sự luân chuyển hàng hóa chưa tốt, có thể dẫn đến ứ động hàng hóa tồn kho.

3.2. Phân tích lợi nhuận và tỉ suất lợi nhuận của Công ty Cổ phần Dược phẩm Phương Thảo năm 2019

Bảng 5. Phân tích lợi nhuận của Công ty

TT	Chỉ tiêu	Giá trị (triệu đồng)
1	Lợi nhuận thuần từ hoạt động kinh doanh	1.143,0
2	Lợi nhuận khác	4,0
3	Tổng lợi nhuận kế toán trước thuế	1.144,0
4	Thuế TNDN	57,0
5	Lợi nhuận sau thuế TNDN	1.087,0

Nhận xét: Lợi nhuận của Công ty thu được chủ yếu từ hoạt động kinh doanh 1143 triệu đồng, lợi nhuận khác rất nhỏ chỉ 4 triệu đồng, lợi nhuận sau thuế TNDN năm 2019 là 1.087 triệu đồng.

Bảng 6. Phân tích tỷ suất lợi nhuận của Công ty

TT	Chỉ tiêu	Giá trị	Đơn vị
1	Lợi nhuận sau thuế TNDN	1.087,0	Triệu đồng
2	Tổng tài sản	52.021,0	Triệu đồng
3	Vốn chủ sở hữu	41.072,0	Triệu đồng
4	Doanh thu thuần bán hàng và cung cấp dịch vụ	39.697,0	Triệu đồng
5	Tổng chi phí	38.555,0	Triệu đồng
6	Tỉ suất lợi nhuận LN/TTS (ROA)	2,2	%
7	Tỉ suất LN/VCSH(ROE)	2,8	%
8	Tỉ suất LN/DT(ROS)	2,9	%
9	Tỉ suất LN/tổng chi phí	3	%

Nhận xét: Công ty có ROA năm 2019 là 2,2% cho thấy khả năng sinh lợi của tài sản Công ty trong năm qua hoạt động chưa hiệu quả. ROE là 2,8% cho thấy Công ty chưa sử dụng vốn hiệu quả. ROS của Công ty năm 2019 là 2,9% thể hiện Công ty đang hoạt động trong xu hướng tốt, con số này rất an tâm cho các nhà đầu tư. Tỷ xuất lợi nhuận ròng trên tổng chi phí năm 2019 là 3%, điều này chứng tỏ năm vừa qua Công ty đã kiểm soát chi phí khá hiệu quả để tạo ra được lợi nhuận tốt.

IV. BÀN LUẬN

Doanh thu của Công ty năm 2019 (39.702 triệu đồng) không đạt chỉ tiêu doanh thu kế hoạch Công ty đề ra năm 2019 (62.694 triệu đồng), chỉ đạt 63,3% so với doanh thu kế hoạch năm 2019. Do yếu tố cạnh tranh thị trường nên doanh thu của Công ty giảm đáng kể so với năm 2018, điều này cho thấy Ban lãnh đạo Công ty cần đưa ra những chiến lược phát triển phù hợp hơn cho Công ty trong những năm tiếp theo để Công ty đạt được mức tăng trưởng tốt hơn năm 2019.Giá trị doanh thu mà Công ty đóng góp cho ngành vẫn còn thấp, thấp hơn so với các Công ty như Công ty cổ phần Dược phẩm Vĩnh Phúc với doanh thu 776 tỷ đồng[1], thấp hơn nhiều so với các Công ty cổ phần Dược-Vật tư y tế THEPHACO với doanh thu 354 tỷ đồng [4].

Trong cơ cấu chi phí năm 2019, giá vốn bán hàng chiếm tỷ trọng 84,4% tổng chi phí tương đương Công ty Dược Vĩnh Phúc có tỷ trọng giá vốn hàng bán là 83%[1], giá vốn bán hàng chiếm lớn nhất nên ảnh hưởng lớn đến tổng chi phí của Công ty, sự biến động của giá vốn làm cho tổng chi phí cũng biến động theo. Chi phí bán hàng của Công ty chiếm 9,5% tổng chi phí là phù hợp với thời buổi cạnh tranh, thị trường nhỏ và ngày càng có nhiều doanh nghiệp dược cạnh tranh trực tiếp. Chi phí quản lý doanh nghiệp chiếm 5,2% tổng chi phí, chi phí này chủ yếu để trả lương cho người lao động nên khó có thể giảm vì còn phải đảo bảo cuộc sống cho người lao động cũng như khuyến khích người lao động làm việc có hiệu quả.

Trong kết cấu nguồn vốn thì nợ ngắn hạn chiếm tỷ trọng nhỏ 10,85%, nếu tận dụng hợp lý nguồn vốn này sẽ mang lại lợi ích trong việc phát triển hoạt động của Công ty. Nếu để nợ ngắn hạn quá lớn sẽ gây những quan ngại cho người bán hàng cho Công ty, mất niềm tin với đối tác. Công ty cần phải phát huy việc huy động nguồn vốn chủ sở hữu để giảm bớt gánh nặng vay ngắn hạn và nợ phải trả cho người bán.

Số vòng quay tổng tài sản giúp đánh giá hiệu quả sử dụng của toàn bộ tài sản của doanh nghiệp, cho thấy 1 đồng tài sản tham gia vào quá trình sản xuất kinh doanh sẽ tạo ra bao nhiêu đồng doanh thu. Chỉ số này càng cao cho thấy hiệu quả sử dụng tài sản của doanh nghiệp càng cao và ngược lại. Số vòng quay tổng tài sản của Công ty là 0,76 cho thấy 1 đồng tài sản của Công ty tham gia vào trình sản xuất kinh doanh tạo ra 0,76 đồng doanh thu. Điều này cho thấy hiệu quả sử dụng tài sản của Công ty trong năm 2019 chưa hiệu quả. Muốn mang lại hiệu quả tốt hơn Công ty cũng cần lưu ý để có những kế hoạch quản lý tài sản tốt hơn trong các năm tiếp theo.

Số vòng quay khoản phải thu 2,19 và số ngày luân chuyển khoản phải thu là 166,45 ngày, tốc độ luân chuyển nợ phải thu của Công ty là 164,45 ngày, điều này thể hiện tốc độ luân chuyển nợ phải thu của Công ty chưa được tốt. Công ty cần lưu ý, việc thu hồi công nợ nhanh cũng đồng nghĩa với việc xoay vòng vốn và hàng tồn kho tốt hơn, vì vậy cần phải có những kế hoạch để nâng cao chỉ số này.

Số vòng quay HTK là 1,99 và số ngày luân chuyển HTK là 180,32 ngày, cao hơn các doanh nghiệp dược Việt Nam có số ngày luân chuyển HTK ở mức 100- 150 ngày là tốt. Công ty cần phải giảm số ngày luân chuyển HTK để đảm bảo khả năng xoay vòng hàng hóa tốt nhằm giảm áp lực với chi phí lưu kho, giảm áp lực về mặt tài chính vì phải lưu trữ hàng tồn kho quá nhiều.

Lợi nhuận thuần của Công ty năm 2019 là 1.143 triệu đồng, tổng lợi nhuận ròng của Công ty là 1087 triệu đồng, nhìn chung Công ty sản xuất kinh doanh có hiệu quả. ROA của Công ty năm 2019 là 2,2% thấp so với các Công ty dược khác ROA dao động từ 10 - 15%, điều này cho thấy khả năng sinh lợi của tài sản của Công ty trong năm qua hoạt động chưa hiệu quả.

Lợi nhuận thuần của Công ty còn rất thấp so với các doanh nghiệp Dược khác trên toàn quốc như: Công ty CPDP Vĩnh phúc với 27.127 triệu đồng lợi nhuận thuần[2], Công ty TNHH TM Dược Phẩm Lam Sơn Thanh Hoá với 3.869,3 triệu đồng lợi nhuận[5].

ROE của Công ty năm 2019 là 2,8% thấp hơn so với mức bình quân (15,0–20,0%) của các Công ty dược khác. Chỉ tiêu ROE chứng tỏ công đã sử dụng vốn có hiệu quả. ROS của Công ty năm 2017 là 2,9% thấp hơn so với Công ty cổ phần dược phẩm Vĩnh Phúc là 3,6%[1]. Điều này thể hiện Công ty đang hoạt động có lãi nhưng chưa cao. Tỷ suất lợi nhuận ròng trên tổng chi phí là 3%, điều này chứng tỏ năm vừa qua Công ty đã

kiểm soát chi phí khá hiệu quả để tạo ra được lợi nhuận cho Công ty nhưng chưa được tốt.

Lợi nhuận sau thuế năm 2019 có sự sụt giảm đáng kể so với năm 2018 (bằng 52,9%). Điều này cho thấy Ban Lãnh Đạo Công ty cần có những biện pháp kịp thời tháo gỡ khó khăn, đưa ra những giải pháp nhằm cải thiện lợi nhuận giúp duy trì Công ty phát triển bền vững.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nhìn chung qua phân tích một số kết quả hoạt động kinh doanh và các chỉ tiêu sinh lợi của Công ty, cho thấy Công ty hoạt động trong năm vừa qua có lợi nhuận, tuy nhiên lợi nhuận chưa cao. Việc sử dụng tài sản chưa hiệu quả do đó Công ty nên xem xét lại việc sử dụng tài sản và kiểm soát chi phí để mang lại hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Thúy An (2018),** Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của Công ty Cổ phần Dược phẩm Vĩnh Phúc năm 2017, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Văn Công (2010),** Giáo trình phân tích báo cáo tài chính, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội .
3. **Phạm Văn Dược và Đặng Thị Kim Cương (2007),** Phân tích hoạt động kinh doanh, Nhà xuất bản Lao động - Xã hội, Hà Nội
4. **Nguyễn Như Lưu (2014),** Phân tích danh mục và doanh thu hàng sản xuất của Công ty cổ phần dược – vật tư y tế Thanh hoá (THEPHACO), luận văn dược sỹ chuyên khoa cấp I, Trường đại học dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Lưu Trường Sơn (2018),** Phân tích hoạt động kinh doanh tại Công ty TNHH TM Dược phẩm Lam Sơn tỉnh Thanh Hóa năm 2017, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
6. **Công ty cổ phần dược phẩm Phương Thảo (2019),** "Kế hoạch kinh doanh 2019"

ĐÁNH GIÁ HIỆU ỨNG TẠI CHỖ SAU CẤY GHÉP NẸP, VÍT Ti-5Al-2,5Fe VÀ Ti-6Al-7Nb

Lê Thị Hồng Nhung*, Nguyễn Tiến Tài**

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực nghiệm đánh giá hiệu ứng cấy ghép tại chỗ nẹp, vít chế tạo từ hai loại hợp kim titan Ti-5Al-2,5 Fe và Ti-6Al-7Nb. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu ứng cấy ghép tại chỗ nẹp, vít hợp kim titan Ti-5Al-2,5 Fe và Ti-6Al-7Nb trên thỏ. **Vật liệu, đối tượng, phương pháp:** 40 mẫu mỗi loại, nẹp, vít được cấy ghép vào mô cơ 20 mẫu và mô xương thỏ 20 mẫu. Sau 8 tuần (mô cơ), 16 tuần mô xương) đánh giá trên đại thể, vi thể, X.quang, sự phù hợp mô và khả năng cấy ghép tại chỗ. **Kết quả:** Cả 2 loại nẹp, vít đều không gây viêm, thải loại. Có hiện tượng xương mới phát triển quanh vật liệu ghép. Tất cả các mảnh ghép trên xương cố định tốt, bám chặt, không di lệch. **Kết luận:** Hiệu ứng tại chỗ của cả hai loại nẹp, vít sau cấy ghép 8 tuần, 16 tuần: có tính phù hợp mô và khả năng cấy ghép.

Từ khóa: Hợp kim titan, tương hợp sinh học, cấy ghép

SUMMARY

EFFECTS OF TI -5AL -2.5 FE AND TI -6AL -7NB TITANIUM PLATE, SCREWS- AN EX VIVO HISTOCOMPATIBILITY STUDY

Experimental study to evaluate the effects of local implantation of plates, screws made from Ti-5Al-2.5 Fe and Ti-6Al-7Nb titanium alloys on rabbit. **Methods:** plates, screws was implanted into muscle and bone tissue of rabbites. After 8 weeks of implantation, evaluation on macroscopic, microscopic, X-ray to examination of tissue suitability and ability ofimplants. **Results:** Both Ti-5Al-2.5 Fe and Ti-6Al-7Nb plates and screws do not cause inflammation, elimination. There is newly developed bone around the implants. **Conclusion:** both plates and screws have tissue suitability and implantability.

Keywords: titanium alloy, histocompatibility, implantability

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Titanium được phát hiện từ năm 1791 bởi William Gregor. Từ đó đến nay nó không ngừng được ứng dụng trong rất nhiều lĩnh vực, đặc biệt trong quân đội. Năm 1965, Per-Ingvar Brånemark là người đầu tiên sử dụng titan trong cấy ghép nha khoa. Titan có nhiều đặc tính phù hợp để cấy ghép y tế, có thể thay thế chức năng của xương. Ngoài độ bền cơ học, tính đàn hồi, titan còn có tính tương thích sinh học cao, độc cho cơ thể, kể cả ở mức độ tế bào, gen. Chính vì vậy, ngày nay, nhiều thiết bị y tế, đặc biệt trong chấn thương, chỉnh hình, các nẹp, vít bằng titan cũng rất được quan tâm.

Một trong những hạn chế của vật liệu này là giá thành còn cao so với các vật liệu khác (ví dụ nẹp, vít bằng inox). Để có được sản phẩm giá thành hạ, chủ động trong phân phối, trong thời gian qua nhà nước đã khuyến khích các nhà

**Đại học y Hà Nội*
***Viện công nghệ-Bộ Công thương*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hồng Nhung
Email: nhunglehmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 16.6.2020

khoa học trong nước nghiên cứu, thử nghiệm các hợp kim titan trong chương trình quốc gia về vật liệu. Viện công nghệ Bộ Công thương đã chủ trì đề tài "Nghiên cứu chế tạo hợp kim titan cấy ghép trên người" Đề tài đã nghiên cứu, xây dựng qui trình, chế tạo thành công hai loại hợp kim titanTi-5Al-2,5Fe và Ti-6Al-7Nb và cũng từ hai loại vật liệu này, các tác giả đã chế tạo các nẹp, vit kết xương. Đánh giá sinh học, trong đó đánh giá hiệu ứng tại chỗ sau cấy ghép là một trong các yêu cầu của tiêu chuẩn quốc gia TCVN 7391- và TC quốc tế ISO 10993 – Part 6: (test for local effects after implantation). Trong nghiên cứu này, chúng tôi thử nghiệm đánh giá hiệu ứng cấy ghép tại chỗ nẹp, vít của hai loại hợp kim Ti-5Al-2,5Fe và Ti-6Al-7Nb. Mục tiêu: Nhận xét khả năng cấy ghép y tế của nẹp, vítTi-5Al-2,5Fe và Ti-6Al-7Nb trên động vật.

II.VẬT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Vật liệu và đối tượng nghiên cứu

Vật liệu nghiên cứu: Nẹp, vít ngoại khoa kết hợp xương được chế tạo từ hai loại: Hợp kim Ti-5Al-2,5Fe, hợp kim Ti-6Al-7Nb. Các mẫu được chế tạo thành hai dạng để cấy ghép vào mô của thỏ. Các dạng mẫu phải đồng nhất về kích thước, phù hợp với vị trí, loại mô cấy ghép, tạo điều kiện để vật liệu tiếp xúc sát nhất với mô. Đặc biệt các mẫu phải được làm tù các góc để tránh làm rách mô.Mỗi loại hợp kim sẽ cấy ghép 15 mẫu vào mô cơ, 15 mẫu vào mô xương thỏ. Tổng số mẫu nghiên cứu: 30.

Đối tượng nghiên cứu: Sử dụng thỏ ta, loại nuôi dưỡng tại trang trại Sơn Tây, cùng lứa, cùng trọng lượng, không kể đực, cái, mỗi con nặng 2,0-2,2 kg. Tổng số mẫu thử trong cơ là 20 (n=20) cho 2 loại nẹp vít đánh giá sau ghép ở thời điểm 8 tuần.Tổng số mẫu thử trên xương là 20 (n=20) cho 2 loại nẹp vít đánh giá sau ghép ở thời điểm 16 tuần. Tổng số thỏ được cấy ghép là 40(n=40).

2. Phương pháp:

2.1.Cấy ghép vật liệu

- Chuẩn bị: Động vật sau khi được gây mê tĩnh mạch bằng ketamin, cố định trên bàn mổ, làm vệ sinh, cạo lông vùng phẫu thuật: dọc hai bên sống lưng. Vật liệu được chuẩn bị sẵn, đóng gói vô trùng,

- Phẫu thuật cấy vật liệu vào mô cơ: Rạch da, tách các lớp cơ, đạt một mẫu vào một vị trí cơ dọc hai bên cột sống, đóng vết mổ.

-Phẫu thuật cấy vào mô xương: Bộc lộ xương đùi, bóc tách màng xương, làm sạch bề mặt, ốp sát phần lõm của mảnh ghép vào bề mặt xương đùi, dùng chỉ kim loại buộc chặt hoặc khoan hai lỗ bắt vít cố định. Đóng vết mổ hai lớp.

-Tất cả động vật sau phẫu thuật được dùng kháng sinh tiêm bắp (peniciclin) x 3 ngày, theo dõi vùng phẫu thuật, nếu cần vệ sinh, lau rửa.

Hình 1. *Mẫu nghiên cứu được đặt sâu trong cơ thỏ.*

2.2.Đánh giá kết quả: Sau 8 tuần cấy ghép, bộc lộ quan sát đại thể, trích thủ lấy vùng mô chứa mảnh ghép, cố định trong dung dịch, bóc lấy phần mẫu thử nghiệm, phần mô còn lại được đúc nến, cắt, nhuộm Hematoxilin Eosin. (đối với mô xương, phải khử can xi). Quan sát trên kính hiển vi quang học. Đánh giá kết quả dựa theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Toàn thân: Không sốt, ăn uống, sinh hoạt bình thường

- Tại chỗ: không sưng tấy, tạo mủ, dịch, đùn đẩy vật liệu ghép ra ngoài

- Vi thể: Không thấy hình ảnh viêm, thải loại: các tế bào viêm tập trung như tương bào, lympho bào. Màng xơ bao quanh vật liệu mỏng, đều. Mô xương quanh vật liệu ghép không viêm, không tiêu, xương mới phát triển được xung quanh mảnh ghép. Không lỏng mảnh ghép, các vít bám chắc vào xương.

- X.quang: Nẹp, vit giữ nguyên vị trí, không tiêu xương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả quan sát về tình trạng toàn thân, tại vị trí cấy ghép

Tất cả động vật sau cấy ghép 8 tuần đều sống, tăng cân. Tại vùng phẫu thuật cấy ghép vật liệu, trừ 1 trường hợp cấy ghép Ti-6Al-7Nb có sưng tấy, do nhiễm trùng vết mổcòn lại đều bình thường. Đáng chú ý, tất cả vật liệu nghiên cứu đều không bị cơ thể đùn đẩy ra ngoài.

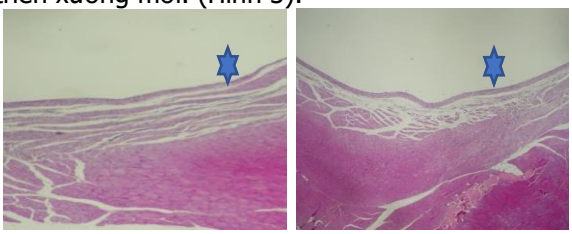
2. Kết quả quan sát tình trạng đại thể tại vùng mô cấy ghép

Bộc lộ, quan sát vùng mô thử nghiệm: Hầu hết các mẫu nghiên cứu đều không làm biến đổi cấu trúc mô vùng cấy ghép.Màu sắc, mật độ mô cơ tiếp xúc với mảnh ghép hoàn toàn bình thường, không có hiện tượng nhuộm màu. Một trường hợp có tăng mật độ xơ, tuy nhiên đây là trường hợp trước đó có viêm, nhiễm trùng vết

mổ. Sau khi sử dụng kháng sinh đã khỏi.Vùng xương tiếp xúc trực tiếp với mảnh ghép, hoàn toàn bình thường. Không thấy hiện tượng can xương quá mức.

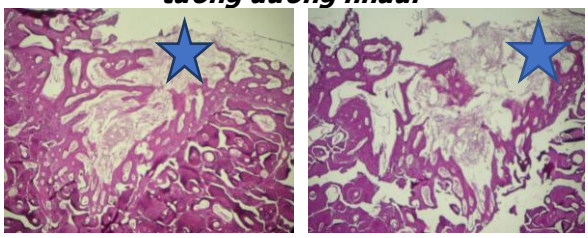
3. Kết quả quan sát tình trạng vi thể

Cả mô cơ và mô xương đều không thấy hiện tượng viêm, thải loại. Hầu hết các tiêu bản quan sát đều không thấy các loại tế bào viêm như limpho bào, tương bào, bạch cầu. Đối với mô cơ, có một màng xơ thuần nhất, mỏng đều bao quanh mẫu thử. Độ dày màng này bằng nhau ở cả hai loại hợp kim (Hình 2). Đối với mô xương xung quanh chân các vít, có hiện tượng phát triển xương mới. (Hình 3).



Ti-5Al-2,5Fe ***Ti-6Al-7Nb***

Hình 2. Độ dày màng xơ (dấu sao) của vùng mô tiếp xúc với vật liệu sau tuần giữa hai loại hợp kim Ti-5Al-2,5Fe và Ti-6Al-7Nb tương đương nhau.

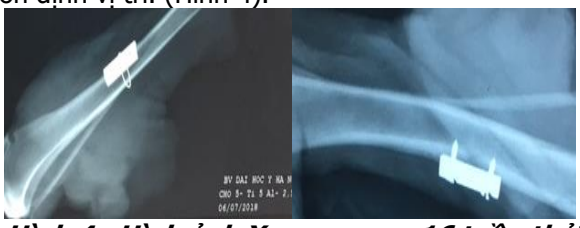


Ti-5Al-2,5Fe ***Ti-6Al-7Nb***

Hình 3. Hình ảnh vi thể vùng mô xương mới (dấu sao) hình thành xung quanh chân vít làm từ hợp kim titan Ti-5AL-2,5Fe và Ti-6Al-7Nb (nhuộm H.E).

4. Kết quả trên X.quang

Không thấy hiện tượng bất thường như loãng xương, can xương quá mức xung quang vùng xương thử nghiệm. Hầu hết các mảnh ghép đều ổn định vị trí. (Hình 4).



Hình 4. Hình ảnh X.quang sau 16 tuần thử nghiệm hai loại hợp kim titan bằng hai phương pháp: nẹp buộc và nẹp vít.

Bảng 1. Tổng hợp kết quả nghiên cứu

Loại nẹp vít / Kết quả nghiên cứu	Nẹp, vít Ti-5Al-2.5Fe (n=12)	Nẹp, vít Ti-6Al-7Nb(n=12)
1.Phần mềm		
Sẹo tốt, không nhiễm khuẩn	12	12
Không đùn đẩy vật liệu ra ngoài	12	12
2. Xương		
Không tiêu xương quanh mảnh ghép	12	12
Có xương mới hình thành	12	12
3. X-quang		
Không có tiêu xương	12	12
Mảnh ghép cố định tốt	10	11

Nhận xét: trên mô mềm, mô xương và X.quang đều không thấy biểu hiện của sự viêm, thải loại, tiêu xương quanh mảnh ghép. Hầu hết các mẫu thử có xương mới hình thành, tích hợp quanh chân vít. Một trường hợp có di lệch mẫu là do khi vít không chặt.

IV. BÀN LUẬN

- **Về phương pháp nghiên cứu.** Chúng tôi áp dụng phương pháp nghiên cứu dựa theo tiêu chuẩn quốc tế ISO 10993 - phần 6 - thử nghiệm hiệu ứng tại chỗ sau cấy ghép, có bổ sung phần đánh giá trên X. quang nhằm tăng tính thực tiễn của nghiên cứu. Việc sử dụng cả biện pháp khoan lỗ, bắt vít (chế tạo từ vật liệu titan) có ý nghĩa khoa học, nhằm đánh giá khả năng tích hợp xương vào mẫu thử, đặc biệt là bề mặt của mẫu. (theoNiinomi)[1],[2]. Đây là một trong những tiêu chí quan trọng của nẹp, vít ngoại khoa. Thử nghiệm được tiến hành trên hai loại mô, trong đó mô cơ chủ yếu đánh giá khả năng tương thích sinh học, mô xương là mô đích mà sau này sẽ trực tiếp tiếp nhận sản phẩm. Mô hình này phù hợp với nội dung hướng dẫn của ISO 10993.

- **Về kết quả nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu thể hiện hầu hết các chỉ tiêu nghiên cứu đều đáp ứng. Điều này chứng tỏ các mẫu nghiên cứu được cơ thể chấp nhận. Đặc biệt, kết quả vi thể các tiêu bản mô xương được lấy xung quanh các vít thử nghiệm đều có hiện tượng xương mới phát triển. Điều này có thể khẳng định chất liệu làm vít có tính tương thích sinh học cao. Trong thực tế, xương tích hợp được xung quanh các chân vít sẽ làm cho các nẹp bám chắc vào thân xương, đảm bảo xương được cố định tốt hơn, không bị di lệch.

V. KẾT LUẬN

Nẹp, vít kết hợp xương được làm từ hai loại hợp kim chứa thành phần chính là titanium sau khi thử nghiệm đánh giá hiệu ứng tại chỗ sau cấy ghép theo mô hình chuẩn của quốc tế (ISO 10993 - 6) trên mô cơ và mô xương, thời gian thử nghiệm 8 tuần, 16 tuần, chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây:

- Không gây phản ứng viêm, thải loại
- Có sự tích hợp xương xung quang các vít khoan vào xương.

Với hai tiêu chuẩn trên, nẹp, vít chế tạo từ hai loại hợp kimTi-5Al-2,5Fe và Ti-6Al-7Nb có tính phù hợp mô, có khả năng sử dụng như một thiết bị cấy ghép ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Niinomi M.** Mechanical properties of biomedical titanium alloys. Mater. Sci. Eng. A.;:231–236.
2. **Niinomi M., Hattori T., Kasuga T., Fukui H. Titanium and Its Alloys. In:** Wnek G., Bowlin G., editors (2006). Encyclopedia of Biomaterials and Biomedical Engineering. Marcel Dekker Inc.; New York, NY, USA 46–52.
3. **Kuroda D., Niinomi M., Morinaga M., Kato Y., Yashiro T (2010).** Design and mechanical properties of new β type titanium alloys for implant materials. Mater. Sci. Eng. A;243; 244–249.
4. **Song Y., Xu D.S., Yang R., Li D., Wu W.T., Guo Z.X (2009).** Theoretical study of the effects of alloying elements on the strength and modulus of β-type bio-titanium alloys. Mater. Sci. Eng. A. ;1–2,269–274.
5. **Xu B, Lin Y, Wang Z, et al (2017).** Is intramedullary fixation of displacedmidshaft clavicle fracture superior to platefixation? Evidence from asystematic review of discordant meta-analyses. Int J Surg;43:155–62.
6. **Zarkadis NJ, Eisenstein ED, Kusnezov NA, et al (2018).** Open reductioninternal fixation versus intramedullary nailing for humeral shaftfractures: an expected value decision analysis. J Shoulder Elbow Surg; 27: 204–10.

KẾT QUẢ THỬ KÍCH ỨNG DA CỦA BỘT THUỐC ĐẮP HV TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Tiến Chung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá khả năng gây kích ứng da của của Bột thuốc đắp HV trên động vật thực nghiệm. **Phương pháp**: nghiên cứu thực nghiệm, tiến hành dựa trên hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 về việc đánh giá kích ứng da dành cho các sản phẩm dùng ngoài da. **Kết quả**: Mẫu thử Bột thuốc đắp HV không gây kích ứng da trên thỏ thực nghiệm, chỉ số kích ứng PII=0,0.

Từ khóa: Bột thuốc đắp HV, kích ứng da.

SUMMARY

AVALUATE SKIN IRRITATION OF BOT THUOC DAP HV ON THE EXPERIMENTAL ANIMALS

Objective: avaluate skin irritatinon of Bot thuoc dap HV patches on the experimental animals. **Method**: experimental research, controlled comparative study, conducted in accordance with OECD and ISO 10993-10 guidelines for assessing skin irritation for topical products. **Results**: Bot thuoc dap HV do not cause skin irritation on experimental rabbits, primary irritation index PII=0,0.

Keywords: Bot thuoc dap HV, skin irritation.

**Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Chung
Email: nguyentienchung89@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 3.6.2020
Ngày duyệt bài: 17.6.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền (YHCT) ra đời từ hàng nghìn năm trước, hiện nay đang có xu hướng ngày càng được ưa chuộng. Nghiên cứu tìm hiểu tác dụng các phương pháp điều trị độc đáo của cha ông để lại là việc cần làm, góp phần kế thừa, phát triển và hiện đại hóa YHCT; nâng cao hiệu quả điều trị. Dùng thuốc bên ngoài là một phương pháp đặc trưng và nổi bật của YHCT, sử dụng đơn giản và đem lại hiệu quả cao trong điều trị; trong đó thuốc đắp ngoài da là một trong các phương pháp phổ biến nhất [1]. Khi dùng đắp tại chỗ, thuốc thẩm thấu qua da tới tổ chức, thúc đẩy tuần hoàn huyết dịch tại chỗ, từ đó tạo ra các tác dụng điều trị bệnh.

Bột thuốc đắp HV là bài thuốc được tạo thành từ công thức nghiệm phương, đã được sử dụng trên lâm sàng cho thấy hiệu quả cao trong điều trị các chứng đau trong bệnh lý cơ xương khớp [2]. Bài thuốc này được sử dụng dưới dạng dược liệu thô (nghiền nhỏ). Với mong muốn tạo ra một sản phẩm thuận tiện sử dụng trên lâm sàng, chúng tôi từng bước tiến hành nghiên cứu về tác dụng bài thuốc. Với các bài thuốc sử dụng đường dùng trên da, việc đánh giá khả năng gây kích ứng da là rất quan trọng. Để có thêm căn cứ khoa học tiến hành các bước tiếp theo, chúng tôi

thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá khả năng gây kích ứng da của của Bột thuốc đắp HV trên động vật thực nghiệm.*

II. NGUYÊN LIỆU VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu. Mẫu BỘT THUỐC ĐẮP HV 50g, thành phần gồm: Địa liền 13g, Ngải cứu 18g, Quế chi 9g, tá dược vừa và đủ. Dược liệu do Khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh cùng cấp, đạt tiêu chuẩn của Dược điển Việt Nam V [3].

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Thỏ chủng New Zealand White, lông trắng, trưởng thành, khỏe mạnh, cân nặng 2,0 –2,2kg. Thỏ được nuôi từ một tuần trước khi tiến hành nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu tại phòng thí nghiệm của Viện nghiên cứu, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

2.3. Hóa chất, dụng cụ sử dụng

- Gạc vô khuẩn cắt miếng hình vuông diện tích 2,5 cm x 2,5 cm;
- Gạc băng;
- Kính lúp;
- Nước sạch để rửa vùng bôi thuốc.

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng thí nghiệm của Viện nghiên cứu y dược cổ truyền Tuệ Tĩnh, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam trong thời gian tháng 5 và tháng 6 măm 2020.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da tiến hành dựa trên hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 về việc đánh giá kích ứng da dành cho các sản phẩm dùng ngoài da [4], [5]. Số lượng thỏ nghiên cứu: 03.

Quy trình nghiên cứu: Mỗi thỏ được nuôi trong chuồng riêng, cho ăn bằng chế độ ăn riêng, giữ ở nhiệt độ phòng trong vòng 5-7 ngày trước khi tiến hành nghiên cứu. Trước khi tiến hành nghiên cứu 24 giờ, thỏ được cạo lông ở phần lưng và hông trên diện tích 10 cm x 15 cm ở cả 2 bên cột sống để bôi thuốc và quan sát các vị trí thử nghiệm. Trước khi tiến hành nghiên cứu, kiểm tra tình trạng da thỏ.

Chia phần da cạo lông làm 2 phần, chọn mỗi phần có diện tích 2,5 cm x 2,5 cm. Thỏ ở các lô được bôi thuốc như sau:

- Một bên thuốc thử: bôi mẫu nghiên cứu "Bột thuốc đắp HV"
- Một bên để làm chứng: bôi 0,5ml dung môi.

Đắp gạc (kích thước 2,5 cm x 2,5 cm) lên cả hai phần bôi thuốc và phần dùng làm chứng. Lưng thỏ được băng (không băng quá chặt) lại bằng băng gạc.

Sau 4 giờ, tháo bỏ tất cả băng gạc ra khỏi lưng thỏ và rửa sạch mẫu thử đã bôi trên da thỏ bằng nước sạch. Đánh giá và tính điểm các chỉ số về ban đỏ (erythema), phù nề (oedema) tại thời điểm 1 giờ, 24, 48, 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu thử. Nếu có tổn thương, theo dõi thỏ 14 ngày để đánh giá khả năng phục hồi. Khi tổn thương đã hồi phục thì ngừng theo dõi.

Bảng 3.1. Bảng đánh giá tính điểm kích ứng da cho hai triệu chứng ban đỏ và phù nề

Ban đỏ	**Điểm**
- Không có ban	0
- Ban rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
- Dễ nhận thấy	2
- Nhẹ đến nặng	3
- Nặng đến hình thành vảy trên da	4
Phù nề	**Điểm**
- Không có	0
- Rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
- Dễ nhận thấy (da dày lên)	2
- Trung bình (dày lên 1mm)	3
- Nặng (dày hơn 1mm hoặc ra ngoài vùng bôi)	4

Đánh giá kết quả: Tính chỉ số kích ứng (PII: primary irritation index) như sau:

Bảng 3.2. Bảng xếp loại kích ứng da dựa vào PII

Xếp loại	**PII trung bình**
Không kích ứng	0 – 0,4
Kích ứng nhẹ	0,5 – 1,9
Kích ứng vừa	2 – 4,9
Kích ứng nặng	5 – 8

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các triệu chứng ban đỏ, phù nề được đánh giá trên 3 thỏ tại các thời điểm 1h, 24h, 48h và 72h sau khi loại bỏ mẫu thuốc thử bôi trên da và đánh giá điểm theo bảng 3.1. Kết quả được mô tả trong bảng 4.1.

Bảng 4.1. Bảng đánh giá ban đỏ trên các thỏ đánh giá kích ứng da của Bột thuốc đắp HV

Thỏ	**Ban đỏ**							
	1h		**24h**		**48h**		**72h**	
	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch
Thỏ 1	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 2	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 3	0	0	0	0	0	0	0	0

Ghi chú: TH: vùng da bôi mẫu nghiên cứu; Ch: vùng da bôi dung môi

Kết quả ở bảng 4.1 cho thấy:

- Trên cả 3 thỏ, trên vùng da đối chứng đều không có hiện tượng ban đỏ ở tất cả các thời điểm nghiên cứu: 1 giờ, 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ.
- Trên cả 3 thỏ, trên vùng da dùng mẫu nghiên cứu Bột thuốc đắp HV không có hiện tượng ban đỏ tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.

Bảng 4.2. Bảng đánh giá phù nề trên các thỏ đánh giá kích ứng da của Bột thuốc đắp HV

Thỏ	PHÙ NỀ							
	1h		24h		48h		72h	
	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch
Thỏ 1	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 2	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 3	0	0	0	0	0	0	0	0

Kết quả ở bảng 4.2 cho thấy:

- Trên cả 3 thỏ, trên vùng da đối chứng đều không có hiện tượng phù nề ở tất cả các thời điểm nghiên cứu: 1 giờ, 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ.
- Trên cả 3 thỏ, trên vùng da dùng mẫu nghiên cứu Bột thuốc đắp HV không có hiện tượng phù nề tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.

Bảng 4.3. Chỉ số kích ứng (PII) trên thỏ đánh giá kích ứng da của Bột thuốc đắp HV

Thỏ	PII
Thỏ số 1	0
Thỏ số 2	0
Thỏ số 3	0

Từ kết quả ở bảng 4.3, tính được chỉ số kích ứng (PII) của mẫu thử là: PII = 0. Dựa vào bảng phân loại kích ứng da theo PII, mẫu thử Bột thuốc đắp HV không gây kích ứng trên da thỏ trong thời gian nghiên cứu.

Hình ảnh kích ứng da thỏ số 1 tại các thời điểm trước dùng thuốc, sau 1h, 24h, 48h, 72h sau khi loại bỏ thuốc:

Thời điểm	Chứng	Thuốc
Trước bôi thuốc		
Sau 1h		
Sau 24h		
Sau 48h		

Sau 72h		

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả đánh giá khả năng gây kích ứng da của BỘT THUỐC ĐẮP HV trên thỏ thực nghiệm, chúng tôi đưa ra kết luận như sau: Mẫu thử Bột thuốc đắp HV không gây kích ứng da trên thỏ thực nghiệm, chỉ số kích ứng PII=0,0.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thúy** (2016), Bài giảng y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 62–70.
2. **汤一新， 王瑞祥** (1993), **中国当代名中医泌**验方，四川科学技术出版社，成都1993年.
3. **Bộ Y tế (2017),** Dược điển Việt Nam, 5, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.1165, 1262, 1295.
4. **Organisation for Economic Co-operation and Development** (2002), "Guideline for testing of chemicals: Acute Demal Irritation/Corrotion", OECD 404.
5. **International Organisation of Standardization** (2010), "Biological evaluation of medical devices – Part 10: Tests for irritation and skin sensitization", ISO 10993-10.
6. **Bộ Y tế** (2012), "Điều 9, chương 3, Điều kiện về thử thuốc trên lâm sàng", Hướng dẫn thử thuốc trên lâm sàng, Thông tư 03/2012/TT-BYT.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ÂM HỘ DI CĂN HẠCH BẸN TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Trí Chinh[1], Nguyễn Văn Tuyên[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư âm hộ di căn hạch bẹn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 78 bệnh nhân ung thư âm hộ di căn hạch bẹn từ 1/2012 đến 1/2017 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** 78 bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch bẹn đùi, tuổi trung bình là 60,6±14,3; 100% có khối u âm hộ; 78,2% bệnh nhân có ngứa âm hộ và thường xuất hiện trên 6 tháng (chiếm 77%). Có 38,5% các trường hợp có bạch biến âm hộ. Vị trí u âm hộ hay gặp là cách đường giữa <2cm lan sang một hoặc hai bên âm hộ (51,2%), u khu trú ở môi lớn hoặc môi bé chỉ chiếm 15,4% các trường hợp. 50% bệnh nhân có khối u có kích thước lớn hơn 4cm, thường gặp thể sùi hoặc sùi loét. Phân loại giai đoạn theo T (tumour, khối u), có 61,5% bệnh nhân có u giai đoạn T1, 38,5% giai đoạn T2, không có trường hợp nào u giai đoạn T3. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là ung thư biểu mô vảy sừng hóa xâm nhập, phần lớn độ mô học là 1 (64,1%), độ 2 và 3 lần lượt là 25,6% và 10,3%. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch thường có khối u to, nằm sát đường giữa, thường có triệu chứng từ lâu và đến khám muộn.

Từ khóa: ung thư âm hộ.

[1]*Bệnh viện K.*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Trí Chinh
Email: letrichinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

SUMMARY

STUDY CLINICAL AND PATHOLOGY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH VULVAR CANCER WITH POSITIVE INGUINAL LYMPH NODES AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: This study was undertaken to evaluate clinical and paraclinical characteristics of patients with vulvar cancer with positive inguinal lymph nodes at Vietnam national cancer hospital. **Patients and methods:** It is a retrospective study of 78 cases, operated in Vietnam national cancer hospital from January 2012 to January 2017. The patient's age, clinical stage, histological classification, grade of differentiation were evaluated. **Results:** 78 patients with vulvar cancer with positive inguinal lymph nodes, mean age of diagnosis was 60.6 ± 14.3; 100% cases had vulvar tumors; 78.2% cases had vulvar itching and the symptoms appeared over 6 months (77%). There were 38.5% of cases having leukoplakia of vulvar. The most common location of vulvar tumor was the distance from the middle line <2cm to one or both sides of the vulva (51.2%), the localized tumor on the labia majora or minora were accounted for 15.4% of cases. There were 50% of cases with tumors larger than 4cm in size, often with warts or sores. There were 61.5% of cases with T1 stage tumors, 38.5% stage T2, there were no cases of stage T3 tumors. All patients in the study were invasive squamous cells carcinoma, most of histologic grade of tumor was 1 (64.1%), grade 2 and 3 were 25.6% and 10.3%, respectively. **Conclusion:** Patients vulva cancer with lymph nodes metastatic often have large

tumors, located close to the middle line, often have long symptoms and come late for examination.

Keywords: vulvar cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư âm hộ là bệnh hiếm gặp chỉ chiếm khoảng 3 - 5% trong tổng số các bệnh ung thư ở đường sinh dục nữ. Bệnh hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi, sau mãn kinh và đang có xu hướng trẻ hóa. Mặc dù, khối u ở nông bên ngoài, thường có các triệu chứng cơ năng như ngứa rát âm hộ từ sớm nhưng bệnh nhân hay đi khám muộn do tâm lý e ngại và hiểu biết về bệnh còn hạn chế. Chẩn đoán bệnh ung thư âm hộ dựa vào khám lâm sàng và sinh thiết tổn thương. Loại mô bệnh học hay gặp là ung thư biểu mô vảy, chiếm trên 90% các trường hợp, ngoài ra còn có thể gặp ung thư tế bào đáy, ung thư biểu mô tuyến hoặc ung thư hắc tố…với tỉ lệ ít hơn. Tình trạng di căn hạch bẹn là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng, liên quan mật thiết đến thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư âm hộ. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch bẹn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư âm hộ di căn hạch bẹn tại Bệnh viện K" nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 78 bệnh nhân ung thư âm hộ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được phẫu thuật cắt âm hộ toàn bộ, vét hạch bẹn cho kết quả xét nghiệm có di căn hạch bẹn tại bệnh viện K từ tháng 1/2012 đến tháng 1/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư âm hộ, được phẫu thuật cắt âm hộ toàn bộ, vét hạch bẹn hai bên, được đánh giá các đặc điểm mô bệnh học là có di căn hạch bẹn, đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: mắc các bệnh toàn thân kèm theo, mắc nhiều loại bệnh ung thư.

1.2 Phương pháp nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh hồi cứu kết hợp tiến cứu. Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học bao gồm: tuổi; triệu chứng cơ năng (ngứa, chảy dịch, chảy máu, đau); triệu chứng thực thể (bạch biến âm hộ, thời gian xuất hiện triệu chứng); đặc điểm khối u âm hộ, đặc điểm mô bệnh học khối u.

Tiến hành xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 78 bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch bẹn thấy: Độ tuổi trung bình là 60,6±14,3 nhỏ nhất là 35, lớn nhất là 78 tuổi. Phần lớn bệnh nhân là nông dân (55,1%), công nhân (7,7%), ít gặp nhất là công nhân viên chức chỉ 6,4%.

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Tần suất (%)
Nối u âm hộ		78/78	100
Thời gian xuất hiện u âm hộ	< 6 tháng	34/78	43,6
	6 – 12 tháng	11/78	14,1
	13 - 24 tháng	25/78	32,1
	>24 tháng	8/78	10,3
Ngứa âm hộ		61/78	78,2
Thời gian xuất hiện triệu chứng ngứa	< 6 tháng	18/61	23,0
	6 – 12 tháng	8/61	13,1
	13 - 24 tháng	15/61	24,6
	>24 tháng	24/61	39,3
Bạch biến âm hộ		30/78	38,5
Thời gian xuất hiện bạch biến	< 1 năm	0/30	0
	1-2 năm	1/30	3,3
	2- 3 năm	1/30	3,3
	>3 năm	28/30	93,3
Chảy máu chảy dịch âm hộ		10/78	12,8
Đau rát âm hộ		5/78	6,4

Nhận xét: Trong nghiên cứ này, 100% bệnh nhân vào viện vì có khối u âm hộ. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng ngứa âm hộ (78,2%), thường xuất hiện trên 6 tháng (chiếm 77%). Nghiên cứu của Hán Thị Thanh Tâm cũng thấy có tới 99,3% bệnh nhân có khối u âm hộ, còn Nguyễn Viết Đạt thấy tỷ lệ này là 78,7%, thời gian từ khi có khối u đến lúc khám bệnh: < 6 tháng (46,8%), 12 – 24 tháng (23,9%), > 24 tháng (7,6%). Tác giả Shamini ghi nhận 83,3% bệnh nhân đến khám vì có khối u, Piura ghi nhận 3 triệu chứng chính mà bệnh nhân đến khám bệnh nhiều nhất là có khối u, có vết loét và ngứa âm hộ.

Bạch biến âm hộ gặp ở 34,6% các trường hợp, trong đó 93,3% xuất hiện bạch biến >3 năm. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như báo cáo của tác giả Trịnh Quang Diện, tỷ lệ này là 41,67%, Taussig nghiên cứu trên 155 bệnh nhân tỷ lệ này là 50%, Green nghiên cứu trên 238 bệnh nhân tỷ lệ bạch biến âm hộ là 58%. Ngoài ra, chúng tôi thấy có 12,8% bệnh nhân chảy dịch âm hộ và 6,4% bệnh nhân đau rát âm hộ.

Bảng 3.2. Đặc điểm khối u âm hộ

Đặc điểm u âm hộ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí u	Âm vật	16	20,5
	Môi lớn	7	9,0

	Môi bé	5	6,4
	Môi lớn + môi bé	10	12,8
	U cách đường giữa <2cm và kèm một bên âm hộ	21	26,8
	U cách đường giữa <2cm và lan sang hai bên âm hộ	19	24,4
Kích thước u	u ≤ 2 cm	4	5,1
	2 < u ≤ 4 cm	35	44,9
	u > 4 cm	39	50
Hình thái u	Sùi	56	71,8
	Sùi loét	20	25,6
	Loét	1	1,3
	Thâm nhiễm	1	1,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, có 20,5% bệnh nhân có khối u âm vật, có 26,8% bệnh nhân có u cách đường giữa <2cm và lan sang một bên âm hộ và 24,4% u cách đường giữa <2cm và lan ra toàn bộ âm hộ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền (n=181), khối u ở âm vật chiếm 17,7%, ở môi lớn 13,7%, ở môi nhỏ 2,8%, tổn thương lan rộng trên 2 vị trí 58,6%, còn theo Heaps vị trí u thường gặp nhất là ở môi lớn chiếm 52%, tiếp đến là ở môi nhỏ 18%, âm vật 15%, như vậy có sự khác nhau về vị trí u giữa các tác giả trong và ngoài nước, có lẽ do bệnh nhân nước ta thường được phát hiện muộn hơn, khi u đã có kích thước lớn và lan rộng.

Về kích thước khối u, chúng tôi thấy một nửa số bệnh nhân có khối u trên 4cm, chỉ có 5,1% bệnh nhân có u bé không quá 2cm, kết quả này tương tự như các tác giả khác. Theo Nguyễn Thị Huyền, u ≤ 2cm chiếm 9,5%, u > 4cm chiếm 53,6%, Hán Thị Thanh Tâm u ≤ 2cm chiếm 12,3%, u > 2cm chiếm 87,7%.

Về hình thái u, trong nghiên cứu này, thấy tổn thương sùi và sùi loét hay gặp nhất (chiếm 97,4%), nhiều trường hợp tổn thương lan rộng kèm theo phù nề, bội nhiễm, kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền (n=181) gặp 96,6% là sùi và sùi loét, theo Hán Thị Thanh Tâm, tỷ lệ này là 99,3%, còn tác giả Nguyễn Viết Đạt, tỷ lệ này là 94%.

Bảng 3.3. Đánh giá giai đoạn lâm sàng theo T (FIGO 2009)

Giai đoạn lâm sàng theo T		Số bệnh nhân (n=78)	Tỷ lệ (%)
T1		48	61,5
T2	Xâm lấn 1/3 dưới niệu đạo	16	20,5
	Xâm lấn 1/3 dưới âm đạo, hậu môn	14	18,0
T3	Xâm lấn 2/3 trên âm đạo, niệu đạo, trực tràng, bàng quang	0	0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có khối u giai đoạn T1 (còn khu trú ở âm hộ) chiếm 61,5%, khối u giai đoạn T2 chiếm 38,5%; không có bệnh nhân nào có u xâm lấn rộng T3.

Bảng 3.4. Đặc điểm bô bệnh học

Đặc điểm mô bệnh học		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Loại mô bệnh học	Carcinoma vảy xâm nhập	78	100
	Khác (UTBM tuyến…)	0	0
Độ mô học	Độ 1	50	64,1
	Độ 2	20	25,6
	Độ 3	8	10,3

Nhận xét: Nghiên cứu này cho thấy 100% bệnh nhân ung thư biểu mô vảy sừng hóa xâm nhập, trong đó 64,1% các trường hợp có độ mô học 1; 25,6% là độ mô học 2 và 10,3%bệnh nhân có độ mô học là 3. Trong ung thư âm hộ, ung thư biểu mô vảy hay gặp nhất, chiếm > 90%, đây là loại hay di căn hạch, ở giai đoạn III và IV tỷ lệ di căn hạch tới 60-100%. Độ mô học được xác định dựa vào mức độ sừng hóa, số nhân chia trên một vi trường, số tế bào không điển hình và tình trạng xâm nhập tế bào viêm. Độ mô học càng cao thì nguy cơ di căn hạch bẹn đùi càng lớn. Trước đây, độ mô học được chia làm bốn mức độ từ một đến bốn, năm 2014 Tổ chức y tế thế giới công bố bảng phân loại về độ mô học mới gồm có ba độ. Kết quả của nghiên cứu này tương tự như của tác giả Trịnh Quang Diện cũng cho thấy độ 1 và 2 chiếm đa số: 71,2%, độ 3 và 4 chiếm 28,8%, Nguyễn Thị Huyền, độ 1 và 2 chiếm 76,8%, độ 3 và 4 chiếm 23,2%.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 78 bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch bẹn, chúng tôi thấy, độ tuổi trung bình là 60,6±14,3, tất cả bệnh nhân đi khám bệnh vì có khối u âm hộ, thời gian xuất hiện u âm hộ thường trên 6 tháng. Triệu chứng ngứa âm hộ rất phổ biến (chiếm 78,2%), triệu chứng này thường có từ lâu, đa phần là trên 6 tháng (chiếm 77%). Có 38,5% các trường hợp có bạch biến âm hộ, một số ít trường hợp có chảy dịch máu hoặc đau âm hộ.

Vị trí u âm hộ hay gặp là ở cách đường giữa <2cm và lan sang một hoặc hai bên âm hộ (51,2%), u khu trú ở môi lớn và môi bé chỉ chiếm 15,4% các trường hợp. Đa phần khối u có kích thước lớn hơn 4cm, thường gặp thể sùi hoặc sùi loét.

Phân loại giai đoạn theo T có 61,5% bệnh nhân có u giai đoạn T1, 38,5% giai đoạn T2, không có trường hợp nào u giai đoạn T3.

Mô bệnh học, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là ung thư biểu mô vảy sừng hóa xâm nhập, phần lớn độ mô học là 1 (64,1%), độ 2 và 3 lần lượt là 25,6% và 10,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ibrahim Alkatout, Melanie Schubert, Nele Garbrecht et al, (2015).** Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. Int J Womens Health. 2015; 7: 305–313.
2. **Tan A , Bieber AK, Stein JA, Pomeranz MK, et al (2019).** Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. J Am Acad Dermatol. 2019 Jul 23.
3. **Nguyễn Thị Huyền (2003),** Nghiên cứu di căn hạch và đánh giá kết quả điều trị của ung thư biểu mô vẩy âm hộ tại viện K, Luận văn bác sỹ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.
4. **Green TH, Ulfelder H (1978),** "Carcinoma of the vulva", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 75, pp 834 - 839.
5. **Hacker NF (1998),** "Vulva cancer", Practical Gynecologic Oncology, Wiliams Wilkins, pp 391 - 412.
6. **De Vita VT (2016),** "Carcinoma of the vulva", Cancer Principles and practice of Oncology.
7. **Faul CM, Fekins RM, et al (1997),** "Adjuvant radiation for vulva carcinoma : improved local control", Int Radiat Oncol, pp 381 – 386.
8. **Nguyễn Viết Đạt, Trần Đặng Ngọc Linh, Lê Phúc Thịnh, Nguyễn Chấn Hùng (2005),** "Ung thư âm hộ: dịch tễ học – chẩn đoán – điều trị", Đặc san ung thư học, hội phòng chống ung thư Việt Nam, tr 128 – 135.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HỘI CHỨNG SẢNG TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Phương Nam*, Hồ Thị Kim Thanh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng sảng là một rối loạn tâm thần kinh phức tạp. Tỉ lệ gặp tại khoa cấp cứu cao, từ 10 đến 30%. Jin và cộng sự (2009) ở những người bệnh trên 65 tuổi cho cho biết 76% các trường hợp sảng không được bác sĩ chẩn đoán và hơn 90% các người bệnh nhập viện vì sảng cũng bị bỏ qua tại thời điểm nhập viện [1]. Do đó, xác định chính xác đặc điểm hội chứng sảng là cần thiết giúp chẩn đoán đúng và có những biện pháp can thiệp kịp thời. Mô tả đặc điểm hội chứng sảng ở người cao tuổi tại khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa Trung Ương. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hội chứng sảng ở người cao tuổi tại khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang toàn bộ bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị tại khoa Cấp cứu, bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8/2019 đến tháng 2/2019. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 44 bệnh nhân có hội chứng sảng. **Kết quả:** Tỉ lệ hội chứng sảng gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới với tỉ lệ lần lượt là 54,5% và 45,5%. Tuổi khởi phát trung bình 77.07 ± 10.64. Loại sảng giảm động xuất hiện nhiều nhất với tỉ lệ 52,3. Thời gian tồn tại của hội chứng sảng 4,38 ± 4,82. Trong các triệu chứng của hội chứng sảng, chiếm tỉ lệ cao nhất là giảm trí nhớ gần (95,8%), tiếp đó là triệu chứng rối loạn định hướng về không gian với tỉ lệ 91,7% và giảm khả năng duy trì chú ý (79,2%). Chiếm tỉ lệ thấp nhất là triệu chứng rối loạn chu kỳ thức ngủ (33,3%). **Kết luận:** Hội chứng sảng gặp nhiều ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuổi khởi phát trung bình 77.07 ± 10.64. Xuất hiện nhiều nhất là sảng giảm động với thời gian tồn tại là 4,38 ± 4,82 ngày. Hầu hết có biểu hiện giảm trí nhớ gần, rối loạn định hướng về không gian và giảm khả năng duy trì chú ý. Ít gặp nhất là rối loạn chu kỳ thức ngủ.

Từ khóa: hội chứng sảng, trạng thái lú lẫn cấp tính, lão khoa

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF DELIRIUM SYNDROME IN EMERGENCY DEPARTMENT, NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Background: Delirium syndrome is a complicated neurological disorder. The encounter rate in the emergency department is high, from 10 to 30%. Jin et al. (2009) in patients over 65 years of age reported that 76% of cases were not diagnosed by a doctor and more than 90% of patients hospitalized for delirium were also ignored at the time of admission [1]. Therefore, determining the exact characteristics of delirium syndrome is necessary for proper diagnosis and timely interventions. Describe the characteristics of delirium syndrome in the elderly in the Emergency department of the National Geriatric Hospital. **Objectives:** To describe the characteristics of delirium syndrome in the elderly in the emergency department of the National Geriatric Hospital. **Methods:** The study described cross-section of all patients hospitalized and treated in the Emergency Department, National Geriatric Hospital from August 2019 to February 2019. At the end of the study, 44 patients with delirium syndrome were recruited. **Results:** The prevalence of syndromes is more common in women than men with 54.5% and 45.5%, respectively. Average onset age 77.07 ± 10.64. The type of active reduction is the most common with 52.3. Duration of syndrome 4.38 ± 4.82. Among the symptoms of delicacy syndrome, the highest proportion is near memory loss (95.8%), followed by spatial orientation disorder with 91.7% and decreased

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Phương Nam
Email: hoangphuongnam@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 18.6.2020

ability to maintain pay attention (79.2%). The lowest proportion is the symptom of sleep disturbance (33.3%). **Conclusions:** Syndrome is more common in women than in men. Average onset age 77.07 ± 10.64. The most common form of active suppression is the survival time of 4.38 ± 4.82 days. Most of them exhibit near memory loss, spatial orientation disorder and reduced ability to maintain attention. The least common is sleep disturbance.

Keywords: delirium, acute confusion state, geriatrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng sảng là một rối loạn tâm thần kinh phức tạp được biểu hiện bằng sự thay đổi về mức độ ý thức, rối loạn chức năng chú ý, rối loạn nhận thức khác bao gồm trí nhớ, định hướng, ngôn ngữ và những rối loạn không nhận thức như cảm giác tri giác, cảm xúc, quá trình tư duy, hành vi và chu kỳ thức ngủ [2]. Tỷ lệ mắc hội chứng sảng trong cộng đồng chỉ từ 1-2% nhưng theo ghi nhận của Ủy ban thống kê Hoa Kỳ ít nhất 20% trong số 12,5 triệu bệnh nhân trên 65 tuổi nhập viện mỗi năm ở Mỹ có tình trạng sảng [3]. Nhiều nghiên cứu nhận định hội chứng sảng phần lớn xuất hiện trong môi trường bệnh viện và phổ biến ở khoa cấp cứu [2]. Theo Sharon Inouye (2014), hội chứng sảng xuất hiện ở 8 -17% trong tổng số những người cao tuổi được đưa đến khám và điều trị tại khoa cấp cứu [4]. Theo hệ thống Chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần – DSM, tỉ lệ xuất hiện sảng ước tính khoảng 10% - 30% ở những người cao tuổi đến khoa cấp cứu. Tuy nhiên, phần lớn hội chứng sảng không được xác định tại thời điểm nhập viện [1]. Nghiên cứu tại khoa cấp cứu của Jin và cộng sự (2009) ở những người bệnh trên 65 tuổi cho cho biết 76% các trường hợp sảng không được bác sĩ chẩn đoán và hơn 90% các người bệnh nhập viện vì sảng cũng bị bỏ qua tại thời điểm nhập viện [1]. Như vậy, xác định chính xác đặc điểm hội chứng sảng là cần thiết giúp chẩn đoán đúng và có những biện pháp can thiệp kịp thời. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hội chứng sảng ở người cao tuổi tại khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.** Lựa chọn bệnh nhân trên 60 tuổi, nhập viện và nằm điều trị tại khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa Trung ương. Gia đình và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dưới 60 tuổi; Bệnh nhân hôn mê, không tiếp xúc được.

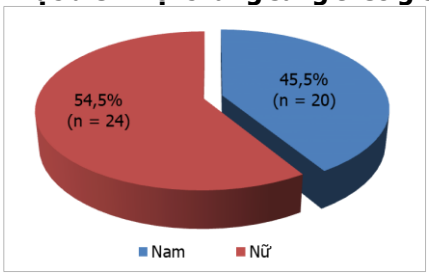
2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang toàn bộ bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị tại khoa Cấp cứu, bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8/2019 đến tháng 2/2019. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 44 bệnh nhân có hội chứng sảng. Tiến hành mô tả đặc điểm hội chứng sảng trên 44 bệnh nhân.

Sử dụng các công cụ để đo lường: mẫu bệnh án thống nhất được thiết kế phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, phương pháp đánh giá lú lẫn (CAM và CAM - ICU)

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm hội chứng sảng theo giới tính



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới (n = 44)

Nhận xét: Hội chứng sảng thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (54,5% và 45,5%).

3.2. Đặc điểm hội chứng sảng theo tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi khởi phát (n = 44)

Nhóm tuổi	Nữ (n = 24)		Nam (n = 20)		Chung (n = 44)	
	SL	%	SL	%	SL	%
60 – 70	9	37,5	5	25,0	14	31,8
61 – 80	6	25,0	6	30,0	12	27,3
81 - 90	6	25,0	6	30,0	12	27,3
> 90	3	12,5	3	15,0	6	13,6
Tổng	**24**	**100**	**20**	**100**	**44**	**100**
$\overline{X}$ ± SD					77.07 ± 10.64	

Nhận xét: Tuổi khởi phát trung bình ở cả hai giới là 77.07 ± 10.64. Nhóm tuổi từ 60 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,8%.

3.3. Phân loại hội chứng sảng

Bảng 3.2. Kiểu sảng

Phân loại	Nữ (n = 24)		Nam (n = 20)		Chung (n = 44)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Sảng giảm động	10	41,7	13	65,0	23	52,3
Sảng tăng động	7	29,2	5	25,0	12	27,3
Sảng hỗn hợp	7	29,2	2	10,0	9	20,5
Tổng	**24**	**100**	**20**	**100**	**44**	**100**

Nhận xét: Thường gặp kiểu sảng giảm động với tỉ lệ 52,3%.

3.4. Đặc điểm về thời gian của hội chứng sảng (n = 44)

Bảng 3.3. Đặc điểm về thời gian của hội chứng sảng

Đặc điểm thời gian	Thời gian
Số ngày nằm viện	11,95 ± 8,08 (ngày)
Thời gian tồn tại hội chứng sảng	4,38 ± 4,82 (ngày)
Thời gian xuất hiện hội chứng sảng (tính từ thời điểm nhập viện)	0,91 ± 1,56 (ngày) Hoặc 21,84 ± 37,44 (giờ)

Nhận xét: Thời gian tồn tại hội chứng sảng khoảng 4,38 ± 4,82 (ngày) và thời gian xuất hiện hội chứng sảng tính từ thời điểm nhập viện khoảng 21,84 ± 37,44 (giờ).

3.5. Đặc điểm lâm sàng hội chứng sảng

Bảng 3.3: Tỉ lệ các triệu chứng trong hội chứng sảng (n = 44)

Đặc điểm lâm sàng	Nữ (n = 24)		Nam (n = 20)		Chung(n = 44)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Giảm khả năng duy trì sự chú ý	19	79,2	14	70,0	33	75,0
Giảm trí nhớ gần	23	95,8	19	95,0	42	95,5
Rối loạn định hướng không gian	22	91,7	17	85,0	39	88,6
Tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ	11	45,8	11	55,0	22	50,0
Rối loạn chu kì thức ngủ	8	33,3	8	40,0	16	36,4
Tăng phản ứng giật mình	12	50,0	8	40,0	20	45,5

Nhận xét: Triệu chứng xuất hiện nhiều nhất trong hội chứng sảng là giảm trí nhớ gần và rối loạn định hướng không gian (95,5% và 88,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hội chứng sảng theo giới tính. Hội chứng sảng có thể gặp ở hai giới nhưng tỉ lệ gặp khác nhau. Một số nghiên cứu cho thấy sảng thường gặp ở nam giới hơn là nữ giới. Một số nghiên cứu khác thì lại cho thấy sảng thường gặp ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu nhận thấy hội chứng sảng thường gặp ở nữ giới hơn nam giới với tỉ lệ lần lượt là 54,5% so với 45,5% (biểu đồ 3.1). Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Sharon Inouye (2014) khi nghiên cứu tại 3 bệnh viện ở Mỹ cho biết tỉ lệ hội chứng sảng gặp ở nữ giới cao hơn tỉ lệ sảng gặp ở nam giới, 57,1% với 42,9% [4]. Và cũng tương tự với kết quả của Jin (2009) khi nghiên cứu tại khoa cấp cứu cho tỉ lệ nữ giới là 55,8% và nam giới là 44,2% [1].

4.2. Đặc điểm hội chứng sảng theo tuổi. Một số giả thuyết cho rằng một trong những nguyên nhân làm xuất hiện hội chứng sảng là do phản ứng viêm hoặc do sự phản sự phối hợp giữa các chất dẫn truyền thần kinh và các chất trung gian gây viêm như cytokine và prostaglandin. Cơ chế có thể là: (a) tương tác trực tiếp với các tế bào thần kinh trong các cơ quan ngoại biên mà không cần vượt qua hàng rào máu não (b) kích hoạt các tế bào nội mô mạch máu não gây giãn mạch, tăng tính thấm vào nhu mô não hoặc (c) kích hoạt các tế bào của dây thần kinh phế vị do đó kích thích trung tâm não bộ bằng con đường thần kinh. Mức độ kích hoạt tế bào nội mô mạch máu não sau của con người có tương quan với mức độ viêm hệ thống. Ngoài ra hàng rào máu não thay đổi cấu trúc và chức năng đối với lão hóa, đái tháo đường, Alzheimer và sa sút trí tuệ do mạch máu. Điều này làm tăng khả năng tác động của các tín hiệu viêm và qua đó làm khởi phát hội chứng sảng ở người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi mắc đa bệnh lý. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ xuất hiện hội chứng sảng tăng dần theo tuổi và xuất hiện nhiều nhất ở những người lớn tuổi. Nghiên cứu của Ritsuko Kakuma (2001) ở khoa cấp của bệnh viện đa khoa Montreal của Canada và sử dụng công cụ đánh giá CAM nhận thấy tuổi khởi phát trung bình là 79,23 ± 5,65 [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng

với kết quả nghiên cứu của các tác. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 60 – 96 và tuổi trung bình là 77,07 ± 10,64 (bảng 3.1).

4.3. Phân loại hội chứng sản. Liptzin and Levkoff là những người đầu tiên mô tả các loại sảng khác nhau dựa trên các đặc điểm hành vi. Theo đó, hội chứng sảng được phân làm ba nhóm dựa trên các biểu hiện lâm sàng bao gồm: sảng giảm động, sảng tăng động và hỗn hợp. Loại sảng tăng động được đặc trưng bởi tăng hoạt động tâm lý, lo lắng và kích động. Hầu hết các bác sĩ lâm sàng đều đồng ý rằng một bệnh nhân có biểu hiện lẫn lộn, rối loạn định hướng, không có tiền sử bị rối loạn tâm thần từ trước đột nhiên kích động, chống đối hoặc tấn công có thể đang mắc sảng tăng động hoặc "kích động" của sảng. Loại sảng khó xác định nhất là loại giảm động. Loại sảng giảm hoạt động được đặc trưng bởi giảm hoạt động tâm thần. Loại sảng giảm hoạt động thường bị các bác sĩ bỏ qua và khó có thể phát hiện do biểu hiện kín đáo. Các biểu hiện bao gồm không nhận thức được môi trường xung quanh, thờ ơ, lãnh cảm, giảm mức độ tỉnh táo, nói ít và có các giai đoạn không phản ứng hoặc nhìn chằm chằm. Loại sảng hỗn hợp thường thấy ở những bệnh nhân có những giai đoạn kích động và tấn công xen kẽ với những giai đoạn ngủ gà và giảm hoạt động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy loại sảng hay gặp nhất trong nghiên cứu là loại sảng giảm động chiếm tỉ lệ 52,3%, tiếp đó đến loại sảng tăng động với tỉ lệ 27,3% và cuối cùng là loại sảng hỗn hợp (Bảng 3.2). Kết quả này khác so với một số tác giả trên thế giới. Nghiên cứu tổng quan Franco trên 14 nghiên cứu trong năm 2013 cho kết quả gặp nhiều nhất là loại sảng hỗn hợp (87,7%), tiếp theo là loại sảng tăng động (75,3%) và loại sảng giảm động (43,8%) [6]. Maldonaldo (2008) cùng nhận định khi cho rằng loại sảng phổ biến nhất là sảng hỗn hợp với tỉ lệ 46%, tiếp theo là loại sảng tăng động với tỉ lệ 30% và ít xuất hiện nhất là loại sảng giảm động. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Han và cộng sự (2009) khi ghi nhận các bệnh nhân có loại sảng giảm động gặp nhiều nhất với 92%[1]. Có sự khác nhau về tỉ lệ kiểu sảng có thể là do cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đủ lớn so với nghiên cứu của các tác giả. Mặc dù các nghiên cứu cho tỉ lệ loại sảng là không đồng nhất nhưng các bác sĩ cấp cứu cũng nên lưu ý khám xét cẩn thận với các loại sảng giảm động để tránh bỏ sót.

4.4. Đặc điểm về thời gian của hội chứng sảng. Đặc điểm về thời gian của hội chứng sảng trong bảng 3.3 cho thấy số ngày nằm viện của bệnh nhân có hội chứng sảng tại khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa trung ương trung bình là 11,95 ± 8,08 ngày. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của một số tác giả trên thế giới. Nghiên cứu của Keeffe và Lavan trong năm 1997 cho biết trong 94 bệnh nhân sảng gặp nhiều nhất là trường hợp hội chứng sảng tồn tại từ 1 đến 6 ngày với 56 bệnh nhân (60%), tiếp đó là 7 đến 13 ngày với 19 bệnh nhân (20%), 2 đến 4 tuần với 14 bệnh nhân (15%) và ít gặp nhất là trường hợp sảng kéo dài trên 1 tháng với 5 bệnh nhân (5%). Trung bình thời gian sảng khoảng 7 ngày (khoảng tin cậy 95% từ 6 đến 8,1 ngày) [7]. Nghiên cứu của McNicoll (2003) cho kết quả trung bình thời gian nằm viện của bệnh nhân có hội chứng sảng khoảng 13 ngày. Tương tự như vậy, trung bình thời gian nằm viện của bệnh nhân có hội chứng sảng trong nghiên cứu của Dubois khoảng 9,3 ± 12 ngày. Dubois cho biết thêm thời gian từ thời điểm nhập viện đến khi xuất hiện hội chứng sảng phần lớn là trong trong 72h (93,7%), ít gặp hơn là trong 36h (78%) [8]. Kết quả này tương đồng với kết quả của chúng tôi. Thời gian từ khi bệnh nhân vào khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa trung ương cho đến khi xuất hiện hội chứng sảng khoảng 21,84 ± 37,44 giờ (bảng 3.3). Tìm hiểu thêm về thời gian tồn tại hội chứng sảng, chúng tôi nhận thấy thời gian tính từ lúc bệnh nhân có dấu hiệu sảng đến khi không còn dấu hiệu sảng khoảng 4,38 ± 4,82 ngày. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Koponen và cộng sự khi ghi nhận thời gian tồn tại sảng từ 3 cho đến 13 ngày.

4.5. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng sảng. Các triệu chứng trong hội chứng sảng rất phong phú và đa dạng. Trzepacz (1998) mô tả mê sảng là rối loạn của sự chú ý, sự tỉnh táo, nhận thức và tâm thần vận động. Sự gián đoạn của chú ý thường được coi là triệu chứng cốt lõi. Chu kỳ ngủ và thức cũng bị gián đoạn. Suy giảm nhận thức có thể xuyên suốt thời gian xuất hiện hội chứng sảng. Suy giảm có thể xảy ra với bộ nhớ, ngôn ngữ, tốc độ xử lý và chức năng điều hành. Đặc điểm lâm sàng này được Trzepacz báo cáo với các tần suất giảm sự chú ý (100%), suy giảm trí nhớ (64 - 100%), ý thức u ám (45 - 100%), rối loạn định hướng (43 - 100%), rối loạn ngôn ngữ (41 - 93%), rối loạn giấc ngủ (25 - 96%), cảm xúc không ổn định (43 - 63%), rối loạn tâm thần vận động (ví dụ: tăng động, giảm động, hỗn hợp) (38 - 55%), hoang tưởng (18 - 68%) và ảo giác (17 - 55%). Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu trên (bảng 3.4). Chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân sảng tại khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa trung ương phần lớn là có biểu hiện rối loạn trí nhớ trong đó giảm trí nhớ gần gặp nhiều nhất với tỉ lệ 95,8% và rối loạn định hướng trong đó rối loạn định hướng về không gian gặp nhiều nhất (91,7%). Tiếp đó rối loạn sự chú ý. Biểu hiện thường gặp nhất giảm khả năng duy trì chú ý (79,2%). Tiếp đó là rối loạn ngôn ngữ với 45,8% bệnh nhân có biểu hiện tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ. Trong rối loạn giấc ngủ, thường gặp nhất là rối loạn chu kỳ giấc ngủ với tỉ lệ 33,3%. Kết quả của chúng tôi có một số điểm khác so với kết quả trong nghiên cứu của Franco (2013). Gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của Franco là rối loạn chu kỳ thức ngủ với tỉ lệ 94,5% và rối loạn chú ý (93,2%). Rối loạn định hướng và rối loạn tâm vận động có tỉ lệ như nhau (87,7%). Tiếp đó đến rối loạn trí nhớ và thường gặp nhất là rối loạn trí nhớ dài hạn (84,9%) [6]. Sự khác biệt có thể xảy ra có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều so mẫu nghiên cứu của các tác giả. Và cũng có thể nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành tại khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa trung ương còn nghiên cứu của Franco thống kê trên 14 nghiên cứu từ 7 nước Mỹ, Brazil, Colombia, Ireland, Đài Loan, Hàn Quốc và Nhật bản [6].

V. KẾT LUẬN

Hội chứng sảng gặp nhiều ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuổi khởi phát trung bình 77,07 ± 10,64. Xuất hiện nhiều nhất là sảng giảm động với thời gian tồn tại là 4,38 ± 4,82 ngày. Hầu hết có biểu hiện giảm trí nhớ gần, rối loạn định hướng về không gian và giảm khả năng duy trì chú ý. Ít gặp nhất là rối loạn chu kỳ thức ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jin H H et al (2009),** "Delirium in Older Emergency Department Patients: Recognition, Risk Factors, and Psychomotor Subtypes", Academic Emergency Medicine. 16(3), p. 193-200.
2. **Colin J H and Kalya V (2014)**, "Delirium: Presentation, Epidemiology, and Diagnostic Evaluation (Part 1)", Rhode Island Medical Journal. 97(6), p. 18-23.
3. **Tamara G Fong, Samir R Tulebaev and Sharon K Inouye (2009),** "Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment", Nature reviews neurology. 5(4), p. 210.
4. **Sharon K Inouye, Rudi GJ Westendorp and Jane S Saczynski (2014),** "Delirium in elderly people", The Lancet. 383(9920), p. 911-922.
5. **Ritsuko Kakuma et al (2003),** "Delirium in Older Emergency Department Patients Discharged Home: Effect on Survival", Journal of the American Geriatrics Society. 51(4), p. 443-450.
6. **Franco JG et al (2013),** "Three Core Domains of Delirium Validated Using Exploratory and Confirmatory Factor Analyses", Psychosomatics. 54(3), p. 227-238.
7. **Keeffe SO and Lavan J (1997),** "The Prognostic Significance of Delirium in Older Hospital Patients", Journal of the American Geriatrics Society. 45(2), p. 174-178.
8. **M J Dubois et al (2001),** "Delirium in an Intensive Care Unit: A Study of Risk Factors", Intensive Care Med. 27(8), p. 1297-1304.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI TRÊN 45 TUỔI CÓ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI

Nguyễn Hoài Bắc[1,2], Nguyễn Cao Thắng[2]

TÓM TẮT

Ngày nay, chất lượng cuộc sống là một vấn đề được xã hội quan tâm.Ở nam giới lớn tuổi, các rối loạn tiểu tiện là một trong những vấn đề nhạy cảm nhưng lại gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới sinh hoạt và hoạt động tình dục. Nghiên cứu của chúng tôi trên 933 nam giới trên 45 tuổi có triệu chứng đường tiểu dưới với mục tiêu đưa ra các đặc điểm và một số yếu tố liên quan tới hội chứng đường tiểu dưới và rối loạn hoạt động tình dục trên những bệnh nhân này. Kết quả cho thấy 48,9% những bệnh nhân trong nhóm đối tượng nghiên cứu thừa cân (BMI >23). Khoảng 71,1% đối tượng có rối loạn hoạt động tình dục (RLHĐTD); trong đó, rối loạn hoạt động tình dục thường gặp nhất là rối loạn cương dương (49,5%). Hội chứng kích thích có liên quan tới các RLHĐTD nhiều hơn so với hội chứng tắc nghẽn (OR [95%CI] =1,91 [1,4-2,6]). Nồng độ testosterone ở những bệnh nhân có RLHĐTD thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có RLHĐTD, testosterone thấp là một yếu tố nguy cơ của RLHĐTD ở những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới.

Từ khóa: LUTS, rối loạn hoạt động tình dục, nam giới lớn tuổi.

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc
Email: nguyenhoaibac@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

SUMMARY

EVALUATION OF SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN ABOVE 45 YEARS OLD PRESENTING WITH LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS

Nowadays, quality of life is an emerging concern of the society. In elderly men, lower urinary tract symptoms (LUTS) are sensitive matters which severely affect their daily routine and sexual life. Therefore, we conducted a study on 933 men 45 years old or above who had at least 1 LUTS to investigate some characteristics and risk factors of LUTS and sexual dysfunction in these patients. Our results showed that 48.9 per cent of subjects were overweight (BMI>23). Approximately 71.1 percent of the patients had a problem with sexual function in which erectile dysfunction was most prevalent (58.5%). Storage symptoms had a more significant correlation with sexual dysfunction compared with voiding symptoms (OR [95%CI] =1.91 [1.4-2.6]). Testosterone level were lower in patients with sexual dysfunction, low testosterone was a risk factor of sexual dysfunction in patients who had LUTS.

Keywords: LUTS, sexual dysfunction, aging male.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, cùng với sự phát triển của xã hội, chất lượng cuộc sống là một vấn đề được đặc biệt quan tâm.Trong đó, các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) là những bệnh cảnh thường gặp và gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống. Thuật ngữ triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) được Abrams.P đưa ra vào năm 1994 để chỉ những rối loạn về tiểu tiện trên bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt [1]. Ngày nay, LUTS cũng được dùng để đánh giá các triệu chứng trong xơ cứng cổ bàng quang, bàng quang tăng hoạt… LUTS gồm 12 triệu chứng, chia thành 3 nhóm là hội chứng kích thích, hội chứng tắc nghẽn và hội chứng sau tiểu[2]. Các nghiên cứu về dịch tễ học cho thấy tỷ lệ mắc LUTS ở nam giới trên 50 tuổi là 50%[3] và tỷ lệ này có mối liên quan chặt chẽ với độ tuổi của nam giới [4].

Các rối loạn hoạt động tình dục (RLHĐTD) là những bất thường ở bất kỳ giai đoạn nào của hoạt động tình dục và cũng có ảnh hưởng không nhỏ tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bên cạnh đó, các rối loạn hoạt động tình dục (RLHĐTD) cũng tăng lên theo tuổi, nghiên cứu MMAS của Viện lão hóa nam Massachusetts chỉ ra rằng 34,8% nam giới độ tuổi từ 40 – 70 có rối loạn cương dương (RLCD) mức độ vừa và nặng [5].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan mật thiết giữa LUTS và các RLHĐTD [6] [7]. Các nghiên cứu này đều chỉ ra rằng những bệnh nhân có LUTS đều có sự suy giảm về tần số cũng như chất lượng của đời sống tình dục. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Các nghiên cứu chủ yếu đánh giá các RLHĐTD ở những bệnh nhân có rối loạn cương dương đơn thuần hoặc có chỉ định can thiệp về ngoại khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1- Mô tả đặc điểmhội chứng đường tiểu và rối loạn hoạt động tình dục ở nam giới trên 45 tuổi được chẩn đoán LUTS

2- Đánh giá mối liênquan giữa rối loạn hoạt động tình dục và một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở những bệnh nhân LUTS

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 933 bệnh nhân tuổi từ 45 đến 84 có ít nhất một triệu chứng thuộc hội chứng đường tiểu dưới tại phòng khám Nam học Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. Quy trình nghiên cứu: Nam giới trên 45 tuổi đến khám tại phòng khám Nam học Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sau khi được sàng lọc, phân loại, khai thác thông tin về tiền sử, bệnh sử sẽ được phỏng vấn sâu nhằm phát hiện một trong các triệu chứng về đường tiểu dưới và tình trạng quan hệ tình dục trong vòng 3 tháng. Các bệnh nhân có ít nhất một triệu chứng đường tiểu dưới sẽ được đưa vào nghiên cứu và được chia thành hội chứng kích thích (gồm các triệu chứng tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp, tiểu không kiểm soát), hội chứng tắc nghẽn (gồm các triệu chứng tiểu ngập ngừng, dòng tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, tiểu khó, tiểu tách dòng, nhỏ giọt cuối dòng), triệu chứng sau tiểu (gồm các triệu chứng tiểu không hết, nhỏ giọt sau tiểu) và các triệu chứng khác. Đối tượng tham gia nghiên cứu sau đó được chỉ định một số xét nghiệm về nội tiết kèm theo siêu âm đánh giá khối lượng tuyến tiền liệt.

2.3. Xử lý số liệu: Kết quả của nghiên cứu được xử lý bằng phềm mềm STATA 13. Khi so sánh hai nhóm, thuật toán T-student test được dùng đối với biến phân bố chuẩn, thuật toán Mann Whitney test được dùng với biến phân bố không chuẩn. Fisher's exact test được dùng để kiểm định khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm. Sử dụng thuật toán ANOVA test đối với biến phân bố chuẩn, sử dụng thuật toán Kruskal Wallis test đối với biến phân bố không chuẩn. Mô hình hồi quy logistic được dùng để xác định OR rối loạn hoạt động tình dục giữa các nhóm. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$ (độ tin cậy 95%).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin liên quan đến

người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

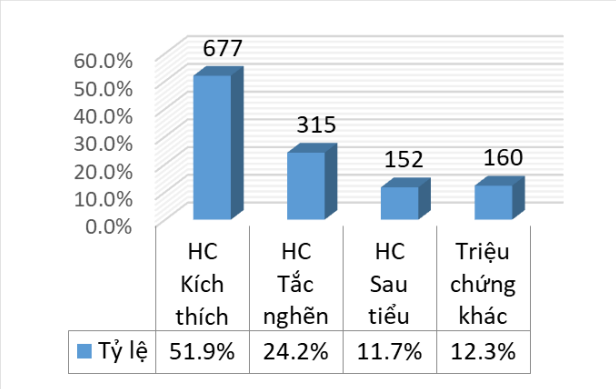
Bảng 1: Đặc điểm của 933 đối tượng tham gia nghiên cứu

	n (%)	Trung bình (SD) Trung vị [GTNN-GTLN]
Tuổi[a] 57,0 (8,59); 56,0 [45,0 – 84,0]		
45-55	444 (47,6%)	
56-65	325 (34,8%)	
66-75	126 (13,5%)	
≥ 76	38 (4,1%)	
Nghề nghiệp[a]		
Công chức	111 (11,9%)	
Kinh doanh	95 (10,2%)	
Công nhân-nông dân	396 (42,4%)	
Hưu trí	241 (25,8%)	
Tự do	90 (9,7%)	
Chiều cao (cm) [a] 164,8 (5,27) 165,0 [140,0 – 180,0]		
Cân nặng (kg) [a] 62,1 (7,73) 61,0 [42,0 – 95,0]		
BMI (kg/m²) [a] 22,8 (2,55) 22,7 [16,0 – 45,9]		
BMI < 18.5	32 (3,4%)	
18.5 ≤ BMI < 23	445 (47,7%)	
23 ≥ BMI	456 (48,9%)	
Hút thuốc lá[a]		
Có	174 (18,7%)	
Không	759 (81,4%)	
Triệu chứng rối loạn hoạt động tình dục[a]		
Có	663 (71,1%)	
Không	270 (28,9%)	
Trọng lượng tuyến tiền liệt (gram)[b] 28,3 (12,4); 26,0 [10,0 – 109]		
≤ 30	328 (67,6%)	
> 30	157 (32,4%)	
Nồng độ testosterone huyết thanh (nmol/l)[b] 16,7 (6,30)ᵢ 16,0 [3,42 – 47,5]		
Thấp (<12 nmol/L)		
Bình thường (≥12nmol/L)		

SD: Độ lệch chuẩn; GTNN: Giá trị nhỏ nhất; GTLN: Giá trị lớn nhất
[a]Trên 933 đối tượng, [b]Trên 485 đối tượng.

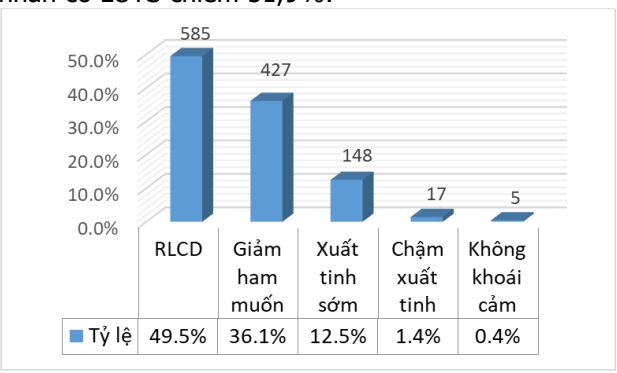
Hơn 80% đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi từ 45 đến 65, trong đó khoảng 75% vẫn đang làm việc. Tỷ lệ có RLHĐTD ở những bệnh nhân này là 71,1%. Tỷ lệ bệnh nhân LUTS có thể tích tuyến tiền liệt > 30g là 32,4%.

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. *Phân bố triệu chứng đường tiểu dưới*

Hội chứng kích thích thường gặp nhất ở bệnh nhân có LUTS chiếm 51,9%.



Biểu đồ 2. Phân bố triệu chứng rối loạn tình dục

Rối loạn cương dương và giảm ham muốn xuất hiện với tỷ lệ cao nhất, chiếm lần lượt 49,5% và 36,1% tổng số bệnh nhân.

3.3. Sự khác biệt giữa nhóm có và không có RLHĐTD

Bảng 2: So sánh một số đặc điểm của nhóm có và không có RLHĐTD

	Không RLHĐTD		Có RLHĐTD		p
	N (%)	Trung bình (SD)	N (%)	Trung bình(SD)	
HC kích thích[a]: Không	100 (39,1%)		156 (60,9%)		< 0,001
Có	170 (25,1%)		507 (74,9%)		
HC tắc nghẽn[a]: Không	184 (29,8%)		434 (70,2%)		0,431
Có	86 (27,3%)		229 (72,7%)		
Thể tích tuyến tiền liệt (gram) [b]		30,4 (11,2)		27,8 (12,6)	0,004
Testosterone (nmol/l) [b]		18,2 (6,66)		16,4 (6,17)	0,009

SD: Độ lệch chuẩn. [a] Trên 933 đối tượng; [b] Trên 485 đối tượng.

Tỷ lệ có rối loạn tình dục ở những bệnh nhân có hội chứng kích thích cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những bệnh nhân không có hội chứng kích thích. Đối tượng có RLHĐTD có thể tích tuyến tiền liệt (p = 0,004) và nồng độ testosterone huyết thanh (p = 0,009) nhỏ hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có RLHĐTD.

3.4. Giá trị dự đoán tình trạng RLHĐTD ở bệnh nhân LUTS của một số biến số

Bảng 3: Mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với tình trạng rối loạn hoạt động tình dục ở nam giới

	OR	p	95%CI
Hội chứng kích thích[a]			
Không	-		
Có	1,91	< 0,01	1,40-2,60
Hội chứng tắc nghẽn[a]			
Không	-		
Có	1,14	0,431	0,83-1,53
Thế tích tuyến tiền liệt[b]			
≤30	-		
>30	0,61	0,043	0,38-0,98
Testosterone[b]			
Bình thường (≥ 12 nmol/l)	-		
Thấp (< 12nmol/l)	1,97	0.0057	1,21-3,22

[a]Trên 933 đối tượng;[b] Trên 485 đối tượng.

Tỷ lệ RLHĐTD cao hơn ở bệnh nhân có hội chứng kích thích và nồng độ testosterone thấp so với bệnh nhân không có hội chứng kích thích hoặc nồng độ testosterone cao, tương ứng là 1,91 và 1,97.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 933 bệnh nhân từ 45 tuổi trở lêncó LUTS cho thấy nhóm bệnh nhân chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 45 – 65 (82,4%) (Bảng 1). Trong đó chỉ có 25,8% bệnh nhân là hưu trí và hơn 42% là công nhân – nông dân (Bảng 1). Qua đó, chúng ta có thể thấy rằng phần lớn những bệnh nhân trong nghiên cứu vẫn còn trong độ tuổi lao động. Chính vì vậy, các triệu chứng đường tiểu dưới có thể ít nhiều ảnh hưởng tới sinh hoạt và công việc hàng ngày của họ. Chỉ số BMI trung bình của nhóm là 22,8 ± 2,55 kg/m², có 48,9% bệnh nhân thừa cân và 47,7% bệnh nhân có cân nặng chuẩn (Bảng 1). Kết quả của chúng tôi cho thấy thừa cân và béo phì là một yếu tố nguy cơ ở những bệnh nhân cao tuổi có triệu chứng đường tiểu dưới.

Trong 993 bệnh nhân được nghiên cứu thì hội chứng kích thích có ở đa số bệnh nhân với tỷ lệ 51,9% so với 24,2% của hội tắc nghẽn (Biểu đồ 1). Có 663 bệnh nhân có RLHĐTD chiếm 71,1% (Bảng 1). Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ RLCD trong cộng đồng theo nghiên cứu MMAS với 460 nam giới từ 40 – 70 là 52% [5]. Như vậy, rối loạn hoạt động tình dục là một tình trạng khá phổ biến ở nam giới trên 45 tuổi có LUTS. Chính vì vậy, khi tiếp cận đánh giá bệnh nhân LUTS, thầy thuốc cần chú ý đánh giá chức năng hoạt động tình dục của người bệnh. Vì chính tình trạng rối loạn hoạt động tình dục sẽ đóng góp một phần không nhỏ vào việc suy giảm chất lượng cuộc sống trên những bệnh nhân LUTS.

Các rối loạn tình dục phổ biến trong nhóm nghiên cứu là rối loạn cương dương, giảm ham muốn và xuất tinh sớm với tỷ lệ lần lượt là: 49,5%, 36,1% và 12,5% (Biểu đồ 2), so sánh với nghiên cứu UrEpik trên 4.800 nam giới từ 40 – 79 tuổi cho kết quả 21% RLCD và 28% giảm ham muốn [8]. Trong một nghiên cứu tại Nhật Bản trên 3.189 nam giới, các tác giả cùng nhận thấy những bệnh nhân có điểm IPSS (thang điểm đánh giá triệu chứng của tiền liệt tuyến) từ vừa đến nặng có tỷ lệ xuất hiện các RLHĐTD cao hơn những bệnh nhân không có LUTS [9].

Như vậy, tỷ lệ RLHĐTD ở nhóm bệnh nhân LUTS cao hơn quần thể nam giới bình thường nhiều lần. Mặc dù mối liên quan giữa LUTS và các RLHĐTD chưa được sáng tỏ, tuy nhiên đã có nhiều giả thuyết giải thích cho mối liên quan này. Trong đó, giả thuyết về cơ chế của hệ dẫn truyền tín hiệu qua NOS/NO và enzyme RHO-kinase là được nhiều tác giả thừa nhận. Ở những bệnh nhân có LUTS, sự suy giảm của NO/NOS và hoạt hóa RHO-kinase làm cho tăng trương lực cơ trơn tĩnh mạch vật hang dẫn đến sự suy giảm khả năng duy trì độ cương cứng của dương vật. Chính vì vậy, hiện nay điều trị LUTS ở những bệnh nhân có RLHĐTD bằng các thuốc PDE5-i được chứng minh là có hiệu quả điều trị cả hai bệnh lý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 993 bệnh nhân LUTS cho thấyhội chứng kích thích liên quan nhiều nhất đến các rối loạn tình dục, tỉ lệ mắc rối loạn hoạt động tình dục ở những người có triệu chứng kích thích lớn gấp 1,91 lần so với những người không mắc hội chứng kích thích với OR (CI 95%) của hội chứng kích thích với RLHĐTD là 1,91 (1,40 – 2,60) (p < 0,01) (Bảng 3). Kết quả của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Steven Morant và CS so sánhcác bệnh nhân có LUTS và nam giới khỏe mạnh. Các tác giả cũng nhận thấy hội chứng kích thích có liên quan với các RLHĐ tình dục nhiều hơn là triệu chứng tắc nghẽn.

Trong nghiên cứu này, do kích thước trung bình của tuyến tiền liệt trên siêu âm vẫn nằm trong giới hạn bình thường (28,3 gram) nên tỷ lệ triệu chứng kích thích ở các đối tượng nghiên cứu cao hơn so với tỷ lệ các triệu chứng tắc nghẽn. Vì

vậy, chúng ta vẫn cần thêm những nghiên cứu để đánh giá mối liên quan cũng như cơ chế của các triệu chứng LUTS đối với các RLHĐTD.

Mối liên quan giữa bệnh lý tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và RLHĐTD đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu trước đây. Trong nghiên cứu MSAM-7, thấy có sự tương quan giữa thể tích tuyến tiền liệt và mức độ nặng của RLCD [4]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến tiền liệt ở nhóm có RLHĐTD thấp hơn nhóm không có rối loạn (p < 0,01). Sự khác nhau trong kết quả nghiên cứu này là do thể tích tuyến tiền liệt trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ nặng 28,3 gram, tỉ lệ bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt trên 30 gram chiếm 32,4% (Bảng 1).

Testosterone từ lâu đã được chứng minh là một trong những yếu tố chính có vai trò quyết định trong chức năng tình dục của nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ testosterone của nhóm RLHĐTD thấp hơn so với nhóm không có RLHĐTD (p <0,01). Những bệnh nhân có các rối loạn về tình dục có tỷ lệ suy giảm testosterone cao hơn 1,97 lần so bệnh nhân có chức năng tình dục bình thường. Theo nghiên cứu của Bhasin S, ở đàn ông lớn tuổi mỗi năm testosterone giảm 1 – 2%, lâu dài sẽ dẫn tới các triệu chứng thay đổi tâm trạng, giảm năng lượng, giảm ham muốn tình dục và rối loạn cương dương nên có thể cần điều trị hormone thay thế để cải thiện chức năng tình dục.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên quần thể những người có triệu chứng LUTS tại Đơn vị Nam học và Y học giới tính – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tỉ lệ RLHĐTD những bệnh nhân LUTS cao (51,9%). Rối loạn cương dương và giảm ham muốn tình dục là hai loại rối loạn phổ biến (lượt 49,5% và 36,1%). Trên những bệnh nhân LUTS, hội chứng kích thích và suy giảm testosterone là hai yếu tố làm tăng nguy cơ RLHDTD (tương ứng, 1,91 lần và 1,97 lần)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrams P. (1994).** New words for old: lower urinary tract symptoms for "prostatism". BMJ, 308(6934), 929–930.
2. **Abrams P., Cardozo L., Fall M. và cộng sự. (2003).** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology, 61(1), 37–49.
3. **Jacobsen S.J., Jacobson D.J., Girman C.J. và cộng sự. (1997).** Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. J Urol, 158(2), 481–487.
4. **Rosen R., Altwein J., Boyle P. và cộng sự. (2003).** Lower Urinary Tract Symptoms and Male Sexual Dysfunction: The Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). European Urology, 44(6), 637–649.
5. **Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. và cộng sự. (1994).** Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol, 151(1), 54–61.
6. **Frankel S.J., Donovan J.L., Peters T.I. và cộng sự. (1998).** Sexual Dysfunction in Men with Lower Urinary Tract Symptoms. Journal of Clinical Epidemiology, 51(8), 677–685.
7. **Frankel S.J., Donovan J.L., Peters T.I. và cộng sự. (1998).** Sexual Dysfunction in Men with Lower Urinary Tract Symptoms. Journal of Clinical Epidemiology, 51(8), 677–685.
8. **Boyle P., Robertson C., Mazzetta C. và cộng sự. (2003).** The association between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in four centres: The UrEpik study: LUTS AND ERECTILE DYSFUNCTION. BJU International, 92(7), 719–725.
9. **Terai A., Ichioka K., Matsui Y. và cộng sự. (2004).** Association of lower urinary tract symptoms with erectile dysfunction in Japanese men. Urology, 64(1), 132–136.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG CHỈ ĐỊNH KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Thị Song Hà[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Tại Việt Nam, viêm phổi mắc phải ở cộng đồng là một trong những bệnh nhiễm khuẩn mắc phải nhiều nhất, làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong. **Mục tiêu**: Phân tích thực trạng chỉ định kháng sinh điều trị bệnh viêm phổi mắc phải ở cộng đồng trong điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế thị xã Quảng Yên năm 2019. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 262 hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng (VPMPCĐ) có sử dụng kháng sinh (KS), thời gian xuất viện từ 01/01/2019 đến 31/12/2019. **Kết quả:** Số KS trung bình trên mỗi HSBA là 1,7 KS. Có 442 lượt chỉ định KS, trong đó, các cephalosporin có lượt KS chiếm tỷ lệ cao nhất (36%).

[1]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà
Email: songhaktd@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 22.6.2020

Tiền thuốc KS điều trị VPMPCĐ chiếm 6,8% tổng giá trị sử dụng KS điều trị nội trú, chi phí KS trung bình trên một HSBA là 2.329.000 đồng. Phác đồ ban đầu không phù hợp hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế chiếm 87,8%. Có 31,3% số HSBA phải thay đổi phác đồ ban đầu. Số HSBA xảy ra tương tác kháng sinh là 82/262 HSBA. Số ngày sử dụng KS trung bình là 8,5 ngày. **Kết luận:** Nghiên cứu đã khái quát hóa được thực trạng chỉ định KS điều trị VPMPCĐ tại Trung tâm**,** cho thấy đơn vị cần xây dựng tài liệu hướng dẫn sử dụng KS riêng và việc chỉ định KS cần được theo dõi chặt chẽ hơn.

Từ khóa: Kháng sinh, viêm phổi mắc phải ở cộng đồng, phác đồ.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE SITUATION OF PRESCRIBING ANTIBIOTICS FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Background: In Vietnam, community-acquired pneumonia is one of the most acquired infections, increasing the burden of disease and death. **Objective:** Analysis of the situation of prescribing antibiotics for community-acquired pneumonia in inpatient treatment at Quang Yen Town Health Center in 2019. **Methods:** Retrospective study, cross-sectional description, conducted on 262 medical records of patients with treatment of acquired pneumonia in the community using antibiotics. Time of discharge from January 1, 2019 to December 31, 2019. **Results:** The average number of antibiotics per medical record is 1,7 antibiotics. There were 442 turns of antibiotics, of which, the designated turns of cephalosporins accounted for the highest percentage (36,0%). The cost of antibiotics in treating community-acquired pneumonia accounts for 6,8% of the total cost of inpatient antibiotics, the average cost of antibiotics per medical record is VND 2.329.000. The original antibiotic regimen that did not match the treatment guidelines of the Ministry of Health accounted for 87,8%. 31,3% of medical records had to change their initial regimen. The number of medical records with interactions of antibiotics is 82/262 medical records. The average number of days using antibiotics is 8,5 days. **Conclusion:** This study has generalized the status of antibiotic treatment for community-acquired pneumonia at the Center. Showing that the center needs to develop its own guidelines for antibiotic use and the appointment of antibiotics here should be closely monitored.

Key words: Antibiotics, community acquired pneumonia, regimen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là đất nước đang phát triển, các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải nhiều. Trong đó, bệnh viêm phổi mắc phải ở cộng đồng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và gây ra gánh nặng y tế cao, đặc biệt trước tình hình đề kháng kháng sinh hiện nay [4]. Trung tâm Y tế thị xã Quảng Yên là trung tâm y tế hạng III trực thuộc Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh. Tại đây thường xuyên tiếp nhận các ca bệnh nhiễm khuẩn nặng, trong đó các bệnh viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn tại Trung tâm. Thuốc điều trị tại Trung tâm đa số là kháng sinh. Trong bối cảnh đó, nghiên cứu thực hiện với mục tiêu cụ thể: "Phân tích thực trạng chỉ định thuốc kháng sinh điều trị bệnh viêm phổi mắc phải ở cộng đồng trong điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế thị xã Quảng Yên năm 2019", nhằm đưa ra cái nhìn tổng thể về thực trạng chỉ định kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại đây, từ đó đề xuất một số biện pháp nhằm nâng cao hiệu quả sử dụng kháng sinh ở Trung tâm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: HSBA của bệnh nhân điều trị VPMPCĐ có sử dụng KS tại Trung tâm Y tế thị xã Quảng Yên năm 2019.

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

Thu thập số liệu: Hồi cứu dữ liệu từ tài liệu sẵn có. Kết xuất dữ liệu từ phần mềm quản lý HSBA điện tử của Trung tâm.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Bao gồm 262 HSBA của bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn:

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi (mã phân loại quốc tế về bệnh tật ICD-10 của chẩn đoán ra viện là J12 đến J18), thời gian xuất viện từ 01/01/2019 - 31/12/2019. Bệnh nhân được kê đơn điều trị bằng ít nhất một loại kháng sinh trong thời gian nằm viện.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chẩn đoán viêm phổi sau khi nhập viện 48 giờ. Bệnh nhân mắc bệnh lao phổi, ung thư phổi, nhiễm HIV hoặc mắc đồng thời các bệnh nhiễm khuẩn khác. Bệnh nhân nằm viện ít hơn 03 ngày. Bệnh nhân trốn viện, chuyển tuyến hoặc tử vong.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm access 2013 và excel 2013.

Một số tiêu chuẩn áp dụng đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu: Sử dụng tài liệu hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế ban hành để đánh giá tính phù hợp của phác đồ KS ban đầu trong điều trị VPMPCĐ [3]. Phác đồ KS được đánh giá là "phù hợp" khi là một trong các phác đồ tương ứng với mức độ nặng của bệnh nhân theo khuyến cáo. Các tương tác gặp phải khi có phối hợp KS được tra trên phần mềm tra cứu tương tác thuốc, phát hành kèm theo cuốn sách "Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định" của Bộ Y tế ban hành năm 2006 [2].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số chỉ số cơ bản về kháng sinh sử dụng trong điều trị VPMPCĐ

3.1.1. Số thuốc KS được kê trên HSBA

Bảng 1. Số thuốc kháng sinh được kê trên HSBA

Đặc điểm HSBA kê KS	Tần xuất	Tỷ lệ %
HSBA kê 01 kháng sinh	89	34,0
HSBA kê 02 kháng sinh	169	64,5
HSBA kê 03 kháng sinh	1	0,4
HSBA kê 04 kháng sinh	3	1,1
Tổng	**262**	**100**
Số KS trung bình trên mỗi HSBA	**1,7**	

Nhận xét: Số bệnh án kê 02 KS chiếm tỷ lệ cao nhất (64,5%). Số KS trung bình trên mỗi HSBA là 1,7 KS.

3.1.2. Lượt chỉ định của KS

Bảng 2. Lượt chỉ định của các nhóm kháng sinh điều trị VPMPCĐ

STT	Nhóm KS	Số hoạt chất	Lượt chỉ định	
			n	Tỷ lệ %
I	**Cephalosporin**	**8**	**159**	**36,0**
1	C1G	1	2	0,5
2	C2G	2	62	14,0
3	C3G	4	93	21,0
4	C4G	1	2	0,5
II	Penicillin	5	129	29,2
III	Aminoglycosid	3	65	14,7
IV	Macrolid	1	54	12,2
V	Quinolon	2	35	7,9
Tổng = (I) + (II) + (III) + (IV) + (V)		**19**	**442**	**100**

Nhận xét: Có 442 lượt chỉ định KS tương ứng với 19 hoạt chất. Các cephalosporin có nhiều lượt chỉ định nhất (36,0%), trong đó chủ yếu là các cephalosporin thế hệ 3.

3.1.3. Chi phí thuốc KS điều trị VPMPCĐ

Bảng 3. Chi phí thuốc kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ

STT	Chỉ số	Đơn vị tính	Giá trị
1	Tổng số HSBA	HSBA	262
2	Tổng chi phí thuốc KS điều trị nội trú	Nghìn VNĐ	8.940.549
3	Tổng chi phí thuốc KS điều trị VPCĐ	Nghìn VNĐ	610.230
4	Chi phí thuốc KS điều trị VPMPCĐ trung bình trên môi HSBA: (4) = (3)/(1)	Nghìn VNĐ	2.329
5	Chi phí thuốc KS điều trị VPCĐ / tổng chi phí thuốc KS điều trị nội trú : (5) =(3)/(2) *100%	%	6,8%

Nhận xét: Tổng tiền thuốc KS điều trị VPMPCĐ chiếm 6,8% trên tổng chi phí thuốc KS điều trị nội trú. Chi phí thuốc KS điều trị VPMPCĐ trung bình trên mỗi HSBA là 2.329.000 VNĐ.

3.2. Các chỉ số liên quan về sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ

3.2.1. Đánh giá sự phù hợp trong lựa chọn kháng sinh ở phác đồ ban đầu dựa trên mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB65

Bảng 4. Lựa chọn kháng sinh phác đồ ban đầu dựa trên mức độ nặng của VPMPCĐ theo thang điểm CURB65

Sự phù hợp chỉ định KS	Mức độ nặng của VPMPCĐ (điểm CURB65)				Tổng	
	Trung bình (2)		Nặng (3-5)			
	n	%	n	%	n	%
Trường hợp không phù hợp	226	89,3	4	44,4	230	87,8
Trường hợp phù hợp	27	10,7	5	55,6	32	12,2
Tổng	**253**	**100**	**9**	**100**	**262**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ phác đồ KS ban đầu được đánh giá phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế chiếm 12,2% tổng số phác đồ. Tỷ lệ phác đồ phù hợp chỉ chiếm 10,7% đối với mức độ VPMPCĐ trung bình. Tuy nhiên, đối với mức độ nặng của VPMPCĐ, tỷ lệ phác đồ phù hợp chiếm 55,6%.

3.2.2. Thay đổi phác đồ kháng sinh ban đầu

Bảng 5. Thay đổi phác đồ kháng sinh ban đầu

Phác đồ KS ban đầu	Phác đồ 01 KS		Phác đồ 02 KS		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
HSBA không thay đổi phác đồ (1)	89	61,0	91	78,4	180	68,7
HSBA có thay đổi phác đồ (2)	57	39,0	25	21,6	82	31,3
- Đổi sang KS khác	25	17,1	3	2,6	28	10,7
- Thêm một KS	32	21,9	0	0	32	12,2
- Bớt một KS	0	0	22	19,0	22	8,4
Tổng = (1) +(2)	**146**	**100**	**116**	**100**	**262**	**100**

Nhận xét: 31,3% HSBA phải thay đổi phác đồ ban đầu. Trong đó, phác đồ thêm một KS chiếm tỷ lệ cao nhất (12.2% tổng số HSBA).

3.2.3. Tương tác gặp phải khi phối hợp KS

Bảng 6. Các cặp tương tác KS gặp phải

STT	Tên KS 1	Tên KS 2	Tần suất	Tỷ lệ %
I	**Tương tác mức độ 4**		**49**	**60,5**
1	Cefoxitin	Tobramycin	22	27,2
2	Cefotaxim	Gentamycin	10	12,3
3	Ceftizoxim	Tobramycin	8	9,9
4	Cefotaxim	Tobramycin	7	8,6
5	Ceftazidim	Amikacin	2	2,5
II	**Tương tác mức độ 3**		**32**	**39,5**
6	Ampicillin + sulbactam	Clarithromycin	15	18,5
7	Amoxicillin + sulbactam	Clarithromycin	13	16,0
8	Amoxicillin + acid clavulanic	Clarithromycin	4	4,9
Tổng = (I) + (II)			**81**	**100**

Nhận xét: Có 08 cặp tương tác gặp phải khi phối hợp kháng sinh, tương ứng với 81 HSBA. Trong đó, mức độ 4 (phối hợp nguy hiểm) là mức độ tương tác phổ biến nhất (60,5%). Còn lại là các tương tác ở mức độ 3 (cần cân nhắc nguy cơ lợi/ hại của sự phối hợp thuốc).

3.2.4. Độ dài đợt điều trị KS

Bảng 7. Độ dài đợt điều trị kháng sinh

Ngày điều trị KS	Dưới 7 ngày	Từ 7-10 ngày	Trên 10 Ngày	Tổng
Số HSBA	23	207	32	262
Tổng số ngày	124	1723	383	2230
Số ngày điều trị KS trung bình				**8,5**

Nhận xét: Tại TTYT năm 2019, độ dài đợt điều trị KS chủ yếu từ 7 đến 10 ngày, chiếm 207/262 HSBA. Số ngày sử dụng KS trung bình là 8,5 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số chỉ số cơ bản về kháng sinh sử dụng trong điều trị VPMPCĐ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, HSBA kê 02 kháng sinh có tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu. Số thuốc kháng sinh trung bình trên mỗi HSBA là 1,7 KS. Các trường hợp điều trị nội trú đều là VPMPCĐ có mức độ từ trung bình cho đến nặng nên việc sử dụng nhiều hơn một KS chiếm tỷ lệ cao. Điều này cũng phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế trong hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị VPMPCĐ [3].

Có 442 lượt chỉ định KS.Trong đó, phân nhóm cephalosporin thuộc nhóm KS beta-lactam được sử dụng phổ biến nhất, đặc biệt là các cephalosporin thế hệ 3 chiếm đến 21% tổng số lượt chỉ định của KS. Kết quả này cũng có sự tương đồng với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế đưa ra, khi hầu hết mỗi phác đồ khuyến cáo của Bộ đều có chứa một KS beta-lactam [3].

Tại TTYT năm 2019, tổng tiền thuốc KS điều trị VPMPCĐ chiếm 6,8% so với tổng chi phí thuốc KS trong điều trị nội trú. Tiền thuốc KS điều trị VPMPCĐ tại TTYT cũng cao hơn so với một số nghiên cứu gần đây tại một số bệnh viện như: bệnh viện 19-8 [1], bệnh viện Lao và bệnh phổi Thái Nguyên [5]. Tiền thuốc KS tại Trung tâm cao có thể lý giải là do ảnh hưởng bởi các yếu tố như: mức độ nặng của bệnh viêm phổi, phác đồ kháng sinh lựa chọn và thời gian điều trị KS.

4.2. Các chỉ số liên quan về sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ

Tỷ lệ phác đồ KS ban đầu được đánh giá không phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế chiếm tỷ lệ cao, cho thấy còn tồn tại một khoảng cách khá lớn giữa thực tế kê đơn KS so với khuyến cáo của Bộ Y tế. Điều này có thể là do rất nhiều các phác đồ điều trị cho bệnh nhân

tại Trung tâm chỉ dựa trên kinh nghiệm của bác sỹ mà không dựa trên hướng dẫn điều trị cụ thể nào. Hoặc do bác sỹ không dựa vào tiêu chuẩn quy định của thang điểm CURB65 để phân loại mức độ nặng của bệnh nhân.

Số HSBA phải thay đổi phác đồ ban đầu chiếm tỷ lệ 31,3%. Trong đó, phác đồ thêm 01 KS chiếm tỷ lệ cao nhất. Việc thay đổi phác đồ do phác đồ ban đầu hiệu quả điều trị không rõ rệt, triệu chứng bệnh không thuyên giảm hoặc do tác dụng không mong muốn của KS.

Về các tương tác gặp phải khi phối hợp KS, phổ biến nhất là các tương tác mức độ 04. Đây là các cặp tương tác giữa một cephalosporin và một amino glycosid. Sự phối hợp này nếu dùng kéo dài làm tăng khả năng gây độc tính cho thận đặc biệt ở những người có chức năng thận suy giảm. Còn lại là những tương tác ở mức độ 3, cụ thể là tương tác giữa một penicilllin và chất ức chế beta-lactamase, với một KS nhóm macrolid. Tác dụng diệt khuẩn của penicillin có thể đối kháng với tác dụng kìm khuẩn của macrolid. Vì vậy cần phải hết sức cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích khi phối hợp để tăng hiệu quả và giảm những rủi ro trong điều trị.

Tại TTYT năm 2019, độ dài đợt điều trị KS chủ yếu từ 07 đến 10 ngày. Số ngày sử dụng KS trung bình là 8,5 ngày. Theo hướng dẫn sử dụng KS điều trị VPMPCĐ của Bộ Y tế đưa ra, độ dài đợt điều trị nên từ 07 đến 10 ngày với các trường hợp do tác nhân viêm phổi điển hình [3]. Có thể thấy, đa số bệnh nhân đều đáp ứng với phác đồ điều trị tại Trung tâm nên thời gian điều trị không quá dài.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, việc kê đơn KS phần lớn là theo kinh nghiệm, tỷ lệ các phác đồ kháng sinh phù hợp hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế còn rất thấp. Các tương tác khi phối hợp KS chưa được theo dõi chặt chẽ.

Thực trạng chỉ định KS tại đơn vị cho thấy Trung tâm cần xây dựng tài liệu hướng dẫn điều trị KS riêng cho bệnh VPMPCĐ, căn cứ trên các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế. Tăng cường giám sát sử dụng đối với nhóm KS beta-lactam-nhóm thuốc KS được sử dụng nhiều nhất tại Trung tâm, để hạn chế sự lạm dụng KS, giảm thiểu chi phí điều trị. Ngoài ra cần theo dõi chặt chẽ các tương tác bất lợi xảy ra, cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích khi phối hợp KS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Văn Bang (2018),** Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An, Luận văn thạc sỹ dược học, Đại học Dược Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế (2006),** Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
3. **Bộ Y Tế (2015),** Quyết định 708/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn sử dụng kháng sinh.
4. **Nguyễn Viết Nhung (2017),** "Thách thức trước tình hình đề kháng kháng sinh trong viêm phổi hiện nay", Nội san : Hội nghị đề kháng kháng sinh trong viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện lần thứ 4, Hội hô hấp TP. Hồ Chí Minh.
5. **Nguyễn Ngọc Tú (2017),** Phân tích chi phí trực tiếp điều trị bệnh viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Lao và bệnh phổi Thái Nguyên năm 2015, Luận văn thạc sĩ dược học, Đại học Dược Hà Nội.

MỘT SỐ THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN TRONG CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS SAU KHI TRIỂN KHAI MÔ HÌNH TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT

Đoàn Thị Ngọc Hà*, Nguyễn Văn Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số thuận lợi, khó khăn trong công tác phòng, chống HIV/AIDS sau khi triển khai mô hình Trung tâm kiểm soát dịch bệnh (CDC) tuyến tỉnh. **Đối tượng nghiên cứu và phương pháp**: Các lãnh đạo CDC tuyến tỉnh, trưởng khoa HIV/AIDS thuộc CDC tỉnh sẽ được phỏng vấn sâu và các cán bộ y tế thuộc khoa HIV/AIDS của CDC sẽ được tiến hành thảo luận nhóm tại 6 tỉnh Việt Nam từ tháng 1-6/2019. **Kết quả:** Kinh phí cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS không bị ảnh hưởng nhiều, thậm chí tăng lên so với những năm trước đây do tham gia vào các dự án chung hoặc hỗ trợ thêm chi phí từ các nguồn khác. Lãnh đạo nhận thức được vai trò và chức năng của HIV/AIDS ở một số tỉnh rất tốt, đảm bảo hoạt động này được nâng cao. Các khoa có thể sự phối kết hợp tốt hơn do có sự hỗ trợ nhau để giải quyết các công việc gấp hoặc mang tính chuyên môn cao. Tuy vậy, hiện nay, nguồn nhân lực trong công tác phòng chống HIV/AIDS vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu, cả về số lượng cũng như chất lượng. Đồng thời, khi sát nhập, một số cán bộ được điều chuyển về phòng chức

**Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Ngọc Hà
Email: doanthingocha.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 17.6.2020

năng phù hợp cần phải có thêm thời gian để làm quen với công việc mới. **Kết luận:** Việc triển khai mô hình CDC mang lại nhiều thuận lợi cho công tác phòng chống HIV/AIDS, tuy nhiên còn gặp nhiều khó khăn về nguồn nhân lực để đảm bảo hoạt động này.

Từ khóa: CDC, HIV/AIDS

SUMMARY

SOME ADVANTAGES AND DISADVANTAGES IN HIV/AIDS PREVENTION AND CONTROL AFTER IMPLEMENTING THE CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Objectives: To describe some advantages and difficulties in HIV/AIDS prevention and control after implementing the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) model. **Subjects and method**: Directors of CDC, heads of the HIV / AIDS department of the provincial CDC will be interviewed in depth and the health staff of the HIV/AIDS department of the CDC will participate in focus group discussion in 6 provinces from January-June, 2020. **Results**: Funding for HIV/AIDS activities has not been much affected, but increased compared to previous years due to projects or additional support from other sources. CDC's leaders are well aware of the role and function of HIV/AIDS in some provinces, ensuring the quality of this activity. Faculties can coordinate better due to the support of each other to handle urgent or highly specialized tasks. However, at present, human resources in these activities have not met the demand, both in quantity and quality. At the same time, when merging, some officials are transferred to the appropriate function rooms, which need more time to get used to the new jobs. **Conclusion**: The implementation of the CDC model brings several advantages for HIV/AIDS activities, but there is still some difficulties to ensure human resources working in this field.

***Key words**:* CDC, HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, một trong những thay đổi về hệ thống y tế có tác động đến công tác phòng chống HIV/AIDS, đó là Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ đã ban hành Thông tư liên tịch số 51/2015/TTLT-BYT-BNV, hướng dẫn các tỉnh thực hiện mô hình Trung tâm Kiểm soát bệnh tật ở tuyến tỉnh trên cơ sở sáp nhập các trung tâm có cùng chức năng thuộc lĩnh vực y tế dự phòng, trong đó có Trung tâm phòng chống HIV/AIDS [1]. Sự thay đổi này mang tính đột phá trong tổ chức hệ thống y tế dự phòng (YTDP), tuy nhiên nó sẽ ảnh hưởng không nhỏ đên hoạt động phòng chống HIV/AIDS, từ việc là một trung tâm trở thành một khoa của CDC tuyến tỉnh. Để có những nhận định đúng hơn về công tác phòng chống HIV/AIDS trong mô hình mới và định hướng tổ chức và phát triển hoạt động phòng chống HIV/AIDS tốt hơn, tác giả giới thiệu bài báo *"Một số thuận lợi và khó khăn trong công tác phòng chống HIV/AIDS sau khi triển khai mô hình trung tâm kiểm soát bệnh tật"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các lãnh đạo Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh của tỉnh (CDC tỉnh), trưởng khoa HIV/AIDS thuộc CDC tỉnh sẽ được phỏng vấn sâu và các cán bộ y tế thuộc khoa HIV/AIDS của CDC sẽ được tiến hành thảo luận nhóm tại 6 tỉnh bao gồm Hà Nội, Bắc Ninh, Quảng Ninh, Thái Nguyên, Tiền Giang và Long An từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, sử dụng phương pháp định tính

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được gỡ băng và phân tích theo chủ đề

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thuận lợi trước mắt chưa có nhiều vì đang trong những năm đầu thành lập. Tuy nhiên, kinh phí và các hoạt động cho công tác phòng, chống HIV/AIDS vẫn được đáp ứng nhiều so với trước đây. Cơ sở vật chất và lãnh đạo cũng có một số những thuận lợi nhất định.

Các khoản kinh phí và hoạt động hỗ trợ cho công tác phòng chống HIV/AIDS nhìn chung không bị ảnh hưởng nhiều. Cán cán bộ vẫn có ưu đãi nghề và tham gia vào các dự án của đơn vị. Ngoài ra, do khoa phòng, chống HIV/AIDS mang tính chất đặc thù nên vẫn được quan tâm, sát sao, và hỗ trợ hoặc vận động kinh phí từ các nguồn quốc gia.

Kinh phí cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tăng lên so với những năm trước đây do tham gia vào các dự án chung hoặc hỗ trợ thêm chi phí từ các nguồn khác.

"Kinh phí của CDC Hà Nội cho so với trước đây đã tăng lên, năm nay so với năm 2018 tăng được hơn 50%". (PVS_Cán bộ chuyên trách HIV/AIDS_Hà Nội).

"Trung tâm HIV/AIDS trước đây là đơn vị không có nguồn thu, khi tham gia CDC thì được thêm nguồn thu nhập tăng thêm mà trước đây không có". (PVS_Lãnh đạo CDC_Long An).

Lãnh đạo nhận thức được vai trò và chức năng của HIV/AIDS ở một số tỉnh rất tốt. Do HIV/AIDS có đặc trưng riêng nên đối với những đơn vị có lãnh đạo là người hiểu sâu về HIV thì sẽ rất có lợi.

"Nằm trong đơn vị rất lớn, vị thế của CDC khác hẳn của 1 chương trình HIV/AIDS độc lập nên vai trò lãnh đạo CDC tốt hơn. Thực ra ở phía HN rất thuận lợi vì lãnh đạo xác định HIV là rất quan trọng, chỉ sau việc phòng chống dịch, không bị lu mờ hay bóp nhỏ mà vẫn được nâng cao". (PVS_Lãnh đạo CDC_Hà Nội).

"Hiện nay, cơ chế hoạt động lãnh đạo khoa vẫn phụ trách các vấn đề HIV/AIDS chung, các hoạt động về HIV vẫn do PGĐ điều hành nên chủ yếu vẫn tự quyết, chỉ những hoạt động lớn có tính chất chung mới hỏi ý kiến giám đốc". (PVS_Lãnh đạo CDC_Long An).

"Việc lãnh đạo, chỉ đạo của ban lãnh đạo CDC cũng như của Khoa HIV là rất quan trọng, đối với tuyến trên, tiếp tục có các văn bản hướng dẫn cụ thể hơn để thực hiện các mục tiêu được thuận lợi, tiếp tục tập huấn, cập nhật công nghệ mới cho cán bộ của hệ thống để các tỉnh có thể triển khai tốt hơn". (TLN_Lãnh đạo các khoa, phòng thuộc CDC_Thái Nguyên).

Phối kết hợp giữa các bộ phận dường như vẫn thuận lợi do các khoa có thể hỗ trợ nhau để giải quyết các công việc gấp hoặc mang tính chuyên môn cao.

"Nhưng hiện nay về cơ bản, vẫn ổn định chương trình và thực hiện theo đúng nguyên tắc là không xáo trộn về mặt tổ chức, những người làm chuyên môn PC AIDS vẫn làm chuyên môn, chỉ có điều mất hẳn phòng chức năng". (PVS_Lãnh đạo CDC_Hà Nội).

"Trước đây các cơ quan khác nhau thì phối hợp khó khăn hơn, nhưng giờ sát nhập thì các khoa phòng liên quan chính đến HIV thì đều tháo gỡ, thông suốt và rất nhanh. Các bộ môn chuyên môn có những tháng cao điểm nên khi cần thiết, khoa đề xuất nhân sự cần tăng cường theo khoa". (PVS_Lãnh đạo CDC_Hà Nội).

Điều kiện cơ sở vật chất và trang thiết bị sau khi sáp nhập CDC được tăng cường và hỗ trợ nhiều hơn trước.

"Hiện tại là rất thuận lợi vì công việc tập trung, điều kiện trang thiết bị tốt hơn". (TLN_Các cán bộ khoa HIV/AIDS_Bắc Ninh).

"Sau sáp nhập CDC có đầy đủ hơn các máy móc và thiết bị xét nghiệm, hiện đại hơn, nên công việc thuận lợi hơn rất nhiều, việc xét nghiệm khẳng định tốt hơn, công việc tự tin hơn". (TLN_Các cán bộ khoa HIV/AIDS_Thái Nguyên).

Khó khăn: các biến động về nhân lực sau khi thành lập CDC đã ảnh hưởng tới một số hoạt động khác của công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Tình hình nhân lực ngày càng mỏng đi do có sự tách biệt và phân chia sang các phòng chức năng. Ngoài ra, một số cán bộ có tâm lý không ổn định hoặc bị lay động do áp lực công việc lớn hơn. Công việc vẫn nhiều như trước nhưng nhân lực hụt giảm dẫn đến công việc bị quá tải.

"Hiện tại nhân lực là rất mỏng vì làm một lúc nhiều việc: vừa việc của khoa HIV, vừa việc chức năng, lại thêm công việc quỹ toàn cầu. Ngoài ra với tâm lý của cán bộ, họ cần thích ứng với môi trường làm việc mới, lãnh đạo mới nên yêu cầu công việc và sức ép cao hơn." (TLN_Lãnh đạo các khoa, phòng HIV/AIDS_Hà Nội).

"Vẫn đảm bảo được công việc nhưng nhân lực thiếu quá nên bị áp lực". (TLN_Các cán bộ khoa HIV/AIDS_Hà Nội).

Thực trạng thiếu bác sỹ, dược sỹ tại trung tâm kiểm soát bệnh tật cũng là một khó khăn lớn sau khi trung tâm được thành lập. Đa số những cán bộ đã làm việc lâu năm đều chuyển việc hoặc điều chuyển sang vị trí khác cho phù hợp với vị trí việc làm. Điều này ảnh hưởng không nhỏ đến việc bố trí nhân lực cho các bộ phận.

"Thiếu bác sỹ, thiếu dược sỹ do không có nhân lực để tuyển nên tuyển biên chế bị thiếu người. Khi sát nhập thì giảm được biên chế hành chính kế toán, nhưng lại thiếu về chuyên môn. Mô hình tổ chức ổn định, đi vào hoạt động bình thường, về nhân lực về HIV/AIDS bị công việc hơi nặng, rút nhân lực của HIV/AIDS điều đi nơi khác nên khoa HIV/AIDS thiếu người". (TLN_Lãnh đạo khoa, phòng thuộc CDC_Long An).

"Nhân lực giảm đi: cán bộ phòng chức năng gộp vào các phòng chức năng của CDC, không tuyển thêm nhân lực mới. Những cán bộ của khoa HIV bây giờ đều là cán bộ của trung tâm HIV cũ, cán bộ của HIV cũng không có chuyển công tác đi nơi khác". (TLN_Lãnh đạo các khoa, phòng thuộc CDC_Quảng Ninh).

Cơ cấu tổ chức và bố trí công việc nhìn chung không có thay đổi nhiều. Tuy nhiên một số cán bộ phải làm thêm việc do các cán bộ trước đây làm về chức năng đã bị điều chuyển sang các phòng chức năng tương ứng. Hơn nữa, việc bố trí và phân công nhiệm vụ cũng gặp nhiều khó khăn hơn do sắp xếp theo đề án vị trí việc làm nên xảy ra trường hợp cán bộ làm quen việc nhưng không đúng vị trí hoặc đúng vị trí nhưng lại chưa quen việc.

"Nhìn chung không có gì thay đổi về nhiệm vụ chuyên môn so với trước, nhưng có một số cán bộ phải làm thêm do các bạn trước làm về chức năng đã bị điều chuyển về phòng chức năng. Về khâu tổ chức bộ máy, phải sắp xếp theo đề án vị trí việc làm nên xảy ra tình huống là người làm quen việc nhưng chưa đúng vị trí việc làm, mà đúng vị trí thì lại chưa làm quen việc. Do khó khăn như vậy nên công việc sẽ rất khó khăn, phải học hỏi". (TLN_Các cán bộ khoa HIV/AIDS_Hà Nội).

"Một số nhân lực khoa HIV phải chuyển về phòng kế hoạch nghiệp vụ nên bước đầu gặp

khó khăn trong việc lập kế hoạch. Giám đốc HIV cũ chuyển sang làm PGĐ CDC sẽ phải kiêm nghiệm thêm nhiều việc". (PVS_Lãnh đạo CDC_Thái Nguyên).

Việc thay đổi cơ cấu nhân sự cũng làm cho việc điều phối và hoàn thành công việc tốn nhiều thời gian hơn trước đây do thủ tục phức tạp hơn, tổ chức nhân sự chưa rõ ràng. Hơn nữa, nhân lực bị tách lẻ nên ảnh hưởng đến chuyên môn, đồng thời cũng sẽ khó để điều động nhân lực từ các khoa khi có công việc cần.

IV. BÀN LUẬN

Việt Nam là một trong những quốc gia thực hiện nguyên tắc 03 thống nhất do Liên Hợp Quốc khởi xướng, một trong những nội dung đó là có Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 được Thủ tướng Chính phủ ban hành tại Quyết định số 36/2004/QĐ – TTg, ngày 17/3/2004 [2]. Mục tiêu chung được đặt ra trong Chiến lược này là "khống chế tỷ lệ nhiễm HIV dưới 0,3% trong cộng đồng dân cư vào năm 2010 và không tăng sau năm 2010; giảm tác hại của HIV/AIDS đối với sự phát triển của kinh tế xã hội".

Sau khi có Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS, Chỉ thị số 54/2005/CT-TW ngày 30/11/2005 của Ban Bí thư Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam về "Tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS trong tình hình mới"[3]. Chỉ thị nêu rõ "Quyết không để HIV/AIDS phát triển tràn lan thành thành đại dịch ở nước ta trong thời gian tới" và yêu cầu "Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực cán bộ làm công tác PC HIV/AIDS từ trung ương đến địa phương". Các văn bản chỉ đạo liên quan đến công tác phòng, chống HIV/AIDS của Đảng, Nhà nước, Quốc hội và Chính phủ đã tạo hành lang pháp lý cho thành công của chương trình phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam. Bên cạnh đó, với những đặc thù riêng nên công tác phòng chống HIV/AIDS vẫn nhận được sự quan tâm và hỗ trợ từ các nguồn quốc gia và quốc tế.

Việc sát nhập Trung tâm phòng chống HIV/AIDS vào Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh tật cấp tỉnh (CDC tỉnh) theo thông tư liên tịch số 51/2015/TTLT-BYT-BNV của Bộ y tế và Bộ Nội vụ [4] có tác động không nhỏ đến công tác phòng chống HIV/AIDS nói chung, khi đang từ một trung tâm hoạt động độc lập trở thành một trong những cấu phần của một tổ chức rất lớn có vị thế hơn. Bên cạnh đó, hoạt động phòng chống HIV/AIDS cũng được các lãnh đạo CDC quan tâm và chú trọng, xác định công tác này không được xem nhẹ mà vẫn cần nâng cao. Công tác phòng chống HIV/AIDS sẽ có lợi hơn nữa ở những đơn vị có lãnh đạo là người hiểu sâu về hoạt động này, từ đó quản lý được các hoạt động trong công tác phòng chống HIV/AIDS để đưa ra các mục tiêu, kế hoạch đúng đắn và kịp thời, đảm bảo đáp ứng được yêu cầu của quốc gia nói chung đồng thời đảm bảo được sự cân bằng giữa công tác này với các hoạt động khác của CDC. Một điểm thuận lợi nữa khi sát nhập là kinh phí cho hoạt động này tăng lên do khi có sát nhập vào CDC sẽ có thêm nguồn thu nhập tăng thêm mà trước đây không công tác phòng chống HIV/AIDS không có.

Bên cạnh đó, vẫn có nhiều thách thức trong công tác phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam. Nhiệm vụ khó khăn nhất là ước tính số lượng nhân viên cần thiết cho mỗi đơn vị bởi vì cho đến nay, trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS vẫn chưa có đầy đủ tập hợp các bản vị trí công việc và chưa có một khung năng lực sẵn có [5]. Sự thiếu hụt cán bộ y tế tại địa phương, đặc biệt là tuyến huyện, xã và sự bất hợp lý trong cơ cấu cán bộ giữa khoa chuyên môn và phòng chức năng, hay những khó khăn trong tuyển dụng cán bộ làm việc trong lĩnh vực này là những khó khăn trong công tác quản lý nhân lực y tế của công tác phòng, chống HIV/AIDS tại các địa phương [6].

Trong khi số cán bộ có trình độ và kinh nghiệm được tuyển dụng thêm ít, các cán bộ kinh nghiệm và năng lực xin chuyển công tác khác hoặc chuyển lĩnh vực khác, nguyên nhân chính do công việc căng thẳng vất vả và nguy hiểm, trong khi thu nhập còn quá thấp, đãi ngộ ngành nghề, phụ cấp đặc thù, phụ cấp vùng miền và phụ cấp thâm niên chưa tương xứng. Các đối tượng nhiễm HIV/AIDS lại thường tập trung vào các thành phần có nguy cơ cao như nghiện, chích làm tăng nguy cơ của cán bộ khi chăm sóc các đối tượng [7].

Theo Nguyễn Văn Kính và cộng sự trong một nghiên cứu 2007, bên cạnh những khó khăn về số lượng mà cả về chất lượng trong công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, đó là kiến thức về chuyên môn hạn chế (68%), thời gian làm việc quá quy định (52%) thiếu thông tin pháp luật liên quan đến phòng chống chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS (20%) và điều kiện kinh tế và hoàn cảnh gia đình khó khăn (12%). Thu nhập thấp đã được báo cáo là một trong những lý do khiến động lực làm việc thấp [8].

Về cơ cấu tổ chức và bố trí công việc, do việc sát nhập sẽ cần sắp xếp lại vị trí làm việc của từng cán bộ theo chuyên môn, nên công việc của từng cán bộ làm về chức năng trong công tác

phòng/chống HIV/AIDS trước đây sẽ được điều chuyển về các phòng chức năng tương ứng. Ví dụ, cán bộ làm công tác lập kế hoạch cho công tác phòng chống HIV/AIDS trước đây giờ chuyển về làm phòng kế hoạch chung của CDC. Như vậy công việc của các cán bộ này sẽ rộng hơn vì phải lập kế hoạch cho các hoạt động khác của CDC nữa, và các cán bộ hiện có ở khoa phòng chống HIV phải làm thêm việc của các cán bộ đã chuyển đi để đảm bảo chất lượng công việc. Hơn nữa, việc bố trí và phân công nhiệm vụ cũng gặp nhiều khó khăn hơn do sắp xếp theo đề án vị trí việc làm nên xảy ra trường hợp cán bộ làm quen việc nhưng không đúng vị trí hoặc đúng vị trí nhưng lại chưa quen việc. Điều này đòi hỏi cần có nhiều thời gian hơn và các chương trình đào tạo nâng cao năng lực hợp lý để các cán bộ quen với công việc mới và đảm bảo công tác phòng chống HIV/AIDS trong thời kỳ mới.

V. KẾT LUẬN

Việc triển khai mô hình CDC mang lại nhiều thuận lợi cho công tác phòng chống HIV/AIDS, tuy nhiên cần có sự quan tâm và các biện pháp phù hợp hơn nữa nhằm đảm bảo nguồn nhân lực cho hoạt động này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế - Vụ Tổ chức cán bộ (2009),** Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp bộ: Phân tích thực trạng và đề xuất sửa đổi, bổ sung một số chế độ phụ cấp đối với cán bộ, viên chức trong các cơ sở y tế công lập.
2. **Chính phủ Việt Nam (2004),** Quyết định Số 36/2004/QĐ-TTG, ngày 17-3-2004 phê duyệt Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020, chủ biên, Hà Nội.
3. **Ban Bí thư Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2005),** Chỉ thị số 54-CT/TW ngày 30/11/2005 Về tăng cường sự lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS trong tình hình mới, chủ biên.
4. **Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2015),** Thông tư liên tịch số 51/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 11/12/2015 quy định "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở y tế thuộc Uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và phòng y tế thuộc Uỷ ban nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh", chủ biên.
5. **Cục Phòng chống HIV/AIDS (2013),** Tóm tắt chính sách nguồn nhân lực Y tế trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS và các nhu cầu hỗ trợ để cải thiện việc quản lý nguồn nhân lực.
6. **Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Phạm Đức Mạnh và các cộng sự. (2010),** "Đánh giá thực trạng và đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao năng lực trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố", Tạp chí Y học thực hành,
7. **Bộ y tế (2012),** "Báo cáo tình hình nhiễm HIV/AIDS và hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2011-Phương hướng, nhiệm vụ chủ yếu năm 2012".
8. **Nguyễn Văn Kính (2007),** "Khảo sát dư án chăm sóc hỗ trợ và điều trị thuốc kháng virus HIV trên bệnh nhân HIV/AIDS tại quận Bình Thạch trong 3 năm 2007-2009".

ĐẶC ĐIỂM TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC LOẠI TRẦM CẢM

Nguyễn Thị Hòa[1], Nguyễn Thị Hồng Hoa[2], Trần Nguyễn Ngọc[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn phân liệt cảm xúc trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp. Theo DSM-5 tỷ lệ mắc bệnh trong suốt cuộc đời ước tính khoảng 0,3% [1]. Tuy nhiên, phát hiện và chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm còn nhiều khó khăn do các triệu chứng phong phú và đa dạng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "Đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm**". Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2016 đến hết tháng 08 năm 2017. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 40 bệnh nhân được chẩn đoán Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo ICD 10. **Kết quả:** Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (57,5% và 42,5%). Phần lớn là nhóm tuổi từ 26-40 (57,5%).Tuổi trung bình là 30,3 ± 8,2. Với các triệu chứng đặc trưng, 100% các bệnh nhân cứu có khí sắc trầm. Với các triệu chứng phổ biến, 100% bệnh nhân có triệu chứng mất ngủ. Với các triệu chứng cơ thể, gặp nhiều nhất là triệu chứng chậm chạp tâm thần vận động (52,5%). Tỉ lệ bệnh nhân có ý tưởng tự sát cao với 32,5%. **Kết luận:** Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới hơn nam giới. Phần lớn là nhóm tuổi từ 26-40. Tuổi trung bình là 30,3 ± 8,2. Các triệu chứng trầm cảm hầu hết có biểu hiện khí sắc trầm, mất ngủ và chậm chạp tâm thần vận động. Tỉ lệ bệnh nhân đã từng hoặc hiện tại có ít nhất 1 lần có ý tưởng tự sát trong đời đáng kể.

***Từ khóa*:** Rối loạn phân liệt cảm xúc, trầm cảm

[1]*Bệnh viện Lão khoa Trung Ương*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc
Email: bstranngoc80@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

SUMMARY

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, DEPRESSIVE TYPE IN-PATIENTS AT NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Background: Schizoaffective disorder, depressive type is a common mental disorder. According to DSM-5, the lifetime prevalence rate is estimated at 0,3% [1]. However, the detection and diagnosis of schizoaffective disorder, depressive type is still difficult due to the varied symptoms. Therefore, we implemented the topic "Depressive symptoms in patients with Schizoaffective disorder, depressive type". **Objectives:** To describe depressive feature in patients with Schizoaffective disorder, depressive type. **Methods:** The study described cross-section of patients hospitalized and treated at the National Mental Health Institute - Bach Mai Hospital from October 2016 to the end of August 2017. At the end of the study, 40 patients were recruited who were diagnosed with schizoaffective disorder, depressive type according to ICD 10. **Results:** Schizoaffective disorder, depressive type was more common in women than men (57,5% and 42,5%). Most of patients were in the age of 26-40 (57.5%) and the average age is 30.3 ± 8.2. 100% patients have depressed mood. Among common symptoms, 100% of patients have symptoms of insomnia. With physical symptoms, the most common symptoms was psychomotor retardation (52.5%). The number of patients who currently have or had suicidal ideation was significant at 32.5%. **Conclusions:** Schizoaffective disorder, depressive type is more common in women than in men. Most of patients are at the age of 26-40. The average age is 30.3 ± 8.2. Symptoms of depression present with depressed mood, insomnia and psychomotor retardation. The number of patients who currently have or had suicidal ideation was significant.

Keywords: Schizoaffective disorder, depressive type; depression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phân liệt cảm xúc (RLPLCX) là những rối loạn từng giai đoạn trong đó các triệu chứng cảm xúc lẫn phân liệt đều nổi bật trong cùng một giai đoạn của bệnh, thường là xảy ra đồng thời hoặc cách nhau khoảng vài ngày. Đây là một rối loạn tâm thần khá thường gặp, ước tính chiếm 30% trong số các trường hợp nhập viện điều trị nội trú vì các triệu chứng loạn thần. Theo DSM-5 tỷ lệ mắc bệnh trong suốt cuộc đời ước tính khoảng 0,3% [1].

Mặc dù rối loạn phân liệt cảm xúc đã được biết đến từ lâu, song việc chẩn đoán vẫn còn tồn tại nhiều khó khăn. Đã có rất nhiều cuộc tranh luận để xác định xem rối loạn phân liệt cảm xúc chỉ đơn giản là một dạng của tâm thần phân liệt (TTPL) hay một dạng rối loạn cảm xúc (RLCX), hay đó là một rối loạn riêng biệt, hay nó là dạng tiếp diễn giữa hai nhóm rối loạn này. Trên lâm sàng, rối loạn phân liệt cảm xúc vừa có đặc điểm giống các triệu chứng điển hình của tâm thần phân liệt (hoang tưởng, ảo giác, thiếu hòa hợp về tư duy, cảm xúc, hành vi, tác phong); vừa có các rối loạn cảm xúc khá điển hình như hưng cảm, trầm cảm, tiến triển có tính chất chu kỳ, có sự thuyên giảm giữa các đợt. Điều này gây không ít nhầm lẫn trong thực hành lâm sàng đối với các bác sĩ chuyên ngành Tâm thần. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu *"Mô tả đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (F25.1)

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu, hoặc không tuân thủ các yêu cầu của nghiên cứu.

Bệnh nhân có biểu hiện của lạm dụng rượu, ma túy và các chất gây nghiện khác.

Bệnh nhân có tổn thương não: chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch máu não.

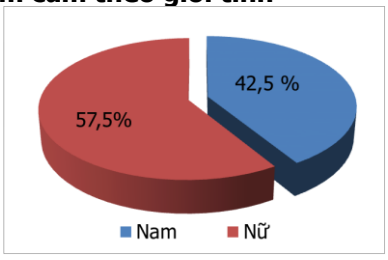
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang bệnh nhân nhập viện và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2016 đến hết tháng 08 năm 2017. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 40 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo ICD 10. Tiến hành mô tả đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm.

Sử dụng các công cụ để đo lường: mẫu bệnh án thống nhất được thiết kế phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, thang đánh giá trầm cảm (Beck).

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo giới tính



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới (n = 35)

Nhận xét: Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (57,5% và 42,5%).

3.2. Đặc điểm rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi khởi phát (n = 40)

Nhóm tuổi	SL	%
≤ 25	12	30,0
26-40	23	57,5
≥ 40	5	12,5
Tổng	**40**	**100**
$\bar{X}$ ± **SD**	30,3 ± 8,2	

Nhận xét: Gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm tuổi từ 26-40 (57,5%).Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 30,3 ± 8,2.

3.3. Đặc điểm các triệu chứng trầm cảm

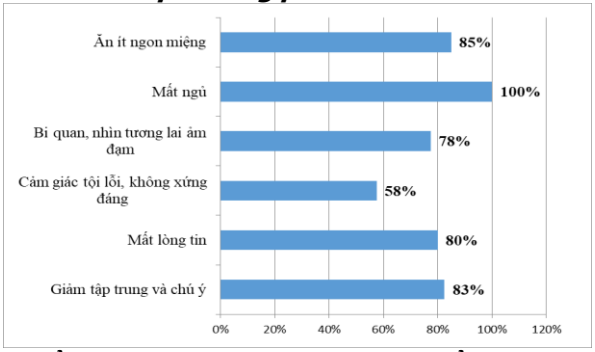
3.3.1. Triệu chứng đặc trưng của trầm cảm

Bảng 3.2. Tỉ lệ triệu chứng đặc trưng của trầm cảm

Triệu chứng đặc trưng	SL	%
Khí sắc trầm	40	100
Giảm quan tâm thích thú	35	87,5
Giảm năng lượng	33	82,5
Tổng số	**40**	**100**

Nhận xét: Với các triệu chứng đặc trưng, 100% các bệnh nhân cứu có khí sắc trầm.

3.3.2. Triệu chứng phổ biến của trầm cảm



Biểu đồ 3.2. Tỉ lệ triệu chứng phổ biến của trầm cảm

Nhận xét: Với các triệu chứng phổ biến, 100% bệnh nhân có triệu chứng mất ngủ.

3.3.3. Triệu chứng cơ thể của trầm cảm

Bảng 3.3. Tỉ lệ triệu chứng cơ thể của trầm cảm

Triệu chứng cơ thể	SL	%
Thiếu phản ứng cảm xúc	12	30,0
Thức giấc sớm hơn 2h vào buổi sáng	15	37,5
Trầm cảm nặng hơn về buổi sáng	12	30,0
Chậm chạp tâm thần vận động	21	52,5
Sút cân	6	15,0
Giảm nhu cầu tình dục	16	40,0

Nhận xét: Với các triệu chứng cơ thể, gặp nhiều nhất là triệu chứng chậm chạp tâm thần vận động (52,5%).

3.3.4. Đặc điểm ý tưởng, hành vi tự sát

Bảng 3.4. Tần suất ý tưởng, hành vi tự sát của bệnh nhân nghiên cứu

Ý tưởng, hành vi tự sát		SL	%
Không		20	50,0
Có	Ý tưởng	13	32,5
	Có kế hoạch để tự sát	4	10,0
	Hành vi tự sát	3	7,5
Tổng		**40**	**100**

Nhận xét: Tỉ lệ cao nhất là các bệnh nhân có ý tưởng tự sát với tỉ lệ 32,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo giới tính. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 bệnh nhân, trong đó có 17 bệnh nhân nam, chiếm tỷ lệ 42,5% và 23 bệnh nhân nữ, chiếm tỷ lệ 57,5% (biểu đồ 3.1). Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam trong nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa lớn.

Theo DSM-V, RLPLCX nói chung, RLPLCX loại trầm cảm nói riêng hay gặp ở nữ giới hơn [1]. Theo nghiên cứu của Marneros A và cộng sự (1990)) trên 88 bệnh nhân RLPLCX, số bệnh nhân nữ cao gần gấp đôi số bệnh nhân nam: 65% bệnh nhân nữ, 35% bệnh nhân nam [2]. Một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nữ thấp hơn bệnh nhân nam, như Benabarre A. và cộng sự (2001) (nữ chiếm 46%), Ndetei DM và cộng sự (2013) (nữ 47,8%) [3]. Điều này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu cũng như đặc điểm dân số tại địa điểm nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm theo tuổi. Bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi khác nhau: ≤ 25 tuổi, 26-40 tuổi và ≥ 40 tuổi. Nhóm bệnh nhân trong độ tuổi 26-40 chiếm tỷ lệ cao nhất, hơn một nửa số bệnh nhân nghiên cứu (52,5%). Nhóm bệnh nhân ≥ 40 tuổi chỉ chiếm 12,5%. Đa số bệnh nhân thuộc độ tuổi lao động, là chủ lực kinh tế của gia đình. Việc khởi phát hoặc tái phát một đợt bệnh cần phải vào viện điều trị nội trú có thể gây ra xáo trộn lớn trong công việc, sinh hoạt cũng như về kinh tế của họ và gia đình. Nhóm bệnh nhân lớn tuổi ít gặp hơn, có thể do quá trình bị bệnh lâu dài trước đó khiến gia đình và bệnh nhân không tiếp tục theo đuổi điều trị, hoặc bệnh nhân đã được đưa đến các cơ sở y tế tuyến cơ sở, có chi phí điều trị thấp hơn.

Số tuổi dao động từ 19-51 tuổi và độ tuổi trung bình 30,3±8,2 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ndetei

DM (2013) ghi nhận độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,1 ± 10,9 tuổi. Trong nghiên cứu này, ông cũng chỉ ra không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình của bệnh nhân giữa nhóm RLPLCX so với TTPL và RLCX [3].

4.3. Đặc điểm triệu chứng trầm cảm trong rối loạn phân liệt cảm. Khi phân tích các triệu chứng lâm sàng, do có sự "chồng lấp" giữa các triệu chứng của cả hai rối loạn nên một số triệu chứng có thể khó đánh giá là triệu chứng trầm cảm hay triệu chứng TTPL. Tuy nhiên, do các triệu chứng kết hợp với nhau thành hội chứng, tiến triển theo quy luật nên hội chứng trầm cảm vẫn không bị che lấp bởi các triệu chứng lâm sàng điển hình rầm rộ của TTPL.

➢ **Triệu chứng chủ yếu của trầm cảm**

Hội chứng trầm cảm được đặc trưng bởi bộ ba nhóm triệu chứng: Cảm xúc bị ức chế, tư duy bị ức chế, hoạt động bị ức chế, với ba triệu chứng đặc trưng hay gặp trong một giai đoạn trầm cảm là khí sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều có khí sắc trầm. Các triệu chứng giảm năng lượng dễ mệt mỏi, giảm quan tâm thích thú chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 82,5% và 87,5%.

Khí sắc trầm phản ánh tình trạng cảm xúc bị ức chế. Bệnh nhân mô tả một cảm giác buồn chán, chán nản, thấy cuộc sống xung quanh tẻ nhạt, ảm đạm, dần dần tạo cho họ tâm trạng nặng trĩu và đau khổ, mặt mày ủ rũ, hày nằm hoặc ngồi một chỗ, chậm chạp, nói ít, nói nhỏ, có khi người nhà hỏi cũng từ chối tiếp xúc... Đó là triệu chứng chính để chẩn đoán trầm cảm. Tuy nhiên, bệnh nhân lại có thể biểu hiên dễ trở nên cáu gắt, hằn học hơn bình thường.

Cùng với khí sắc trầm, bệnh nhân có biểu hiện giảm năng lượng, thấy người mất sức lực, rất dễ mệt mỏi sau một cố gắng nhỏ. Bệnh nhân luôn cảm thấy mệt mỏi, đuối sức, dẫn đến giảm sút trong các công việc và sinh hoạt hàng ngày, hiệu quả công việc giảm sút, sao nhãng trong việc chăm sóc bản thân và gia đình. Bệnh nhân mất dần các quan tâm, thích thú trước đây, thờ ơ với gia đình, con cái. Trên lâm sàng, các triệu chứng này rất dễ nhầm lẫn với triệu chứng âm tính của TTPL, đây cũng là thách thức lớn đối với các nhà Tâm thần học. Các triệu chứng: cảm xúc cùn mòn, thiếu thích hợp, ngôn ngữ nghèo nàn khó hiểu, lười nhác thiếu mục đích, nhân cách biến đổi rõ rệt là những nét đặc trưng của triệu chứng âm tính. Mặt khác, khi theo dõi tiến triển của triệu chứng thấy sự đáp ứng, thuyên giảm của triệu chứng trầm cảm và triệu chứng dương tính, khác với sự âm ỉ, dai dẳng, nặng dần lên theo thời gian là đặc trưng của triệu chứng âm tính.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Vân (2007) thấy khí sắc trầm gặp ở 100% bệnh nhân PLCX loại trầm cảm, nhưng các triệu chứng giảm năng lượng dễ mệt mỏi, giảm quan tâm thích thú chiếm tỷ lệ thấp hơn (51,85% và 44,44%) [4]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trên bệnh nhân trầm cảm như Moreno C (2012) cho thấy triệu chứng khí sắc trầm chiếm 95%, giảm quan tâm thích thú chiếm 87,6%, và giảm năng lượng, tăng mệt mỏi chiếm 85% [5]. Nghiên cứu của Seon-Cheol Park (2016) cũng ghi nhận các triệu chứng trên gặp ở hầu hết bệnh nhân với các tỷ lệ lần lượt là 98,2%; 93,1% và 84,6%, Nguyễn Thị Kim Cúc (2014) với các tỷ lệ lần lượt là 91,1%; 93,3% và 100% [6],[7].

➢ **Triệu chứng phổ biến của trầm cảm**

Bên cạnh các triệu chứng đặc trưng, các triệu chứng phổ biến của trầm cảm cũng thường gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn giấc ngủ gặp ở tất cả các bệnh nhân. Đây cũng là một trong các lý do mà bệnh nhân đến khám tại Viện sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu của Seon-Cheol Park (2016) cho thấy rối loạn giấc ngủ gặp ở 83,5% bệnh nhân trầm cảm điển hình, Moreno (2012) chỉ ghi nhận tỉ lệ này là 45,4% [5], [7]. Một điều đáng lưu ý là rối loạn giấc ngủ không chỉ là triệu chứng của trầm cảm mà cũng gặp trong các rối loạn tâm thần khác, bao gồm trong bệnh cảnh TTPL. Trong bệnh cảnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm, triệu chứng rối loạn giấc ngủ có thể đến từ cả hai yếu tố này.

Các triệu chứng phổ biến khác cũng hay gặp. Các triệu chứng ăn ít ngon miệng, giảm tập trung và chú ý, bi quan hay mất lòng tin cũng chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 85,0%; 82,5%; 77,5% và 80%. Bệnh nhân có cảm giác tội lỗi, không xứng đáng chiếm tỷ lệ thấp nhất 57,5%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Cúc (2014), triệu chứng giảm tập trung chú ý chiếm tỷ lệ cao nhất trong các triệu chứng phổ biến (97,8%), rối loạn giấc ngủ chiếm 93,33%; cảm giác tội lỗi, không xứng đáng chiếm 48,9% [6]. Cảm xúc buồn chán ăn sâu vào suy nghĩ của bệnh nhân, dần lan tỏa và ảnh hưởng đến các mặt hoạt động tâm thần khác. Bệnh nhân thấy mình kém cỏi, vô dụng, không xứng đáng với sự yêu thương, tin tưởng từ gia đình, bạn bè, tương lai ảm đạm, mờ mịt. Khi nhìn nhận về quá khứ, bệnh nhân thấy hối hận về những việc mình đã

làm, có nhiều thiếu sót, lỗi lầm. Các sai lầm nhỏ trước đây bị bệnh nhân đánh giá tiêu cực hóa, thổi phồng lên, trở thành nỗi dằn vặt, ân hận của bệnh nhân.

➢ **Đặc điểm các triệu chứng cơ thể của trầm cảm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân có biểu hiện ít nhất 1 triệu chứng cơ thể của trầm cảm. Trong đó, hơn một nửa số bệnh nhân (52,5%) biểu hiện sự chậm chạp tâm thần vận động, không có bệnh nhân kích động, 30% bệnh nhân trầm cảm nặng lên về buổi sáng, 37,5% bệnh nhân biểu hiện thức giấc sớm hơn 2h vào buổi sáng. Điều này làm cho bệnh nhân bắt đầu một ngày mới một cách uể oải, mệt mỏi, chậm chạp, thiếu ngủ, cảm thấy không còn sức lực và nhiệt huyết làm việc, kém tập trung, khó đưa ra quyết định, hiệu quả công việc và chất lượng trong các sinh hoạt hàng ngày giảm sút. Các triệu chứng này thường khiến bệnh nhân than phiền nhiều, khó chịu. Moreno (2012) ghi nhận tỷ lệ chậm chạp tâm thần vận động khoảng 38,4%, trong khi đó Seon - Cheol Park (2016) ghi nhận tỷ lệ này là 70,9% [5], [7].

Biểu hiện giảm nhu cầu tình dục chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm 40% số bệnh nhân. Việc này dẫn đến bệnh nhân không đáp ứng được vợ, chồng, hoặc người yêu. Bệnh nhân có thể vẫn cố gắng duy trì việc quan hệ vợ chồng trong giai đoạn đầu nhưng càng về sau khi bệnh nặng lên thì sẽ càng khó duy trì được. Nhiều bệnh nhân thấy tự ti, buồn rầu nhiều hơn, sợ quan hệ khi nghĩ đến việc đó. Tuy nhiên, có lẽ do ảnh hưởng từ văn hóa phương Đông coi đây là một việc rất tế nhị nên họ thường ít khi chia sẻ với vợ, chồng hoặc người yêu của mình mà chỉ than phiền khi được thầy thuốc hỏi tới.

➢ **Đặc điểm ý tưởng và hành vi tự sát**

Như chúng ta đã biết mối liên quan giữa trầm cảm và tự sát được nghiên cứu rõ ràng và đầy đủ. Trầm cảm điển hình là rối loạn đặc biệt liên quan chặt chẽ đến ý tưởng tự sát, toan tự sát và hành vi tự sát. Trong RLPLCX loại trầm cảm, tự sát ngoài nguyên nhân do trầm cảm còn có thể còn do hoang tưởng, ảo giác tác động đến bệnh nhân. Đây là một trong những tình trạng cấp cứu trong tâm thần cần được nhân viên y tế và gia đình theo dõi chặt chẽ. Cheniaux EJ (2008) tiến hành nghiên cứu phân tích hệ thống nhận thấy trong RLPLCX, tỷ lệ toan tự sát hay gặp hơn là trong rối loạn cảm xúc (qua số liệu trong 5 nghiên cứu), tương tự như trong tâm thần phân liệt [8]. Tỷ lệ tử vong, nguyên nhân chính thường do tự sát hoặc tai nạn, tương đương với tỷ lệ tử vong trong TTPL và rối loạn trầm cảm điển hình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến một nửa số bệnh nhân đã từng hoặc hiện tại có ít nhất 1 lần có ý tưởng tự sát trong đời, 13 bệnh nhân chỉ có ý tưởng tự sát, 4 bệnh nhân đã lập kế hoạch để tự sát nhưng chưa thực hiện và 3 bệnh nhân đã thực hiện hành vi tự sát, gây nguy hiểm cho bản thân. Đây là một cấp cứu trong tâm thần, cần được nhân viên y tế và gia đình quan tâm, theo dõi sát.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới hơn nam giới. Phần lớn là nhóm tuổi từ 26-40. Tuổi trung bình là 30,3 ± 8,2. Các triệu chứng trầm cảm hầu hết có biểu hiện khí sắc trầm, mất ngủ và chậm chạp tâm thần vận động. Bệnh nhân đã từng hoặc hiện tại có ít nhất 1 lần có ý tưởng tự sát trong đời chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association (2013)**, Schizoaffective disorder, American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, 105-110.
2. **Marneros A and Rohde A (1990),** Sociodemographic and premorbid features of schizophrenic, schizoaffective and affective psychoses. Affective and schizoaffective disorders, Springer-Verlag, Berlin, 130-145.
3. **Ndetei DM et al (2013),** "The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya," African Journal of Psychiatry (Johannesbg). 16(2), p. 110-117.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Vân (2007),** Đặc điểm lâm sàng của rối loạn phân liệt cảm xúc, Luận văn tôt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Moreno C et al (2012),** "Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", Bipolar Disorder. 14(3), p. 271-282.
6. **Nguyễn Thị Kim Cúc (2014),** Ngiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở lứa tuổi từ 19 đến 29 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y hà Nội, Hà Nội.
7. **Park SC et al (2016),** "Clinical Significance of the Number of Depressive Symptoms in Major Depressive Disorder: Results from the CRESCEND Study", Journal Korean Medical Science. 31(4), p. 617-622.
8. **Cheniaux E et al (2008),** "Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders", The Journal of Affective Disorders. 106(3), p. 209-217.

THÔNG BÁO 5 TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP U HẮC TỐ ÁC TÍNH NGUYÊN PHÁT TẠI ỐNG TIÊU HOÁ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TRONG 10 NĂM

Phạm Gia Anh[1], Trịnh Hồng Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh, và kết quả phẫu thuật của u hắc tố ác tính nguyên phát tại ống tiêu hoá. **Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trong 10 năm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả**: Có 5 trường hợp u hắc tố ác tính được chẩn đoán xác định và chỉ định phẫu thuật. Vị trí u đa số (4 ca) gặp ở trực tràng, 1 bệnh nhân u nằm ở nhiều vị trí (dạ dày, tá tràng, ruột non); không gặp ở thực quản và đại tràng. Tỉ lệ nam nhiều hơn nữ. Hình dạng u thể polyp hoặc thâm nhiễm chiếm đa số. Chẩn đoán xác định được thực hiện bằng vi thể và hóa mô miễn dịch S100, HMB45, Melan-A. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật triệt căn. Tiên lượng đối với u nằm ở đoạn tiêu hóa cao là khả quan hơn so với những khối u ở trực tràng. **Kết luận**: U hắc tố ác tính nguyên phát tại ống tiêu hóa là loại tổn thương cực kỳ hiếm gặp, khó chẩn đoán được sớm, mức độ ác tính và khả năng di căn cao, thời gian sống sau mổ ngắn, với các triệu chứng thường gặp là xuất huyết tiêu hóa và đau bụng.

Từ khóa: U hắc tố ác tính nguyên phát, u không thuộc biểu mô ống tiêu hóa

SUMMARY

FIVE RARE CASES OF PRIMARY MALIGNANT MELANOMA TUMOR IN GASTROINTESTINAL TRACT OPERATED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 10 YEARS

Objective: to describe clinical, pathology characteristics and surgical outcomes of primary malignant melanoma in the gastrointestinal tract. **Methods**: A 10-year retrospective study was carried out at the Viet Duc University Hospital. **Results**: five cases of malignant melanoma were diagnosed definitively and had surgery indication. The tumor's location in 4 cases was in the rectum, 1 case had multi lesions in the stomach, duodenum, small intestine; not seen in the esophagus, colon. Male is higher than female. Morphology of tumor were polyps or infiltrates. Definitive diagnosis by pathology and immunohistochemistry of S100, HMB45 and Melan-A. Treatment mainly by radical surgery. **Conclusion**: Primary malignant melanoma in the gastrointestinal tract is an extremely rare disease which is difficult to diagnose early. Also, this disease associates with high metastasis, short duration of life after surgery, with common symptoms of gastrointestinal bleeding and abdominal pain.

Keywords: Primary malignant melanoma, non-epithelial gastrointestinal tract tumors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hắc tố ác tính tại ống tiêu hóa (ÔTH) là một trong loại tổn thương được xếp vào nhóm ung thư không thuộc biểu mô của ÔTH [1-3]. Tỉ lệ của u hắc tố ác tính nguyên phát tại ÔTH là cực kỳ hiếm nhưng có thể gặp ở tất cả các đoạn của ÔTH. Ngoài ra, đây còn là một bệnh lý có những biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa (XHTH), tắc ruột, thủng ruột, và gần như không đáp ứng với điều trị bổ trợ của hóa chất và xạ trị. Phẫu thuật triệt căn và nạo vét hạch là phương pháp hiệu quả duy nhất trong việc điều trị cho bệnh nhân.

Trên thế giới có một số bài viết thông báo một vài ca lâm sàng u hắc tố nguyên phát tại các vị trí đơn lẻ của ÔTH [4-6]. Tuy nhiên chưa có tác giả nào nghiên cứu về u hắc tố nguyên phát của toàn bộ ÔTH. Ở Việt Nam, có 2 trường hợp u ở trực tràng đã được báo cáo năm 2007 [7] và 2008 [8]. Chưa có trường hợp nào ở vị trí ngoài trực tràng được công bố tại Việt Nam.

Chẩn đoán sớm, chính xác, kích thước u nhỏ và chưa di căn sẽ đặc biệt ảnh hưởng đến khả năng sống sau mổ. Với vai trò của giải phẫu bệnh đặc biệt là việc ứng dụng kỹ thuật hoá mô miễn dịch (HMMD) để khẳng định bản chất tế bào u, xác định nguy cơ ác tính của bệnh đã giúp ích rất nhiều trong việc lựa chọn điều trị cho bệnh nhân. Chính vì vậy chúng tôi 5 trường hợp u hắc tố nguyên phát tại ÔTH này nhằm mục tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị phẫu thuật của loại u này và nhìn lại y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 10 năm từ 01/01/2009 đến 01/06/2019.

22. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân có khối u hắc tố ác tính tại ÔTH được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh, đã phẫu thuật cấp cứu hoặc mổ phiên tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Gia Anh
Email: phamgiaanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.6.2020
Ngày duyệt bài: 22.6.2020

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu theo phương pháp mô tả.

2.3.2. Cỡ mẫu: Tất cả các các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian 10 năm từ 01/01/2009 đến 01/06/2019.

2.3.3. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Mỗi bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định là u hắc tố ác tính ống tiêu hóa
- Cả hai giới nam và nữ, mọi lứa tuổi.
- Được điều trị phẫu thuật.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với lâm sàng và kết quả cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, giấy kết quả giải phẫu bệnh.

2.3.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư thuộc biểu mô ÔTH.
- Kết quả giải phẫu bệnh là lành tính
- Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ bệnh án, không có kết quả giải phẫu bệnh.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu chung: Tuổi, giới, tiền sử nội ngoại khoa, lý do vào viện, tính chất mổ (phiên, cấp cứu), phát hiện tình cờ hay không.
- Triệu chứng lâm sàng: dấu hiệu ung thư, sốt, thiếu máu, đau bụng, sờ thấy u bụng, bán hay tắc ruột, viêm phúc mạc, xuất huyết tiêu hóa.
- Cận lâm sàng: công thức máu, siêu âm, cắt lớp, cộng hưởng từ, soi dạ dày đại tràng, chụp lưu thông ruột.
- Giải phẫu bệnh: vị trí tổn thương, hình ảnh đại thể, vi thể và HMMD.
- Các phương pháp phẫu thuật.
- Kết quả gần, kết quả xa.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Có 5 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u hắc tố nguyên phát tại ống tiêu hoá và được chỉ định phẫu thuật. Tất cả 5 bệnh nhân đều trên 60 tuổi. Tuổi trung bình là 70, cao nhất là 73 tuổi và thấp nhất là 63 tuổi. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 60% và 20%.

3.2. Vị trí u hắc tố tại ống tiêu hóa. Trong số các tạng ÔTH có tổn thương, vị trí gặp nhiều nhất là trực tràng với 4 trường hợp. 1 trường hợp u nằm ở nhiều vị trí gồm dạ dày, tá tràng, và ruột non.

3.3. Liên quan triệu chứng lâm sàng và vị trí tổn thương

Bảng 3.1. Triệu chứng, hội chứng lâm sàng và vị trí ống tiêu hóa có tổn thương

Lâm sàng	Dạ dày	Tá tràng	Ruột non	Trực tràng
Đau bụng	1	1	1	0
Đau tức hậu môn	0	0	0	1
Xuất huyết tiêu hóa	0	0	0	4
Di căn xa	0	0	0	1

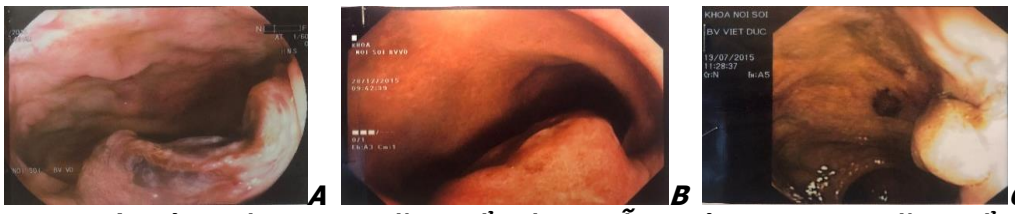
XHTH là triệu chứng chiếm đa số với những u ở trực tràng; với đoạn tiêu hóa cao như dạ dày, tá hỗng tràng thì đau bụng là lý do vào viện chính.

3.4. Các dấu hiệu cận lâm sàng

Bảng 3.2. Các dấu hiệu cận lâm sàng

Cận lâm sàng		Số lượng	Tỉ lệ %
Siêu âm	Thấy u	1	20
	Không thấy	4	80
	Không làm	0	0
Chụp CT/MRI	Thấy u	2	40
	Không thấy	0	0
	Không làm	3	60
PET-CT	Có làm	1	20
Có nội soi	Dạ dày	1	20
	Đại tràng	3	60
	AlphaFP	6	0
	CEA	5	1
	CA 199	6	0
Có chụp lưu thông ruột		0	0

Các u hắc tố đa số khó phát hiện trên siêu âm, có 1 ca phát hiện được khi u ở trực tràng cao. Khi chụp CT/MRI thì tỷ lệ phát hiện u cao hơn. Các chất chỉ điểm u trong giới hạn bình thường. Không ca nào được chụp lưu thông ruột non.



A B C

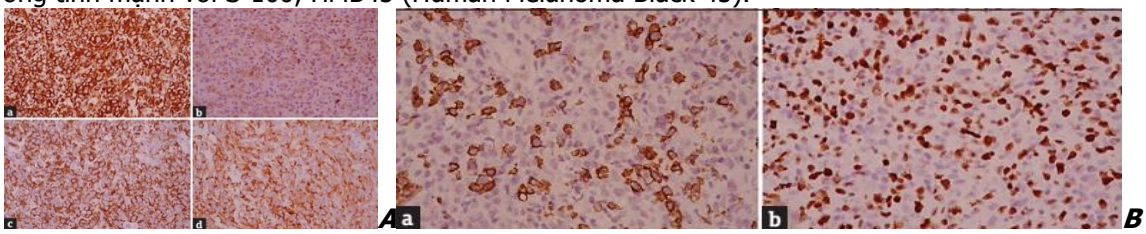
Hình 3.1: Hình ảnh nội soi A. Khối u thể thâm nhiễm, mảng; B & C. Khối u thể polyp không cuống lồi vào lòng trực tràng

3.5. Cách thức phẫu thuật và đặc điểm giải phẫu bệnh. Tất cả 5 cases bệnh đều được mổ phiên, trong đó, có 1 ca mổ nội soi. Có 1 trường hợp được mổ cắt u tại chỗ, 3 trường hợp cắt cụt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn, 1 trường hợp tiến hành cắt đoạn ống tiêu hoá.

Bảng 3.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Kích thước	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm
	5,4 cm	10 cm	2 cm	3	2	0
Tính chất	**Khối, polyp**		**Sùi, loét**	**Thâm nhiễm, mảng**		
	3		0	2		
HMMD	**Có làm**			**Không làm**		
	3			2		

Kết quả giải phẫu bệnh đại thể cho thấy kích thước u trung bình là 5,4cm, u có kích thước lớn nhất là 10cm và kích thước nhỏ nhất là 2cm. Tính chất u dạng khối, polyp gặp ở 3 trường hợp và có 2 trường hợp thâm nhiễm, mảng. Có 2 trường hợp cần được làm hoá mô miễn dịch, với kết quả dương tính mạnh với S-100, HMB45 (Human Melanoma Black 45).



Hình 3.2. A. Hình ảnh HMMD dương tính mạnh với Vimentin (a), S-100 (b), HMB45 (Human Melanoma Black 45) (c) và Melan-A (d). B. Tế bào u phản ứng khu trú đối với CD138 và tỉ lệ tăng sinh cao 45% với Ki-67

3.6. Kết quả điều trị. Kết quả theo dõi sau điều trị cho thấy các bệnh nhân đều không tham gia các phương án điều trị khác như hoá chất, xạ trị, hay điều trị đích. Thời gian sống sau mổ trung bình là 22,8 tháng, trong đó thời gian sống ngắn nhất là 4 tháng và thời gian sống dài nhất là 30 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lâm sàng. U hắc tố ác tính là sự tăng sản ác tính của tế bào hắc tố, đây là những tế bào tạo ra sắc tố melanin. U hắc tố ác tính nguyên phát ở ống tiêu hóa là rất hiếm gặp, hoặc di căn từ nơi khác đến; vị trí u có thể ở tất cả các đoạn của ÔTH, chiếm tỉ lệ nhỏ từ 1-3% của các loại u ác tính tại đây, khó chẩn đoán được ở giai đoạn sớm, mức độ ác tính rất cao và tiên lượng rất tồi, thời gian sống sau mổ trung bình từ 6 đến 10 tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì nam giới nhiều hơn nữ giới với tỉ lệ 3/2, độ tuổi cũng đều trên 60. Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây với tỷ lệ gặp ở nam giới nhiều hơn 4 lần so với nữ giới, độ tuổi từ khoảng 20 đến 70. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không có tổn thương ngoài da hay vị trí khác ngoài ở ÔTH. Trong nghiên cứu chúng tôi có 4/5 (80%) bệnh nhân có XHTH thấp tương ứng với tổn thương ở trực tràng; có 1/5 (20%) bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng với u ở đoạn tiêu hóa cao (dạ dày, tá tràng và ruột non), trong 4 ca còn lại u ở trực tràng có 1 bệnh nhân có đau tức vùng hậu môn, tất cả bệnh nhân đều được mổ phiên và không phải can thiệp cấp cứu. Không gặp trường hợp nào có tắc ruột, viêm phúc mạc. Có 1 bệnh nhân (20%) u trực tràng tại thời điểm chẩn đoán đã có di căn xa ở phổi, trung thất và phúc mạc hoặc gan.

4.2. Cận lâm sàng. Đối với u không thuộc biểu mô ÔTH, chỉ định soi toàn bộ dạ dày và đại tràng cũng như chụp lưu thông ruột non là cần thiết để tránh bỏ sót tổn thương. Chỉ điểm u hệ tiêu hóa (AlphaFP, CEA, CA199) thường không cao đối với u hắc tố nói riêng và u không biểu mô ÔTH nói chung. 1 bệnh nhân có chụp PET-CT đánh giá tổn thương và tình trạng di căn, tuy nhiên lại không phát hiện ra các u kích thước nhỏ (1-2cm) tại ruột non, phải chăng những u hắc tố với kích thước nhỏ thì độ chuyển hóa và ác tính thấp hơn, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào về vấn đề này có thể do loại u này còn khá hiếm trong y văn, đặc biệt như trường hợp này u tại ruột non mới chỉ có chưa đến 30 ca đã được thông báo trên toàn thế giới.

4.3. Vị trí u hắc tố ác tính. Mặc dù u hắc tố ác tính có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của ống tiêu hoá, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí hay gặp là trực tràng, dạ dày, tá tràng và ruột non. Moore DW (1857) mô tả ca lâm sàng đầu tiên u hắc tố ở trực tràng hậu môn, chiếm tỉ lệ 0,5% tổn thương ác tính tại đây, nhưng lại là vị trí thứ 3 hay gặp của u hắc tố sau da và mắt, hơn nữa lại là vị trí gặp nhiều nhất ở ÔTH. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các báo cáo của các tác giả khác: có tuổi trên 60, vị trí u đều ở

trực tràng thấp, cách rìa hậu môn dưới 6 cm, thường nằm ngay trên đường lược; tuy nhiên tỉ lệ nam lại nhiều hơn nữ (3/1). Kích thước 1-3cm, 2 ca hình dạng u kiểu cầu khối, 3 trường hợp thể thâm nhiễm mảng, bề mặt u thường có loét gây chảy máu. U hắc tố tại dạ dày nguyên phát tại đây rất hiếm với số lượng được thông báo chưa đến 20 ca, chủ yếu là di căn từ chỗ khác đến (26%), thời gian sống trung bình u tại dạ dày thấp hơn so với của cả ÔTH tương ứng là 5 tháng so với 17 tháng. Tại ruột non cho đến năm 2016 mới có xấp xỉ 30 ca được thông báo, hiếm khi chẩn đoán được ở giai đoạn sớm, rất ác tính và tiên lượng tồi. Trong 5 bệnh nhân của nghiên cứu này có 1 trường hợp tổn thương nằm cả ở dạ dày, tá tràng và ruột non, xâm lấn cả vào túi mật, bệnh nhân cũng là nam giới tuổi cao (73 tuổi). Đây là ca đầu tiên u hắc tố nguyên phát ở dạ dày, tá tràng, ruột non được thông báo ở Việt Nam. Tổn thương đa ổ bao gồm: 3 khối kích thước 1,5-2 cm nằm ở bờ cong lớn dạ dày, 1 khối 1 cm ở tá tràng, 2 khối kích thước 1-2 cm ở hỗng tràng cách góc treizt lần lượt 1m và 2m, 1 khối 1 cm ở hỗng tràng cách góc hồi manh tràng 80cm.

4.4. Giải phẫu bệnh

Tổn thương đại thể: Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ gặp 2 loại hình thái của u tương đương nhau, bao gồm: (1) Loại tổn thương dạng nhiều mảng loét hoặc lồi vào lòng ruột gây đau, chảy máu hoặc thủng ruột; (2) Loại thứ hai phổ biến hơn là tổn thương dạng polyp và là nguyên nhân chính gây lồng ruột.

Vi thể: Cả 5 bệnh nhân trong nghiên cứu đều được nhuộm HE với hình ảnh vi thể tổn thương cho thấy khối u gồm các tế bào với hạt nhân to và các hạt nhân quái, nhân chia, bào tương chứa sắc tố. Rất ít trong số các tế bào này có nhân giống như các tế bào nhẫn mà là dấu hiệu của ung thư biểu mô.

HMMD: 3 bệnh nhân trong nghiên cứu được làm HMMD với kết quả dương tính mạnh với S-100, HMB45 (Human Melanoma Black 45). Đây là phương pháp cần thiết khi nhuộm thông thường không thể chẩn đoán xác định được tổn thương ví dụ như melanosis coli, carcinoma tuyến trực tràng mà tế bào có sắc tố.

4.5. Kết quả điều trị. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật, không điều trị hóa chất xạ trị trước mổ, không có ca nào phải can thiệp cấp cứu. Các bệnh nhân đều không có biến chứng sau mổ và ra viện trong tình trạng ổn định và không điều trị bổ trợ hóa chất, xạ trị hay thuốc đích. Thời gian sống sau mổ: chúng tôi liên lạc được 4/5 bệnh nhân, người sống lâu nhất được 30 tháng, ngắn nhất là 4 tháng, trung bình là 22,7 tháng, cũng gần với nghiên cứu của tác giả Kelly (10 tháng) và Berger (24 tháng), thấp hơn so với nhóm tác giả Morton (48 tháng)[9]. Một điểm rất đáng chú ý 2 bệnh nhân khối u nhỏ 2 cm, cắt tại chỗ qua đường hậu môn, sinh thiết quanh chân u không còn tổn thương thì thời gian sống sau mổ lại rất ngắn là 5 và 8 tháng, trong khi 1 trường hợp u ở dạ dày kèm tá tràng và ruột non sống được 19 tháng và 1 trường hợp u ở trực tràng di căn 2 phổi lại sống lâu nhất là 30 tháng.

V. KẾT LUẬN

U hắc tố ác tính nguyên phát tại ÔTH là loại tổn thương cực kỳ hiếm, bệnh khó chẩn đoán được sớm, mức độ ác tính cao, với các triệu chứng thường gặp là XHTH và đau bụng; biến chứng nặng như thủng ruột ít gặp hơn. Vị trí hay gặp ở trực tràng, ít gặp ở dạ dày và ruột non. Nghiên cứu này còn cho thấy vị trí u đóng vai trò quan trọng đến khả năng sống sau mổ của bệnh nhân. Chẩn đoán xác định loại u bằng giải phẫu bệnh và HMMD với S100, HMB45 và Melan-A, gen học đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị đặc biệt những thuốc điều trị đích. Phẫu thuật triệt căn vẫn là tối ưu nhất cho bệnh nhân, bao gồm cắt đoạn ống tiêu hóa kèm với u và nạo vét hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ponsaing, L.G., K. Kiss, and M.B. Hansen**, Classification of submucosal tumors in the gastrointestinal. world J Gastroenterol, 2007. **13**(24): p. 3311-3315.
2. **Bosman, F.T., et al.,** WHO Classification of Tumours of the Digestive System. 4th ed. World health organization classification of tumours, ed. F.T. Bosman, et al. 2010, Lyon: IARC.
3. **Mão, N.V., et al.,** Phân loại, phân độ ác tính u mô đệm (GIST) và một số u trung mô khác của dạ dày - ruột sau nhuộm hóa mô miễn dịch. Y học thực hành, 2010: p. 56-60.
4. **Fujino, K., et al.,** A Case of Primary Esophageal Malignant Melanoma. Juntendo Medical Journal, 2017.
5. **Holmes, A. and J. Chung,** Two Cases of Primary Extracutaneous Melanoma: Primary Gastric Melanoma and Primary Melanoma of the Lung. Medical Case Reports, 2017. **03**(04).
6. **Shin, J.Y., et al.,** A Case of Primary Small Bowel Melanoma Diagnosed by Single-Balloon Enteroscopy. Clin Endosc, 2017. **50**(4): p. 395-399.
7. **Linh, H.N., et al.,** Nhân một trường hợp melanoma ác tính ở trực tràng. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2007. **11**(3).
8. **Anh, P.G.,** Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh lý và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư ống tiêu hóa không thuộc biểu mô tại bệnh viện Việt Đức. 2008, Đại học y Hà Nội: Hà Nội.
9. **Berger, A.C., et al.,** Management of Symptomatic Malignant Melanoma of the Gastrointestinal Tract. Annals of Surgical Oncology, 1999. **6**(2): p. 155-160.

ẢNH HƯỞNG CỦA THỜI GIAN NHỊN ĂN, UỐNG TRƯỚC PHẪU THUẬT LÊN MỘT SỐ CẢM GIÁC CHỦ QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH

Nguyễn Minh Hoàng[1], Nguyễn Toàn Thắng[1,2], Trần Mạnh Hùng[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề; Nhịn ăn, uống trước phẫu thuật (NPO) là yêu cầu bắt buộc đối với người bệnh phẫu thuật theo chương trình. Tuy nhiên, thực tế thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật thường kéo dài hơn so với khuyến cáo của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA). **Mục tiêu;** Nhằm đánh giá thực trạng thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật và ảnh hưởng của thời gian nhịn ăn, uống đến cảm giác đói, khát, khô miệng, chóng mặt trên người bệnh trước phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp;** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 192 người bệnh phẫu thuật theo chương trình tại Bệnh viện Bạch Mai. Các đặc điểm liên quan đến người bệnh: tuổi, giới, phương pháp gây mê; thời gian nhịn ăn và uống trước phẫu thuật; cảm giác: đói, khát, khô miệng, chóng mặt trước phẫu thuật. **Kết quả:** 192 người bệnh tham gia nghiên cứu;. Thời gian nhịn ăn, uống trung bình lần lượt là: 13,8· 2,8 giờ; 12,9· 3,0 giờ. Ngay khi đến phòng mổ, tỉ lệ bệnh nhân có cảm giác đói, khát, khô miệng và chóng mặt ở mức độ nặng tương ứng là: 22,9%; 27,6%; 33,3% và 4,7%. **Kết luận:** Thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật lần lượt là: 13,8· 2,8 giờ; 12,9· 3,0 giờ giờ. Thời gian nhịn ăn, uống kéo dài trước phẫu thuật có liên quan đến cảm giác đói, khát của người bệnh. Cần có những chính sách nhằm giảm bớt thời gian nhịn ăn, uống và sự khó chịu của người bệnh

Từ khóa: Nhịn ăn, nhịn uống, đói, khát, phẫu thuật, gây mê.

SUMMARY

IMPACT OF PRE-OPERATIVE FASTING ON SURGICAL PATIENT'S DISCOMFORT

Introduction: Preoperative fasting (NPO) are compulsory for patients undergoing elective surgery. However, NPO are still commonly longer than recommended by The American Society of Anesthesiologists (ASA). **Aims:** to assess the policy of fasting before surgery and determine the relationship between traditional fasting policies and preoperative patient's discomfort. **Objects and methods:** A descriptive, cross-sectional study of 192 patients with elective surgery at Bach Mai Hospital. Characteristics related to patients (age, sex), preoperatve fasting time, discomforts such ashunger, thirst feeling:, dry mouth, dizziness before surgery were recorded. **Results:** There were 192 participants. Mean preoperative fasting times were 13,8 ± 2,8 for solids and 12,9 ±3,0h for fluids. Immediately before surgery, the incidences of patients whose were very thirsty: 27,6%, very hungry: 22,9%, extremely dryness of the mouth: 33,3%; and very dizziness: 4,7%. There was a weak positive correlation between total duration of solid fasting and thirst, hunger immediately preoperatively ($p_{Speaman'rho}$ <0,05). **Conclusion:** Prolonged fasting before surgery was associated with patients'discomfort. Current evidence based guidelines for preoperative fasting may improve patients' satisfaction

***Keywords*:** fasting, NPO, preoperative, surgery, discomfort, hungry, thirsty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịn ăn, uống hoàn toàn trước phẫu thuật (NPO) là quy định bắt buộc với người bệnh phẫu thuật theo chương trình. Trong nhiều thập kỷ quy định NPO đã được áp dụng một cách triệt để và phổ biến ở hầu hết các cơ sở phẫu thuật và ở nhiều quốc gia trên thế giới kể từ khi Meldenson báo cáo các trường hợp sản phụ gặp biến chứng hô hấp trong quá trình gây mê toàn thân với tỷ lệ tử vong cao. Quy định này là cần thiết, nhằm mục đích bảo vệ người bệnh khỏi biến chứng viêm phổi do hít phải dịch tiêu hóa có độ pH thấp trào ngược từ dạ dày trong quá trình gây mê toàn thân, dưới tác động của các thuốc ức chế thần kinh, an thần, giảm đau họ mocphin và đặc biệt là sự tham gia của các thuốc giãn cơ, khiến cho người bệnh mất đi những phản xạ phòng vệ tự nhiên: ho, khạc, nuốt [2]. Nhưng mọi vấn đề đều tồn tại hai mặt tích cực và tiêu cực. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy rằng biến chứng hít sặc vào phổi là một biến chứng hiếm gặp của gây mê hiện đại và việc kéo dài thời gian nhịn ăn, uống quá mức trước phẫu thuật là điều không cần thiết. Nhịn ăn, uống kéo dài có thể dẫn đến: giảm huyết áp, hạ đường huyết, giảm nồng độ insulin, tăng tổng hợp glucagon và tăng đề kháng insulin, tăng tỷ lệ buồn nôn và nôn sau phẫu thuật, tăng đường huyết sau phẫu thuật [5]. Ngoài ra nhịn ăn, uống quá mức mang lại cho người bệnh nhiều cảm giác khó chịu: đói, khát, chóng mặt, nôn, buồn nôn, khô miệng... Tại Bệnh viện Bạch Mai, thời gian nhịn ăn, uống thực tế của người bệnh phẫu thuật theo chương trình vẫn kéo dài hơn so với khuyến cáo của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) [3]. Tuy nhiên, vẫn chưa có đánh giá nào về thời gian nhịn ăn, uống của người bệnh trước phẫu thuật và những ảnh hưởng của thời gian nhịn ăn, uống đến cảm giác chủ quan đói, khát,

[1]Bệnh viện Bạch Mai
[2]Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hoàng
Email: hoanggmhsbm@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 15.6.2020
Ngày duyệt bài: 22.6.2020

khô miệng, chóng mặt của người bệnh. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật và ảnh hưởng của vấn đề này đến một số cảm giác chủ quan trên người bệnh phẫu thuật theo chương trình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chỉ định phẫu thuật theo chương trình ở các chuyên khoa, có khả năng đọc, nghe, hiểu và viết Tiếng Việt, lứa tuổi > 18 tuổi. Những người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, tình trạng cấp cứu, không đủ khả năng tự trả lời bằng tiếng Việt sẽ bị loại khỏi nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện tại Khoa Gây mê hồi sức Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án, phiếu chuẩn bị mổ của các chuyên khoa phẫu thuật.

- Phiếu, bộ câu hỏi thu thập thông tin nghiên cứu.
- Thước đo Numeric Rating Scale

2.2.3. Các bước tiến hành

Trước khởi mê:

- Đón tiếp, kiểm tra thông tin, đối chiếu hồ sơ bệnh án, vòng đeo tay, xác định đúng người bệnh phẫu thuật theo chương trình được công bố trên lịch phẫu thuật, tại phòng tiền mê Khoa Gây mê hồi sức.

- Giải thích về mục đích của nghiên cứu và cam kết khi thực hiện nghiên cứu. Thông tin được ghi nhận vào mẫu phiếu nghiên cứu bao gồm: thông tin chung, gây mê, phẫu thuật, thời gian nhịn ăn và uống trước phẫu thuật.
- Phỏng vấn trực tiếp bằng thước đo thang điểm số từ 0 đến 10 Numeric Rating Scale (NRC) về các cảm giác chủ quan: đói, khát, khô miệng, chóng mặt tại thời điểm trước phẫu thuật

2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu

-Chỉ số về đặc điểm chung của bệnh nhân, bao gồm; giới, tuổi, thời điểm phẫu thuật (sáng, chiều) được ghi nhận với quy ước thời điểm bắt đầu phẫu thuật từ 7 giờ 30 phút đến trước 12 giờ 00 phút được tính là ca mổ sáng, từ 12 giờ 01 phút trở đi được tính là ca mổ chiều.

-Chỉ số thời ăn hoàn toàn bằng đường miệng được ghi nhận kể từ khi người bệnh kết thúc hoạt động ăn cuối cùng vào đêm trước ngày phẫu thuật đến thời điểm người bệnh được phỏng vấn tại khoa gây mê hồi sức.

-Chỉ số thời uống hoàn toàn bằng đường miệng được ghi nhận kể từ khi người bệnh kết thúc hoạt động uống cuối cùng vào đêm trước ngày phẫu thuật đến thời điểm người bệnh được phỏng vấn tại khoa gây mê hồi sức.

-Chỉ số điểm cảm giác chủ quan (đói, khát, khô miệng, chóng mặt) được tính theo thang đo tính từ 0 đến 10 dựa theo thang đo dạng số Numeric rating scale (NRS) là thang điểm được biết đến với vai trò chuyển đổi những chỉ số không định lượng thành những chỉ số định lượng. Thang điểm NRS đã được ứng dụng trong các nghiên cứu để đánh giá trung bình của các cảm giác chủ quan trên lâm sàng của người bệnh [6]. Mô tả thước đo thang điểm NRS: Thiết kế dạng thước với chiều dài là 10 cm cố định hai đầu, trên thân thước có thang điểm, chia thành các mức điểm tương ứng với hình vẽ khuôn mặt: Mức điểm 0: "Hoàn toàn không"; 1 – 3: "Mức độ nhẹ"; 4-6 "Mức độ vừa"; 7 – 10: "Mức độ nặng".

2.2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả nghiên cứu của các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, trong khi biến định tính được trình bày ở dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Áp dụng test t-student để so sánh hai trung bình và test Chi square để so sánh hai tỉ lệ, hệ số tương quan r dùng để đánh giá mối tương quan tuyến tính giữa hai biến số ngẫu nhiên. Khác biệt được coi là có ý nghĩa khi p<0,05.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả không can thiệp nên không làm ảnh hưởng đến quá trình gây mê và phẫu thuật thường quy. Mọi thông tin bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được giữ kín.

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		
Nam	106	55,2%
Nữ	86	44,8%
Tuổi (năm)		
Dưới 45tuổi	63	32,8%
Trên 45 tuổi	129	67,2%
Lịch trình phẫu thuật (giờ)		
Ca sáng (trước 12.00 trưa)	122	63,5%
Ca chiều (sau 12.00 trưa)	70	36,5%
Phương pháp vô cảm		
Gây mê toàn thân	181	94,3%
Gây tê tủy sống	8	4,2%
Khác	3	1,6%

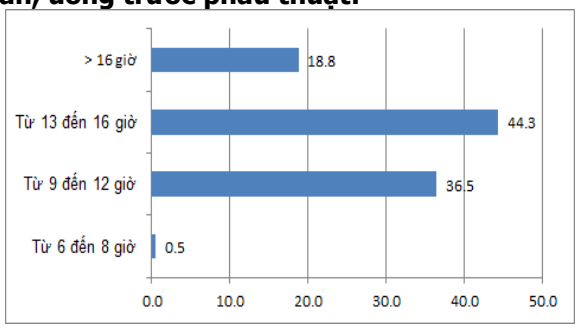
Nhận xét: - Tỷ lệ Nam (n=106): 55,2%; nữ (n=86): 44,8%

-Tỷ lệ độ tuổi trên 45 tuổi chiếm 67,2% (n=158)

-Tỷ lệ lịch trình phẫu thuật: Ca sáng: 63,5%; ca chiều: 36,5%.

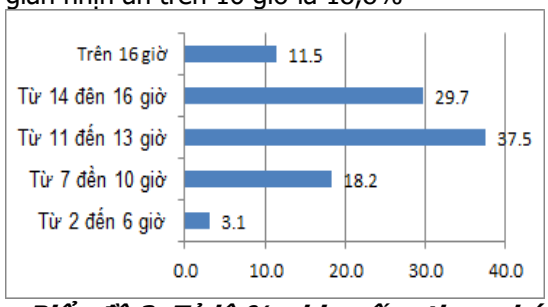
-Đa số người bệnh được gây mê toàn thân: 94,3% (n=214)

3.2. Đánh giá thực trạng thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật:



Biểu đồ 1: Tỷ lệ % thời gian nhịn ăn theo nhóm thời gian

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm người bệnh có thời gian nhịn ăn trên 16 giờ là 18,8%



Biểu đồ 2: Tỷ lệ % nhịn uống theo nhóm thời gian

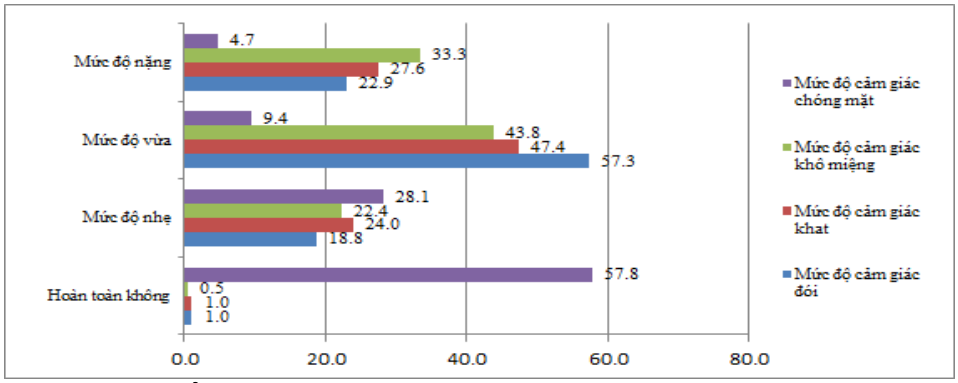
Nhận xét: Tỷ lệ nhóm người bệnh có thời gian nhịn uống trên 16 giờ là 11,5%

Bảng 2: Thời gian nhịn ăn, uống giữa các nhóm cảm giác

		Thời gian nhịn ăn		Thời gian nhịn uống	
Cảm giác đói	Mức độ nhẹ đến vừa	13,6· 2,8	**P < 0,05**	12,6· 3,0	**P < 0,05**
	Mức độ nặng	14,8· 2,8		14· · · ·	
Cảm giác khát	Mức độ nhẹ đến vừa	13,6· 2,8	**p < 0,05**	12,4· 3,1	**p < 0,05**
	Mức độ nặng	14,6· 2,6		14,1· 2,5	
Cảm giác khô miệng	Mức độ nhẹ đến vừa	13,3· 2,7	**p < 0,05**	12,5· 2,8	**p < 0,05**
	Mức độ nặng	14,8· 2,8		13,6· · · ·	
Cảm giác chóng mặt	Mức độ nhẹ đến vừa	13,7· · · ·	p > 0,05	12,8· 3,2	p > 0,05
	Mức độ nặng	13,3· · · ·		13,1· · · ·	

Nhận xét: Thời gian nhịn ăn, uống của nhóm cảm giác đói, khát, khô miệng ở mức độ nặng nhiều hơn nhóm mức độ từ nhẹ đến vừa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p < 0,05

3.3. Ảnh hưởng của thời gian nhịn ăn, uống đến cảm giác đói, khát của đối tượng nghiên cứu:



Biểu đồ 3: Tỷ lệ % mức độ đói, khát được báo cáo

Nhận xét: Tỷ lệ cảm giác đói, khát, khô miệng, chóng mặt mức độ nặng lần lượt là: 22,9%; 27,6%, 33,3%, 4,7%.

Bảng 3: Tương quan giữa thương gian nhịn ăn, uống với các cảm giác chủ quan

	Thời gian nhịn ăn		Thời gian nhịn uống	
	P	**r**	**P**	**r**
Cảm giác Đói	0,000	0.344	0.000	0.285
Cảm giác Khát	0.000	0.286	0.000	0.310
Cảm giác Khô miệng	0.000	0.258	0.006	0.197
Cảm giác Chóng mặt	0.606	-0.037	0.735	0.025

Nhận xét: có mối tương quan giữa thời gian nhịn ăn, uống với cảm giác đói, khát, khô miệng của người bệnh (p < 0,05)

IV. BÀN LUẬN

Thời gian nhịn ăn, uống hoàn toàn trước phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực trạng nhịn ăn, uống trước phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật theo chương trình (mổ phiên) tại Bệnh viện Bạch Mai lần lượt là 13,8· 2,8; 12,9· 3,0 giờ; kéo dài hơn nhiều so với khuyến cáo của ASA (2-4 giờ với nước trong suốt hoặc sữa, 6-8 giờ với thực phẩm, bữa ăn nhẹ hoặc đồ chiên, nướng) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi (p>0,05), giới tính (p>0,05), phương pháp vô cảm (p_{Levene} > 0,05); người bệnh có lịch phẫu thuật ca sáng có thời gian nhin ăn, uống ngắn hơn người bệnh có lịch phẫu thuật ca chiều, sự khác biệt này có ý nghĩa thông kê (p<0,05). Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho những kết quả tương tự về tình trạng thời gian nhin ăn, uống kéo dài trước phẫu thuật. Aparna Williams và cộng sự (2018), thời gian nhịn ăn, uống trung bình lần lượt là: 12.58 ± 2.70 giờ và 9.02 ± 3.73 giờ [7]. Asiye Gul và công sự (2017), 13.34 ± 3.07 giờ với ăn và 12.44 ± 2.82 giờ với uống [5]. Trên lâm sàng, thực trạng nhịn ăn, uống kéo dài trước phẫu thuật mặc dù có khác nhau nhưng vẫn đang diễn ra ở nhiều cơ sở phẫu thuật, ở nhiều quốc gia kể cả những quốc gia có nền y học tiên tiến [4] [1].

Ảnh hưởng của thời gian nhịn ăn, uống đến một số cảm giác chủ quan của. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cảm giác đói, khát, khô miệng, chóng mặt mức độ nặng lần lượt là: 22,9%; 27,6%; 33,3% và 4,7%. (biểu đồ 3). Điểm trung bình cảm giác đói, khát, khô miệng, chóng mặt (tính theo thang điểm 0-10) chung cho tất cả đối tượng nghiên cứu lần lượt là: 5,0±1,9; 5,1±2,2; 5,3±2,2; 1,4±2,2. Có mối tương quan giữa thời gian nhịn ăn, uống với cảm giác đói, khát, khô miệng (bảng 3); thời gian nhịn ăn, uống càng kéo dài thì mức độ đói, khát, khô miệng của người bệnh càng tăng lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (bảng 2). Tuy nhiên sự khác biệt không thực sự rõ ràng ở cảm giác chóng mặt, sự chênh lệch về thời gian nhịn ăn, uống không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Isadora Pierotti và cộng sự (2018), cũng báo cáo tỷ lệ cảm giác khát rất cao ở 203 người bệnh phẫu thuật theo chương trình là 89,6%, với mức điểm trung bình của cảm giác là 6,9 (thang đo tương tự NRS 0 - 10) cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Một nghiên cứu khác của tác giả Asiye Gul và cộng sự (2017) cũng báo cáo kết quả tỷ lệ đói, khát mức độ nặng trong 164 người bệnh lần lượt là: 5,5% với đói và 6,1%; tác giả cũng cho thấy mối tương quan giữa yếu thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật với các cảm giác đói và khát [5]. Kết quả có thể khác nhau giữa các nghiên cứu, tuy nhiên cũng phản ánh được những cảm giác khó chịu mà việc kéo dài thời gian nhịn ăn, uống gây ra cho người bệnh.

Những kết quả ghi nhận được trong nghiên cứu của chúng tôi dựa trên sự nhớ lại và sự đánh giá chủ quan của người bệnh nên không tránh khỏi được những sai số. Nghiên cứu này không đại diện cho toàn bộ quần thể người bệnh phẫu thuật của Bệnh viện, mà chỉ là một nhóm nhỏ được lựa chọn ngẫu nhiên và cho kết quả tại thời điểm nghiên cứu. Để phản ánh thực tế cần có những nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn, phương pháp nghiên cứu tốt hơn và những phân tích thống kê định lượng và định tính để khẳng định những gì đang xảy ra trên thực tế

V. KẾT LUẬN

Thời gian nhịn ăn, uống trước phẫu thuật của người bệnh vẫn còn kéo dài hơn khuyến nghị của ASA (2-4 giờ với chất lỏng trong suốt hoặc sữa, 6-8 giờ với thực phẩm hoặc thực phẩm chiên, nướng) với mức có ý nghĩa thống kê (p< 0.001) [3]. Thời gian nhịn ăn, uống kéo dài trước phẫu thuật khiến cho người bệnh cảm thấy khó chịu. Cần có những chính sách nhằm giảm bớt thời gian nhịn ăn, uống và sự khó chịu của người bệnh.

LỜI CẢM ƠN:

Nhóm nghiên cứu xin được gửi lời cảm ơn chân thành đến những người bệnh đã đồng ý tham gia vào nghiên cứu, chân thành cảm ơn ban lãnh đạo Khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện và giúp đỡ nhóm nghiên cứu thực hiện nghiên cứu này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Endale Gebreegziabher Gebremedhn và Vidhya Bates Nagaratnam (2014)**, "Audit on Preoperative Fasting of Elective Surgical Patients in an African Academic Medical Center", World Journal of Surgery. 38(9), tr. 2200-2204.
2. **Curtis L. Mendelson (1946),** "The Aspiration of Stomach Contents into the Lungs During Obstetric Anesthesia**Read at a meeting of the New York Obstetrical Society, Dec. 11, 1945", American Journal of Obstetrics and Gynecology. 52(2), tr. 191-205.
3. **ASA Practice Parameters (2011),** Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy

Patients Undergoing Elective Procedures, Anesthesiology, Vol. 126, 376–93.
4. **Jose Aguilar-Nascimento và các cộng sự. (2014),** "Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study", Therapeutics and Clinical Risk Management, tr. 107.
5. **Asiye Gul, Isil Isik Andsoy và Birgul Ozkaya (2017),** "Preoperative Fasting and Patients' Discomfort", Indian Journal of Surgery. 80(6), tr. 549-553.
6. **Isadora Pierotti và các cộng sự. (2018)**, "Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst", Escola Anna Nery. 22(3).
7. **Aparna Williams, MerlinShalini Ruth và M. S. Josephine (2018),** "Preoperative fasting in the day care patient population at a tertiary care, teaching institute: A prospective, cross-sectional study", CHRISMED Journal of Health and Research. 5(2), tr. 105.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA NỒNG ĐỘ LACTAT MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY ĐA TẠNG

Phạm Thái Dũng*, Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Công Thành*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị tiên lượng tử vong của nồng độ Lactat máu ở bệnh nhân suy đa tạng. **Phương pháp**: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc 62 bệnh nhân (BN) vào khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Việt Tiệp – Hải phòng được chẩn đoán suy đa tạng. Đánh giá suy đa tạng (MOFS: multi organ failure syndrome) theo thang điểm SOFA (sequential organ failure assessment), tiêu chuẩn suy tạng là điểm SOFA ≥3 hoặc tăng ≥1 điểm so với lúc vào khoa điều trị tích cực. MOFS được chẩn đoán khi có ≥2 tạng suy kéo dài trên 24 giờ. So sánh nồng độ lactate máu tại các thời điểm chẩn đoán xác định ($T_{cđ}$), T_{6h} (6 giờ sau chẩn đoán xác định), T_{12h} (12 giờ sau chẩn đoán xác định),T_{24h} (24h sau chẩn đoán xác định), T_{72h} (3 ngày sau chẩn đoán xác định), T_{n7} (7 ngày sau chẩn đoán xác định) ở nhóm BN suy đa tạng sống và tử vong. **Kết quả**: Nhóm tử vong có nồng độ Lactat trung bình cao hơn và giảm ít hoặc không thay đổi qua các thời điểm nghiên cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nồng độ lactat máu ở điểm cắt 4,0 mmol/L tại thời điểm chẩn đoán xác định ($T_{cđ}$) và ở điểm cắt 2,8 tại thời điểm T_{72h} cho giá trị dự báo tử vong tốt với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt ở 2 thời điểm trên là 73%, 50,2% và 80%, 72,9%. **Kết luận**: Theo dõi nồng độ lactat máu tại các thời điểm $T_{cđ}$,T_{6h},T_{12h},T_{24h},T_{72h},T_{n7} có ý nghĩa tiên lượng tử vong. Giá trị điểm cắt của nồng độ lactat tại thời điểm $T_{cđ}$, T_{72h} cho khả năng dự báo tốt tỷ lệ tử vong.

Từ khóa: Lactat máu, Suy đa tạng.

SUMMARY

STUDY ON MORTALITY VALUE OF SERUM LACTATE CONCENTRATION IN PATIENTS WITH MULTIPLE ORGAN FAILURE

Objectives: Study on mortality value of serum lactate concentratrion in patients with multiorgan failure syndrome (MOFS). **Methods**: A prospective study of 62 patients in the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital Viet Tiep - Hai Phong were diagnosed with MOFS. Evaluation of MOFS on a sequential organ failure assessment (SOFA) score for each organ, criteria for organ failure was SOFA score ≥3 or an increase of ≥1 point compared to the time of admission to the ICU. MOFS was diagnosed when ≥2 organ failure persists for more than 24 hours. Compare serum lactate concentration at $T_{cđ}$ (time of definite diagnosis), T_{6h}(6 hours after $T_{cđ}$), T_{12h} (12 hours after $T_{cđ}$), T_{24h} (24 hours after $T_{cđ}$), T_{72h} (3 days after $T_{cđ}$), T_{n7} (7 days after $T_{cđ}$) in suvived group and death group**. Results:** The death group had higher average serum lactate concentration and decreased little or no change over the study times, this difference was statistically significant with p<0.05. Serum lactate concentration at the cut-off point of 4.0 mmol/L at $T_{cđ}$ and at the cut-off point 2.8 mmol/L at T_{72h} gave good predictive value of mortality with sensitivity, specificity at two points above were 73%, 50.2% and 80%, 72.9%, respectively. **Conclusions:** Monitoring serum lactate concentration level at the poins $T_{cđ}$, T_{6h}, T_{12h}, T_{24h}, T_{72h}, T_{n7} had significant prognostic significance of mortality. The cut-off value of serum lactate concentration at $T_{cđ}$, T_{72h} gave good predictability of mortality.

Keywords: Serum lactate concentration, multi organ failure syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy chức năng đa tạng (MOFS: Multiorgan failure syndrome) nằm trong bệnh cảnh của tình trạng đáp ứng viêm hệ thống mức độ nghiêm trọng, và tiến triển dần tới mất chức năng của một hoặc nhiều cơ quan quan trọng. Suy đa tạng là một trong những nguyên nhân chính dẫn tới tử vong tại các đơn vị hồi sức cấp cứu, số tạng suy càng nhiều thì tiên lượng bệnh càng nặng [1], [3]. Tỷ lệ tử vong của suy đa tạng dao động từ 60-80% [1]. Các nghiên cứu cho thấy biểu hiện lâm sàng của suy đa tạng rất khác biệt tùy theo từng nhóm bệnh nhân: nguyên nhân suy đa tạng, thứ tự và thời gian xuất hiện suy đa tạng, số lượng tạng suy [1],[3],[7]. Nhiều yếu tố nguy cơ suy đa tạng và

**Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y*
***Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng*
****Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Dũng
Email: Dzungdoctor@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

yếu tố tiên lượng nặng đã được đánh giá như: tuổi, điểm SOFA, lactat máu, ARDS [5],[6]. Hầu hết các nghiên cứu trước đây thực hiện trên các bệnh nhân không đồng nhất, các kết quả thu được cũng khác nhau. Để góp phần cung cấp thêm dữ liệu về vai trò của nồng độ lactat trong tiên lượng tử vong bệnh nhân suy đa tạng, chúng tôi thực hiện *"Nghiên cứu giá trị tiên lượng tử vong của nồng độ Lactat máu ở bệnh nhân suy đa tạng"* nhằm mục tiêu xác định giá trị tiên lượng tử vong của nồng độ Lactat máu ở bệnh nhân suy đa tạng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy đa tạng có thời gian điều trị ≥24 giờ tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 2 năm 2020.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được đánh giá suy đa tạng (MOFS) theo thang điểm SOFA (sequential organ failure assessment) cho từng tạng bao gồm phổi, tuần hoàn, thận, thần kinh, gan, máu. Tiêu chuẩn suy tạng là điểm SOFA ≥3 hoặc tăng ≥1 điểm so với lúc vào khoa điều trị tích cực. MOFS được chẩn đoán khi có ≥2 tạng suy kéo dài trên 24 giờ.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý ác tính, nhiễm HIV, dùng thuốc ức chế miễn dịch.
- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán MOFS.
- Bệnh nhân tử vong rõ ràng không liên quan đến MOFS.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc, so sánh

2.2.2. Tiến hành: Bệnh nhân được điều trị tích cực theo phác đồ, các đặc điểm chung được ghi nhận: tuổi, giới, điểm SOFA, nồng độ Lactat máu động mạch, số tạng suy. Các chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng được đánh giá theo thời điểm nghiên cứu để tính điểm SOFA mức độ suy tạng được đánh giá theo mức độ cao nhất hoặc thấp nhất theo bảng tính điểm. Thay đổi nồng độ lactate máu tại các thời điểm chẩn đoán xác định ($T_{cđ}$), T_6 (6 giờ sau chẩn đoán xác định), T_{12} (12 giờ sau chẩn đoán xác định), T_{24} (24h sau chẩn đoán xác định), T_{72h} (3 ngày sau chẩn đoán xác định), T_{n7} (7 ngày sau chẩn đoán xác định) ở nhóm bệnh nhân suy đa tạng sống và tử vong. Theo dõi đáp ứng điều trị bệnh nhân trong thời gian điều trị cho đến khi bệnh nhân ra viện hoặc tử vong, bệnh nhân tử vong là các bệnh nhân tử vong tại bệnh viện hoặc quá nặng được người nhà xin về. Lactat máu động mạch <2 mmol/l là bình thường, từ 2-4mmol/l là tăng nhe, >4 mmol/l là tăng cao.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng độ giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, tỷ lệ % và p < 0,05 được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bênh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân thời điểm chẩn đoán xác định ($T_{cđ}$)

Đặc điểm \ Bệnh nhân		n= 62	
		Số lượng	%
Giới	Nam	**45**	**72,6**
	Nữ	17	27,4
Tuổi	< 39	3	4,8
	40 – 60	19	30,7
	>60	**40**	**64,5**
Điểm SOFA tại thời điểm $T_{cđ}$		10,92 ± 2,75	
Lactat tại thời điểm $T_{cđ}$, mmol/l		6,39 ±4,65	
Số tạng suy tại thời điểm $T_{cđ}$		3,4 ±0,86	

Nhận xét: Suy đa tạng gặp chủ yếu ở giới nam với 72,6%, nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,5%. Các bệnh nhận đều có suy trên 3 tạng với điểm SOFA và nồng độ Lactat trung bình tại thời điểm chẩn đoán xác định là 10,92 ± 2,75 điểm và 6,39 ±4,65 mmol/l.

3.2. Biến đổi điểm SOFA qua các thời điểm nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm biến đổi điểm SOFA ở nhóm sống và nhóm tử vong qua các thời điểm nghiên cứu

SOFA	Nhóm sống (n=25)	Nhóm tử vong (n=37)	p
$T_{cđ}$	9,3 ± 1,7	11,9 ± 2,9	p<0,05
T_{6h}	10,2 ± 2,3	12 ± 2,1	p<0,05
T_{12h}	9,2 ± 2,4	12 ± 2,3	p<0,05
T_{24h}	8,4 ± 2,2	12,1 ± 2,6	p<0,05
T_{72h}	7,7 ± 1,8	12,8 ± 3,0	p<0,05
T_{n7}	6,7 ± 1,3	17,6 ± 1,5	p<0,05

Nhận xét: Điểm SOFA tại các thời điểm nghiên cứu ở nhóm sống thấp hơn so với nhóm tử vong với p<0,05.

3.3. Thay đổi nồng độ Lactat trung bình qua các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3: Thay đổi nồng độ lactat trung bình của bệnh nhân nhóm sống và nhóm tử vong tại các thời điểm nghiên cứu

Nồng độ lactat / Thời điểm	X±SD		
	Nhóm sống (n=25)	Nhóm tử vong (n=37)	p
$T_{cđ}$	4,8±3,0	7,9±5,6	p<0,05

T_{6h}	4,2±2,5	8,2±4,4	p<0,05
T_{12h}	3,3±1,8	7,81±4,2	p<0,05
T_{24h}	2,7±1,3	8,0±6,5	p<0,05
T_{72h}	2,1±1,0	7,6±3,2	p<0,05
T_{n7}	1,6±0,7	7,8±0,7	p<0,05

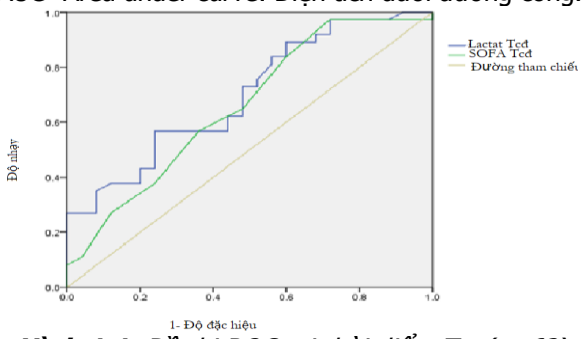
Nhận xét: Nồng độ lactat máu trung bình ở nhóm sống giảm dần và thấp hơn nhóm tử vong ở tất cả các thời điểm nghiên cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nồng độ Lactat máu ở nhóm tử vong thay đổi rất ít hoặc hầu như không thay đổi.

3.4. Giá trị dự báo tử vong của nồng độ Lactat máu và điểm SOFA tại thời điểm chẩn đoán xác định ($T_{cđ}$) và sau 72 giờ (T_{72h})

Bảng 3.5: Điểm cắt của Lactat máu và điểm SOFA dự báo tử vong tại thời điểm ($T_{cđ}$)

Thông số	Cut-off	Sens.	Sp.	AUC	p
Lactat	4,0	73%	52%	0,7	<0,05
SOFA	11,5	65%	52%	0,7	<0,05

Cut-off: Điểm cắt.
Sens.=Sensitivity: Độ nhạy.
Sp.=Specificity: Độ đặc hiệu.
AUC=Area under curve: Diện tích dưới đường cong.



Hình 1.1. *Đồ thị ROC tại thời điểm $T_{cđ}$ (n=62)*

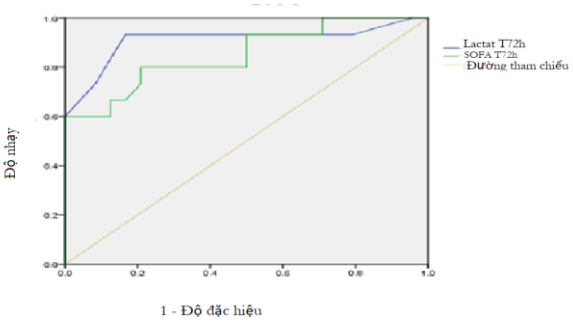
Nhận xét: - Tại điểm cut off 4,0mmol/L: Diện tích dưới đường cong (AUC) của Lactat là 0,7 cho khả năng dự báo tử vong tốt với độ nhạy 73% và độ đặc hiệu 50,2%.

- Tại điểm cut off 11,5 điểm: Diện tích dưới đường cong (AUC) của SOFA là 0,65 cho khả năng dự báo tử vong khá với độ nhạy 65% và độ đặc hiệu 52%.

Bảng 3.6. Điểm cắt của Lactat máu, điểm SOFA dự báo tử vong tại thời điểm T_{72h}

Thông số	Cut-off	Sens.	Sp.	AUC	p
Lactat	2,8	80%	72,9%	0,85	<0,05
SOFA	9,5	93%	83%	0,9	<0,05

Cut-off: Điểm cắt.
Sens.=Sensitivity: Độ nhạy.
Sp.=Specificity: Độ đặc hiệu.
AUC=Area under curve: Diện tích dưới đường cong.



Hình 1.2. Đồ thị ROC tại thời điểm T_{72h} (n=19)

***Nhận xét*: -** Tại điểm cut off 2.8 mmol/L: Diện tích dưới đường cong (AUC) của Lactat là 0,85 cho khả năng dự báo tốt với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 72,9%.

-Tại điểm cut off 9,5 điểm: Diện tích dưới đường cong (AUC) của SOFA là 0,9 độ nhạy cho khả năng dự báo tốt với độ nhạy 93% và độ đặc hiệu 83%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi nồng độ lactat máu, điểm SOFA giữa nhóm bệnh nhân sống và tử vong: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ lactate máu động mạch tăng cao ở cả 2 nhóm vào tất cả các thời điểm nghiên cứu (bảng 4), ghi nhận tại thời điểm chẩn đoán suy đa tạng của nhóm sống là 4,8 ± 3,0 mmol/L và nhóm tử vong là 7,9 ± 5,6 mmol/L. Sự khác biệt này có nghĩa thống kê (p<0,05) khi so sánh nồng độ lactate máu giữa 02 nhóm sống và tử vong ở tất cả các thời điểm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của tôi tương tự với tác giả Nguyễn Thành Nam (2006) cũng thấy rằng giá trị lactate máu ở nhóm tử vong cao hẳn hơn so với nhóm sống tại thời điểm lúc vào viện, 12h, 24h, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2]. Tương tự Barry A.Mizozk và cộng sự [4] trong một nghiên cứu các bệnh nhân bị sốc nhiễm khuẩn, nhận thấy nồng độ lactat máu lúc bắt đầu xuất hiện sốc nhiễm khuẩn không khác biệt giữa nhóm sống và tử vong. Tuy vậy, một sự giảm lớn nồng độ lactat trong khi điều trị được nhận thấy ở bệnh nhân sống sót so với bệnh nhân tử vong.

Sử dụng bảng điểm SOFA để theo dõi tiến triển của suy đa tạng, điểm càng cao chứng tỏ số tạng suy càng nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SOFA tăng trong các thời điểm nghiên cứu (bảng 3) và có sự khác biệt giữa nhóm tử vong và nhóm sống có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

4.2. Giá trị của lactat và SOFA trong dự báo tử vong ở bệnh nhân suy đa tạng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khả năng dự

báo tử vong của nồng độ lactat với độ nhạy, độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong AUC (under the curve) cao nhất tại các thời điểm: lúc chẩn đoán suy đa tạng ($T_{cđ}$), sau 3 ngày (T_{72h}). Đồng thời, chúng tôi so sánh khả năng dự báo tử vong của lactat so với thang điểm SOFA tại cùng thời điểm. Tại thời điểm chẩn đoán suy đa tạng, diện tích dưới đường cong (AUC) của Lactat ở mức 4,0 mmol/L là 0,7 cho khả năng dự báo tử vong tốt với độ nhạy 73% và độ đặc hiệu 50,2%. Diện tích dưới đường cong (AUC) của SOFA mức 11,5 điểm là 0,65 cho khả năng dự báo tử vong khá với độ nhạy 65% và độ đặc hiệu 52% (bảng 3.5). Đánh giá khả năng dự báo tử vong của điểm SOFA và nồng độ lactate tại thời điểm 72h chúng tôi thấy rằng ở mức Lactat 2,8 mmol/L có diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,85 cho khả năng dự báo tử vong tốt, độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 72,9%, tuy nhiên cũng ở thời điểm này với mức SOFA 9,5 cho khả năng dự báo tử vong tốt với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 83% và diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,9 (bảng 3.6).

Năm 2001, Smith I. và cộng sự khi nghiên cứu trên 146 bệnh nhân lúc vào khoa hồi sức cấp cứu nhận thấy nồng độ lactat máu động mạch có giá trị tiên lượng tốt kết quả điều trị và tiên lượng tử vong. Nghiên cứu này cũng xác định được giới hạn đường cong ROC của lactat cho tử vong là 78% và xác định giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất là trên 1,5mmol/L [8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 62 bệnh nhân đa chấn thương điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Việt Tiệp – Hải Phòng từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 2 năm 2020 chúng tôi rút ra kết luận như sau:

- Nồng độ lactat máu trung bình ở nhóm sống giảm dần và thấp hơn nhóm tử vong ở tất cả các thời điểm nghiên cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

- Nồng độ lactat máu tại thời điểm chẩn đoán xác định ($T_{cđ}$) ở điểm cắt 4,0mmol/L và tại thời điểm T_{72h} ở điểm cắt 2,8mmol/L cho giá trị dự báo tử vong tốt với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt ở 2 thời điểm trên là 73%, 50,2% và 80%, 72,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thế Hồng, Vũ Văn Đính, Vũ Minh Đức** (2011). Bước đầu nghiên cứu hội chứng suy sụp đa phủ tạng tại khoa điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Cấp cứu - Hồi sức - Chống độc 1998-2011:167-176.
2. **Nguyễn Thành Nam** (2006). Nghiên cứu giá trị tiên lượng của lactat máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện nhi trung ương. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Minh Tuấn** (2006). Nghiên cứu tình hình suy đa tạng tại khoa điều trị tích cực , Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú khóa 27. Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Mizock BA, Falk JL**. Lactic acidosis in critical illness. Critical care Medicine 1992; 20(1): 20 - 80.
5. **Pettila V, Melot C, Ferreira FL et al**. Sequential assessment of multiple organ dysfunction as a predictor of outcome. JAMA 2002; 287(6):713-7146.
6. **Sauaia Angela, Moore Frederick, Moore Ernest.E, Lezotte Dennis**. Early risk factors for postinjury multiple organ failure. World J. Surg 1996; 20:392-400.
7. **Suveer S, Evans T.W.** Organ dysfunction during sepsis. Intensive Care Med 2006;1-29.
8. **Smith I, Kumar P, Molloy S et al.** Base excess and lactate as prognostic indicators for patients admitted to intensive care. Intensive Care Med 2001; 27:74-83.

THÔNG BÁO 4 TRƯỜNG HỢP U CƠ TRƠN ÁC TÍNH HIẾM GẶP TẠI ỐNG TIÊU HÓA ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TRONG 10 NĂM VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Phạm Gia Anh[1], Trịnh Hồng Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh, và kết quả phẫu thuật của u cơ trơn ác tính nguyên phát tại ống tiêu hoá. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trong 10 năm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** 5 trường hợp u cơ trơn ác tính được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật, tỉ lệ nam/nữ là 4/1. Vị trí u gặp ở thực quản và ruột non. Triệu chứng phổ biến đau bụng, và nuốt nghẹn. Chất chỉ điểm u không cao trong lại tổn thương này. Kích thước u thay đổi từ 3 đến 10 cm, hình thể chủ yếu kiểu cầu khối hoặc dạng múi, màu trắng hồng chiếm tỉ lệ cao hơn, mật độ thường chắc và không có thâm nhiễm xung quanh. **Kết luận:** U cơ trơn ác tính nguyên phát của ống tiêu hóa là loại u ác tính hiếm gặp, triệu chứng không điển hình, chẩn đoán sớm thường khó, giải phẫu bệnh thường hay nhầm với u

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Gia Anh
Email: phamgiaanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 8.6.2020
Ngày duyệt bài: 19.6.2020

thần kinh hoặc GIST, cần xác định bằng HMMD khi dương tính với SMA, Desmin và H-caldesmon; âm tính với CD117 và DOG1.1. Phẫu thuật triệt căn vẫn là tối ưu nhất cho bệnh nhân, không cần thiết phải nạo vét hạch rộng rãi như đối với ung thư biểu mô. Xạ trị gần như không có tác dụng, còn hóa chất thì hiệu quả còn rất hạn chế.

Từ khóa: U cơ trơn ác tính, u không thuộc biểu mô ống tiêu hóa

SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGY CHARACTERISTIS AND SURGICAL OUTCOMES IN LEIOMYOSARCOMA OF GASTROINTESTINAL TRACT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Clinical and pathology characteristics and surgical outcomes in leiomyosarcoma of gastrointestinal tract. **Methods:** A 10-year retrospective study was carried out at the Viet Duc University Hospital. **Results**: 5 cases of leiomyosarcoma tumors were diagnosed definitively and had surgery indication. The tumor's location in esophagus and intestin with most popular symtoms is abdominal pain and dysphagia, tumor marker were not high in this kind of tumor. Dimension was in range from 3 to 10 cm with the shape is mainly spherical or citrus type, pink white has a higher proportion, the density is usually firm with a rough or convex morphology and no invasive around. **Conclusion:** Leiomyosarcoma tumors in the gastrointestinal tract are rare lesions, atypical symptoms, early diagnosis is often difficult, surgery is often confused with Schwannoma or GIST, need to be determined by chemoimmunology when positive with SMA, Desmin and H-caldesmon; negative for CD117 and DOG1.1 Radical surgery is still the most optimal for the patient, no need for extensive lymph node dredging as for epithelial cancer. Radiation therapy has almost no effect and the effectiveness of the chemical is very limited.

Keywords: Leiomyosarcoma tumor, non-epithelial gastrointestinal tract tumors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn ác tính là loại u ác tính có nguồn gốc tế bào là các sợi cơ trơn, là một trong loại tổn thương được xếp vào nhóm ung thư không thuộc biểu mô của ống tiêu hóa (ÔTH) bao gồm hơn 10 loại khác nhau như u mỡ, u cơ trơn, u cơ vân, u tế bào Schwann, u mạch máu và nhóm khác chiếm phần lớn như u lympho, u mô đệm dạ dày ruột (GIST) [1-3]. U thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên, tuy nhiên cũng có thể có ở người trẻ thậm chí cả trẻ em. Riêng tại ống tiêu hóa vị trí thường gặp nhất là dạ dày [4], thực quản, ruột non, đại trực tràng và tá tràng thì hiếm gặp hơn. Khối u có thể phát triển từ lớp cơ hay lớp cơ niêm thậm từ thành của các mạch máu của ÔTH, vào trong lòng ÔTH hoặc ra ngoài tổ chức lân cận, 30-50% có thâm nhiễm vào lớp niêm mạc. Khối u thường có kích thước lớn, có vỏ, có thể thành múi, mật độ chắc màu trắng xám, có thể tiến triển loét, xen kẽ vùng chảy máu, hoại tử. Có những trường hợp khối u phát triển ở dạng polyp, cứng và thâm nhiễm [5].

Trên thế giới có nhiều các thông báo về u cơ trơn ác tính ở các đoạn khác nhau của ÔTH như tác Aggarwal (2012) về u tại thực quản, David G. Disler với u tại dạ dày, Rafael Parra-Medina (2015) với tại tá tràng, Guzel T. (2016) với u tại ruột non, Yoichi Hamai với u tại đại tràng, Berna Oksuzoglu với u tại trực tràng và tác giả Rowe, N. M. với u tại ống hậu môn. Tại Việt Nam cũng có các thông báo của các tác giả như Trịnh Hồng Sơn về u cơ trơn ác tính tại tá tràng gây xuất huyết tiêu hóa nặng, Nguyễn Ngọc Hùng về u cơ tại dạ dày 2002 và Phạm Gia Anh trong nghiên cứu về các loại ung thư không thuộc biểu mô ÔTH 2008

Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản trong u cơ trơn ác tính, hóa trị liệu cũng chỉ có tác dụng một phần, hơn nữa biện pháp điều trị đích hiện tốt cho GIST nhưng lại không hiệu quả cho loại u này. Về mặt vi thể, u cơ trơn ác tính trước đây hay nhầm với u vỏ bao thần kinh hoặc u GIST, tuy nhiên với vai trò của hóa mô miễn dịch (HMMD) đã giúp cho vấn đề chẩn đoán xác định được nhanh chóng và chính xác hơn. Chính vì vậy chúng tôi thông báo 4 trường hợp u cơ trơn ác tính ống tiêu hóa được phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong vòng 10 năm, nhằm mục tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị và nhìn lại y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 10 năm từ 1/1/2009 đến 01/06/2019.

22. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân có khối u cơ trơn ác tính nguyên phát tại ống tiêu hóa được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh, đã phẫu thuật cấp cứu hoặc mổ phiên tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu theo phương pháp mô tả

2.3.2. Cỡ mẫu: Tất cả các các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian 10 năm từ 1/1/2009 đến 01/06/2019

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Lấy toàn bộ kết quả giải phẫu bệnh tại khoa giải phẫu bệnh trong 10 năm từ 1/1/2009 đến 01/06/2019

Bước 2: Trong các kết quả này, lọc ra những

chẩn đoán u cơ trơn ác tính của thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, trực tràng và hậu môn.

Bước 3: - Từ kết quả thu được ở bước 2, lập danh sách tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, khoa phòng gửi bệnh phẩm và ngày đọc tiêu bản giải phẫu bệnh.

- Từ đó tra được ngày ra vào viện của từng bệnh nhân để tìm hồ sơ bệnh án.
- Kiểm tra hồ sơ đầy đủ mới lấy vào số liệu.

2.3.4. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Mỗi bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định là u cơ trơn ác tính ống tiêu hóa
- Cả hai giới nam và nữ, mọi lứa tuổi.
- Được điều trị phẫu thuật.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với lâm sàng và kết quả cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, giấy kết quả giải phẫu bệnh.

2.3.5. Tiêu chuẩn loại trừ

- Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư thuộc biểu mô ÔTH.
- Kết quả giải phẫu bệnh là lành tính
- Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ bệnh án, không có kết quả giải phẫu bệnh.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu chung: Tuổi, giới, tiền sử nội ngoại khoa, lý do vào viện, tính chất mổ (phiên, cấp cứu), phát hiện tình cờ hay không.
- Triệu chứng lâm sàng: dấu hiệu ung thư, sốt, thiếu máu, đau bụng, sờ thấy u bụng, bán hay tắc ruột, viêm phúc mạc, xuất huyết tiêu hóa.
- Cận lâm sàng: công thức máu, siêu âm, cắt lớp, cộng hưởng từ, soi dạ dày đại tràng, chụp lưu thông ruột.
- Giải phẫu bệnh: vị trí tổn thương, hình ảnh đại thể, vi thể và HMMD.
- Các phương pháp phẫu thuật.
- Kết quả gần, kết quả xa.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tuổi và giới: Có 4 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u cơ ác tính tại ống tiêu hoá và được chỉ định phẫu thuật, tuổi trung bình là 47,8, cao nhất là 75 tuổi và thấp nhất là 24 tuổi. Tỷ lệ nam nhiều hẳn hơn nữ, lần lượt là 75% và 25%.

3.2. Vị trí u tại ống tiêu hoá: Chúng tôi gặp 2 ca ở thực quản, 1 ca ở cả tá tràng và hồi tràng và 1 trường hợp u ở hồi tràng.

3.3. Liên quan triệu chứng lâm sàng và vị trí tổn thương

Bảng 3.1. Triệu chứng, hội chứng lâm sàng và vị trí ống tiêu hóa có tổn thương

Lâm sàng	Thực quản	2 vị trí	Hồi tràng
Đau bụng	0	1	1
Nuốt nghẹn	2	0	0
Sờ thấy khối u bụng	0	0	1

Triệu chứng chủ yếu khiến người bệnh đến viện cũng như khi khám lâm sàng dấu hiệu là đau bụng, với u ở thực quản thì không có triệu chứng này nhưng biểu hiện bằng triệu chứng nuốt nghẹn.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.2. Các dấu hiệu cận lâm sàng

Cận lâm sàng		Số lượng	Tỉ lệ %
Siêu âm bụng	Thấy u	2	50
	Không thấy	0	50
	Không làm	0	0
Siêu âm nội soi	Có làm	2	50
Chụp CT/MRI	Thấy u	4	100
	Không thấy	0	0
	Không làm	2	0
PET-CT	Có làm	1	25
Có nội soi	Dạ dày	3	75
	Đại tràng	1	25
Chất chỉ điểm U		**Bình Thường**	**Cao**
	AlphaFP	4	0
	CEA	4	0
	CA 199	4	0
Chụp lưu thông ruột		0	0
Nhóm máu	O	3	75
	A	1	25
	B	0	0
	AB	0	0

Hình 3.1: Hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi cho thấy khối u không cuống lồi vào lòng thực quản, bề mặt nhẵn

3.5. Cách thức phẫu thuật và Kết quả giải phẫu bệnh

Tất cả 4 ca bệnh đều được mổ phiên, cả 4 trường hợp được mổ cắt u kèm đoạn ÔTH trong đó có 1 trường hợp để lại khối u ở tá tràng thâm nhiễm dạ dày đầu tụy rốn gan không có khả năng cắt bỏ, nối tắt vị tràng.

Về tính chất giải phẫu bệnh, khối u thường kích thước lớn, mật độ mềm, mầu sắc trắng hồng hoặc trắng xám.

Bảng 3.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Kích thước	**Trung bình**	**Lớn nhất**	**Nhỏ nhất**	**< 5 cm**	**5-10 cm**	**>10 cm**
	8,5 cm	10 cm	6 cm	0	4	0
Tính chất	**Khối, polyp**			**Thâm nhiễm, mảng**		
	2			2		
HMMD	**Có làm**			**Không làm**		
	4			0		

3.6. Kết quả điều trị. Kết quả xa sau mổ có 3 bệnh nhân không tham gia các phương pháp điều trị khác như hoá chất, xạ trị, hay điều trị đích; 1 bệnh nhân điều trị hóa chất sau mổ. Trường hợp u ở thực quản đã chết sau mổ 26 tháng, còn lại 3 trường hợp vẫn còn sống. Thời gian sống sau mổ trung bình là 17,3 tháng.

3.7. Kết quả hóa mô miễn dịch (HMMD)

Bảng 3.4: Kết quả hóa mô miễn dịch

STT	Mã hồ sơ	Chẩn đoán trước HMMD	Chẩn đoán sau HMMD
1	42645/C15	Melanoma Malignant / Sarcomatoid Carcinoma ?	Leiomyosarcoma
2	36578/C16	Leiomyosarcoma / GIST ?	Leiomyosarcoma
3	58169/C17	Leiomyosarcoma / GIST ?	Leiomyosarcoma
4	59976/D13	Leiomuoma / GIST ?	Leiomyosarcoma

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Tác giả Palazzo và cộng sự thông báo 9 trường hợp u cơ trơn ác tính của có 1 ca ở thực quản, 6 ca ở dạ dày và 2 ca ở trực tràng, kết quả nghiên cứu trong 10 năm của chúng tôi có 2 ca thực quản và 2 ca ở ruột non, không có trường hợp nào ở dạ dày và đại trực tràng.

Thực quản: U cơ trơn ác tính chỉ chiếm 0,5% các loại tổn thương ác tính tại thực quản, chủ yếu ở 1/3 giữa và dưới, ở độ tuổi trên trung niên và gặp nhiều hơn ở nam giới. Ca đầu tiên thông báo từ năm 1902 bởi Howard Triệu chứng chủ yếu là nuốt nghẹn, có thể buồn nôn và nôn, xuất huyết tiêu hóa và gầy sút cân. Nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ rất hiếm, chỉ gặp 1 ca u nằm ở thực quản trong vòng 15 năm là bệnh nhân nam 46 tuổi.

Dạ dày: u cơ trơn chiếm khoảng 50% toàn bộ u cơ trơn đường tiêu hoá trong đó 75% là u lành tính. U cơ trơn ác tính lần đầu tiên mổ tả bởi Martin và cộng sự năm 1960 [5], khối u có kích thước khác nhau thay đổi từ 0,5 đến 35 cm, cũng với triệu chứng thường đau, nôn hoặc buồn nôn, đôi khi thăm khám có sờ thấy khối [6], 80% có triệu chứng đau bụng, kích thước từ 4-15cm. Khối u có xu hướng loét, chảy máu, hoại tử và khoảng 63% có di căn phúc mạc, mạc nối lớn và gan trong vòng 2 năm đầu, hiếm gặp di căn hạch, chúng tôi không có ca nào di căn phúc mạc hay di căn gan. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào u cơ trơn ác tính nguyên phát tại dạ dày.

Tá tràng, ruột non: trái lại, u cơ trơn tại ruột non thường là ác tính như theo một nghiên cứu được đăng trên tạp chí phẫu thuật ung thư thế giới 2005. Ung thư tại ruột non chiếm 2% tổng số ung thư của ống tiêu hóa, trong đó tỉ lệ ung thư cơ trơn lại đứng thứ 4 chiếm 15% trong số các u ác tính của ruột non và tỉ lệ mắc bệnh là 1,2 ca/1 triệu người trong 1 năm, con số này tại Mỹ là 1,4 ca /100.000 bệnh nhân. Một nghiên cứu với 26 trường có 7 ca ở tá tràng, 6 ca ở hỗng tràng và 6 ca ở hồi tràng với kích thước trung bình 11,4 cm (to nhất 29 cm), kết quả này giống như trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ tương ứng 1 ca ở hỗng tràng và 1 ca ở hồi tràng. Riêng trường hợp u ở hồi tràng bệnh nhân có kèm theo tổn thương ở tá tràng xâm lấn đầu tụy và dạ dày và cuống gan, bệnh nhân này không có khả năng cắt bỏ tổn thương ở đây, chỉ cắt đoạn hồi tràng kèm nối tắt vị tràng.

Tại ruột non, hầu hết u phát triển chậm và có triệu chứng kéo dài trong nhiều năm, chủ yếu triệu chứng thiếu máu do xuất huyết tiêu hóa và một số biểu hiện khác như đau bụng, nôn, tắc ruột, hiếm gặp hơn là lồng ruột như trường hợp đã được thông báo trong y văn. Đau bụng là triệu chứng lâm sàng nổi trội giống như trong nghiên cứu của chúng tôi, không có dấu hiệu bán tắc ruột hay XHTH.

Đại trực tràng và ống hậu môn: u cơ trơn ác tính chỉ chiếm tỉ lệ dưới 0,1% các loại u ác tính tại đây và đặc biệt hiếm ở ống hậu môn với 9 trường hợp được mô tả trong y văn trong đó ca đầu tiên phát hiện năm 1977 bởi Wolfson và Oh.

Tại đại tràng sigma và trực tràng thường biểu hiện đau tức và chảy máu; nhiều tác giả trên thế giới đã tổng kết và thông báo trong nhiều năm về u cơ trơn ác tính ở trực tràng như Evans 56 ca trong vòng 10 năm có 4 trường hợp, Randleman với 22 ca trong vòng 35 năm và Walsh thông bảo 48 ca trong 31 năm [8]. Nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào tại đại trực tràng và hậu môn.

Cận lâm sàng: kết quả cho thấy chỉ điểm u thường không tăng cao trong loại u này tại ống tiêu hóa, chẩn đoán hình ảnh chủ yếu xác định bằng chụp cắt lớp vi tính, một số trường hợp u nhỏ thấp ở trực tràng hoặc dạ dày thì không thấy u trên chụp cắt lớp. Các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào chụp lưu thông ruột non, với u nằm ở thực quản, dạ dày tá tràng và đại tràng thì nội soi ống mềm cho chẩn đoán xác định, đặc biệt 2 ca u ở thực quản trong nghiên cứu được siêu âm nội soi trước mổ

4.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đại thể: Khối u thường có kích thước lớn, có vỏ, thường dạng khối, mật độ chắc, màu trắng xám, có thể tiến triển loét, xen kẽ vùng chảy máu, hoại tử, hoặc khối u phát triển ở dạng polyp, cứng và thâm nhiễm.

Nghiên cứu chúng tôi kích thước u lớn nhất là 10 cm, nhỏ nhất là 6 cm, hình thể chủ yếu kiểu cầu khối, màu trắng hồng và trắng xám, mật độ chắc, có 2 trường hợp u thâm nhiễm ra xung quanh.

Vi thể: u cấu tạo bởi các tế bào hình thoi, nhân lớn, bào tương thuôn dài ưa toan, xếp thành đám, bó đan chéo nhau, tỉ lệ phân bào cao, đôi khi thấy xen kẽ dị nhân và nhân chia, có thể có vùng hoại tử chảy máu. Nhiều trường hợp khó phân biệt với ung thư biểu mô kém biệt hoá, ngay cả trên vi thể không phải lúc nào cũng dễ dàng; có khi u biệt hóa rất cao, tính chất ác tính chỉ được khẳng định khi có bằng chứng của sự di căn. Độ ác tính (thấp, cao và trung bình) của u cơ trơn được phân chia dựa vào độ biệt hóa tế bào, mật độ tế bào, độ giảm biệt hóa và chỉ số phân bào. Ranchod và Kempson cho rằng ≥ 2 phân bào/HPF được coi là ác tính và kích thước khối u ≥ 5 cm thì khả năng di căn sẽ cao hơn, trong khi đó con số này là 10 phân bào /50HPF của nhóm tác giả Thổ Nhĩ Kỳ [5].

HMMD: với sự phát triển của hóa mô miễn dịch đã giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán xác định khi dương tính với SMA, Desmin và H-caldesmon; âm tính với CD117 và DOG1.1 [5] [9].

Trong nghiên cứu chúng tôi nhờ có HMMD đã chẩn đoán chính xác khẳng định lại kết quả của cả 4 trường hợp, đặt biệt khi kết quả nhuộm thông thường còn nghi ngờ, cho thấy vai trò quan trọng như thế nào của HMMD. Điển hình trong nghiên cứu bệnh nhân ung thư thực quản Vũ Duy B., nam giới 56 tuổi. Chẩn đoán trước mổ với sinh thiết qua nôi soi và làm cả HMMD là ung thư hắc tố (CD31, CD34, CD68, CKAE1/AE3, HMB45, S-100, Desmin và SMA (-) chỉ (+) với Vimentin). Tuy nhiên bệnh phẩm sau mổ tại bệnh viện Việt Đức với khối bệnh phẩm lớn và đầy đủ tổn thương, khi với nhuộm HE và PAS thông thường, kết quả hướng nhiều đến Sarcomatoid carcinoma, khi nhuộm HMMD có kết quả dương tính với Vimentin, Desmin và SMA nên cho kết luận là u cơ trơn ác tính [5]. 3 trường hợp còn lại nghi ngờ với GIST đều phải làm HMMD để cho kết quả cuối cùng.

4.3. Kết quả điều trị. Chúng tôi theo dõi được toàn bộ trường hợp. Trường hợp u ở thực quản đã chết sau mổ 26 tháng, còn lại 3 trường hợp vẫn còn sống. Thời gian sống sau mổ trung bình là 17,3 tháng. Với khối u ≥ 5 cm tỉ lệ sống trên 5 năm là 27% (O'Riordan và cs), nếu u có độ ác tính cao thì tỉ lệ di căn gan và tái phát cũng tăng theo như trong nghiên cứu 17/21 trường hợp của tác giả Chou và cộng sự. Cả 4 ca tron nghiên cứu đều có kích thước u từ 5-10cm, cho tới thời điểm kết thúc nghiên cứu chưa có trường hợp nào sống tới 5 năm.

Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản trong u cơ trơn ác tính, hóa trị liệu cũng chỉ có tác dụng một phần. Nghiên cứu chỉ ra rằng, 30-60% có đáp ứng lâm sàng với điều trị phối hợp Docetacel và Gemcitabine, đối với giai đoạn tiến triển sử dụng Ifosfamide và Anthracycline hoặc Dacarbazine. Diamante và Bacon thông báo tỉ lệ tái phát 86% sau khi phẫu thuật cắt bỏ tại chỗ đơn thuần với tổn thương ở trực tràng. Tác giả Nigro nghiên cứu thấy rằng kết hợp phẫu thuật với điều trị xạ trị đồng thời hóa trị bằng 5FE và mitomycin cho kết quả sống sau 5 năm là 78%. Cho đến tháng 3/2018 nghiên cứu của tác giả Zorawar Singh tổng kết nhiều bài báo trong y văn về u cơ trơn ác tính cũng cho rằng đây là loại ung thư nan giải, phẫu thuật ở giai đoạn sớm mới cho kết quả khả quan. Năm 2016, nhóm tác giả Tomasz cũng đồng quan điểm phẫu thuật triệt để vẫn là tối ưu trong vấn đế điều trị u cơ trơn ác tính và không cần thiết phải nạo vét hạch rộng rãi như đối với ung thư biểu mô. Xạ trị gần như không có tác dụng, còn

hóa chất thì hiệu quả còn rất hạn chế, như doxorubicin và ifofamide tỉ lệ đáp ứng cũng chỉ 15-20%, những thuốc rất mới như trabectedin kết hợp gemcitabin hoặc pazopanib cũng chưa có hiệu quả rõ ràng. Nghiên cứu chúng tôi, các bệnh nhân đều được phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu trong điều trị, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân điều trị hóa chất sau mổ và không có trường hợp nào xạ trị hoặc điều trị bổ trợ khác [5].

V. KẾT LUẬN

U cơ trơn ác tính là loại u ác tính có nguồn gốc tế bào là các sợi cơ trơn, thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên hoặc những người lớn tuổi, tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, rất hiếm gặp loại u ác tính này nguyên phát tại ÔTH nhưng có thể nằm ở tất cả các đoạn từ thực quản đến hậu môn.

Triệu chứng phổ biến thường gặp là đau bụng, ít gặp hơn là các dấu hiệu bán tắc ruột. Cận lâm sàng chẩn đoán chủ yếu bằng nôi soi ống mềm, siêu âm nội soi và chụp cắt lớp vi tính, chất chỉ điểm u không cao trong lại tổn thương này. Kích thước u thay đổi thường khá lớn trung bình 8,5 cm, hình thể chủ yếu kiểu cầu khối hoặc dạng múi, màu trắng hồng hoặc trắng xám, mật độ thường chắc với hình thái sùi hoặc lồi lên. Chẩn đoán giả phẫu bệnh thường hay nhầm với u thần kinh hoặc GIST, xác định bằng HMMD khi dương tính với SMA, Desmin và H-caldesmon; âm tính với CD117 và DOG1.1

Phẫu thuật triệt căn vẫn là tối ưu nhất cho bệnh nhân, không cần thiết phải nạo vét hạch rộng rãi như đối với ung thư biểu mô. Xạ trị gần như không có tác dụng, còn hóa chất thì hiệu quả còn rất hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Laura Graves Ponsaing, Katalin Kiss và Mark Berner Hansen** (2007), "Classification of submucosal tumors in the gastrointestinal", world J Gastroenterol, 13(24), tr. 3311-3315.
2. **Fred T. Bosman và cộng sự** (2010), "WHO Classification of Tumours of the Digestive System", 4th ed. World health organization classification of tumours, ed. Fred T. Bosman, Elaine S. Jaffe, Sunil R. Lakhani, & Hiroko OhgakiIARC, Lyon, tr
3. **Nguyễn Văn Mão và cộng sự** (2010), "Phân loại, phân độ ác tính u mô đệm (GIST) và một số u trung mô khác của dạ dày - ruột sau nhuộm hóa mô miễn dịch", Y học thực hành, tr. 56-60.
4. **Julius Ting và cộng sự** (2006), "Leiomyosarcoma of Esophagus Presenting a Huge Posterior Mediastinal Mass: A Case Report", Chin J Radiol, 31, tr. 143-147.
5. **G. Aggarwal và cộng sự** (2012), "Primary leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract in the post-gastrointestinal stromal tumor era", Ann Diagn Pathol, 16(6), tr. 532-540.
6. **David G. Disler và Felix S. Chew** (1992), "Gastric Leiomyosarcoma", American Journal of Roentgenology, 159, tr. 58.
7. **A. Samaiya và cộng sự** (2005), "An unusual presentation of a malignant jejunal tumor and a different management strategy", World J Surg Oncol, 3(1), tr. 3.
8. **Berna Oksuzoglu và cộng sự** (2001), "Leiomyosarcoma of the rectum: Report of two cases", Turkish Journal of Cancer, 31.
9. **Yoichi Hamai và cộng sự** (2012), "Leiomyosarcoma of the sigmoid colon with multiple liver metastases and gastric cancer: a case report", Biomedcentral Gastroenterology, tr. 1-7.

BIẾN CHỨNG CỦA MỞ THÔNG HỒI TRÀNG Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG - KINH NGHIỆM QUA 223 CA

Phạm Văn Bình*, Phan Hữu Huỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét về tỷ lệ biến chứng của mở thông hồi tràng bảo vệ ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 223 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật có kèm theo mở thông hồi tràng 1/2017- 3/2020; bệnh nhân nam 55%, nữ 45%; Tuổi 60,1 (16-85); phẫu thuật nội soi 73 bệnh nhân (25,5%); mổ mở 150 (74,5%); Đặc điểm bệnh nhân: miệng nối đại tràng-trực tràng 190 (85,2%), miệng nối đại tràng -ống hậu môn 33 (14,7%); điều trị bổ trợ trước mổ 150 (67,2%), bệnh tim mạch, cao huyết áp kèm theo 89(39,9%), đái đường 67(30%). Biến chứng trong thời gian còn mở thông hồi tràng 15 bệnh nhân (6,5%): tắc ruột 5(2,2%), nhiễm trùng quanh lỗ mở thông hồi tràng 7(3,1%), chảy máu từ lỗ mở thông 1(0,4%), hậu môn nhân tạo ra nhiều >2L /24h 1(0,4%), suy thận cấp 1(0,4%); Biến chứng sau khi đóng mở thông hồi tràng 16(7,1%): nhiễm trùng vết mổ 5(2,2%), rò miệng nối hồi tràng 2(0,8%), tắc ruột sớm 3(1,3%), viêm phổi 3(1,3%), huyết khối 2(0,8%), mổ lại 1(0,4%). **Kết luận:** Biến chứng của mở thông hồi tràng bảo vệ ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng có tỷ lệ thấp, hầu hết được điều trị nội khoa với kết quả tốt.

Từ khóa: ung thư trực tràng, mở thông hồi tràng bảo vệ.

**Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình
Email: binhva@yahoo.fr
Ngày nhận bài: 20.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2020
Ngày duyệt bài: 22.6.2020

SUMMARY

COMPLICATION OF ILEOSTOMY AFTER RECTAL CANCER SURGERY: THE EXPERIENCE FROM 223 PATIENTS

Purpose: Accessing to the percentage of defunctioning loop ileostomy of patients who underwent rectal cancer surgery at K hospital. **Method:** Retrospective study. **Result:** A total of 223 cases were analyzed in the period of time between January 2017 and March 2020. The percentages of male and female patients were 55% and 45%. The mean age was 60.1 (16-85 years old). Operative characteristics: 190 cases (85.2%) colorectal anastomosis, 33 cases (14.7%) coloanal anastomosis. The percentages of open and laparoscopic operations were 74.5% and 25.4% respectively. The majority of the patients received neoadjuvant therapy (150 cases, 67.2%). The dominant of simultaneous chronic diseases were cardiovascular diseases and hypertension (89 patients, 39.9%). There were 67 patients had suffered from diabetes. The interval complication was observed at 15 patients (6.5%): 5 cases (2.2%) obstruction bowel, 7 cases (3.1%) surgical infection ileostomy site, 1 case (0.4%) hemorrhage from ileostomy stoma, 1 case (0.4%) high output ileostomy (more than 2 litters/24 hours), 1 case (0.4%) acute renal failure. The percentage of post ileostomy repair was 7.1%: 5 cases (2.2%) surgical site infection, 2 cases (0.8%) ileus anastomotic leak, 3 cases (1.3%) early obstruction bowel, 3 cases (1.3%) pneumonia, 2 cases (0.8%) thrombosis vein. There was only one patient had received the reoperation. **Conclusion:** The percentage of ileostomy complications after rectal cancer surgery was low. Most of the patients who had complications could be tolerated by preserver treatment.

Keywords: rectal cancer; defunctioning loop ileostomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, rò miệng nối đại tràng-trực tràng hay đại tràng - ống hậu môn vẫn còn là một biến chứng nặng nề. Tỷ lệ rò miệng nối sau phẫu thuật cắt trực tràng thấp (low anterior resection) chiếm khoảng từ 8% đến 20% tùy theo từng nghiên cứu [1],[2],[3],[5]. Để hạn chế mức độ nghiêm trọng của rò miệng nối trực tràng các phẫu thuật viên thường làm hậu môn nhân tạo trên miệng nối để bảo vệ. Hậu môn nhân tạo trên dòng bảo vệ này cũng có 2 loại: hậu môn nhân tạo đại tràng (colostomy) và hậu môn nhân tạo hồi tràng (defunctioning loop ileostomy) hay còn gọi là mở thông hồi tràng (MTHT). Chudner.A (2019) tiến hành một nghiên cứu systematic review and meta-analysis từ năm 1980 đến 2017 trên tất cả PubMed, EMBASE, MEDLINE via Ovid, and Cochrane Library với mục đích so sánh các biến chứng giữa MTHT với hậu môn nhân tạo đại tràng trên 1063 bệnh nhân, Kết quả tỷ lệ biến chứng chung của MTHT là 15,6%, hậu môn nhân tạo đại tràng 20,4% [3]. Vì vậy xu thế hiện nay các tác giả thường sử dụng MTHT hơn vì lý do khi đóng lại sẽ đơn giản hơn hậu môn nhân tạo đại tràng. Có nhiều biến chứng liên quan đến MTHT như: nhiễm trùng quanh lỗ MTHT, hoại tử lỗ mở thông, tắc ruột, sa lồi quai đến hồi tràng, mất nước và điện giải qua MTHT và một số biến chứng sau khi đóng MTHT. Tỷ lệ biến chứng chung liên qua đến MTHT cũng dao động từ 10% đến 40%. Một số trung tâm ung thư trực tràng trên thế giới đóng hậu môn hồi tràng sau 3 tháng nên các biến chứng liên quan đến MTHT còn tăng lên nhiều hơn nữa nhất là sau khi bệnh nhân được điều trị bổ trợ ung thư [3],[4],[5],[6]. Câu hỏi đặt ra là để làm một hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ miệng nối trực tràng có giá trị như thế nào? vẫn là một vấn đề còn tranh luận. Cũng có những trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới chỉ định MTHT bảo vệ miệng nối trực tràng thấp một cách hệ thống trong khi cũng còn nhiều phẫu thuật viện lớn không đồng tình với ý kiến này [6],[7],[8]. Đó là lý do chúng tôi viết báo cáo này với tiêu đề: "Biến chứng của mở thông hồi tràng ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng-kinh nghiệm qua 223 ca". Với mục tiêu: *Nhận xét về tỷ lệ biến chứng của mở thông hồi tràng bảo vệ ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

-Đối tượng: gồm 223 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình-thấp được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng (low anterier resection) hoặc cắt trực tràng nối đại tràng ống hậu môn có làm hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ tại khoa ngoại bụng 1 từ 1/2017- 3/2020

Kỹ thuật làm hậu môn nhân tạo hồi tràng hay còn gọi là MTHT: sau khi kết thúc miệng nối đại tràng- trực tràng thấp hoặc miệng nối đại tràng - ống hậu môn, chọn quai hồi tràng cách góc hồi manh tràng khoảng 15 cm đưa ra ngoài da qua đường rạch da ở hố chậu phải. Mở thông quai hồi tràng ra, khâu đính mép niêm mạc vào da. Hậu môn nhân tạo được đóng lại sau 2 tuần kể từ khi ra viện. Có đầy đủ hồ sơ theo dõi.

-Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, các phương pháp mổ (nội soi- mổ mở, miệng nối đại tràng – trực tràng; miệng nối đại tràng- ống hậu môn), bệnh phối hợp kèm theo, các biến chứng trong thời gian còn MTHT, các biến chứng sau đóng MTHT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

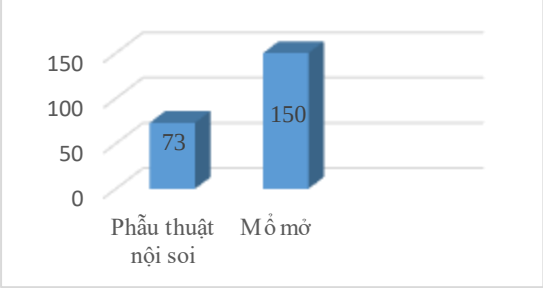
+ 223 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật có mở thông hồi tràng bảo vệ

Tuổi trung bình 61,1(16-85)

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	N (%)
Nam	123 (55)
Nữ	100 (45)
Miệng nối Đại tràng-Trực tràng thấp	190(85,2)
Miệng nối Đại tràng-ống hậu môn	33(14,7)
Điều trị hóa xạ trị trước mổ	150 (67,2)
Không điều trị hóa xạ trị trước mổ	73(32,7)
Bệnh tim mạch-cao huyết áp kèm theo	89(39,9)
Bệnh đái đường kèm theo	67(30%)
Tổng	**223(100)**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 55%; miệng nối đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao 85, 2%; 67,2% bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị trước mổ; các bệnh lý kèm theo: tim mạch + cao huyết áp là 39,9%; đái đường 30%.



Biểu đồ 1: Các phương pháp phẫu thuật trực tràng có MTHT

Nhận xét: Phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ 25,5%

Bảng 2: Biến chứng trong thời gian còn MTHT

Biến chứng	N (%)
Tắc ruột	5 (2,2)
Nhiễm trùng quanh chỗ MTHT	7 (3,1)
Chảy máu từ chỗ MTHT	1 (0,4)
Hậu môn ra nhiều >2l/24h	1 (0,4)
Suy thận cấp	1(0,4)
Tổng	**15 (6,5)**

Nhận xét: Biến chứng nhiễm trùng quanh chỗ MTHT chiếm tỷ lệ cao nhất 3,1%, tắc ruột 2,2%. Có 01 (0,4%) trường hợp suy thận cấp do mất nhiều dịch qua MTHT.

Bảng 3: Biến chứng sau đóng MTHT

Biến chứng	N (%)
Nhiễm trùng vết mổ	5 (2,2)
Rò miệng nối hồi tràng	2 (0,8)
Tắc ruột sớm sau mổ	3 (1,3)
Viêm phổi	3 (1,3)
Huyết khối Phẫu thuật lại	2 (0,8) 1(0,4)
Tổng	**16 (7,1)**

Nhận xét: Biến chứng thường gặp nhất sau đóng MTHT là nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,2%, chỉ có 2 (0,8%) trường hợp rò miệng nối hồi tràng.

IV. BÀN LUẬN

Khi nào làm MTHT bảo vệ miệng nối trực tràng thấp?: miệng nối trực tràng thấp dưới nếp phúc mạc thường có nguy cơ rò miệng nối với tỷ lệ là 10% -20% [2],[3]. Khi rò miệng nối xảy ra sẽ gây viên phúc mạc khu trú hay viêm phúc mạc toàn thể dẫn tới một tình trạng nặng nề cho bệnh nhân và tăng tỷ lệ tử vong sau mổ. Tìm hiểu các được các yếu tố nguy cơ của rò miệng nối sẽ giúp cho phẫu thuật viên chủ động hạn chế tỷ lệ rò miệng nối xuống mức thấp nhất có thể. Các nghiên cứu phân tích chỉ ra các yếu tố nguy cơ rò miệng nối trực tràng là: tuổi, bệnh nhân nam có khung chậu hẹp, miệng nối trực tràng thấp, bệnh toàn thân phối hợp tim mạch, đái đường, albumin máu thấp, bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu, truyền máu trong mổ, thời gian mổ kéo dài… các tác giả nhấn mạnh miệng nối trực tràng càng thấp thì nguy cơ rò càng tăng nên. Một trong những giải pháp để giảm bớt các yếu tố nguy cơ này dẫn tới rò miệng nối đó là MTHT bảo vệ miệng nối. Có nhiều nghiên cứu đưa ra kết luận MTHT không làm giảm tỷ lệ rò miệng nối trực tràng mà chỉ hạn chế mức độ nặng nề như viêm phúc mạc của rò miệng nối [1],[3],[5],[8]. Tuy nhiên một nghiên cứu so sánh đối chứng đa trung tâm với số lượng lớn bệnh nhân ung thư trực tràng đã đưa ra kết luận thuyết phục hơn: MTHT có tác dụng giảm cả tỷ lệ rò miệng nối và mức độ nghiêm trọng của rò miệng nối. Vì vậy lựa chọn đưa ra một quyết định có làm MTHT bảo vệ miệng nối trực tràng hay không vẫn còn là một chỉ định mang tính cá thể hóa trong phẫu thuật ung thư trực tràng. Nhìn chung các tác giả thống nhất khi miệng nối thấp dưới nếp phúc mạc, bệnh nhân có điều trị hóa xạ trị trước mổ là những chỉ định tuyệt đối cho làm MTHT bảo vệ miệng nối [2],[3],[7],[8].

Kỹ thuật mở MTHT: kỹ thuật thông thường nhất vẫn là đưa quai hồi tràng đầu tiên ra ngoài qua đường rạch da hình tròn ở hố chậu phải và mở thông ra ngoài da, khâu đính niêm mạc hồi tràng vào da, trên quai hồi tràng đưa ra này có que plastic xuyên qua mạc treo hồi tràng để giữ cho hồi tràng không tụt vào ổ bụng. MTHT có thể thực hiện qua phẫu thuật nội soi hay mổ mở thông thường đều không đặt ra khó khăn về kỹ thuật. Vị trí đưa MTHT ra da cũng có thể đặt ở lỗ rốn khi kết thúc phẫu thuật nội soi tùy thuộc vào một số tác giả [2]. Cũng có các nghiên cứu về kỹ thuật MTHT khác được mô tả như: MTHT ma (ghost loop ileostomy), hay chỉ dẫn lưu hồi tràng chứ không đưa hồi tràng ra da (defunctioning cannula ileostomy)[3]. Kỹ thuật của chúng tôi áp

dụng MTHT trong nghiên cứu này là đưa quai hồi tràng mở thông ra da ở hố chậu phải.

Biến chứng trong thời gian còn MTHT: các biến chứng này liên quan trực tiếp đến mở thông hồi tràng, không tính các biến chứng liên quan đến miệng nối trực tràng. Các tác giả nước ngoài có tỷ lệ biến chứng trong thời gian còn MTHT rất cao, lên tới trên 40% trong các nghiên cứu hồi cứu trước đây, một số nghiên cứu mới tiền cứu gần đây lại cho thấy tỷ lệ này xuống thấp chỉ còn 19% đến 29% [2],[3].

-Các biến chứng thường gặp nhất là mất nước và điện giải. Khái niệm MTHT ra quá nhiều dịch có thể dẫn tới rối loạn nước điện giải là khi tổng lượng dịch ra > 2litre /24h. Khi mất nhiều dịch và điện giải có thể dẫn tới suy thận cấp, biến chứng này thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi có MTHT. Akeson.O (2012) nghiên cứu trên 92 bệnh nhân MTHT có tỷ lệ rối loạn nước điện giải là 30% [1]. Sophia Y.C (2018) thống kê 8064 bệnh nhân ung thư trực tràng có MTHT tại Hoa kỳ, tỷ lệ bệnh nhân rối loạn nước và điện giải phải nhập viện lại truyền dịch là 20,1% [6]. Sarah.W.G (2019) báo cáo trên 100 bệnh nhân có MTHT, 20,4% bệnh nhân phải truyền dịch cân bằng vì rối loạn nước điện giả do mất dịch qua MTHT[5]. Chúng tôi chỉ gặp một trường hợp (0,4%) bệnh nhân có rối loạn nước điện giải dẫn tới suy thận cấp phải điều trị, sau đó bệnh nhân ổn định.

-Tắc ruột sau MTHT: biến chứng cũng thường được các tác giả đề cập đến với tỷ lệ cao là tắc ruột do MTHT lưu thông không tốt. Tamura.K báo cáo năm 2019 nhiên cứu đi sâu vào phân tích các yếu tố nguy cơ tắc MTHT (stoma outlet obstruction) trên 230 bệnh nhân. Tác giả rút ra kết luận tỷ lệ tắc ruột của MTHT chiếm 7%, 2 yếu tố nguy cơ là lớp mỡ dưới da bụng vị trí MTHT dày ≥2cm và chỉ số BMI ≥22,2 liên quan đến tắc MTHT [7]. Akeson.O (2012) có tỷ lệ tắc ruột do MTHT là 14% [1]. Nguyên nhân của tắc ruột do MTHT cũng được các tác giả phân tích và kể tên như là gấp khúc quai hồi tràng, phù nề chít hẹp lỗ mở thông ra da, dính ruột sớm sau mổ… phần lớn điều trị nội khoa đạt kết quả tốt, sự lưu thông MTHT trở lại và bệnh nhân hết tắc ruột. Chúng tôi gặp 5 (2,2%) bệnh nhân có tắc ruột sau mổ do MTHT. Kinh nghiệm lâm sàng của chúng tôi là nuôi dưỡng tĩnh mạch tốt bù đủ nước điện giải và can thiệp tại chỗ MTHT bằng cách luồn sonde mềm vào quai đến hồi tràng (sonde foley 24fr) lưu lại 24h, cả 5 bệnh nhân này đều có lưu thông trở lại và MTHT hoạt động tốt. Còn 1 bệnh nhân (0,4%) có chảy máu tại chỗ MTHT do phù nề, điều trị nội khoa hết chảy máu.

Biến chứng sau khi đóng MTHT:

-Khi nào đóng lại MTHT?: câu hỏi đã được nhiều nghiên cứu đề cập tới và chưa có kết luận thống nhất. Có tác giả đưa ra thống kê không có sự khác biệt về biến chứng từ khi mở đến khi đóng MTHT, nhưng nếu đóng sớm hơn sẽ giảm tỷ lệ biến chứng sau đóng MTHT và có gợi ý rằng khoảng thời gian tối thiểu để đóng lại MTHT là 8,5 tuần và nếu đóng trước thời gian này sẽ tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ [3],[8]. Trong khi lại có nghiên cứu có nhận xét ngược lai nếu đóng muộn thì biến chứng sau mổ lại tăng lên [2]. Akesson.O (2012) có thời gian đóng lại MTHT trung bình là 8-12 tuần, thậm chí là sau khi hoàn thành chu trình điều trị hóa chất rồi mới đóng lại mở thông. Tuy nhiên tác giả cũng báo cáo có tới 10% không thể đóng lại MTHT vì ung thư tiến triển [1]. Menahem.B (2018) tiến hành một nghiên cứu so sánh 2 nhóm đóng MTHT gồm 520 bệnh nhân MTHT nhóm một 252 đóng sớm trong 2 tuần, nhóm hai 318 bệnh nhân đóng muôn > 14 ngày. Tác giả rút ra nhận xét không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng chung ở 2 nhóm trên. Nhưng phân tích đơn biến thì kết quả là tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và tắc ruột sau mổ ở nhóm đóng sớm thấp hơn nhóm đóng muộn. Tác giả khuyến cáo rằng nên đóng sớm MTHT vì độ an toàn và không tăng biến chứng sau mổ ở những bệnh nhân được lựa chọn cẩn thận [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian đóng lại MTHT được thống nhất là 3 tuần kể từ khi làm MTHT.

-Các biến chứng sau khi đóng MTHT: Bhama.A.R (2018) thong kê từ 1/2010 đến 4/2015

Tại Michigan Mỹ 1737 bệnh nhân đóng MTHT với mục tiêu là tìm ra các yếu tố nguy cơ của biến chứng sau đóng MTHT. Tác giả thu được kết quả là tỷ lệ biến chứng chung 20%, thời gian nằm viện trung bình 5,6 (± 4.5) ngày. Độ ASA cao, thời gian mổ kéo dài, có tiền sử rối loạn đông máu là các yếu tố nguy cơ biến chứng sau mổ. Đi sâu phân tích chi tiết kết quả nghiên cứu này cho thấy các biến chứng sau đóng MTHT được liệt kê ra là: biến chứng nặng ảnh hưởng tới sự sống 9,1%, huyết khối tĩnh mạch sau mổ 0,7%, ngừng tim 0,3%, viêm phổi 2,2%, suy thận cấp 0,9%, phẫu thuật lại do rò miệng nối và tắc ruột 7,4%. Có 1,1% bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ [2]. Một nghiên cứu khác tại Cleveland Clinic thông kê 1504 bệnh nhân đóng MTHT sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Tỷ lệ biến chứng sau đóng hậu môn nhân tạo hồi tràng là 11,4%, bệnh nhân tử vong chiếm 0,06%[3]. Một nghiên cứu khác vào 2017

của Berger.N.G trên 1602 bệnh nhân đóng MTHT có tỷ lệ biến chứng sau mổ là 15,3%, trong đó chủ yếu là tắc ruột sau mổ và rò miệng nối hồi tràng, nhiễm trùng vết mổ [3]. Kỹ thuật đóng lại hậu môn nhân tạo hồi tràng của chúng tôi là rạch da tại chỗ MTHT, giải phóng 2 đầu ruột, cắt lại 2 đầu và thực hiện miệng nối hồi tràng-hồi tràng một lớp tận-tận. Cũng có tác giả thực hiện lại miệng nối bằng máy. Các báo cáo khác cũng cho thấy đôi khi phải mở lại đường trắng giữa để đóng MTHT do dính ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 1 bệnh nhân phải mở lại đường trắng giữa để đóng MTHT, một bệnh nhân (0.4%) phải mổ lại vì rò miệng nối hồi tràng gây viêm phúc mạc. Tỷ lệ tắc ruột sau mổ 1,3%, các biến chứng khác cũng chiếm tỷ lệ thấp. Tổng các biến chứng sau đóng MTHT trên 223 bệnh nhân của chúng tôi là 7,1%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 223 ca mở thông hồi tràng ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng, chúng tôi rút ra kết luận tuổi trung bình 61,1(16-85), nam 55%, nữ 45%

-Biến chứng trong thời gian còn mở thông hồi tràng 15 bệnh nhân (6,5%): tắc ruột 5(2,2%), nhiễm trùng quanh lỗ mở thong hồi tràng 7(3,1%), chảy máu từ lỗ mở thông 1(0,4%), hậu môn nhân tạo ra nhiều >2L/24h 1(0,4%), suy thận cấp 1(0,4%)

- Biến chứng sau khi đóng mở thông hồi tràng 16 (7,1%): nhiễm trùng vết mổ 5(2,2%), rò miệng nối hồi tràng 2(0,8%), tắc ruột sớm 3(1,3%), viêm phổi 3(1,3%), huyết khối 2(0,8%), mổ lại 1(0,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Åkesson.O, Syk.I, Lindmark.G et al (2012),** "Morbidity related to defunctioning loop ileostomy in low anterior resection", Int J Colorectal Dis DOI 10.1007/s00384-012-1490-y.
2. **Bhama.A.R, Batool1.F, Collin .S.D et al (2016),** "Risk Factors for Postoperative Complications Following Diverting Loop Ileostomy Takedown", J Gastrointest Surg DOI 10.1007/ s11605-017-3567-y.
3. **Chudner.A , Gachabayov.M, Dyatlov.A et al (2019,** "The influence of diverting loop ileostomy vs. colostomy on postoperative morbidity in restorative anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis", Langenbeck's Archives of Surgery volume 404, pages 129–139.
4. **Menahem.B, Lubrano.J, Vallois.A et al (2018),** "Early Closure of Defunctioning Loop Ileostomy: Is It Beneficial for the Patient? A Meta-analysis", World J Surg https://doi.org/10.1007/s00268-018-4603-0.
5. **Sarah.G, Ann.L, Marc.O et al (2019),** "System-Wide Improvement for Transitions After Ileostomy Surgery: Can Intensive Monitoring of Protocol Compliance Decrease Readmissions? A Randomized Trial", Diseases of the Colon & Rectum:Volume 62 - Issue 3 - p 363-370 .
6. **Sophia.C, Miloslawa.S, Marcelo.C et al (2018),** "Predicting the Risk of Readmission From Dehydration After Ileostomy Formation:The Dehydration Readmission After Ileostomy Prediction Score", Diseases of the Colon & Rectum: Volume 61 - Issue 12 - p 1410-1417.
7. **Tamura.K, Matsuda.K, Yokoyama.S et al (2019),** "Defunctioning loop ileostomy for rectal anastomoses: predictors of stoma outlet obstruction," International Journal of Colorectal Disease 34:1141–1145.
8. **Yuxiang.W, Murad.J, Eslam.D et al (2017),** "Using Modified Frailty Index to Predict Safe Discharge Within 48 Hours of Ileostomy Closure", Diseases of the Colon & Rectum: Volume 60 - Issue 1 - p 76-80.

LIÊN QUAN GIỮA NHÂN CÁCH VỚI NHÓM TRIỆU CHỨNG DA Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA

Nguyễn Minh Quyết[1], Trần Nguyễn Ngọc[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn cơ thể hóa được nhận định là có liên quan đến các yếu tố văn hóa - xã hội, các yếu tố nhân cách, các cơ chế phòng vệ, rối loạn sinh lý thần kinh và các yếu tố gia đình. Tuy nhiên, ở Việt Nam cho đến nay chưa có một công trình nghiên cứu đầy đủ và hệ thống về vấn đền này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Liên quan giữa nhân cách với nhóm triệu chứng da ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa". **Mục tiêu:** Phân tích mối liên quan giữa nhân cách với nhóm triệu chứng da ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang toàn bộ bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2016 đến hết tháng 08 năm 2017. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 35 bệnh nhân được chẩn đoán Rối loạn cơ thể hóa theo ICD 10. **Kết quả:** Rối loạn cơ thể hóa thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (54,5% và 45,5%). Gặp nhiều nhất là nhóm tuổi

[1]*Bệnh viện Nhi Trung Ương*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc
Email: bstranngoc80@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 15.6.2020
Ngày duyệt bài: 23.6.2020

từ 50-59 (34,28%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 46,31 ± 12,70. Với nhóm triệu chứng da, gặp nhiều nhất là nghi bệnh (Hd) tiếp đó là phân ly (Hy) theo thang đánh giá nhân cách (MMPI) với tỉ lệ lần lượt là 84,21% và 83,3%. Có mối liên quan giữa nhân cách và nhóm triệu chứng da ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa. **Kết luận:** Rối loạn cơ thể hóa thường gặp ở nữ giới hơn nam giới. Gặp nhiều nhất là nhóm tuổi từ 50-59. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 46,31 ± 12,70. Với nhóm triệu chứng da, gặp nhiều nhất là nghi bệnh (Hd) tiếp đó là phân ly (Hy) theo thang đánh giá nhân cách (MMPI). Có mối liên quan giữa nhân cách và nhóm triệu chứng da ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa.

Từ khóa: Rối loạn cơ thể hóa, nhân cách

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY AND SKIN SYMPTOM GROUP IN PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDER

Background: Somatization disorders are identified as related to socio-cultural factors, personality factors, defense mechanisms, neurophysiological disorders and family factors. . However, in Vietnam so far there has not been a complete and systematic research on this issue. Therefore, we implement the topic: "Relationship between personality and skin symptom group in patients with Somatization disorder". **Objective:** To analyze the relationship between personality characteristics and skin symptom group in patients with somatization disorders. **Methods:** Descriptive study across all hospitalized and hospitalized patients at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from October 2016 to the end of August 2017. Closing the inclusion study 35 patients were diagnosed with somatization disorder according to ICD 10. **Results:** The somatization disorders were more common in women than men (65.7% and 34.3%). The most common is the age group from 50-59 (34.28%). The average age of the study group was 46.31 ± 12.70. For the skin symptom group, the most common is High hypochondrias (Hd) scales, next high histrionic scales (Hy) according to the personality evaluation scale (MMPI) with the rates of 84.21% and 83.3%, respectively. There is a relationship between personality and skin symptom group in patients with somatization disorders. **Conclusions:** Somatization disorders are more common in women than in men. The most common is the age group from 50-59. The average age of the study group was 46.31 ± 12.70. For the skin symptom group, the most common is High hypochondrias (Hd) scales, next high histrionic scales (Hy) according to the personality evaluation scale (MMPI). There is a relationship between personality and skin symptom group in patients with physical disorders.

Key words: Somatization and personality disorders

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ thể hóa (somatization disorder) là một rối loạn dạng cơ thể phổ biến, chiếm 0,4 - 0,5% dân số. Rối loạn cơ thể hóa có biểu hiện lâm sàng đa dạng gồm nhiều loại triệu chứng cơ thể không thể giải thích được bằng lâm sàng hoặc xét nghiệm. Các biểu hiện trên thường diễn biến dai dẳng, kéo dài nhiều năm gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [1].

Nguyên nhân của rối loạn cơ thể hóa vẫn còn chưa rõ ràng. Hiện nay, rối loạn cơ thể hóa được cho rằng liên quan đến các yếu tố văn hóa - xã hội, các yếu tố nhân cách, các cơ chế phòng vệ, rối loạn sinh lý thần kinh và các yếu tố gia đình. Trong đó, yếu tố nhân cách là một trong những yếu tố có vai trò trong quá trình hình thành, thúc đẩy tiến triển của rối loạn cơ thể hóa. Các nghiên cứu của Digman, Watson, Clark và Harkness chỉ ra các thành tố nhân cách trong rối loạn cơ thể gồm 3 hoặc 5 yếu tố, trong đó có 2 khía cạnh chung: thứ nhất là các cảm xúc âm tính, hướng nội bao gồm lo âu, trầm cảm, sự giận dữ và các triệu chứng cơ thể; thứ hai là cảm xúc dương tính, hướng ngoại bao gồm sự vui vẻ, tính nghị lực, tính tập thể và thích sự nhộn nhịp [2],[3]. Các mô tả cổ điển của rối loạn cơ thể hóa liên quan đến các rối loạn nhân cách kịch tính, rối loạn nhân cách chống xã hội, ngoài ra có thể gặp các rối loạn nhân cách tránh né, rối loạn nhân cách paranoid, rối loạn nhân cách ám ảnh - cưỡng bức [4]. Tuy vậy, ở Việt Nam chưa có một công trình nào đầy đủ và hệ thống về vấn đề này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu *"Phân tích mối liên quan giữa nhân cách với nhóm triệu chứng da ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.** Lựa chọn bệnh nhân được chẩn đoán xác định Rối loạn cơ thể hóa theo ICD-10 (F45.0) điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần.

***Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh não hoặc bệnh lý cơ thể nặng; Gia đình và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

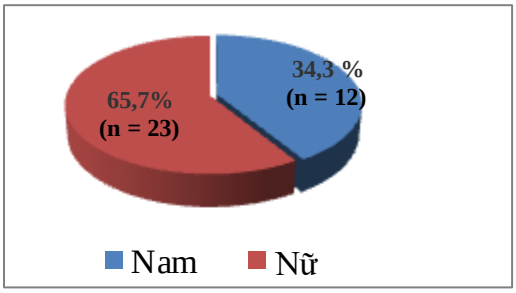
2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang toàn bộ bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2016 đến hết tháng 08 năm 2017. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 35 bệnh nhân được chẩn đoán Rối loạn cơ thể hóa theo ICD 10. Tiến hành Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm nhân cách với nhóm triệu chứng da.

Sử dụng các công cụ để đo lường: mẫu bệnh án thống nhất được thiết kế phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, thang đánh giá nhân cách MMPI.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm rối loạn cơ thể hóa theo giới tính



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới (n = 35)

Nhận xét: Rối loạn cơ thể hóa thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (65,7% và 34,3%).

3.2. Đặc điểm rối loạn cơ thể hóa theo tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi khởi phát (n = 35)

Nhóm tuổi	Số lượng (N)	%
20 – 29	4	11,43
30 – 39	7	20,00
40 – 49	7	20,00
50 - 59	12	34,28
≥ 60	5	14,29
Tổng	**35**	**100**
$\bar{X}$ ± **SD**	46,31 ± 12,70	

Nhận xét: Gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm tuổi từ 50-59 (34,28%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 46,31 ± 12,70.

3.3. Tỉ lệ các nhóm triệu chứng theo thang đánh giá nhân cách MMPI

Bảng 3.2. Tỉ lệ các nhóm triệu chứng theo thang đánh giá nhân cách MMPI

	Nhóm triệu chứng tiêu hóa		Nhóm triệu chứng tim mạch		Nhóm triệu chứng tiết niệu sinh dục		Nhóm triệu chứng da và biểu hiện khác	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hd	18/19	94,74	17/19	89,47	7/19	36,84	16/19	84,21
D	6/7	85,71	6/7	85,71	0/7	0	5/7	71,43
Hy	5/6	83,33	4/6	66,67	4/6	66,67	5/6	83,33
Pd	5/5	100	3/5	60,00	1/5	20,00	5/5	100
Pa	2/2	100	2/2	100	1/2	50,00	2/2	100
Pt	10/11	90,91	10/11	90,91	0/11	0	7/11	63,63
Sc	15/16	93,75	14/16	87,5	4/16	25,00	12/16	75,00
Ma	3/3	100	3/3	100	1/3	33,33	3/3	100
Si	1/1	100	1/1	100	0/0	0	1/1	100

Nhận xét: Với nhóm triệu chứng da, gặp nhiều nhất là nghi bệnh (Hd) tiếp đó là phân ly (Hy) theo thang đánh giá nhân cách (MMPI) với tỉ lệ lần lượt là 84,21% và 83,3%.

3.4. Mối liên quan giữa nghi bệnh (Hd) của MMPI với nhóm triệu chứng da

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa Hd với nhóm triệu chứng da

	Hd	Không Hd	Tổng	OR
Nhóm triệu chứng da	16	14	30	0,76
Nhóm không có triệu chứng da	3	2	5	
Tổng	**19**	**16**	**35**	

Nhận xét: Bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa có thang nghi bệnh cao, tỷ lệ gặp các triệu chứng khác bằng 0,76 lần.

3.5. Mối liên quan giữa rối loạn phân ly (Hy) của MMPI với nhóm triệu chứng da

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa Hy và nhóm triệu chứng da

	Hy	Không Hy	Tổng	OR
Nhóm triệu chứng da	5	25	30	0,8
Nhóm không có triệu chứng da	1	4	5	
Tổng	**6**	**29**	**35**	

Nhận xét: Bệnh nhân Rối loạn cơ thể hóa có thang hysteria cao, tỷ lệ gặp các triệu chứng khác chỉ bằng 0,8 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm rối loạn cơ thể hóa theo giới tính. Biểu đồ 3.1 cho thấy trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nữ chiếm 65,7% và nam chiếm 34,3%. Tỉ lệ nữ/nam là 1,91/1.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn hầu hết các tác giả trên thế giới cho rằng Rối loạn cơ thể hóa gặp chủ yếu ở nữ. Theo Trần Thị Hà An, tỉ lệ nữ là 87,5%; theo Feder, tỉ lệ nữ giới trong nhóm bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa là 90,5%. Kaplan và Sadock cũng cho rằng tỉ lệ mắc rối loạn cơ thể hóa ở nữ cao gấp 5 – 20lần so với ở nam hay nghiên cứu của Javier Garcia-Campyo tỉ lệ nữa gấp 7,7 lần [5].

Tỷ lệ nữ/nam của chúng tôi thấp hơn các tác giả có thể vì các triệu chứng ở nam ngày càng rõ rệt cũng như tỷ lệ mắc ở nam giới ngày càng tăng lên so với tỷ lệ chung. Nhưng rối loạn cơ thể vẫn là bệnh lý chủ yếu gặp ở phụ nữ. Wool

và Barsky cho rằng sở dĩ phụ nữ mắc Rối loạn cơ thể nhiều hơn nam là do ở phụ nữ, khả năng gặp khó khăn nhiều hơn, xu hướng tìm kiếm sự quan tâm về y tế cao hơn; khả năng mắc các rối loạn cơ thể hóa trong đó có biểu hiện triệu chứng cơ thể lớn hơn, khả năng chịu những yếu tố nguy cơ như lạm dụng tình dục và thể chất cao hơn và cuối cùng là sự khác nhau bẩm sinh trong nhận thức về cơ thể - phụ nữ bận tâm đến cơ thể mình hơn nam giới cũng như nhân cách của nữ giới không mạnh mẽ như nam giới.

4.2. Đặc điểm rối loạn cơ thể hóa theo tuổi. Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu hay gặp nhất là 50-59 tuổi chiếm 34,28%, ít gặp nhất là 20 – 29 chiếm 11.43%, tuổi trung bình là 46,31±12,70. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Schilte (2001) về rối loạn cơ thể hóa ở các cơ sở khám chữa bệnh ban đầu ở Hà Lan với tuổi trung bình là 38 và nghiên cứu của Trần Thị Hà An là 39,6; tương đồng với nghiên cứu của Javier Garcia-Campyo và cộng sự là 47,6 [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi, rối loạn cơ thể hóa ở nhóm tuổi 31-60 là 71% cao hơn nghiên cứu của Ritsner (2000) về rối loạn cơ thể hóa ở cộng đồng người nhập cư ở Israel với tỉ lệ nhóm tuổi từ 31 – 60 là 47,5% và thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2005) là khoảng 80% [6]. Kết quả của chúng tôi có 72,5% bệnh nhân nghiên cứu ở lứa tuổi từ 20 – 49 là lứa tuổi lao động chủ yếu sẽ gây gánh nặng lớn về kinh tế xã hội cho bệnh nhân và gia đình.

Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hay tương đương với các nghiên cứu khác có thể do cỡ mẫu, do bệnh nhân nhập viện sau khi dai dẳng chữa nhiều triệu chứng vào đến Tâm thần hay bệnh nhân còn e ngại nên độ tuổi của chúng tôi có cao hơn so với các nghiên cứu khác. Theo đa số các tác giả, rối loạn cơ thể hóa tiến triển mạn tính, dai dẳng nên việc gặp rối loạn cơ thể hóa trải rộng ở nhiều lứa tuổi là hoàn toàn phù hợp.

4.3. Tỉ lệ các nhóm triệu chứng theo thang đánh giá nhân cách MMPI. Bảng 3.2 cho ta thấy các thang nghi bệnh (Hd) cao chiếm nhiều nhất với 19 bệnh nhân, có điểm trung bình 84,27 luôn ở mức bệnh lý; tiếp đến là thang tâm thần phân liệt (Sc) cao với 16 bệnh nhân, có điểm trung bình 74,73 ở mức bệnh lý. Có 11 bệnh nhân có thang lo âu, ám ảnh cao với điểm trung bình 70,14 ở mức bệnh lý. Có 7 bệnh nhân có thang trầm cảm cao với điểm trung bình 66 ở mức ranh giới. Có 6 bệnh nhân có thang rối loạn phân ly Hy cao với điểm trung bình 68,91, tiệm cận mức bệnh lý.

So với nghiên cứu của Hovey trên thang điểm MMPI ở 105 bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa, điểm trung bình T-score ở thang Hd cao nhất là 75 thấp hơn đôi chút so với nghiên cứu của chúng tôi. Tiếp theo là thang trầm cảm (D) và thang rối loạn phân ly (Hy) là 67,2 và 67,7 tương đồng so với kết quả của chúng tôi là 66 và 68,91. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi ở thang phân liệt (Sc) cao là 74,73 và cao hơn hẳn so với kết quả của Hovey là 55,2 [7]. Theo tác giả Trần Thị Hà An, có 20 bệnh nhân có thang Nghi bệnh (Hd) cao, 18 bệnh nhân có thang trầm cảm (D) cao, 21 bệnh nhân có thang rối loạn phân ly (Hy) cao; kết quả này cao hơn so với kết quả của chúng tôi [6]. Sự khác biệt này có thể lý giải là do các bệnh nhân có các nét nhân cách khác nhau nên khi làm các trắc nghiệm tâm lý kết quả sẽ khác biệt cũng như cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để có được cái nhìn tổng quát hơn.

Trên các thang mức ranh giới, thang nhân cách nội tâm (Si) chiếm nhiều nhất với 12 bệnh nhân, tiếp đến là thang rối loạn phân ly với 11 bệnh nhân, thang lo âu, ám ảnh (Pt) và thang trầm cảm (D) với 10 và 9 bệnh nhân. Các bệnh nhân có thang nhân cách ở mức ranh giới có thể tiềm tàng để trở thành bệnh lý hoặc có thể không.

4.4. Mối liên quan giữa nghi bệnh (Hd) của MMPI với nhóm triệu chứng da. Bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ gặp các triệu chứng da và biểu hiện khác ở bệnh nhân có thang Hd cao gấp 1.6 lần so với nhóm có thang Hd bình thường. Các cảm giác đau ở các chi, các đầu ngón tay hay cảm giác kim châm hoặc tê dễ dẫn đến nhầm với các tổn thương thần kinh hay các rối loạn phân ly cảm giác. Việc tái diễn các triệu chứng nhiều lần khiến bệnh nhân lo lắng và thường các triệu chứng trên không đặc hiệu để tìm được tổn thương tương ứng. Các biểu hiện giả thần kinh được tác giả Interian hay Gara nghiên cứu giữa các nhóm triệu chứng với nhau và cho rằng các triệu chứng này có thể dự báo cho chẩn đoán rối loạn cơ thể hóa. Các triệu chứng giả thần kinh trên còn luôn khiến bệnh nhân khó chịu, đòi hỏi và nghi ngờ các triệu chứng, nghi ngờ bác sĩ khám bệnh hay bác sỹ điều trị.

Bảng 3.4 cho ta thấy tỷ lệ triệu chứng da và biểu hiện khác ở nhóm thang Hy cao chỉ bằng 0,8 lần so với nhóm khác. Trong một nghiên cứu hồi cứu về các triệu chứng giả thần kinh ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa, Interian và cộng sự (2004) cho biết ở nhóm 1: 63,6% bệnh nhân có biểu hiện tê bì hoặc có cảm giác kiến bò trên da; 80% bệnh nhân có mất thăng bằng, 56,4% bệnh nhân có cảm giác hòn cục ở họng và nuốt khó,

nuốt nghẹn. Còn ở nhóm 2, theo thứ tự hay gặp là các triệu chứng mất thăng bằng (27%), cảm giác có hòn cục ở họng (26,2%), tê bì hoặc có cảm giác kiến bò trên da (16,9%), nhìn mờ (13,8%). Các triệu chứng về giả thần kinh hay gặp ở các bệnh nhân có thang rối loạn phân ly ở mức bệnh lý. Điều này có ý nghĩa cho thấy các triệu chứng này có ý nghĩa và vai trò quan trọng trong chẩn đoán rối loạn cơ thể hóa cũng như tác giả Gara đưa ra nhận định các triệu chứng này có ý nghĩa dự báo rối loạn cơ thể hóa trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn cơ thể hóa thường gặp ở nữ giới hơn nam giới. Nhóm tuổi thường gặp là từ 50-59. Tuổi trung bình là 46,31±12,70. Các bệnh nhân có nhóm triệu chứng da gặp nhiều nhất các rối loạn nhân cách là nghi bệnh (Hd) và phân ly (Hy) theo thang đánh giá nhân cách MMPI. Có mối liên quan giữa rối loạn nhân cách nghi bệnh (Hd) và phân ly (Hy) theo thang đánh giá nhân cách MMPI với nhóm triệu chứng da của rối loạn cơ thể hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L J Kirmayer, J M Robbins and J Paris (1994),** "Somatoform Disorders: Personality and the Social Matrix of Somatic Distress", Journal of Abnormal Psychology. 103(1), p. 125-136.
2. **Digman JM (1990),** "Personality structure: Emergence of the five factor model", Annual Review of Psychology. 41, p. 899-918.
3. **Clark LA, Watson D and Harkness AR (1989),** "Structures of personality and their relevance to psychopathology", Journal of Abnormal Psychology. 103(18-31).
4. **Lilienfeld SO (1992),** "The association between antisocial personality and somatization disorders: A review and integration of theoretical models ", Clinical Psychology Review. 12, p. 641-662.
5. **Javier Garcia-Campayo (2007), "** Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain", Journal of Psychosomatic Research. 62, p. 675-680.
6. **Trần Thị Hà An (2006),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cơ thể hoá, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Hovey B (1994),** "Somatization and other neurotic reactions and MMPI profiles", p. 153-157.

THÔNG BÁO 1 TRƯỜNG HỢP U CƠ VÂN ÁC TÍNH TẠI ỐNG TIÊU HÓA. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Phạm Gia Anh[1], Trịnh Hồng Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh, và kết quả phẫu thuật của u cơ vân ác tính tại ống tiêu hoá. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trong 10 năm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 1 trường hợp bệnh nhân nam giới u cơ vân ác tính tại đại tràng trái được chẩn đoán xác định và chỉ định phẫu thuật. Tính chất khối u đặc mật độ mềm, mầu trắng hồng, có loét bề mặt và hoại tử trung tâm, thường phát triển nhanh, xâm lấn xung quanh. Chẩn đoán xác định được thực hiện bằng vi thể và hóa mô miễn dịch, dương tính với Desmin, HHF-35, SMA, MyoD1, Myogenin; Âm tính với PTAH, CD68, CD34, c-kit và S100. **Kết luận:** U cơ vân ác tính tại ống tiêu hóa là loại tổn thương cực kỳ hiếm gặp, khó chẩn đoán được sớm, mức độ ác tính và khả năng di căn cao, thường tái phát và lan rộng. Di căn bằng đường máu thường gặp hơn là đường bạch huyết, có thể đến phổi, da, tổ chức dưới da và gan. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật triệt căn, cắt được đoạn ruột kèm u là tốt nhất, đa hóa trị liệu cũng được áp dụng.

Từ khóa: U cơ vân ác tính ống tiêu hóa, u không thuộc biểu mô ống tiêu hóa

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Gia Anh
Email: phamgiaanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.6.2020
Ngày duyệt bài: 22.6.2020

SUMMARY

A CASE REPORT: RHABDOMYOSAROMA OF GASTROINTESTINAL TRACT. CLINICAL, PATHOLOGY AND MEDICAL LITERATURE

Objective: to describe clinical, pathology characteristics and surgical outcomes of rhabdomyosarcoma in the gastrointestinal tract. **Methods**: A 10-year retrospective study was carried out at the Viet Duc University Hospital. **Results**: One cases of rhabdomyosarcoma in colon was diagnosed definitively and had surgery indication. The characteristic of the tumor is soft density, pinkish white, with surface ulcer and central necrosis, usually rapidly growing and infiltrates. Definitive diagnosis by pathology and immunohistochemistry, positive with Desmin, HHF-35, SMA, MyoD1, Myogenin; negative with PTAH**,** CD68, CD34, c-kit, S100. **Conclusion**: Conclusion: rhabdomyosarcoma tumor of digestive tube is an extremely rare, difficult to diagnose early, high ability of malignancy and metastases , often recurrent and widespread. Blood metastases are more common than lymphatic routes, which can reach the lungs, skin, subcutaneous and liver. Treatment mainly

by radical surgery, Multidisciplinary therapy also applies.

Keywords: gastrointestinal tract rhabdomyosarcoma, non-epithelial gastrointestinal tract tumors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ vân ác tính là một u phát triển từ tế bào trung mô không biệt hoá có thể biến thành nguyên bào cơ vân, là một là một trong loại tổn thương được xếp vào nhóm ung thư không thuộc biểu mô của ống tiêu hóa (ÔTH) bao gồm hơn 10 loại khác nhau như u mỡ, u cơ trơn, u cơ vân, u tế bào Schwann, u mạch máu và nhóm khác chiếm phần lớn như u lympho, u mô đệm dạ dày ruột (GIST). Tỉ lệ gặp u cơ vân tại ÔTH là cực kỳ hiếm nhưng có thể gặp ở tất cả các đoạn từ thực quản đến hậu môn. Ngoài ra, đây còn là một bệnh lý có những biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa (XHTH), tắc ruột, thủng ruột, và rất ít loại có đáp ứng với điều trị bổ trợ của hóa chất và xạ trị. Phẫu thuật triệt căn vẫn là phương pháp hiệu quả nhất trong việc điều trị cho bệnh nhân.

Trên thế giới có một số bài viết thông báo các ca lâm sàng về u cơ vân ác tính đơn lẻ của ÔTH như tác giả Asahi Sato về u tại tá tràng [1], Aceves với u ở đại tràng [2]... Tuy nhiên chúng tôi chưa thấy thông báo nào ở Việt Nam về loại u này ở ống tiêu hóa. Mặc dù hiếm gặp nhưng loại u này phát triển nhanh, dễ di căn, độ ác tính cao và tiên lượng tồi, chẩn đoán sớm, chính xác, sẽ ảnh hưởng đến khả năng sống sau mổ. Với vai trò của giải phẫu bệnh đặc biệt là việc ứng dụng kỹ thuật hoá mô miễn dịch (HMMD) để khẳng định bản chất tế bào u, phẫu thuật triệt căn vẫn là phương pháp điều trị tốt nhất. Chúng tôi thông báo 1 ca lâm sàng rất hiếm này để mô tả đặc điểm lâm sàng, tính chất giải phẫu bệnh, kết quả điều trị phẫu thuật và nhìn lại y văn.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam giới, 83 tuổi có tiền sử tăng huyết áp, điều trị nội vì suy nhược thần kinh, không có tiền sử ngoại khoa, tiền sử gia đình không có gì đặc biệt. Bệnh nhân đau bụng hơn 2 tuần, 3 ngày nay bệnh nhân đau nhiều kèm đại tiện khó vào viện ngày 23/10/2018 trong tình trạng cấp cứu: da niêm mạc hồng, không phù không xuất xuất dưới da, hạch ngoại biên không sờ thấy. Khám lâm sàng có sờ thấy khối ở mạng sườn trái, ấn chắc đau tức, di động ít, đại tiểu tiện bình thường, không có xuất huyết tiêu hóa. Trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính có khối lớn 12x8x6 cm ở vùng mạng sườn trái, soi đại tràng thấy khối lồi lên ở thành đại tràng., soi dạ dày không có gì bất thường. Các xét nghiệm máu và sinh hóa không có gì đặc biệt, chất chỉ điểm u CEA, CA199, alpha FP trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u mạc treo, chưa loại trừ u ở thành đại tràng. Bệnh nhân được mổ phiên ngày 08/11/2018, mổ mở thấy bụng có ít dịch tiết, phúc mạc vòm hoành va douglas nhẵn, gan không sờ thấy khối, dạ dày ruột non, tụy lách bình thường; có khối u lớn nằm ở vùng bụng trái khó xác định từ mạc treo hay đại tràng trái, tính chất u mềm, mủn dễ chảy máu dính vào thành bụng trái và sau, kích thước u trong mổ khoảng 20x10 cm, thâm nhiễm tổ chức xung quanh; bệnh nhân được cắt đại tràng trái, đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo. Kết quả giải phẫu bệnh về đại thể khối u lớn 15x13x12 cm, hoại tử rộng ở trung tâm, u đặc màu trắng, bóng mềm; vi thể tế bào u hình thoi hoặc đa hình với nhân lớn, ưa kiềm, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia và nhân không điển hình, đứng rời rạc hoặc thành bó đám, một số có bào tương ưa toan, ngoại vi có các ổ tế bào hình thoi ưa toan giống cơ trơn; chẩn đoán giả phẫu bệnh là u tế bào hình thoi ác tính và được yêu cầu làm HMMD. Kết quả HMMD dương tính với Myogenin, Desmin, Myoglobin, âm tính với CKAEi/AE3, CD117, DOG1, S100, SMA; được chẩn đoán xác định là Sarcoma cơ vân đa hình (pleomorphic Rhabdomyosarcoma). Sau mổ bệnh nhân ổn định và được chuyển bệnh viện để điều trị hóa chất tiếp.

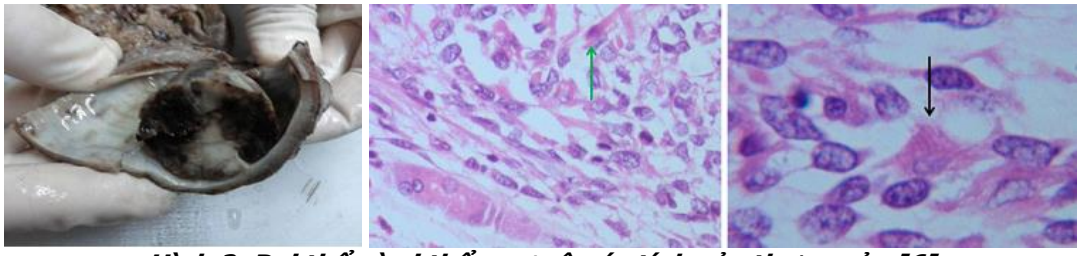
Hình 1. Kết quả soi đại tràng và HMMD

III. BÀN LUẬN

U cơ vân ác tính là loại ung thư phần mềm hay gặp nhất ở thanh thiếu niên, gồm một nhóm u rất phức tạp, có nguồn gốc tạo mô chưa rõ, u phát triển từ tế bào trung mô không biệt hoá có thể biến thành nguyên bào cơ vân khi bị kích thích. Một số nghiên cứu cho thấy ung thư cơ vân phát triển sớm có liên quan đến biến đổi của gen trong một số hội chứng như hội chứng Li-Fraumeni (đột biến gen p53), hội chứng Costello (gen HRAS), neurofibromatosis dạng 1 (gen NF-1) và hội chứng Beckwith–Wiedemann (exon 11p15.5) [3]. Ung thư cơ vân tiến triển rất nhanh, bệnh nhân thường đến khám bệnh khi u khá to và thể trạng giảm sút. Sarcom cơ vân xâm nhập dễ dàng và nhanh chóng vào mô xung quanh, (có thể phá hủy xương) nên thường tái phát và lan rộng. Di căn bằng đường máu thường gặp hơn là đường bạch huyết, có thể đến phổi, da, tổ chức dưới da và gan [4].

Ở người lớn, ung thư phần mềm chỉ chiếm dưới 1% trong tổng số các bệnh ác tính, trong đó chỉ có 3% là u cơ vân ác tính, loại u này gặp ở ống tiêu hóa thì lại càng hiếm; như vị trí tại tá tràng cho đến năm 2014 mới chỉ có 3 trường hợp ung thư cơ vân (không phải ở bóng Vater) được thông báo, gần đây nhất là nhóm tác giả Asahi Sato và cộng sự (Nhật Bản) đăng trên báo Surgical Today (2014), và đây cũng là ca đầu tiên được làm hóa mô miễn dịch để khẳng định chẩn đoán cho loại u này tại tá tràng (2 trường hợp còn lại của tác giả Mose I. năm 1969 và Yamada K. năm 1975) [1, 5]. Stout và Lattes thông báo 4 ca ở thực quản và 2 trường hợp ở dạ dày, Templeton và Heslin mô tả một trường hợp ở trẻ em 3 tuổi với khối u ở dạ dày và một ca là nam giới 54 tuổi với tổn thương tại thực quản [5].

Thực quản: Lần đầu tiên mô tả năm 1894, cho đến nay trong y văn thế giới, có 16 ca thông báo lâm sàng về u cơ vân ác tính nguyên phát thực quản, kể cả trường hợp gần đây nhất là năm 2012 của tác giả Jatin và cộng sự.



Hình 2. Đại thể và vi thể u cơ vân ác tính của thực quản [6]

U chủ yếu nằm ở 1/3 dưới của thực quản, đa số mô học là dạng đa hình thái với tổn thương loét trên bề mặt u. Tiên lượng tồi, thời gian sống trung bình 1 năm từ khi phát hiện [6].

Dạ dày: U cơ vân ác tính tại dạ dày khác với các loại u biểu mô tại đây, đây là loại u rất hiếm gặp tại ÔTH, gần đây nhất cho đến 2014 chúng tôi mới thấy chưa đến 15 ca được thông báo trên toàn thế giới. Độ ác tính rất cao, thời gian sống trung bình từ khi phát hiện chỉ 2,5 tháng (chung cho cả người lớn và trẻ em), khi phát hiện ra thì thường đã muộn, u thường di căn đến phổi và hạch cổ hơn các vị trí khac như gan. Trong các ca u cơ vân ác tính ở dạ dày đều thấy có vi khuẩn HP nên các tác giả đặt giả thuyết liệu HP có là nguy cơ gây ra các tổn thương ác tính tại dạ dày hay không.

Hình 3. Hình ảnh trên CT, đại thể bệnh phẩm dạ dày, di căn gan trái của u cơ vân ác tính tại dạ dày

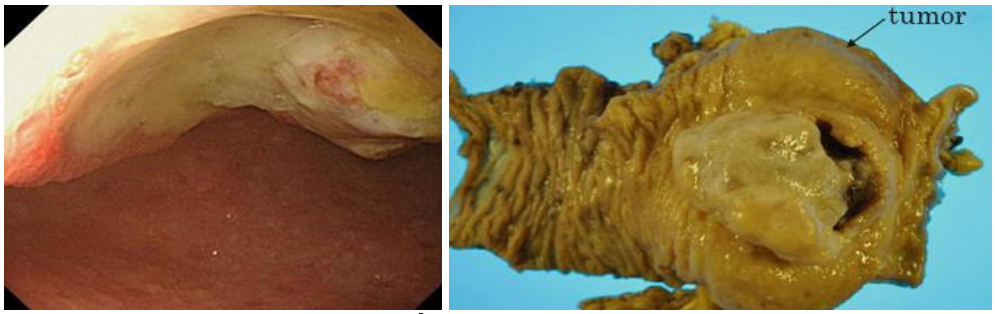
Ruột non và đại trực tràng: cực hiếm trong y văn, như trong nghiên cứu về u cơ ác tính ở trẻ em của nhóm tác giả Martin (Mỹ, 2003) từ năm 1972-1997 chỉ có 35 ca, trong đó 2 ca là u nguyên phát tại hậu môn, còn lại là tổn thương của vùng cạnh hậu môn xâm lấn hậu

môn trực tràng, với đặc điểm chung là phát hiện muộn, khối u kích thước lớn (63% trên 5 cm), tỉ lệ sống 5 năm chung là 45%, của nhóm có di căn hạch là 32%, trong đó nhóm không có di căn hạch là 63%. Gần đây nghiên cứu 75 ca của tác giả Charlotte và cộng sự (Pháp, 2015) cũng gom tổn thương của hậu môn và cạnh hậu môn thành một nhóm với phẫu thuật, hóa xạ trị cũng cho kết quả tỉ lệ sống 5 năm là 49% [7].

Trong nghiên cứu 10 năm các bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức chúng tôi cũng chỉ gặp 1 ca như đã trình bày lâm sàng ở trên với u nằm ở đại tràng, cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu thì bệnh nhân vẫn còn sống từ lúc sau mổ là 14 tháng.

Giải phẫu bệnh:

Đại thể: Ung thư cơ vân tiến triển rất nhanh, bệnh nhân thường đến khám bệnh khi u khá to và thể trạng giảm sút. Sarcom cơ vân xâm nhập dễ dàng và nhanh chóng vào mô xung quanh, (có thể phá hủy xương) nên thường tái phát và lan rộng.

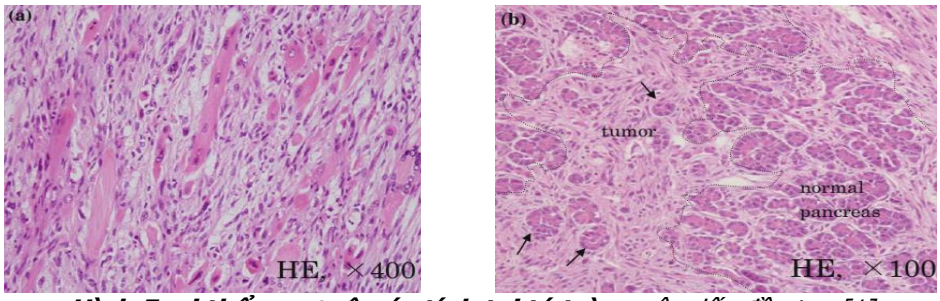


Hình 4. Hình ảnh đại thể u cơ vân ác tính ở đoạn đầu tá tràng

U mật độ mềm, màu đỏ hồng, hay bị xuất huyết hoại tử, không có vỏ bao, xâm nhập mạnh Về mặt mô học u cơ vân ác tính được chia làm 3 thể chính: 2 dạng thường gặp nhất là dạng phôi (embryonal) và dạng nang (alveolar), có thể xuất hiện ở cả người lớn và trẻ em, dạng thứ ba đa hình thái (pleomorphic) chủ yếu gặp ở người lớn [3].

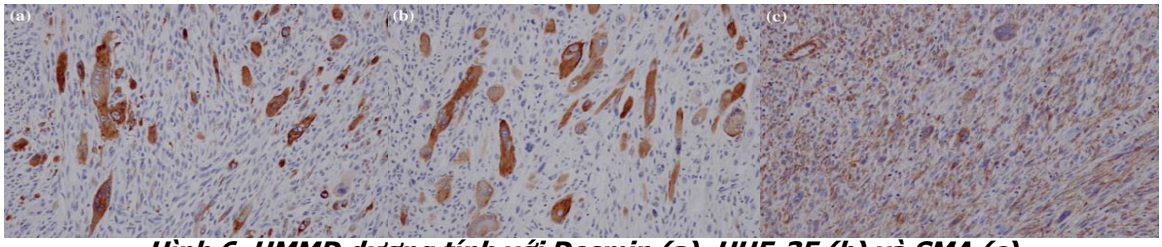
Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, hình thái thuộc dạng thứ ba là da hình thái (pleomorphic), tổn thương khó phân biệt ranh giới u ở đại tràng hay mạc treo, tuy nhiên bắt buộc phải cắt đại tràng do khối u ác tính xâm lấn vào thành ruột.

Vi thể: khối u ở dạng đa hình thái gồm nhiều tế bào khổng lồ với kích cỡ khác nhau và số lượng nhân khác nhau, cũng có thể gồm cả các tế bảo khổng lồ hình vợt với tế bào chất ưa eosin, cùng với sự phân bố dầy đặc của tế bào hình tròn và sợi trong khối u. Chẩn đoán vi thể trong nhiều trường hợp khó khăn vì dễ nhầm với các loại u đa hình thái khác như u nguyên bào sợi ác tính (MFH - Malignant Fibrous Histocytoma), u mỡ ác tính thể đa hình thái (pleomorphic liposarcoma).



***Hình 5. vi thể u cơ vân ác tính tại tá tràng** xâm lấn đầu tụy [1]*
(a) Khối u đa hình thái (pleomorphic) với nhiều tế bào khổng lồ
(b) Tổn thương u ở tá tràng xâm nhập vào tụy và sau phúc mạc

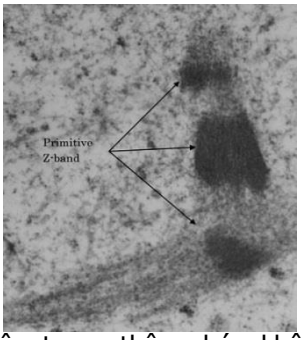
HMMD: dương tính với Desmin, HHF-35 và SMA. Mặc dù MyoD1 và myogenin là các các protein điều tiết trong nhân đặc trưng cho cơ xương, đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán vì đây là các dấu ấn miễn dịch đặc hiệu của u, tuy nhiên như trong nghiên cứu của Furlong và cộng sự thì độ nhạy với MyoD1 và myogenin tương ứng chỉ chỉ là 53% và 56% [1]. Âm tính với PTAH (Phosphotangstic acid hematoxylin stain), CD68, CD34, c-kit và S100.



Hình 6. HMMD dương tính với Desmin (a), HHF-35 (b) và SMA (c)

Bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi cũng có kết quả HMMD như các tác giả khác trên thế giới, dương tính với Myogenin, Desmin, Myoglobin; âm tính với CKAEi/AE3, CD117, DOG1, S100, SMA

Siêu cấu trúc: nghiên cứu ở mức siêu cấu trúc với kính hiển vi điện tử sẽ cho thấy sự khác biệt rõ ràng với u vơ vân ác tỉnh bởi các cấu trúc dải Z nguyên thủy, gợi ý hình ảnh của hình vân chéo trong tế bào chất ưa eosin của tế bào u [1].



Bệnh nhân trong thông báo không có hình ảnh chụp siêu cấu trúc này, do phương tiện và kính đặc thù để thực hiện được kỹ thuật này.

Điều trị: với u cơ vân ác tính tại ÔTH, phẫu thuật triệt căn cắt được đoạn ruột kèm u là tốt nhất, đa hóa trị liệu được áp dụng bao gồm [8]: Hóa chất (Ifosfamide và Etoposide (IE) hoặc Vincristine, Cyclophosphamide và Adriamycin; Xạ trị: áp dụng đối với bệnh nhân trên 1 tuổi, dưới 3 tuổi nên dùng liều thấp hơn, đánh giá trên phim MRI chỉ định điều trị với khối u trên 2 cm, tính liều khi xạ trị phụ thuộc vào đáp ứng điều trị với hóa trị như thế nào. Xạ trị áp dụng với tổn thương ở tạng phải rất chính xác đòi hỏi chuyên môn cao của bác sỹ định liều và kỹ thuật viên và liều thường thấp hơn so với ở chi thể, áp dụng cho những u ở hậu môn trực tràng hoặc di căn khu trú trong hoặc sau phúc mạc, không ảnh hưởng đến các mạch máu lớn trong ổ bụng [8, 9].

IV. KẾT LUẬN

U cơ vân ác tính là loại ung thư phần mềm hay gặp nhất ở thanh thiếu niên, gồm một nhóm u rất phức tạp, u phát triển từ tế bào trung mô không biệt hoá có thể biến thành nguyên bào cơ vân. Cực kỳ hiếm gặp ở ÔTH, u có tính chất tiến triển rất nhanh, bệnh nhân thường đến khám bệnh khi u khá to và thể trạng giảm sút, xâm lấn tổ chức xung quanh, dễ tái phát và lan rộng, di căn bằng đường máu thường gặp hơn là đường bạch huyết, có thể đến phổi, da, tổ chức dưới da và gan. Chẩn đoán dễ nhầm với u GIST hoặc u cơ trơn hoặc thần kinh, xác định bằng HMMD như các tác giả khác trên thế giới, dương tính với Myogenin, Desmin, Myoglobin; âm tính với CKAEi/AE3, CD117, DOG1, S100, SMA. Phẫu thuật triệt căn cắt được đoạn ruột kèm u là tốt nhất, đa hóa trị liệu được áp dụng bao gồm hóa chất và xạ trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sato, A., et al.,** Rhabdomyosarcoma of the duodenum: report of a case. Surg Today, 2014. **44**: p. 378–382.
2. **Adolfo, A.L.L., et al.**, Adult with colon alveolar rhabdomyosarcoma. International Surgery Journal, 2018. **5**(5): p. 1919.
3. **Van Gaal, J.C., et al.,** Building the bridge between rhabdomyosarcoma in children, adolescents and young adults: the road ahead. Crit Rev Oncol Hematol, 2012. **82**(3): p. 259-79.
4. **Dagher, R. and L. Helman, Rhabdomyosarcoma:** An Overview. The Oncologist, 1999. **4**: p. 34-44.
5. **Yamada, K., H.O. Douglass,** and E. Douglas Holyoke, Rhabdomyosarcoma of the Duodenum with Sinus Tract Formation into the Gastric Wail, Visualized by Gastroduodenoscopy. Digestive diseases, 1975. **20**(9): p. 871-875.
6. **Gandhi, J.S., et al.,** Synchronous Embryonal Rhabdomyosarcoma (NOS) of the Mid-oesophagus and Stomach. J Gastrointest Cancer, 2012. **43 Suppl 1**: p. S217-20.
7. **Demoor-Goldschmidt, C., et al.,** Conservative management of a perianal rhabdomyosarcoma in a 2-year old child by Papillon's technique. Radiat Oncol, 2015. **10**: p. 108.
8. **Fuchs, J., et al.,** Treatment and outcome of patients suffering from perineal/perianal rhabdomyosarcoma: results from the CWS trials--retrospective clinical study. Ann Surg, 2014. **259**(6): p. 1166-72.
9. **Blakely, M.L., et al.,** Prognostic factors and surgical treatment guidelines for children with rhabdomyosarcoma of the perineum or anus: a report of Intergroup Rhabdomyosarcoma Studies I through IV, 1972 through 1997. J Pediatr Surg, 2003. **38**(3): p. 347-53.